



# Dokumentation av patientuppgifter

Anvisningar för nationellt enhetlig dokumentation

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

# Innehåll

- Lagstiftning som styr dokumentationen
- Anvisningar och handböcker för dokumentationen
- Den elektroniska patientjournalens struktur
  - Vyer
  - Faser i vården
  - Rubriker
  - Centrala strukturerade vårduppgifter
- De viktigaste ändringarna i korthet
- Fördelar med strukturerad dokumentation

**Obs!** Denna presentation baseras på 2022 års version (5.0) av Handbok för dokumentation av patientuppgifter.

# Grunderna för dokumentationen finns i lagstiftningen

- Lagstiftningen styr dokumentationen och behandlingen av patient- och vårduppgifter
  - Lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården ([559/1994](#))
  - Lagen om patientens ställning och rättigheter ([785/1992](#), patientlagen)
  - Lagen om elektronisk behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården ([784/2021](#)), lagen om kunduppgifter)
  - SHM:s förordning om journalhandlingar ([94/2022](#))
  - SHM:s förordning om förskrivning av läkemedel ([1088/2010](#))
  - EU:s allmänna dataskyddsförordning ([2016/679](#), [GDPR](#)) och dataskyddslagen ([1050/2018](#))
  - Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet ([621/1999](#), offentlighetslagen)

# Syftet med journalhandlingar

- Syftet med journalhandlingarna är att de ska betjäna
  - planeringen, genomförandet och uppföljningen av patientens vård samt främja kontinuiteten i vården
  - patientens rätt till information och rättsskydd
  - rättssäkerheten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården
  - trygga hälso- och sjukvårdstjänster och kvalitetskontrollen av dem
  - planeringen och utvärderingen av verksamheten samt forskning och undervisning

# Uppgifter i Patientdataarkivet

- Enligt 9 § i lagen om kunduppgifter ([784/2021](#))
  - ska informationssystemens och kundhandlingarnas datastrukturer möjliggöra användning, utlämnande, bevarande och skydd av elektroniska kundhandlingar och kunduppgifter med hjälp av de riksomfattande informationssystemtjänsterna.
  - THL meddelar föreskrifter om kundhandlingarnas **datainnehåll och datastrukturer i informationssystemen för att de riksomfattande informationssystemtjänsterna ska kunna utföras samt om de kodsystäm som ska användas i datastrukturerna över hela landet**
  - Med kundhandlingar avses både journalhandlingar inom hälso- och sjukvården och klienthandlingar inom socialvården

# Ibruktagande av Patientdataarkivet och nytt informationsinnehåll

- Lagen om kunduppgifter ([784/2021](#)) styr införandet av Kanta-tjänsterna, som sker successivt
- I lagen om kunduppgifter (52 §) anges övergångstiderna för när klient- och journalhandlingar senast ska lagras i Kanta-tjänsterna
- Övergångsbestämmelserna ersätter social- och hälsovårdsministeriets tidigare förordning om riksomfattande informationssystemtjänster inom hälso- och sjukvården
- Aktuell och noggrannare information om införandet fås via publiceringstidtabellen för [Kanta-tjänsterna](#)

# Centrala handböcker och anvisningar om dokumentationen (1)

- [Upprättande och hantering av journalhandlingar, handbok för hälso- och sjukvården](#) (SHM:s publikationer 2014:20, på finska [2012:4](#))
- Innehåller allmänna tillämpningsanvisningar för dokumentation av patientuppgifter och hantering av journalhandlingar
- [Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter](#) (THL, 2022)
  - Med hjälp av handbokens anvisningar och rekommendationer kan centrala datastrukturer för patientuppgifter lagras i Patientdataarkivet på ett nationellt enhetligt sätt
    - -> möjliggör fortsatt användning av vårduppgifter (sökning, läsning, bläddring m.m.) även i andra organisationer och hos olika tjänstetillhandahållare

# Centrala handböcker och anvisningar om dokumentationen (2)

- Utöver den allmänna handboken har det/kommer det att publiceras mer specifika dokumentationshandböcker för olika specialområden, tjänster och yrkesgrupper

se -> [Dokumentationsanvisningar och handböcker för hälso- och sjukvården](#) (THL)

- Handböcker finns bl.a. inom ämnesområdena munhälsovård, företagshälsovård, barnrådgivning, skol- och studerandehälsovård, jourhjälpen 116117, psykologarbete, vårdarbete, vårdjournal
- Senare kommer bl.a. prehospital akutsjukvård, funktionsförmåga, mödravård och graviditet, psykiatri, mentalvårds- och missbruksarbete

-> se även [Utbildningsmaterial](#) (THL)

-> Dokumentation av centrala hälsouppgifter (bildpresentationer och videor)



# De centrala datastrukturerna i patientjournalen är desamma för alla som utför dokumentation

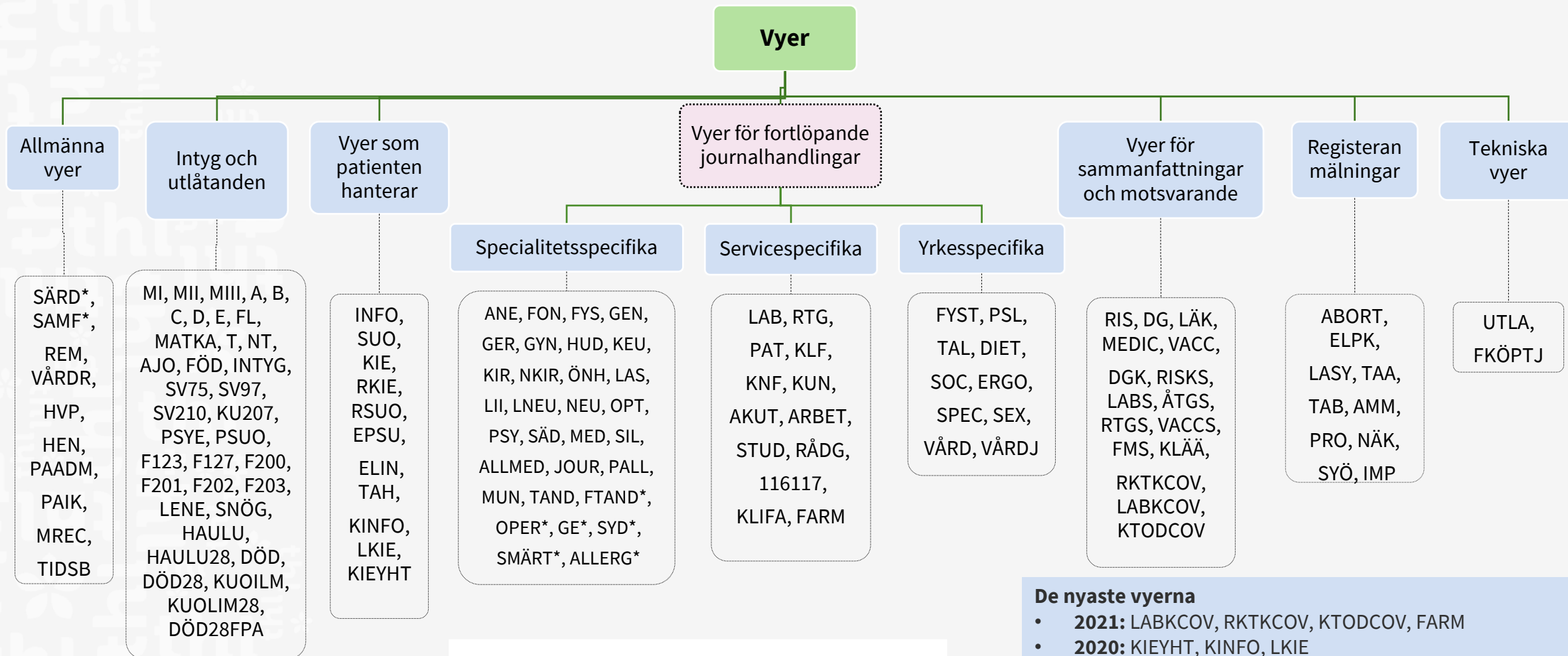


(Handbok för dokumentation av patientuppgifter, THL 2022)

# Vad är vyer?

- Anteckningar i en elektronisk patientjournal görs i olika vyer
  - **Vy** avser en informationshelhet eller ett sammanhang inom hälso- och sjukvården som kan binda samman uppgifter som hör till **en viss innehålls- och vårdhelhet**.
- Vyerna kan delas in i
  - vyer för fortlöpande journalhandlingar, vyer av blankettyper
  - sammanställningsvyer, tekniska vyer
- Den fortlöpande patientjournalens vyer är specialitetsspecifika, tjänstespecifika och yrkesspecifika vyer samt en del av de allmänna vyerna
- Vyer som patienten hanterar är t.ex. samtyckes- och förbudsblanketter samt vyer för viljeyttringar
- Vyerna kan användas som huvudvy, tilläggsvy eller bådadera

# Nationella vyer och tilläggsvyer



**De nyaste vyerna**

- **2021:** LABKCOV, RGTKCOV, KTODCOV, FARM
- **2020:** KIEYHT, KINFO, LKIE

\* vyn används enbart som tilläggsvy

(Handbok för dokumentation av patientuppgifter, THL 2022)

# Användningen av tilläggsvyer

- Med hjälp av tilläggsvyer kan
  - en anteckning kopplas till flera vyer samtidigt
  - anteckningar som hör till en huvudvy grupperas i mindre delhelheter
  - man hantera vissa tekniska lösningar (t.ex. tilläggsvyerna SÄRD eller SAMF)
- Vissa vyer kan endast användas som tilläggsvyer, bl.a. SMÄRT, ÅTG, SAMF, SÄRD
- Även lokala vyer kan användas som tilläggsvyer, anteckningen måste dock länkas till en nationell huvudvy för att uppgiften ska kunna lagras i Patientdataarkivet

# Användningen av tilläggsvyer (2)

- När den som gör anteckningen vill att informationen ska synas i flera vyer, anger han eller hon sin egen vy som huvudvy och övriga nödvändiga vyer som tilläggsvyer
- Om man t.ex. vill att *en konsultationsbegäran och ett konsultationssvar ska synas i vyerna för båda parter ska den som begär konsultationen ange sin egen vy som huvudvy och svarspersonens vy som tilläggsvy, (t.ex. MED+KIR). Den som svarar gör tvärtom (t.ex. KIR+MED)*
- När man tittar på uppgifterna skiljer de sig inte från varandra i huvud- och tilläggsvyerna; anteckningarna ser likadana ut i alla vyer där de är dokumenterade

# Allmänna vyer (1)

- De allmänna vyerna är helheter med patientuppgifter som är oberoende av medicinsk specialitet
- **PAADM**, vyn för patientadministrativa anteckningar, används för bl.a. anteckningar om tidsbokningar eller andra patientadministrativa anteckningar som **inte är förknippade med** vårdrelaterade anteckningar
- **SÄRD** (särskilt dokument) hänför sig till patientens servicehändelse
  - I tilläggs vyn SÄRD dokumenteras detaljerade, känsliga uppgifter som en annan person har berättat om **sig själv eller sin** livssituation och som har anknytning till **vården av patienten**
    - endast den som har lämnat uppgifterna har rätt att kontrollera dem
    - patienten får inget särskilt dokument och uppgifterna visas inte på Mina Kanta-sidorna
    - uppgifterna visas via patientdatasystemet för yrkesutbildade personer i samband med den servicehändelse där de ifrågavarande SÄRD-uppgifterna har dokumenterats

# Allmänna vyer (2)

- **SAMF** är avsedd som hjälp när man gör sammandrag och sökningar
  - SAMF används som tilläggsvy när man gör en mellanbedömning/ett uppföljningssammandrag samt slututvärdering/slutsammandrag (t.ex. MED+SAMF, VÅRD+SAMF)
    - När man använder rubrikerna *Mellanbedömning* eller *Slututvärdering* för en anteckning lägger patientdatasystemet i allmänhet automatiskt till SAMF som tilläggsvy
    - Vid behov kan den som gör anteckningen själv lägga till SAMF som tilläggsvy
- **HVP** (Hälsa- och vårdplan) är ett dokument som **upprätthålls** via Informationshanteringstjänsten och som sammanställer patientens alla planer för öppenvård och rehabilitering. Dokumentet är avsett särskilt för patienter med många hälsoproblem
  - Det är inte avsett för dokumentation av vårdplaner inom en vårdperiod på en avdelning.
  - Se exemplet på nästa bild

# Hälso- och vårdplan (exempel)

<b>Terveys- ja hoitosuunnitelman AJATUSMALLI</b>		Pvm	4
Nimi	2	Hetu	3
<b>Hoidon tarve</b>			
100			
<b>Toiminta- ja työkykyyn liittyvät tarpeet</b>			
<b>Hoidon syy (0-n kpl)</b> (koodi, tarkenneteksti, palvelukokonaisuus)			
<b>Hoidon tavoite</b>			
200			
<b>Toiminta- ja työkykyyn liittyvät tavoitteet</b>			
<b>Tavoitteen asettajat</b>			
<b>Tavoitteen yksilöivä tekijä (0-n kpl)</b>			
<b>Hoidon toteutus ja keinot</b>			
300			
<b>Hoitopaikka (organisaatio) (0-n kpl)</b>			
<b>Palvelu (0-n kpl)</b>			
<b>Tuki, seuranta ja arviointi</b>			
400			
<b>Terveydenhuollon ammattihenkilö (0-n kpl)</b>			
Nimi	500		
Ammattinimike (0-n kpl)	502		
Ammattihenkilön lisätieto	503		
<b>Hoitosuunnitelman lisätiedot</b>			
601			
Diagnoosilista	<b>8.12.2011</b>	<b>Näytä lista</b>	
Diagnoosilista (ajantasainen)	603	I20.1 Angina pectoris	
Lääkityslista	<b>8.12.2011</b>	<b>Näytä lista</b>	

Hälso- och vårdplanen omfattar **planerna för öppenvård** mellan patientens vårdperioder. För den vårdperiodvisa planeringen används bl.a. vårdplanen i vårdjournalen.

När en hälso- och vårdplan har gjorts upp för patienten dokumenteras inte någon plan för den fortsatta vården när vårdperioden är avslutad, utan uppgifterna uppdateras i hälso- och vårdplanen.

(Handbok för dokumentation av patientuppgifter, THL 2022)



# Allmänna vyer (3)

- Vyn **REM** (Remiss) används
  - a) när patienten hänvisas till *en annan vårdorganisation* för att få hälso- och sjukvårdstjänster
  - b) i situationer där vårdansvaret inte överförs, man bara ber om konsultation från en annan organisation
    - I anteckningen ska nämnas om det är fråga om en konsultation eller om en remiss för att överföra vårdansvaret
    - I remisser och konsultationer **inom en** organisation används **inte** REM-vyn, utan huvudvyn väljs enligt den remitterande partens specialitet och tilläggsvyn enligt den mottagande partens specialitet
- Vyn **VÅRDR** (Vårdrespons) används när de dokumenterade uppgifterna om den tillhandahållna vården sammanställs till en vårdrespons till den part som skickade remissen eller som ansvarar för den fortsatta vården
  - Vårdresponsen innehåller en slututvärdering av läkaren och/eller ett sammandrag av vården
  - De kan vid behov skickas separat som egen vårdrespons

# Vyer för den fortlöpande patientjournalen

- **Specialitetsspecifika vyer**

- i huvudsak för dokumentation av läkarnas journalanteckningar
  - undantag är bl.a. MUN-vyn, som används av alla yrkesutbildade personer inom munhälsovården
- vyerna kan också användas som tilläggsvyer för anteckningar av annan hälso- och sjukvårdspersonal, t.ex. självständig mottagning av vårdare inom primärvården -> VÅRD+ALLMED

- **Tjänstespecifika vyer**

- används multiprofessionellt, dvs. för dokumentation av journalanteckningar gjorda av olika yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården inom den aktuella servicen
- t.ex. vyerna LAB och RTG, vyerna för rehabilitering (REH), rådgivningsverksamhet (RÅDG), skol- och studerandehälsovård (STUD), samt företagshälsovård (ARBET) och prehospital akutsjukvård (AKUT)

# Vyer för den fortlöpande patientjournalen (2)

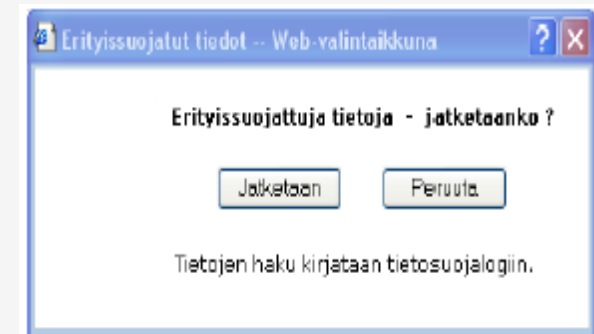
- **Yrkesspecifika vyer**

- vyer avsedda för dokumentation av andra legitimerade yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (än läkare)
- vyer för olika yrkesgrupper
  - vårdare (VÅRD), psykologer (PSL)
  - olika terapeuter (FYST, TAL, DIET, ERGO, SEX)
  - socialarbetare (SOC), övriga (SPEC)
  - Vårdjournal (VÅRDJ)
    - obs. Tills vidare arkiveras inte dagliga anteckningar eller andra uppgifter i VÅRDJ
    - sammandrag av vårdarbetet arkiveras i vyerna VÅRD+SAMF

# Specialskyddade anteckningar

- Specialskyddade anteckningar är för närvarande dagliga anteckningar och sammanfattande anteckningar inom psykiatri (PSY) och medicinsk genetik (GEN)
  - Specialskydd har också önskats för tjänster som kräver särskild konfidentialitet, såsom sexual- och psykoterapi, men genomförandet av detta pågår ännu
- Specialskyddet tillämpas med hjälp av informationen i vyn för anteckningen
  - Anteckningar med PSY eller GEN som **huvudvy** kräver specialskydd
  - Skyddet gäller inte om PSY eller GEN är tilläggsvyer
  - Specialskyddet omfattar också eventuella tilläggsvyer till PSY eller GEN
  - Skyddet gäller emellertid **inte** uppgifter om **medicinering eller kritiska risker**

Specialskyddet hindrar inte att man tittar på uppgifterna, men när de används inom andra än den aktuella specialiteten, krävs det en **separat bekräftelse** på förhand av den som använder uppgifterna. Begränsningen av åtkomsträttigheterna till ett specialskyddat dokument görs på **patientdatasystemnivå**



# Informationshanteringstjänstens sammanställningar

- Sammanställningarna är informationshelheter som har bildats i Informationshanteringstjänsten och som visas i det egna patientdatasystemet och i vilka strukturerade data som är viktiga för patientens vård samlas från Patientdataarkivet -> se *Exempel på patientsammandrag för yrkesutbildade personer* (nästa bild)
- Sammanställningar kan bildas av följande centrala patientuppgifter: **diagnoser, riskuppgifter, åtgärder, utbildnings- och laboratorieundersökningar, fysiologiska mätningar, vaccinationer \***
- Sammanställningarna samlar strukturerade data som hör till samma informationshelhet (t.ex. diagnoser) och som har dokumenterats i den fortlöpande patientjournalen oberoende av i vilken journalvy de har dokumenterats och sparats
- Användning av sammanställningarna förutsätter patientens tillstånd för utlämnande
  - eventuella förbud mot utlämnande som patienten utfärdar påverkar innehållet i sammanställningarna eftersom uppgifter som omfattas av förbud mot utlämnande inte visas i sammanställningarna

# Exempel på patientsammandrag för yrkesutbildade personer

**Kanta** Ammattilaisen potilasyhteenveto Meikäläinen Matti 310310-3100 Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014

**Lääkitys**

- \*Voimassa oleva lääkitys <
- \*Lääkityshistoria >

**Diagnoosit**

- \*Pitkäaikaisdiagnoosit <
- \*Diagnoosilista >

**Riskitiedot**

- \*Kriittiset riskit <
- \*Hoidossa huomioitavat >

**Laboratorio-tutkimukset** >

**Kuvantamis tutkimukset** >

**Fysiologiset mittaukset** >

**Rokotukset** >

**Terveys- ja hoitosuunnitelma** >

**Toimenpiteet** >

**Käynnit ja hoitajakset** >

**Henkilötiedot** >

**Ohjeet** >

**Lääkitysyhteenveto** Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014

**Säännöllinen lääkitys** [Avaa Lääkityslista](#)

Pysyvyys	A	Valmiste	Vahvuus: Muo	Annostelu	!	Käyttötarkoitus	Päätty
J		Marevan	5 mg tabl	½ tabl x1 /vrk po		Verenohennuslääke	
J		Disperin	100 mg tabl	1 tabl x1 /vrk po		Verenohennuslääke	
J		Retafer	50 mg tabl	1 tabl x1 /vrk po		Anemian ehkäisyyn	
J		Seloken	50 mg tabl	1 tabl x2 /vrk po	x	Verenpaineeseen	
J		Diapam	10 mg tabl	1 tabl iltaisin po		Unilääke	

**Tarvittaessa otettava lääkitys** Lääkehoidon kokonaisarviointi tehty **25.8.14** **! Edellyttää toimenpiteitä**

Pysyvyys	A	Valmiste	Vahvuus: Muo	Annostelu	!	Käyttötarkoitus	Päätty
I		Panacod	500mg/30 porett	1 tabl x3 /vrk po tarv		Selkäsärkyyn	

**Diagnoosiyhteenveto** Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014

**Pitkäaikaisdiagnoosit** [Avaa diagnoosiyhteenveto](#)

+	Aikajakso	Dg-koodi ▲	Diagnoosin nimi	Lopeta
...	9.9.09 - 15.8.12	E11.9	Aikuistyyppin diabetes	...
...	22.1.07 - 15.8.12	I11.9	Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen [ko	
...	9.9.09 - 15.8.10	I20.1	Angina pectoris	
...	22.1.07 - 4.4.08	M16.9	Arthrosis Coxae	

**Riskitietoyhteenveto** Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014

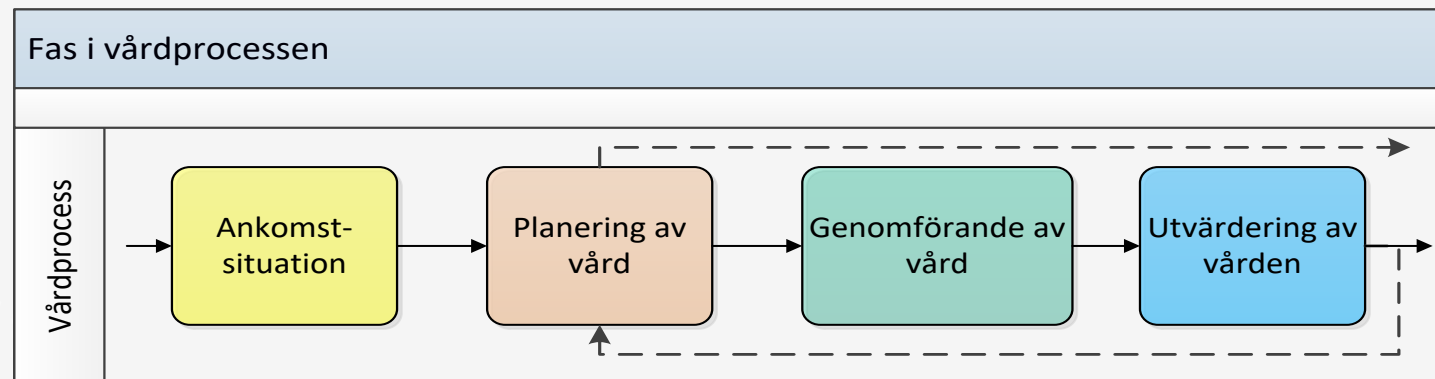
**Kriittiset riskit** **Hoidossa huomioitavia riskejä (2kpl)** [Avaa riskitietoyhteenveto](#)

Riskin tyyppi, nimi tai kuvaus ja koodi	Riskinaiheuttava tekijä /	Riskin huomiointi hoidossa:	Todettu	Päätty	Varmuus
A1 Anafylaktinen sokki T88.6#	V-pen Mega tabl. J01C	Penissilliiniä ei saa käyttää	15.8.09	Pysvä	Varma
B1 Anafylaktinen sokki T78.0	Kananmuna	Kananmunaa ei saa käyttää	5.1.00	Pysvä	Epäily

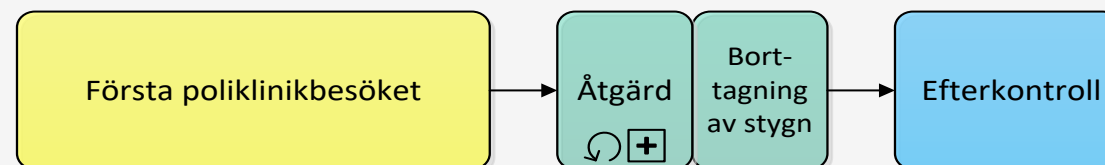
Ett patientsammandrag är en vy över en patients viktigaste uppgifter, som har samlat av **Informationshanteringstjänsten**. Syftet med den är att ge en överblick av situationen och möjliggöra en snabb åtkomst till de dokument från vilka uppgifterna i sammandraget härstammar. Mindre viktig information visas inte nödvändigtvis i sammandraget, utan den kan **öppnas** med ett klick via en ikon på skärmen.

# Faser i vårdprocessen

- I en anteckning ska det alltid finnas information om faser i vårdprocessen
  - Ankomstsituation – Planering av vård – Genomförande av vård – Utvärdering av vården – Ospecificerad
- Med hjälp av faser i vårdprocessen kan man följa hur vården av patienten har genomförts
- I anteckningen kan man använda en eller flera faser enligt behov
  - oftast avgör systemet vårdfasen t.ex. utifrån anteckningens rubrik, men vid behov kan den som gör anteckningen ändra faser



Exempel på faser:



(Handbok för dokumentation av patientuppgifter, THL 2022)

# Uppgifter som ska dokumenteras under faserna i vårdprocessen

## Exempel: Planering av vård

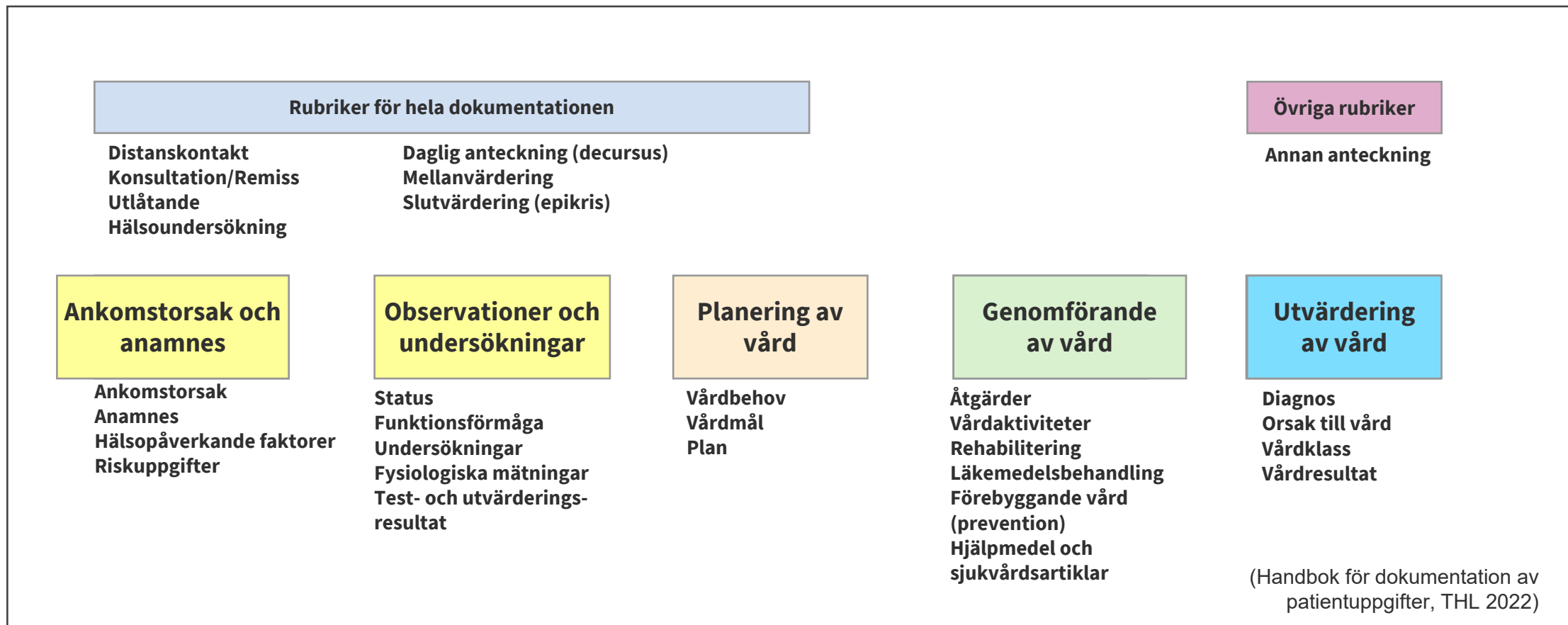
- En plan för vården av en patient samt grunderna och målen för vården, utarbetad i samarbete mellan yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, patienten och vid behov också anhöriga
- Man beskriver bland annat vårdbehovet, målen för vården, dokumenterar planerade undersökningar och mätningar, åtgärder, rehabiliterings- och vårdåtgärder, hjälpmedel och sjukvårdsartiklar, ordinerade mediciner samt konsultationer som man ska be om

## Exempel: Utvärdering av vård

- Förändringar i patientens hälsotillstånd och utvärderingen av den genomförda vården i förhållande till de mål som sattes upp vid planeringen av vården:
  - förändringar i patientens allmäntillstånd och funktionsförmåga
  - förändringar som bedömts på basis av undersökningar och mätningar
  - förändringar som hänför sig till den genomförda vården (åtgärder, rehabilitering, läkemedelsbehandling och andra vårdåtgärder)
  - diagnos eller besöksorsak



# Nationella rubriker



Rubrikerna kan grupperas logiskt i sex grupper som motsvarar faserna i vårdprocessen. En del av rubrikerna passar som **rubriker för hela texten** och de används i allmänhet som **första** rubrik i anteckningen. En anteckning ska ha **minst en** rubrik. Förutom att strukturera anteckningarna kan rubrikerna användas som hjälp bl.a. för **sökfunktioner**.

# Vad dokumenteras under rubrikerna?

- Under rubrikerna kan man på ett strukturerat sätt dokumentera närmare uppgifter om patienten och vården med hjälp av olika nationella kodsystem och klassifikationer
- Det kan räcka med enbart strukturerade data (t.ex. diagnos), men ofta kompletteras de med fri text, som specificerar den strukturerade dokumentationen så att den uttryckligen gäller den berörda patienten och patientens vård
- Med tilläggsrubriker kan man precisera de nationella rubrikerna, men de kan inte användas ensamma utan en nationell rubrik
  - En tilläggsrubrik är t.ex. en egen, lokal rubrik eller en precisering av en rubrik
  - En egen lokal tilläggsrubrik kan vara t.ex. *Nuvarande sjukdom*
- Tilläggsrubriker är till strukturen **fri text**

# Dokumentationsanvisningarna om nationella rubriker

- Dokumentationshandboken har användningsrekommendationer för varje rubrik, exempel

## ***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.

## ***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.

## ***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. Besöksorsaken kan dokumenteras med ICPC2-klassificeringen eller med de ICD-10-koder som tidigare använts för att diagnostisera patienten.

## ***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.

# Vilka är de centrala hälsouppgifterna?

- Centrala hälsouppgifter som ska dokumenteras strukturerat är
  - Diagnoser
  - Besöksorsaker
  - Riskuppgifter
  - Åtgärder
  - Avbildningsundersökningar
  - Laboratorieundersökningar
  - Resultat av fysiologiska mätningar
  - Vaccinationsuppgifter
  - Medicinering (i tillämpliga delar)\*

*\*En riksomfattande medicineringslista planeras som en tjänst hos Receptcentret 2024–2025*

# Dokumentation av centrala hälsouppgifter (1)

## Diagnoser

- läkarna dokumenterar diagnosen under rubriken *Diagnos* enligt datastrukturen *Diagnos*
  - obs. uppgiften om diagnosens varaktighet är obligatorisk
- 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

## Besöksorsaker

- andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än de som fått medicinsk utbildning dokumenterar besöksorsaken i journalvyn under rubriken *Orsak till vård* enligt datastrukturen *Diagnoser och besöksorsak*, antingen enligt ICPC 2-klassifikationen eller ICD-10-klassifikationen, om besöket baserar sig på en diagnos som tidigare ställts av en läkare

# Dokumentation av centrala hälsouppgifter (2)

## Riskuppgifter

- är *kritiska eller sådana uppgifter som ska beaktas i vården* och om riskuppgifter ska åtminstone antecknas *riskens namn, typ av risk och grad av risk*
- dessutom kan uppgiften preciseras bland annat med säkerhetsgrad och uppgift om varaktighet samt med fri text
- dokumenteras med bl.a. typ-, grad- och varaktighetskoder för riskuppgiften samt vid behov med diagnos- eller åtgärds-koder (och deras kodverk)
- ATC-koden används när risken är förknippad med ett läkemedel, t.ex. läkemedelsallergi
- sammanställs i riskvyn (RIS), för journalanteckningar används rubriken *Riskuppgifter*

# Dokumentation av centrala hälsouppgifter (3)

## Åtgärder

- klassificeras i *krävande åtgärder, munåtgärder och mindre åtgärder*, som dokumenteras med THL-åtgärdsklassifikationen
- Tilläggsattribut är åtgärdens prioritet, som anges med kodverket Diagnosens och åtgärdens prioritet
- vid dokumentation av komplikationer används klassifikationen ICD-10
- för journalanteckningar om åtgärder används rubriken *Åtgärder*

# Dokumentation av centrala hälsouppgifter (4)

## Avbildningsundersökningar

- begäran och utlåtanden om undersökningar dokumenteras i programmen för radiologi eller i patientjournalens RTG-vy med hjälp av koderna i Radiologisk undersöknings- och åtgärdsklassifikation (THL-åtgärdsklassifikationen) samt klassifikationerna Utlåtandestatus och Avvikande mättnings- eller undersökningsresultat
- ett skriftligt sammandrag av resultaten dokumenteras under rubriken Undersökningar

## Laboratorieundersökningar

- begäran och utlåtanden om undersökningar dokumenteras i LAB-vyn med Nomenklaturen för laboratorieundersökningar eller verksamhetsenhetens egen kod (helst en FinLOINC-kod), dessutom används bl.a. klassifikationerna Informationskälla, Meddelanden om undantagssituation, Tolkningskoder och Utlåtandestatus
- ett skriftligt sammandrag av resultaten dokumenteras under rubriken *Undersökningar*



# Dokumentation av centrala hälsouppgifter (5)

## Fysiologiska mätningar

- t.ex. längd, vikt och blodtryck
- dokumenteras strukturerat enligt klassifikationen FinLOINC alltid när det är möjligt
- dessutom används bl.a. Informationskälla, Utlåtandestatus och Avvikande mätning- eller undersökningsresultat
- patientdatasystemen har ofta en egen strukturerad del för fysiologiska mätningar
- vid behov kan uppgiften också dokumenteras i strukturerad och/eller textform under rubriken *Fysiologiska mätningar*

# Dokumentation av centrala hälsouppgifter (6)

## Vaccinationsuppgifter

- uppgifter om vaccinet, vaccinationshändelsen och biverkningar dokumenteras med hjälp av vaccinationskoden samt klassifikationer avseende vaccinations sätt, injektionsställe och diagnoser
- strukturerade vaccinationsuppgifter (utöver fri text) antecknas under rubriken *Förebyggande (Prevention)*
- i motsats till övriga anteckningar om medicinering dokumenterar man när det gäller vaccinationer bara administreringen strukturerat
- om patienten själv hämtar vaccinet från apoteket görs en förskrivningsanteckning om vaccinet i patientjournalen samt ett recept i Receptcentret
- olika patientdatasystem har olika sätt att registrera vaccinationer
- Se även [Dokumentering av vaccinationer/THL](#)

# Dokumentation av centrala hälsouppgifter (7)

## Medicinering

- basinformationen om medicinering är läkemedlets namn, mängd, engångs- och dygnsdos samt dosering, administreringsdatum och -tidpunkt samt givarens namn och namnet på den som ordinerade läkemedlet
- enskilda strukturerade läkemedelsanteckningar dokumenteras i LÄK-vyn
- den medicinering som är i kraft när ett vårdbesök eller en avdelningsperiod upphör sparas dessutom organisationsspecifikt i MEDIC-vyn
- användaren ska alltid kontrollera de uppgifter i MEDIC-vyn som ska arkiveras i Patientdataarkivet **innan** de arkiveras
- tills vidare kan uppgifterna i LÄK- och MEDIC-vyerna inte utnyttjas i strukturerad form i Patientdataarkivet, utan enbart i visningsform

# Exempel på journalstrukturer

**JOUR**, jour (huvudvy) + **NEU**, neurologi (tilläggsvy) + **KIR**, kirurgi (tilläggsvy)

**Ankomstsituation** (fas i vårdprocessen)

(Handbok för dokumentation av patientuppgifter, THL 2022)

**Ankomstorsak** (rubrik)

Fallit idag när höger sida blivit kraftlös. Smärta i vänster höft

**Anamnes** (rubrik)

En 91-årig kvinna som har MCC och diabetes som behandlas med diet. Tidigare 11/03 basal collumfraktur behandlad med DHS-skruvar. Patienten utskriven och klarat sig själv hemma.

**Status** (rubrik)

Allmäntillståndet är gott. Saklig. Smärta i vänster höft. Foten varm, de perifera pulserna palperas. Krafterna i höger ben och arm klart försämrade.

**Fysiologiska mätningar** (rubrik)

Temperatur, armhåla 37,8 (8328-7) (strukturerad uppgift, FinLoinc)

Blodtryck 161/79 (8480-6, 8462-4) (strukturerad uppgift, FinLoinc)

**Diagnos** (rubrik)

I63.5 Cerebral infarkt, misstänkt, huvuddiagnos (strukturerad uppgift, ICD-10)

S72.0 Kollumfraktur, misstänkt (strukturerad uppgift, ICD-10)

**Plan** (rubrik)

MRI av hjärnan ...

\*\*\*\*\*

**Riskuppgifter** -> Anteckningar i vyn för riskuppgifter, programmet meddelar separat om kritiska riskuppgifter finns dokumenterade för patienten

**Medicinering** -> Anteckningar i medicineringsvyerna

# Patientdataarkivet – viktiga ändringar

- Strukturen hos uppgifter i patientjournalen och dokumentationen av dem blir **enhetligare**
  - Den enhetliga strukturen skapas med hjälp av nationella klassifikationer och kodverk
- Användningen av organisationsspecifika **vyer/rubriker** upphör/minskar
  - Uppgifterna lagras i Patientdataarkivet i nationella vyer, varvid en annan organisation som använder arkivet kan använda dem i sitt eget patientdatasystem
  - Om man använder lokala vyer eller rubriker, måste de länkas till motsvarande nationella vy/rubrik innan arkiveras rubrikerna i Patientdataarkivet
- **Fasen i vårdprocessen** beaktas bättre än förr
- Patientens **centrala vårduppgifter** dokumenteras med nationella klassifikationer och kodverk, vid behov kompletteras informationen med fritt formulerad text → i fortsättningen får man bland annat **sammanställningar** av centrala strukturerade uppgifter
- Journalanteckningar knyts alltid till någon **servicehändelse** (t.ex. besök eller vårdperiod)

# Fördelar med strukturerad dokumentation

- Patient- och vårduppgifterna är **enhetliga och jämförbara**
- Det är **lättare** att söka efter och utnyttja uppgifter i realtid mellan organisationer
- Kopiering och överlappande dokumentation av uppgifter **minskar**
- Strukturerade data som dokumenterats en gång kan lättare **användas på nytt** jämfört med fritt formulerad text
- Centrala strukturerade vårduppgifter kan i fortsättningen hämtas i form av **sammanställningar** med hjälp av Informationshanteringstjänsten och utnyttjas i patientsystemen samt på Mina Kanta-sidorna
- Strukturerade data kan sammanställas, kombineras och utnyttjas lokalt, regionalt eller nationellt för **olika informationsbehov** (rapporter, statistik)



Följ oss

[thl.fi](https://thl.fi) >  
[Informationshanteri  
ng inom social- och  
hälsovården](#)



**Mer information/frågor:  
[sotetiedonhallinta@thl.fi](mailto:sotetiedonhallinta@thl.fi)**