



Dokumentation av centrala hälsouppgifter

Avbildnings- och laboratorieundersökningar

Institutet för hälsa och välfärd

Centrala hälsouppgifter

- Social- och hälsovårdsministeriets förordning om riksomfattande informationssystemtjänster inom hälso- och sjukvården definierar de uppgifter som är centrala för patientens hälso- och sjukvård som ska finnas tillgängliga i patientens informationshanteringstjänst
- Datainnehåll för de strukturerade uppgifterna har definierats för sparande i Patientdataarkivet
- Utöver Patientdataarkivet ställer också vårdanmälningsregistret krav på dokumentationen av vissa centrala hälsouppgifter

Vilka är de centrala hälsouppgifterna?

- Diagnoser
- Besöksorsaker
- Riskuppgifter
- Åtgärder
- Fysiologiska mätningar
- Avbildnings- och laboratorieundersökningar
- Vaccinationsuppgifter
- Medicinering (till tillämpliga delar, en nationell medicineringslista planeras som Receptcentralens tjänst 2024–2025)

Användning av enhetligt dokumenterade strukturerade uppgifter 1/4

- Användning av gemensamt överenskomna informationsstrukturer förbättrar informationens kvalitet samt gör det lättare att hitta informationen och fortsätta använda den
- Strukturerade patientuppgifter minskar behovet av att manuellt kopiera information mellan system, dokument eller prover
- Strukturerad dokumenterad information används bland annat för statistikföring, vetenskaplig forskning, utvecklings- och innovationsverksamhet samt utvärdering av tjänster ([Lag om sekundär användning av personuppgifter inom social- och hälsovården 552/2019](#))

Användning av enhetligt dokumenterade strukturerade uppgifter 2/4

- I eget datasystem
 - Utlåtanden, intyg, epikriser, sammanfattningar
 - Stöd för beslut och andra varningar/anmärkningar/påminnelser
- Inom andra organisationer via Kanta-tjänsterna (med beaktande av de förbud som patienten fastställt)
- Informationshanteringstjänsten kan bilda sammanställningar av centrala patientuppgifter som dokumenterats av olika serviceproducenter, som visas för användaren i hans eget patientdatasystem

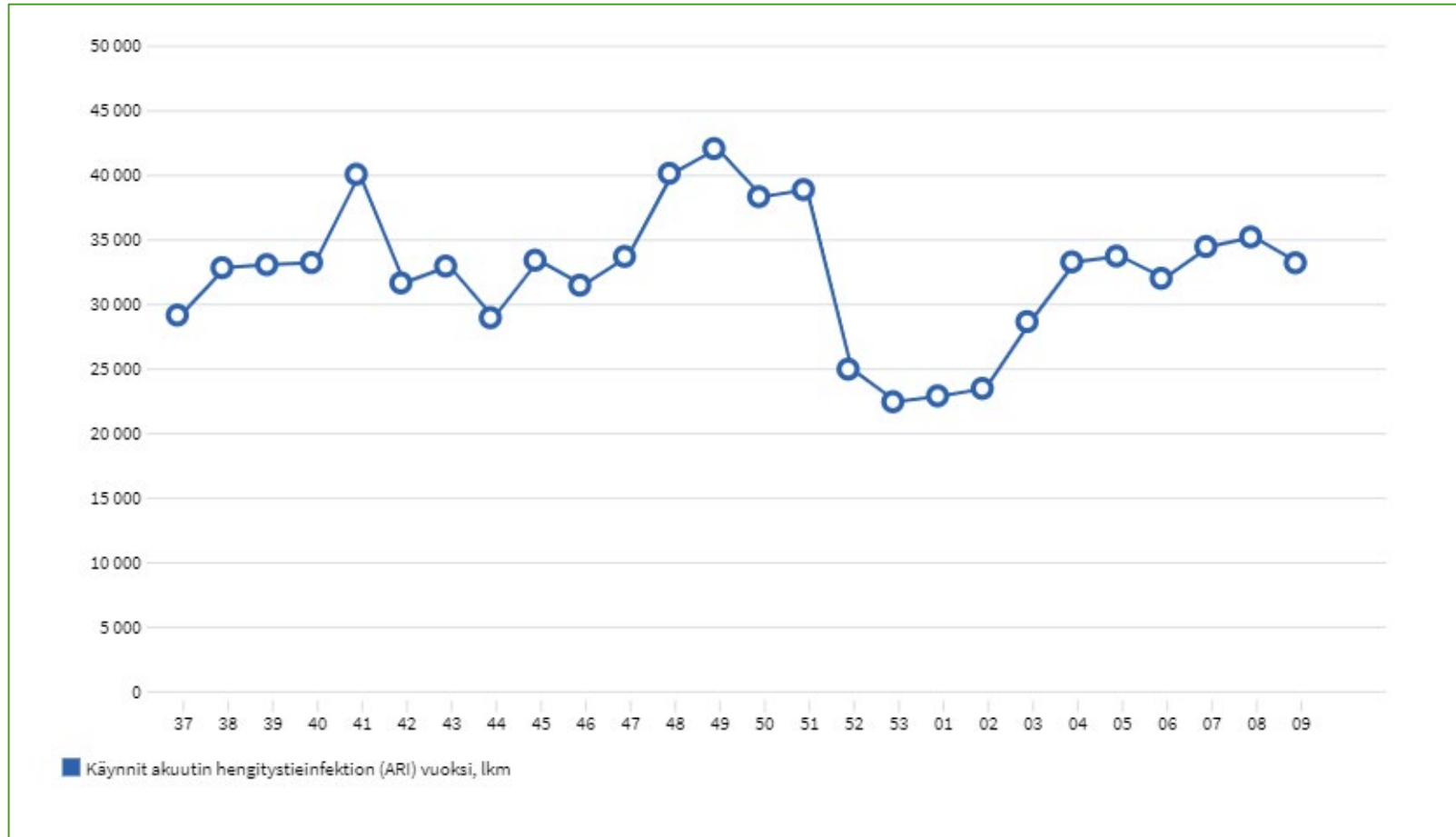
Användning av enhetligt dokumenterade strukturerade uppgifter 3/4

- **Medborgarna** via Mina Kanta-sidor
 - Sammanställningar (sammanfattningar): vaccinationer, diagnoser, åtgärder, mätningar, avbildnings- och laboratorieundersökningar, riskuppgifter (risker i anslutning till beteendet visas inte)
 - Sammanställningar på Mina Kanta-sidor kräver att uppgifterna sparas i ett patientdatasystem där man använder Patientdataarkivets definitioner från 2016.
 - [Mer information på Mina Kanta-sidor](#)

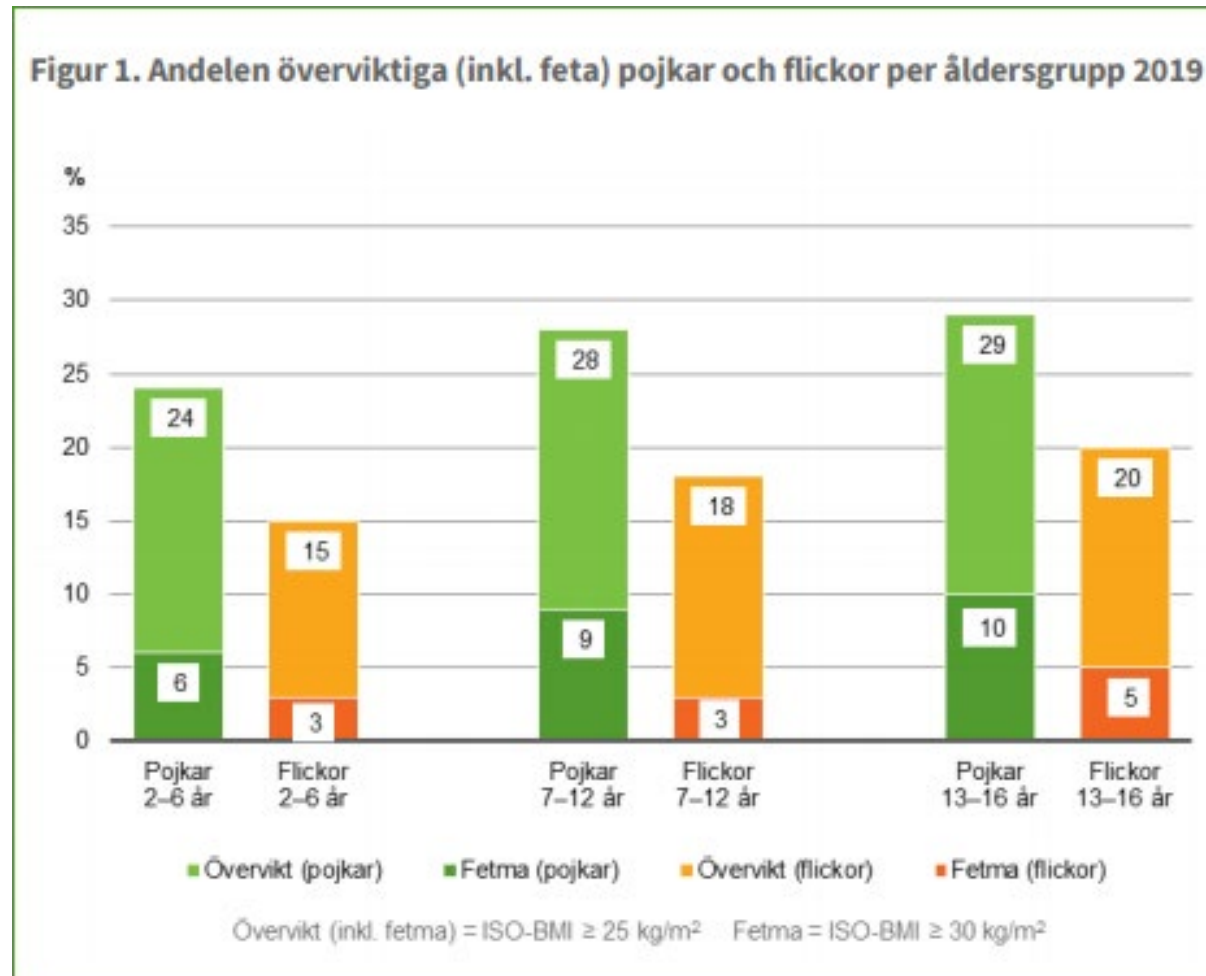
Användning av enhetligt dokumenterade strukturerade uppgifter 4/4

- Exempel på sekundär användning av uppgifter:
 - [Vårdanmälningsregistret](#)
 - [KUVA-indikatorerna](#) (450 olika indikatorer för kostnadseffekter)
 - [Sotkanet](#) (över 2 000 olika statistikuppgifter om befolkningens hälsa och välbefinnande samt servicesystemets funktion)
 - [Vaccinationsregistret](#) (uppföljning av vaccinationstäckningen)
 - [Kvalitetsregister](#) (bl.a. diabetes-, HIV- och ryggregistren)

Vårdanmälningsrapport för öppenvården: Antalet besök per vecka för akut luftvägsinfektion inom den öppna sjukvården



Statistikrapport om övervikt och fetma bland barn och unga



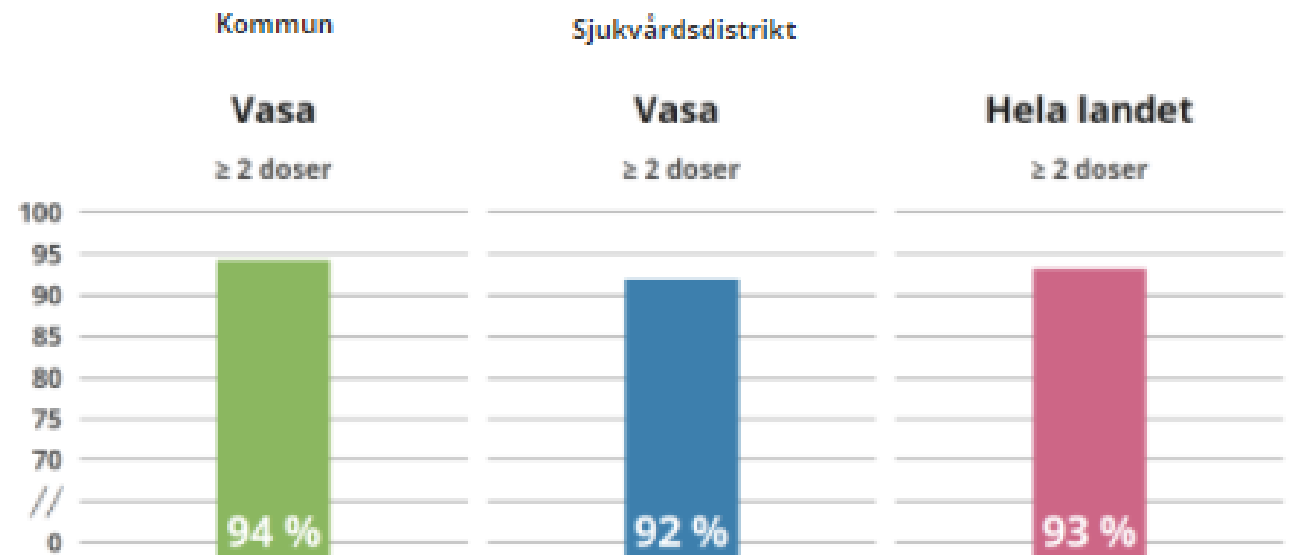
Exempel på information i vaccinationsregistret

Vaccinationstäckning

barn födda 2010-2012

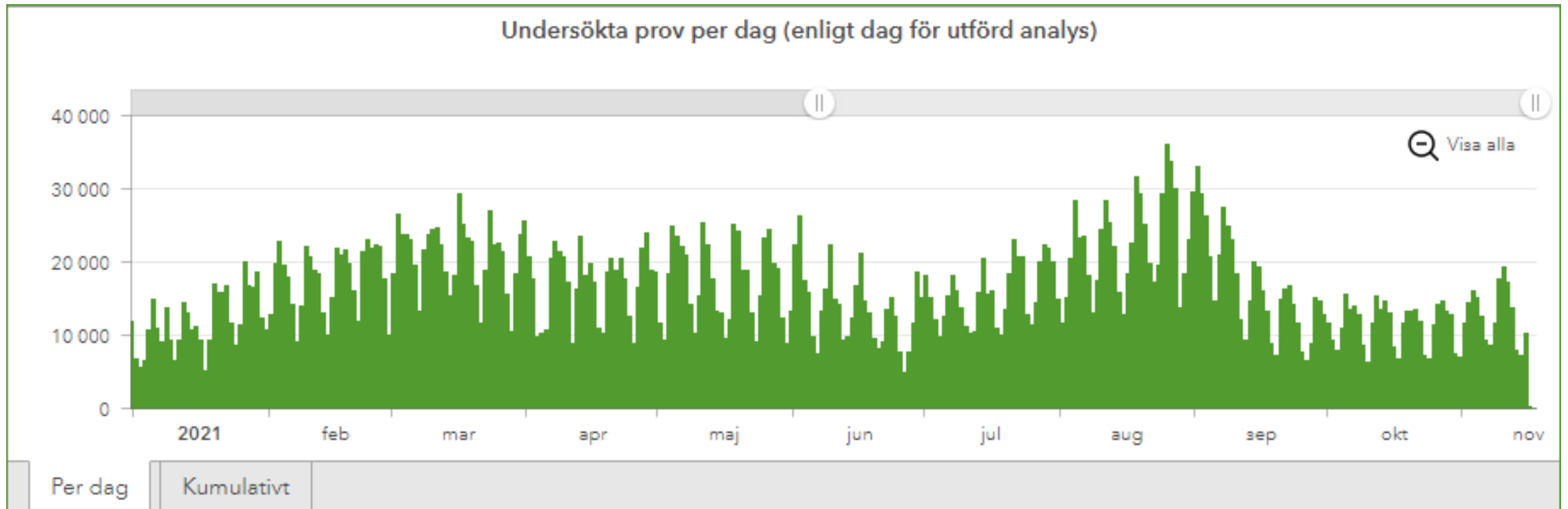
Vaccin mot mässling, påssjuka
och röda hund (MPR 2)

Vaccinationstäckning (%) sammanlagt
för 2010-2017 födda barn
med minst två doser



Exempel: Antal covid-19-tester per dag år 2021

(Källa: Coronakartan)



Avbildningsundersökningar

Det nationella arkivet över bildmaterial

- Tas i bruk stegvis
 1. Arkivering av bilder för gemensamt bruk (lagring och sökfunktioner) samt användning av bilderna tillsammans med patientjournalmaterial
 2. Standardisering av uppgifter och anteckningssätt samt utveckling av funktioner
 3. Helt centraliserat nationellt arkiv för avbildningsmaterial
- På Mina Kanta-sidor visas inga bilder, endast utlåtanden.
- Mer information:
<https://www.kanta.fi/sv/professionella/arkivet-over-bildmaterial>

Avbildningsundersökningar

- Uppgifterna utgörs av
 - Begäran om avbildning
 - Avbildningsundersökning
 - Utlåtande om avbildningen
- Dokumenteras antingen via radiologins system eller via patientdatasystemet
- Anteckningar görs i allmänhet i radiologivyn (RTG)

Klassificeringar som används för dokumentation av utbildningsundersökningar

Information	Klassificering
Undersökningens namn och kod	THL – Toimenpideluokitus
Undersökningens sida	THL – Toimenpideluokitus
Anatomisk precisering	THL – Anatominen jaottelu
Diagnosprecisering	THL – Tautiluokitus ICD-10 , Kuntaliitto – ICPC perusterveydenhuollon luokitus
Åtgärdsprecisering	THL – Toimenpideluokitus
Informationskälla	THL – Tiedon lähde
Bedömning av undersökningens resultat	THL – Mittaus- tai tutkimustuloksen poikkeavuus

Begäranden om utbildningsundersökning

- Begärda undersökningar dokumenteras enligt **Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder**, som är en del av **THL - Åtgärdsklassifikation**.
- Man behöver inte nödvändigtvis känna till den exakta undersökningskoden, utan den kan preciseras när undersökningen görs.
- En begäran kan omfatta en eller flera undersökningar
- 1–3 utlåtanden kan läggas till för en undersökning

Exempel på bildande av undersökningskod

Kod	Undersökning	Förklaring
NG1AA	Röntgenundersökning av knä	NG1 = knä sista tecknet A = nativröntgen fjärde tecknet A = grundläggande undersökning
NG1BG	Magnetundersökning av knä	NG1 = knä sista tecknet G = magnetundersökning fjärde tecknet B = grundläggande undersökning
NGA30	Artroskopi av knä	NGA = knä 30 = endoskopi

Informationsinnehåll i en begäran om avbildning

- Avbildningsundersökningsbegärens identifierare = länk till begäran
- Begärens text
- Begärens tidpunkt
- Namnet på den som begär en undersökning och den begärande serviceenheten
- Den begärda undersökningens sida (ZXA00–ZXB50)
- Vid behov anatomisk precisering, diagnosprecisering och åtgärdsprecisering

Anteckningar om begäranden om utbildning

- Undersökningar med olika texter i begäran bildar separata anteckningar
- Undersökningar med samma text i begäran sparas under samma anteckning
- En utbildningsundersökning kan dokumenteras utan begäran, om verksamheten inte kräver det.
Utbildningsundersökningsbegärens identifierare lämnas då tom.

Genomförda avbildningsundersökningar 1/3

- Undersökningar som gjorts av den radiologiska enheten dokumenteras i radiologins system → patientdatasystemet → Patientdataarkivet
- Avbildningsundersökningar som gjorts av andra enheter (t.ex. operationssal, tandvård) dokumenteras i patientdatasystemet → utlåtande kan ges till radiologins system eller så ska undersökningsresultaten utvärderas i patientjournalens specialområdesvy

Genomförda utbildningsundersökningar 2/3

- Man gör anteckningar med hjälp av **THL - Åtgärdsklassifikation** och preciserar med informationen **Undersökningens identifierare**, som är en länk till utlåtandet och bilderna
- **Undersökningens tidpunkt**
- Från begäran kommer som standard
 - Avbildningsundersökningens namn och kod
 - Sida
 - Diagnosprecisering
 - Åtgärdsprecisering

Genomförda utbildningsundersökningar 3/3

- **Anatomisk precisering** kommer från begäran om den inte kan avgöras utifrån undersökningskoden
- Den som gör undersökningen kan redigera de uppgifter som importerats som standard.
- **Orsak till avbrytande av utbildningsundersökningen** (THL – Åtgärdsklassifikationen ZXF-koder)
- Utförare av undersökningen

Utlåtanden om avbildningar 1/2

- Utlåtandet gäller en undersökning
- Om flera utlåtanden görs för en undersökning, får vart och ett en egen anteckning
- Utlåtandets centrala uppgifter och preciseringar kommer från uppgifterna om undersökningen → användaren kan ändra
- Tidpunkten för utlåtandet och uppgifter om den som gjort utlåtandet kommer från uppgifterna om den som gjort anteckningen

Utlåtanden om avbildningar 2/2

- Utlåtande i textform och utlåtandets status (preliminärt, slutgiltigt, tilläggsutlåtande) är obligatoriska uppgifter
- Den som gör dokumentationen kan ange **Bedömning av undersökningens resultat** = klassificering av fyndet som normalt, lätt avvikande eller signifikant avvikande.
- Utifrån resultaten kan man göra en skriftlig sammanfattning och reflektion under rubriken Undersökningar i patientjournalen

Bilder tagna med hjälp av synligt ljus

- Exempelvis fotografier, videor och teckningar
- Finns inte ännu i arkivet över bildmaterial
- I allmänhet görs inga undersökningsbegäranden eller separata utlåtanden, utan bilderna och tolkningen sparas som en del av en patientjournalsanteckning
- Anteckningar enligt **THL – Åtgärdsklassifikation** (klassificeringen kräver komplettering för behov som hänför sig till synligt ljus)
- Vid behov även anatomisk precisering, diagnosprecisering och åtgärdsprecisering

Bilder, videor och biosignaler som produceras av mätutrustningen

- I synnerhet vid enheter för klinisk fysiologi och klinisk neurofysiologi
- Sedan början av 2021 är det möjligt att spara EKG-undersökningar i bildarkivet i DICOM-format
- Bilder sparas i bildarkivet med undersökningskoder enligt **THL – Åtgärdsklassifikation**, i kliniskt arbete används Laboratorieundersökningskoder → Åtgärdsklassifikationen kommer att kompletteras och närmare anvisningar ges för användningen av koder

Exponering för strålning

- Om åtgärder som exponerar för strålning ska man lagra uppgifter utifrån vilka den stråldos som åtgärden orsakar för den som undersöks eller behandlas vid behov kan fastställas
- Även exponering för strålning som orsakas av genomlysningsundersökningar eller genomlysningsstyrda åtgärder

Stråldos och stråldosens storhet

- Stråldos och dess enhet
- Stråldosens storhet
 - Produkten av dos och yta vid nativ- och genomlysningundersökningar (DAP)
 - Produkten av dos och längd inom datortomografiundersökningar (DLP)
- För isotopundersökningar även det använda radioläkemedlet och dess aktivitet
- Om informationen inte kan anges som ett värde, anges den i fältet **Stråldos som text**. För att förbättra bedömningen av stråldosen kan man ange **patientens vikt** och information om **informationskällan**.

Sammanställning av utbildningsundersökning (RTGS)

Begäranden för utförda undersökningar

Tidsintervall som ska redigeras

Anteckning om avvikande fynd

Bildundersökningssammandrag Uppdaterad från Informationshanteringstjänsten 12.9.2014							
Utbildningsundersökningar				För tiden: 1.9.2012 - 31.8.2014			
+	Tot	Begäran		Senaste	P/L	Fynd	▲
...	<u>6</u>	<u>1</u>	Toraxröntgen	15.8.14	P/L	*	
...	<u>1</u>	<u>0</u>	Nativröntgen av näsans bihålor, en riktning	29.1.13	P/L		
...	<u>1</u>	<u>0</u>	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

Virkkunen m.fl. 2021 Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely (Principer för och operativ definition av informationshanteringstjänsten, på finska)

Laboratorieundersökningar

Laboratorieundersökningar

- Tre informationsinnehåll:
 - Begäran om laboratorieundersökning
 - Svar på laboratorieundersökningen
 - Utlåtande om laboratorieundersökningen
- Varje datainnehåll arkiveras i Patientdataarkivet som en egen post i **LAB-vyn**, antingen från laboratoriets datasystem eller från patientdatasystemet.

Klassificeringar som används för dokumentation av laboratorieundersökningar

Information	Klassificering
Undersökningens namn, kod och koduppsättning	Kuntaliitto – Laborioriotutkimusnimikkeistö
Undersökningens provkvalitet	Kuntaliitto – Laborioriotutkimuksen systeemilyhenne
Metod för utförande av undersökningen	THL – Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa
Informationskälla	THL – Tiedon lähde
Svarets status	AR/LABRA – Tutkimusvastauksien tulkintakoodit
Avvikelse i resultatet	AR/LABRA – Poikkeustilanneviestit
Utlåtandets status	THL – Lausunnon tila
Mikrobiologiskt svar	THL – Mikrobinimikkeistö , THL – Mikrobimäärä , THL – Mikrobilääkkeet , THL – Mikrobilääkeherkkyyden mittausmenetelmä , THL – Mikrobin herkkyys

Begäranden om laboratorieundersökningar

- Dokumenteras med Kommunförbundets **nomenklatur för laboratorieundersökningar**
 - Om det är fråga om en ny undersökning (ingen nationell kod) eller en undersökning som skapats för laboratoriets egna behov, kan man använda verksamhetsenhetens egna koder.
- En begäran kan omfatta flera undersökningar
- Man kan begära en undersökning separat eller använda undersökningspaket

Undersökningspaket

- Dokumenteras enligt **nomenklaturen för laboratorieundersökningar** eller som undersökningspaket enligt den lokala koduppsättningen
- Undersökningspaketen och deras innehåll kan definieras separat i respektive organisation och laboratoriesystem
- Även i egna **undersökningspaket ska resultaten dokumenteras för delundersökningar som är nationellt enhetliga**

Innehåll i en begäran om laboratorieundersökning

- Undersökningsbegärans identifierare (identifierar begäran)
- Undersökningens namn, kod och koduppsättning
- Begärans tidpunkt (datum och klockslag)
- Undersökningsbegärarens namn och enhet
- Tilläggsuppgifter kan läggas till för begäran om undersökning som fritt formulerad text
- Tilläggsuppgifter om den begärda undersökningen som fritt formulerad text och den begärda undersökningens provkvalitet uttryckt genom kod

Återkommande undersökningsbegäranden (”långvariga remisser”)

- Start- och slutdatum för en återkommande laboratorieundersökningsbegäran. **Startdatumet är en obligatorisk uppgift.**
- Maximalt antal undersökningstillfällen
- Svaren kan kopplas till den ursprungliga begäran eller så kan systemet skapa en ny ”teknisk” begäran, som svaret kopplas till.
- Svaren kopplas till den servicehändelse under vilken den återkommande undersökningsbegäran är sparad eller exempelvis under ett eventuellt kontrollbesök som undersökningen anknyter till.

Resultat av laboratorieundersökningar

- Svaren länkas till undersökningsbegäran med hjälp av identifieraren och sparas specifikt för varje undersökning i **LAB-vyn**.
- Svaren och/eller utlåtandena dokumenteras i laboratorieprogramvaran, därifrån informationen förmedlas till patientjournalen och sparas i LAB-vyn.
- Svar som anknyter till samma begäran kan ges på en gång eller i flera omgångar.

Innehåll i laboratorieundersökningresultat 1/3

- Utförd undersökning (namn och kod)
- Undersökningsbegärans identifierare, om undersökningen baserar sig på en begäran
- Undersökningens identifierare
- Undersökningens tidpunkt
- Metod för utförande av undersökningen (THL – Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa, Mättnings- eller undersökningssätt)
- Svarets status (AR/LABRA – Tutkimusvastauksien tulkintakoodit, Koder för tolkning av undersökningssvar)

Innehåll i laboratorieundersökningsresultat 2/3

- Tidpunkt när resultatet var klart
- Undersökningsresultat och enhet eller
 - Undersökningsresultat som text eller
 - Utlåtande som text eller
 - Mikrobiologiskt svar eller
 - Identifierare för separat utlåtande
- Referensintervall eller normalvärde
- Referensintervall eller normalvärde som text

Innehåll i laboratorieundersökningsresultat 3/3

- Avvikelse i resultatet (AR/LABRA – Poikkeustilanneviestit, Meddelanden om avvikande situationer - beskriver på vilket sätt resultatet är avvikande)
- Yrkesperson som utfört undersökningen

Innehåll i ett mikrobiologiskt svar

- Identifierare och namn för mikrobfynd (THL – Mikrobinimikkeistö, Mikrobomenklatur)
- Tilläggsuppgifter om mikrobfyndet
- Bedömning av mängden mikrober (THL – Mikrobimäärä, Mikrobmängd)
- Mikrobmängd numeriskt
- Mikrobläkemedlets namn och kod (THL – Mikrobiläkkeet, Antimikrobiella läkemedel)
- Metod för mätning av mikrobens känslighet (THL – Mikrobilääkeherkkyuden mittausmenetelmä, Mätmetod för känslighet för antimikrobika)
- Bedömning av mikrobens känslighet (THL – Mikrobin herkkyys, Mikrobens sensitivitet)
- Mikrobens känslighet numeriskt
- Fynd av sjukhushygienisk betydelse
- Tilläggsuppgifter om känslighetsundersökningen

Utlåtande om laboratorieundersökning

- Svaret kan innehålla ett utlåtande, som dokumenteras och sparas som en del av undersökningssvaret med hjälp av undersökningens identifierare.
- Vid behov kan ett utlåtande också göras separat.
- Om utlåtandet görs på ett sätt som avviker från strukturen för ett utlåtande om en laboratorieundersökning, sparas länken till det separata utlåtandet i svaret med hjälp av informationen **Identifierare för separat utlåtande**.

Informationsinnehåll i ett utlåtande om en laboratorieundersökning

- Undersökningens identifierare
- Undersökning som utlåtandet gäller (namn och kod)
- Laboratorieundersökningens provkvalitet (Systemförkortningar för laboratorieundersökningar)
- Utlåtandets tidpunkt
- Utlåtandegivarens namn
- Utlåtandegivarens organisationsenhet
- Utlåtandets status (THL – Lausunnon tila, Utlåtandestatus)
- Utlåtandet som text

Laboratorieundersökningar som gjorts på avdelningarna

- Ska i mån av möjlighet sparas i Patientdataarkivet
- Man använder samma struktur som för undersökningar som görs i laboratoriet, men som metod för mätningen eller undersökningen anges patientnära mätning.
- Undersökningar som utförts av patienten själv: metod egen mätning och vid behov informationskällan ur koduppsättningen Tiedon lähde (Informationskälla).

Sammanfattning av undersökningar

- Man kan också skriva en skriftlig sammanfattning av och reflektion kring undersökningsresultaten och -svaren i patientjournalen, med vilken man bedömer undersökningens resultat och framgång samt föreslår eventuella vidare åtgärder.
- Sammanfattningen dokumenteras under **Undersökningar**

Sammanställning av laboratorieundersökningar (LABS)

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

Virkkunen m.fl. 2021 Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely (Principer för och operativ definition av informationshanteringstjänsten, på finska)

Mer information

- [Kommunförbundet/Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder](#)
- [Social- och hälsovårdsministeriets förordning om medicinsk användning av strålning 423/2000](#)
- Pättikangas M. (red.): [Esiselvitys kansallisen säteilyannosrekisterin toteutuksen edellytyksistä](#) (november 2019, endast på finska)
- [Kommunförbundet/Nomenklatur för laboratorieundersökningar](#)

Som stöd för dokumentationen

- [Webbplatsen om informationshantering inom social- och hälsovården](#)
 - [Dokumentation](#)
 - Hälsa- och sjukvårdens dokumentationsanvisningar, såsom Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter (tidigare del I i handboken för strukturerad dokumentation), yrkes- och serviceområdesspecifika handböcker
 - Socialvårdens dokumentationsanvisningar
 - Gemensamma för hela social- och hälsovården, såsom funktionsförmåga
 - [Utbildningsmaterial](#)
 - [Anvisningar](#)
 - Experthjälp: sotetiedonhallinta(at)thl.fi
- [HILMO-handledning](#), experthjälp: avohilmo(at)thl.fi, terveyshilmo(at)thl.fi