



Dokumentation av centrala hälsouppgifter

Diagnoser, besöksorsaker och riskuppgifter

Institutet för hälsa och välfärd

Dokumentversioner

Datum	Ändring	Redigerare
9.3.2021	Första publicerade versionen	
6.5.2021	Författarens personliga namn inklusive fotnot togs bort och dateringen ändrades. Källhänvisningarna på sidorna 34 och 68 preciserades. Sidan 36 preciserades gällande visning av riskinformation på Mina Kanta-sidor nu och i fortsättningen.	Taina Jokinen
16.9.2021	Koderna för dokumentation av externa orsaker och olycksfallstyp preciserades på sidan 17. Sidorna 62 och 67 ändrades i fråga om viljeyttringar för att motsvara den nya klientuppgiftslag som trädde i kraft 1.11.2021.	Anne Ålander
15.11.2021	Den sista meningen på sidan 67 korrigerades: Informationshanteringstjänsten ser till att patientens viljeyttringar som finns sparade i Viljeyttringstjänsten är uppdaterade i riskuppgifterna.	Anne Ålander

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

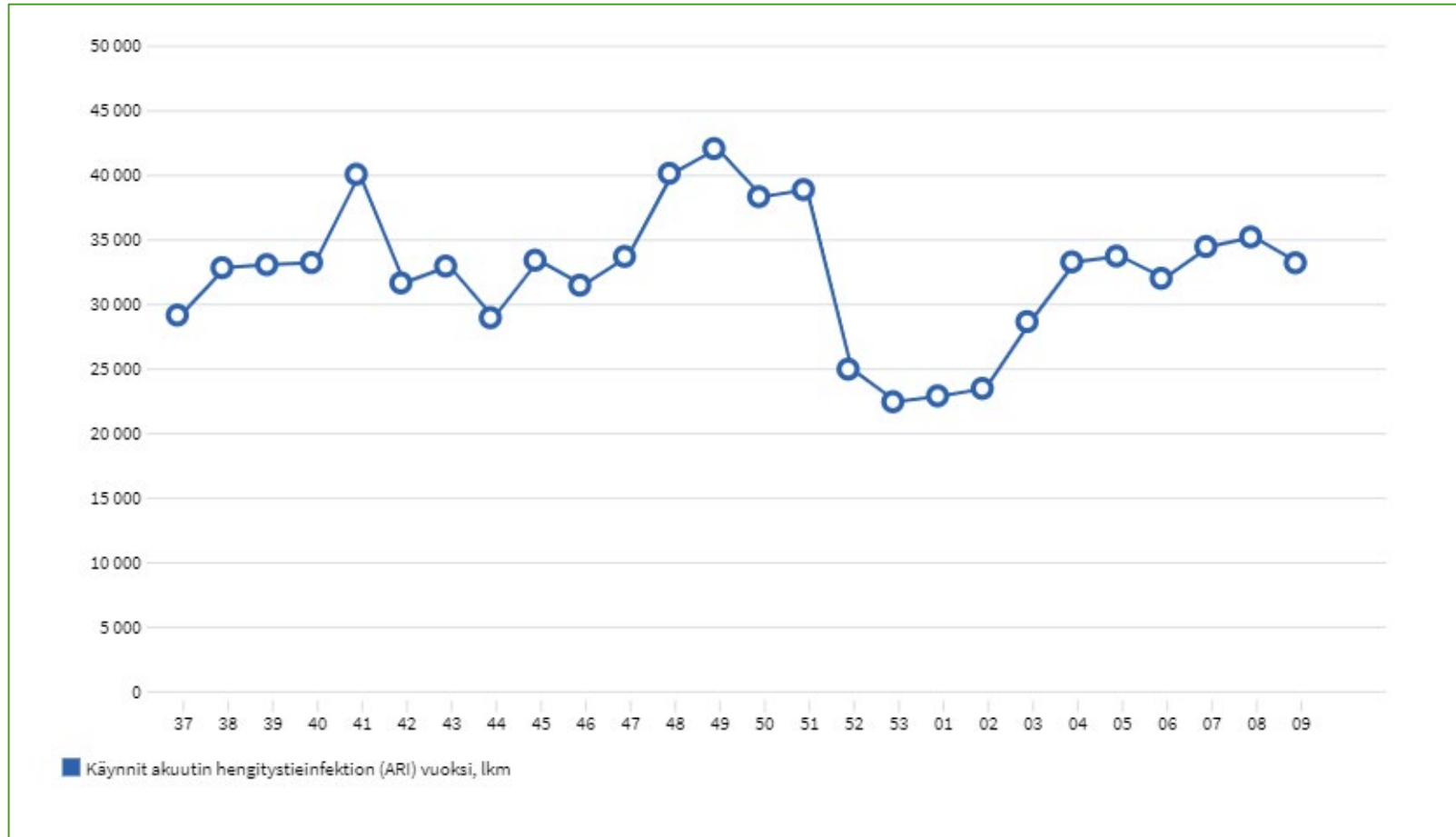
Användning av enhetligt dokumenterade strukturerade uppgifter 3/4

- **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](#)

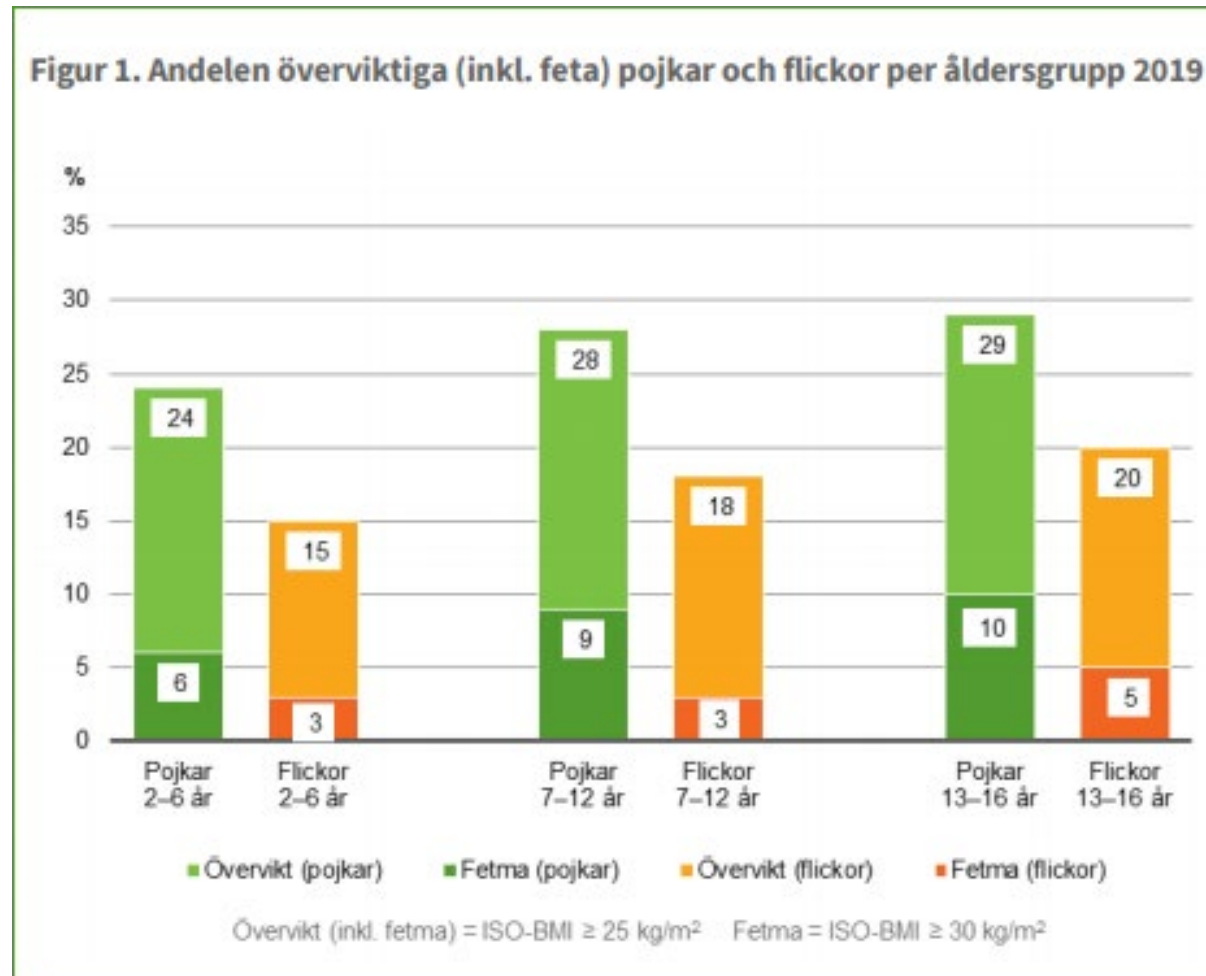
Användning av enhetligt dokumenterade strukturerade uppgifter 4/4

- 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



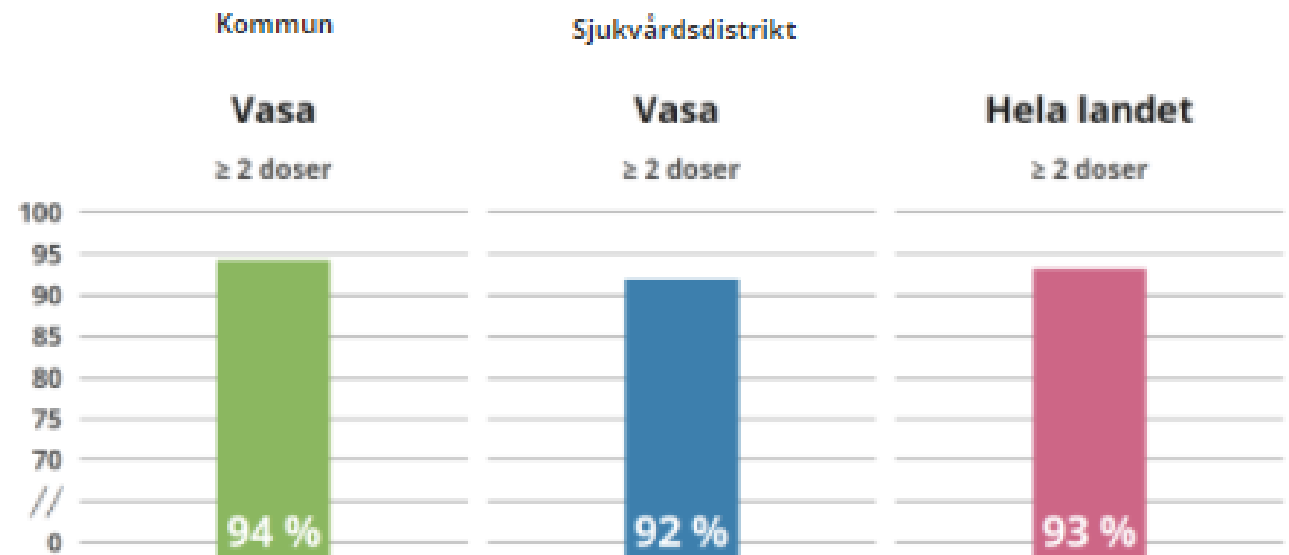
Exempel på information i vaccinationsregistret

Vaccinationstäckning

barn födda 2010-2012

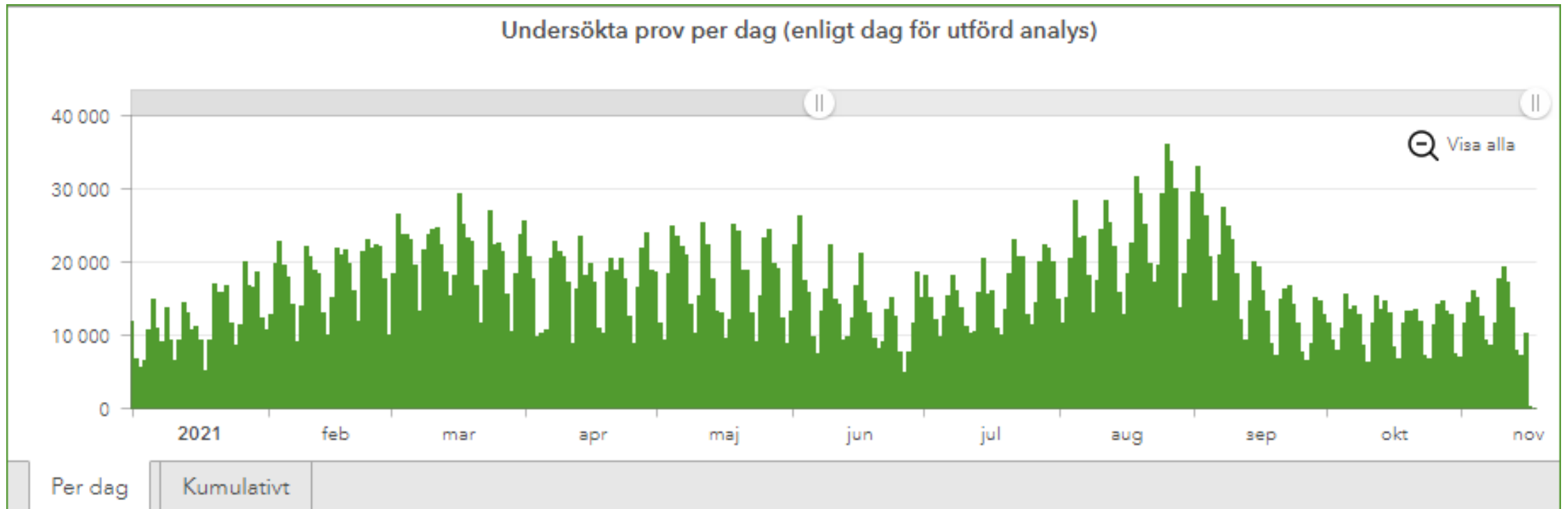
Vaccin mot mässling, påssjuka
och röda hund (MPR 2)

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



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

(Källa: Coronakartan)



Diagnoser och besöksorsaker

- De viktigaste strukturerade uppgifterna för patientens vård
- Alla diagnoser och besöksorsaker som **behandlats eller påverkat behandlingen** under ett besök eller en vårdperiod ska anges med ICD-10-koduppsättningens exaktaste nivå (med ICPC-2 anges nivån med 3 tecken)
- Diagnoserna och besöksorsakerna dokumenteras med samma informationsstruktur (i kodtjänsten: [THL/Informationsinnehåll - Diagnoser](#))

Klassificeringar som används för dokumentation av diagnoser och besöksorsaker

Information	Klassificering
Diagnosens kod, namn och koduppsättning	THL – Tautiluokitus ICD-10 , Kuntaliitto – ICPC perusterveydenhuollon luokitus
Diagnosens eller besöksorsakens prioritet	AR/YDIN – Diagnoosin/toimenpiteen ensisijaisuus
Diagnosens externa orsak och olycksfallstyp	THL – Tautiluokitus ICD-10
Läkemedel som orsakat tillståndet	Fimea – ATC Luokitus
Orsak till skadeverkning	THL – Toimenpideluokitus , Fimea – ATC Luokitus
Diagnosens eller besöksorsakens säkerhetsgrad	AR/YDIN – Varmuusaste
Diagnosens varaktighet	AR/YDIN – Pysyvyys
Informationskälla	THL – Tiedon lähde
Orsak till avslutande av diagnosen	AR/YDIN – Terveystiedon päättymisen syy

Ankomstorsak, diagnos, besöksorsak

- **Ankomstorsak** = den orsak för uppsökande av vård som patienten uppger
 - Som fritt formulerad text under rubriken *Ankomstorsak*
- **Diagnos** = den orsak som läkaren eller tandläkaren definierar för vårdkontakten
 - Med ICD-10-kod under rubriken *Diagnos* eller i informationsstrukturfältet
- **Besöksorsak** = orsak till vårdkontakt som definieras av en annan yrkesperson inom hälso- och sjukvården
 - Med ICPC-kod eller ICD-10-kod som tidigare definierats av läkare under rubriken *Orsak till vård* eller i informationsstrukturfältet

Koder för diagnoser och besöksorsaker

- Om läkaren dokumenterar diagnosen med en ICPC-kod, ska den preciseras med en ICD-10-kod
- Information om vilka ICD-10-koder som motsvarar ICPC-koderna har publicerats som en del av ICPC-2-klassifikationen (och information om vilka ICPC-koder som motsvarar ICD-10-koderna som en del av ICD-10-klassifikationen)
- Diagnosens och besöksorsakens namn importeras från klassificeringen, men namnet kan preciseras. **Betydelsen får inte ändras så att den avviker från koden!**

Kombinationskoder

- I ICD-10-klassifikationen finns så kallade kombinationskoder
 - t.ex. E11.2+N08.39 Diabetesnefropati ej insulinberoende diabetes
- Det går också att kombinera enskilda koder, om den kod som väljs först slutar på &-, *- eller +.
- Som precisering för en kod som slutar på # används ATC-koden för det läkemedel som orsakat tillståndet (t.ex. R50.2# Läkemedelsutlöst feber)
- Patientdatasystemet delar upp kombinationsdiagnoser till separata strukturer för att använda informationen

Externa orsaker, olycksfall eller information om idrottsgren

- Vissa ICD-10-koder kräver precisering av en extern orsak (S00—T98) eller olycksfallstyp (W00-X59)
- Patientdatasystemet känner igen dessa koder och begär att man fyller i uppgifterna i fråga
 - Externa orsaker dokumenteras med koderna V01–Y89
 - För koderna Y40–Y84 och Y88.0–Y88.3 anges orsaken till skadeverknningen med [THL – Åtgärdsklassifikation](#) eller [Fimeas ATC-klassificering](#)
 - Olycksfallstyper dokumenteras med koderna Y94.0–Y96.9
 - Koden Y94.2 Sport- och motionsskada kan preciseras med idrottsgrenen från klassificeringen [UKK-institutet - Klassificering av motionsgrenar](#)

Huvudsaklig diagnos eller primär besöksorsak

- För varje vårdperiod eller besök (kontakt) ska man definiera en huvudsaklig diagnos eller primär besöksorsak
- Man kan endast ange en huvudsaklig diagnos eller primär besöksorsak för en vårdperiod
- Om huvuddiagnosen eller den primära besöksorsaken inte har fastställts, tolkas den diagnos/besöksorsak som anges först i dokumentationen av besöket eller i slutbedömningen av vårdperioden som huvuddiagnos och övriga som bidiagnoser.

Bidiagnoser eller andra besöksorsaker

- En sekundär diagnos i förhållande till vården eller en besöksorsak som i **vårdsituationen i fråga** påverkar patientens undersökningar, vård, prognos eller omedelbara hälsotillstånd
- Man kan ange flera bidiagnoser eller andra besöksorsaker

Varaktighet: temporär eller av permanent karaktär 1/2

- **Temporär**: ingen långvarig betydelse med tanke på patientens hälsa, välbefinnande eller behandlingen av övriga hälsoproblem
- **Av permanent karaktär** (långvarig): är mycket långvarig eller permanent eller har även efter att den vikt undan betydelse med tanke på patientens hälsa, välbefinnande eller behandlingen av andra hälsoproblem
- Diagnosens varaktighet måste anges

Varaktighet: temporär eller av permanent karaktär 2/2

- Patientdatasystemen ger standardvärden för varaktighetsuppgiften, som användaren kan ändra
- Temporära diagnoser syns i den sammanfattning av diagnoser och besöksorsaker som Informationshanteringstjänsten sammanställt
- Diagnoser av permanent karaktär syns i den sammanfattning som Informationshanteringstjänsten sammanställt på en egen lista över långtidsdiagnoser och blir kvar på listan tills någon anger att de har avslutats
- Besöksorsakerna är begreppsmässigt endast orsaker till det aktuella besöket, så man behöver inte ta ställning till deras varaktighet

Säkerhetsgrad

- Säkerhetsgraden kan vara **misstänkt** eller **sannolik eller säker**
- **Misstänkt** syftar på en diagnos, en risk eller ett vårdbehov som antagits utifrån de tillgängliga uppgifterna, när ett fastställande kräver mer information eller uteslutande av andra möjliga diagnoser
- **Sannolik eller säker** kräver inte patologiska bevis, utan kan basera sig endast på en klinisk bedömning
- Det är inte obligatoriskt att ange säkerhetsgraden, men det rekommenderas att man gör det när det är motiverat med tanke på patientens aktuella eller kommande vård eller undersökningar

Anknytning till arbete eller effekt på arbetsförmågan inom företagshälsovården

- I företagshälsovårdens vårdanmälningar (HILMO) Ja/Nej-uppgift
- Anknyter diagnosen eller besöksorsaken till patientens eller klientens arbete
- Effekten på arbetsförmågan (behov av stöd för arbetsförmågan) anges när man bedömer diagnosens/besöksorsakens effekt på arbetsförmågan

Informationskälla

- Vid behov kan man ange vem som har angett informationen om diagnosen eller besöksorsaken
- Källan kan exempelvis vara patienten eller en annan vårdorganisation
- I uppgifterna i den egna organisationens system anger man ofta inte vem som skickat informationen, utan när man lämnar tomt tolkas det som att *Den vårdande organisationen* har producerat informationen

Uppgifter om tidpunkten för konstaterandet 1/2

- Datumet för konstaterande av diagnosuppgiften är det datum då diagnosen ställts för första gången
- Diagnoser som behandlas som temporära har separata datum för konstaterande och konstaterare för varje sjukdomsperiod
- För diagnoser av permanent karaktär är datumet för konstaterande det datum då diagnosen ursprungligen konstaterades. Konstateraren är på motsvarande sätt den ursprungliga konstateraren av diagnosen.
- När en läkare dokumenterar en långtidsdiagnos som diagnos för ett besök, registreras läkaren som den som gjort anteckningen. Den som konstaterat diagnosen är fortfarande den som ursprungligen konstaterade diagnosen.

Uppgifter om tidpunkten för konstaterandet 2/2

- När en ny diagnos eller besöksorsak dokumenteras anges innevarande datum som standard som datum för konstaterandet och den som gör anteckningen som konstaterare.
- Om diagnosen eller besöksorsaken kopieras från patientens långtidsdiagnoser och de kopierade uppgifterna ändras, anges innevarande datum som standard som datum för konstaterandet och den som gör anteckningen som konstaterare, som när man dokumenterar en ny diagnos.

Uppgifter om avslutande

- En diagnos som finns på listan över långtidsdiagnoser kan markeras som avslutad genom att man gör en ny anteckning om diagnosen och ger den uppgifter om avslutande
- När en diagnos markeras som avslutad ska den ursprungliga diagnosanteckningen användas som bas för anteckningen, så att informationen är i sin ursprungliga form
- Som standard används det datum anteckningen görs som slutdatum och den som gör anteckningen som konstaterare av avslutandet. Dessa uppgifter kan ändras
- Som orsak till avslutandet ska man ange: **tillfrisknad, preciserad, annan orsak**

Episod 1/3

- En helhet av vård och service som anknyter till ett visst hälsoproblem hos patienten och som går framåt tidsmässigt. Kan inkludera flera vårdhändelser
- Börjar när patienten uppger problemet och besöksorsaken eller när diagnosen dokumenteras. Slutar när problemet behandlas för sista gången.
- En långtidssjukdom utgör i regel en episod
- För kortvariga sjukdomar behandlas varje kontakt i regel som en separat episod

Episod 2/3

- Varje diagnos och besöksorsak ges en episodbeteckning, med vilken den kan kopplas till episoden och **händelser som gäller samma sjukdom hos en enskild patient kan kopplas ihop oberoende av serviceproducent**
- Episodbeteckningen syns inte för den som gör dokumentationen, episoden kan ges ett namn (som standard besöksorsakens eller diagnosens namn)
- En ny diagnos/besöksorsak kopplas automatiskt till tidigare motsvarande och anteckningen får samma episodbeteckning, om samma kod förekommer i långtidsdiagnoser eller i diagnos- eller besöksorsaksuppgifter mindre än 3 månader tidigare.

Episod 3/3

- Om den som gör dokumentationen anger en diagnos som finns i diagnos- eller besöksorsaksuppgifter som sparats för mer än 3 månader sedan, ber systemet den som gör dokumentationen att bekräfta om diagnosen anknyter till den tidigare diagnosen eller besöksorsaken (och den tidigare episoden). Om den som gör dokumentationen anser att diagnosen inte anknyter till den tidigare episoden, och svarar nekande, bildar systemet en ny episodbeteckning.
- Om man för samma vårdhändelse dokumenterar flera diagnoser eller besöksorsaker, som inte finns på patientens lista över långtidsdiagnoser eller i diagnos- och besöksorsaksuppgifter som registrerats mindre än 3 månader tidigare, får varje diagnos eller besöksorsak en egen episodbeteckning.

Användning av tidigare anteckningar

- Tidigare dokumenterade diagnoser och besöksorsaker kan plockas från diagnoslistan för dokumentation av en ny diagnos eller besöksorsak i journalen
- När tidigare uppgifter används som bas för en ny anteckning, ska den som gör dokumentationen alltid säkerställa att den tidigare anteckningen innehållsmässigt motsvarar och stämmer för den nya situationen
- Det rekommenderas att man plockar ut information primärt från listan över långtidsdiagnoser, eftersom varaktigheten och informationen om den som gjort konstaterandet då också kopieras.

Precisering av diagnosen eller besöksorsaken

- Tidigare dokumenterade uppgifter kan preciseras i efterhand med en ny preciserande anteckning → genom att plocka ut den tidigare anteckningen som grund för en ny och göra de preciseringar som behövs. En precisering som dokumenteras på detta sätt ändrar inte de ursprungliga uppgifterna.
- Om ICD-10-orsakskoden eller ICPC-koden för en långtidsdiagnos preciseras, ska den tidigare långtidsdiagnosen markeras som avslutad om den inte längre har betydelse. På detta sätt har man inte flera diagnoser av samma sjukdom på listan över långtidsdiagnoser. Det underlättar också när hela episoden ska markeras som slutförd.

Sammanställningsuppgifter

- Informationshanteringstjänsten bildar en sammanställning av **strukturerade** diagnos- och besöksorsaksuppgifter (DGS) enligt följande:
 1. patientens hälsoproblem, som behandlas i samband med respektive kontakt
 2. patientens hälsoproblem som kan förstås som långvariga eller av permanent karaktär
- Informationshanteringstjänsten samlar i samband med besök och vårdperioder eller motsvarande kontakter information om strukturerat dokumenterade diagnoser och besöksorsaker, oberoende av under vilken rubrik de använts i journalen.

Exempel på diagnossammanställning som visas i patientdatasystemet

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

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

Riskuppgifter 1/2

- Uppgifter som kan orsaka risk för patientens eller personalens hälsa om de inte beaktas **eller**
- Uppgifter som ska beaktas för att förverkliga en korrekt vård, t.ex. livstestamente och begränsningar av vården
- Delas in i kritiska risker och risker som ska beaktas i vården
- Riskuppgifter dokumenteras enligt THL/Informationsinnehåll – Riskuppgifter -strukturen i riskuppgiftsvyn (RISK)

Riskuppgifter 2/2

- För riskuppgifter ska man alltid dokumentera **riskens namn, typ och grad**. Informationen kan preciseras med bland annat tilläggsuppgifter, informationskälla, säkerhetsgrad och varaktighet
- I riskuppgifterna ingår datumet när risken konstaterades eller togs bort samt information om vem som konstaterat risken och att den upphört
- **På Mina Kanta-sidor** anges kritiska riskuppgifter som sparats i Patientdataarkivet samt **framöver** risker som ska beaktas i vården som registrerats enligt strukturen från 2016
 - Obs! Fram till år 2021 har bara en liten andel av riskuppgifterna registrerats enligt strukturen från 2016.
- **Risker i anslutning till beteendet visas inte på Mina Kanta-sidor**

Klassificeringar som används för dokumentation av riskuppgifter

Information	Klassificering
Riskens kod och koduppsättning	THL – Tautiluokitus ICD-10 , THL – Toimenpideluokitus , AR/YDIN – Hoidon rajauksen aste
Riskens grad	AR/YDIN – Riskitiedon aste
Riskens typ	AR/YDIN – Riskitiedon tyyppi
Riskens säkerhetsgrad	AR/YDIN – Varmuusaste
Riskens varaktighet	AR/YDIN – Pysyvyys
Informationskälla	THL – Tiedon lähde
Kod och koduppsättning för tilläggsuppgift som anknyter till risken	Fimea – ATC Luokitus
Orsak till avslutande av risken	AR/YDIN – Terveystiedon päättymisen syy
Information om graviditet	THL – Tautiluokitus ICD-10 , Kuntaliitto – ICPC perusterveydenhuollon luokitus

Typ och kod

- Klassificeringen **Riskens typ** anger vilken typ av risk det är fråga om. **Anges för varje riskuppgift.**
- Det finns 10 typklasser, som alla har 2–8 underordnade klasser
- Riskuppgiften kan dokumenteras:
 - genom att välja en kod i typklassificeringen för risker och fritt formulera övriga nödvändiga uppgifter själv eller
 - genom att dokumentera riskuppgiften med exempelvis en kod för en diagnos- eller åtgärdsklassificering. Dokumentation av en viss diagnos eller åtgärd utlöser dokumentationen av riskuppgiften

Namn och fritt formulerade preciseringar

- Som **riskuppgiftens namn** används som standard risktypens namn eller diagnosens namn, då riskuppgiften baserar sig på en diagnos. Den som gör dokumentationen kan precisera eller ändra namnet.
- Risken kan preciseras med **tilläggsuppgifter**, exempelvis information om den faktor som orsakar risken. Fritt formulerat eller med kod, t.ex. ATC-kod för ett läkemedel som orsakar allergi
- **Förklaring** (fritt formulerad) till hur risken ska beaktas i patientens vård

Riskuppgiftens grad

- Med klassificeringen **Riskuppgiftens grad** anges om risken är **kritisk** eller **ska beaktas i vården**
- Ett standardvärde förs in utifrån riskuppgiftens typ eller exempelvis diagnos- eller åtgärds-koden, om riskuppgiften baserar sig på en sådan
- Användaren kan vid behov ändra riskuppgiftens grad
 - Ändring av en riskuppgift till kritisk ska göras enligt särskilt övervägande, så att verkligt kritiska risker markeras och beaktas och inte ”drunknar” bland andra riskuppgifter.

Kritiska risker

- Om risken inte beaktas kan den orsaka livsfara eller annan betydande risk för patienten, personalen eller miljön, och beaktandet kräver att vården ordnas på ett sätt som avviker från det normala
- I patientdatasystemen informeras användaren aktivt om kritiska riskuppgifter så att de beaktas i vårdsituationer
- Uttrycks i RISK-vyn med en röd triangel

Risker som ska beaktas i vården

- Beaktandet påverkar patientens vård, men om risken inte beaktas orsakar det inte livsfara eller annan betydande risk för patientens eller personalens hälsa eller för miljön
- Uttrycks i RISK-vyn med en gul triangel
- Om inga riskuppgifter har dokumenterats för patienten, uttrycks det med en grå triangel.

Säkerhetsgrad, varaktighet och informationskälla

- Säkerhetsgrad: Misstänkt eller sannolik eller säker
- Med informationen om **varaktighet** kan man skilja mellan risker av permanent karaktär och temporära risker.
 - För temporära risker kan man ange ett slutdatum redan första gången informationen dokumenteras
- **Informationskällan** anger från vem informationen kommer, exempelvis att patienten har uppgett den

Uppgifter om konstaterandet

- Startdatumet anges med den noggrannhet med vilken det kan bedömas vid dokumentationen, standardvärdet är datumet då anteckningen görs
 - Om risken börjat redan tidigare kan startdatumet anges exempelvis med ett års noggrannhet, om man inte känner till någon exaktare tidpunkt.
- Som standard anges den som gjort anteckningen som konstaterare av risken
 - Om man inte vet vilken person som konstaterat risken kan man också ange en organisation eller, exempelvis om informationskällan är patienten själv, avstå från att dokumentera information om konstateraren.

Uppgifter om avslutande 1/2

- När man konstaterar att någon riskuppgift hos patienten inte längre är aktuell, gör man en anteckning om avslutande av risken. I anteckningen om avslutande förblir de övriga uppgifterna om risken som tidigare, och man lägger endast till uppgifter om avslutandet.
- Som slutdatum anger man **datumet då risken konstaterats vara avslutad** – även om avslutandet görs retroaktivt. Man kan också ange ett slutdatum i framtiden.
- Som standard anges den som gjort anteckningen som konstaterare av avslutandet av risken
- För avslutandet ska alltid anges en klassificerad orsak enligt klassificeringen AR/YDIN – Orsak till att en hälsouppgift avslutas)

Uppgifter om avslutande 2/2

- Om man i förväg kan avgöra när risken kommer att upphöra, kan man ange ett slutdatum i framtiden
- Ett slutdatum i framtiden är som standard en uppskattning, och efter slutdatumet anges riskuppgiften på listan ”inväntar bekräftelse av avslutande”. När användaren bekräftar att risken har avslutats, tas den bort från listan.
- Om slutdatumet anges som ”säkert”, tas riskuppgiften bort från listan automatiskt på slutdatumet
- För alla risker som anges som avslutade innevarande dag är slutdatumet säkert

Läkemedelsreaktioner och -allergier 1/3

- Som **Livshotande läkemedelsreaktion (L1)** dokumenteras anafylaktiska eller andra livshotande läkemedelsreaktioner, som orsakar livsfara
 - Dokumenteras med ICD-10-kod (riskens namn)
 - Dessutom dokumenteras preparatets handelsnamn eller verksamma ämne. Informationen dokumenteras med läkemedlets ATC-kod och en ICD-10-kod som uttrycker känslighetsreaktionen.
 - **Som standard kritisk och av permanent karaktär**

Läkemedelsreaktioner och -allergier 2/3

- Som **Läkemedels inverkan på blodkropparna (L2)** anges förändringar i blodkropparna som är oväntade eller orsakas av en sällsynt biverkning av ett läkemedel
 - **Av permanent karaktär och ska beaktas i vården**
 - Om det är fråga om en förväntad och allmän biverkning av läkemedlet dokumenteras den inte som riskuppgift, utan då är det fråga om en faktor som i allmänhet ska beaktas i vården.
 - Om patienten utsätts för en livshotande situation anges risken som kritisk

Läkemedelsreaktioner och -allergier 3/3

- Som Hudreaktion som orsakas av läkemedel (L3) och Annan läkemedelsreaktion (L9) anges reaktioner som är oväntade eller orsakats av sällsynta biverkningar av läkemedel, som inte dokumenteras som kritiska riskuppgifter
 - Av permanent karaktär och ska beaktas i vården
 - Om patienten utsätts för en livshotande situation används klassen L1

Andra allergier 1/2

- Som Livshotande födoämnesallergi (A1) eller Andra livshotande omedelbara allergier (A3) dokumenteras anafylaktiska eller andra livshotande reaktioner som orsakas av något annat än ett läkemedel eller vaccin
 - Dokumenteras med hjälp av ICD-10-klassifikationen
 - De ämnen som orsakar allergi anges alltid om de är kända
 - Kritiska och av permanent karaktär

Andra allergier 2/2

- Som **Födoämnesallergi (A2)** och **Fördröjd allergi (A4)** dokumenteras sådana allergier som har betydelse för planeringen och genomförandet av patientens vård. Exempelvis ägg- eller latexallergi.
 - De ämnen som orsakar allergi anges alltid om de är kända
 - **Av permanent karaktär och ska beaktas i vården**
 - Om patienten får en livshotande allergisk reaktion används klassen A1 eller A3

Risksjukdomar och -behandlingar 1/3

- Sådana sjukdomar, läkemedelsbehandlingar eller andra behandlingar som om de inte beaktas i ordnandet av patientens vård kan orsaka en livsfarlig (kritisk) eller annan betydande (som ska beaktas i vården) risk för patientens hälsa.
- Som standard anges att de är av permanent karaktär och ska beaktas i vården

Risksjukdomar och -behandlingar 2/3

- Som **Ocklusionstendenser (S1)** anges sjukdomar och behandlingar som i betydande grad ökar risken för propp i blodkärl
- Som **Koagulationsstörningar (S2)** anges sjukdomar och behandlingar som i betydande grad ökar risken för blödningar
- Som **Immunbristtillstånd (S3)** anges sjukdomar och behandlingar som orsakar sänkt motståndskraft mot infektioner på grund av att kroppens immunförsvar är bristfälligt, och som ska beaktas i ordnandet av patientens vård, exempelvis svår HIV (**Obs! Detta gäller patientens risk att insjukna – inte risken att smitta andra**)

Risksjukdomar och -behandlingar 3/3

- Som **Sällsynta sjukdomar som särskilt ska beaktas (S4)** dokumenteras sådana sällsynta sjukdomar som om de inte beaktas kan orsaka en livsfarlig eller annan betydande risk för patientens hälsa på grund av avvikande respons på sedvanlig behandling. Responsen kan bero på sjukdomen eller på vård som patienten tidigare fått.
 - Klass S4 togs i bruk år 2020
- Som **Andra risksjukdomar och -behandlingar (S9)** anges andra sjukdomar eller behandlingar som orsakar risksituationer i patientens vård

Risker som ska beaktas vid transfusion av blodprodukter

- Avvikande blodgruppsantikroppar (V1) dokumenteras som **kritisk** riskuppgift, eftersom de kan orsaka en livshotande situation för patienten om de inte beaktas vid blodtransfusion. Risken är **permanent**
- Som **Andra faktorer som ska beaktas vid transfusion av blodprodukter (V9)** dokumenteras andra avvikelser som anknyter till givande av blodprodukter, som inte orsakar en livshotande situation för patienten om de inte beaktas vid blodtransfusion

Behandlingar som kräver särskilt beaktande

- Standardvärdena är ska beaktas i vården och temporära (men livshotande reaktioner anges som kritiska)
- Som Medicinering som kräver särskilt beaktande (H1) dokumenteras medicinering, som innebär att övrig vård måste genomföras på ett sätt som avviker från det normala, och medicineringar som kräver särskild övervakning.
- Som Annan vårdform som kräver särskilt beaktande (H3) dokumenteras vårdformer, som kräver att annan vård måste genomföras på ett sätt som avviker från det normala, och vårdformer som kräver särskild övervakning

Transplanterade vävnader och konstmaterial 1/2

- I **THL – Åtgärdsklassifikation** har fastställts vilka åtgärder som kräver dokumentation av risk samt åtgärdsspecifika standardvärden för riskens grad och typ. Den som gör dokumentationen kan ändra värdena vid behov.
- **Transplantationsorgan som transplanterats till patienten (I1)** dokumenteras alltid som riskuppgift.
 - Av permanent karaktär och ska beaktas i vården
- **Pacemakrar och defibrillatorer (I2)** dokumenteras som **kritiska** riskuppgifter, eftersom patienten kan utsättas för en livshotande situation om de inte beaktas exempelvis vid magnetundersökningar.

Transplanterade vävnader och konstmaterial

2/2

- Hjärtklaffproteser (I4), Stenter och förslutningsanordningar (I5) samt Protесer och implantat (I6)
 - Av permanent karaktär och ska beaktas i vården
- Shuntar, katetrar, elektroder (I7)
 - Temporär och ska beaktas i vården
- Som **Andra främmande kroppar (I9)** dokumenteras sådana främmande kroppar som ska beaktas i patientens vård, som inte dokumenteras i ovan nämnda andra klasser.
 - Av permanent karaktär och ska beaktas i vården

Mikrober och isoleringsbehov 1/3

- Avser en allmänfarlig eller multiresistent mikroob, annan infektion eller bärarskap eller behandling som kräver särskilt beaktande eller isolering och som obeaktad i vårdsituationen kan orsaka en livsfarlig eller annan betydande risk med tanke på patientens, vårdpersonalens eller omgivningens hälsa.
- I ICD-10-klassifikationen definieras vilka diagnoser som kräver riskdokumentation samt diagnosspecifika standardvärden för riskens grad och varaktighet. Den som gör dokumentationen kan ändra värdena vid behov.

Mikrober och isoleringsbehov 2/3

- Behov av isolering av patienten genom **Luftisolering (E2)**, **Droppisolering (E3)** och **Kontaktisolering (E4)**
 - Temporär och ska beaktas i vården
- Till de mikrober som kräver isolering som ska dokumenteras som kritiska riskuppgifter hör bland annat MRSA och CPE, som kräver kontaktisolering. Isoleringsbehov som orsakas av dessa mikrober dokumenteras med klasserna E5 och E6, inte i den allmänna klassen Kontaktisolering (E4).

Mikrober och isoleringsbehov 3/3

- Bärarskap av multiresistent mikrob som kräver isolering (E5) (kritisk och permanent)
- Exposition av multiresistent mikrob som kräver isolering (E6) (kritisk och temporär)
- Bärarskap av multiresistent mikrob som ska beaktas i vården (E7) (ska beaktas i vården och permanent)
- Exposition av multiresistent mikrob som ska beaktas i vården (E8) (ska beaktas i vården och temporär)
- Annan infektion eller isoleringsbehov (E9) infektion eller isoleringsbehov som inte an klassificeras i andra klasser

Begränsningar och riktlinjer för vården samt avvikelser 1/2

- **Patientens viljeförklaring (R1)** innehåller den vilja som patienten har uttryckt, som ger lov att avsluta vården när det inte finns någon botande vård och personen inte längre själv kan uttrycka sin vilja.
 - Själva livstestamentet skrivs inte in i riskuppgifterna, utan endast informationen om att det finns.
 - Viljeyttringstjänsten skickar automatiskt information till riskuppgifterna om patienten har ett livstestamente eller en donationsvilja som registrerats i Viljeyttringstjänsten. I övrigt kan information om att patienten har gjort viljeyttringar skrivas in i riskuppgifterna manuellt.

Begränsningar och riktlinjer för vården samt avvikelser 2/2

- **Vårdbegränsning eller vårdriktlinje (R2)** innehåller information om att det finns begränsningar för vården som gjorts på medicinska grunder.
 - Man dokumenterar endast att begränsningar finns. Själva begränsningen av vården med motiveringar dokumenteras i patientjournalen. Graden av medicinsk begränsning av vården kan beskrivas med klassificeringen AR/YDIN – Graden av begränsning av vården: Ingen återupplivning/Behandlingens invasivitet ökas inte/Annan begränsning av vården/Palliativ vård/Terminalvård
- Som **Avvikelse från vaccinationsrekommendationerna (R3)** dokumenteras betydande avvikelser från de nationella vaccinationsrekommendationerna, exempelvis total vägran att ta vacciner

Risker i anslutning till beteendet (visas inte på Mina Kanta-sidor)

- Riskuppgiften **våldsamhet i vårdsituationen (K1)** syftar på att patienten eller en närstående till patienten uppvisar sådant våldsamt beteende vid vårdsituationen som orsakar en situation som hotar vårdpersonalens hälsa.
- **Beroende av alkohol och andra droger (K2)** anges som riskuppgift när patienten har ett diagnostiserat beroende orsakat av alkohol, droger eller läkemedel, som måste beaktas i patientens vård, exempelvis vid ordination av smärtstillande läkemedel.
- Som **Andra risker i anslutning till beteendet (K9)** dokumenteras exempelvis en allvarlig tendens till självdestruktivitet, som ska beaktas i vårdsituationen.

Andra risker

- Avvikande anatomi och posturala begränsningar (M1), som exempelvis kan försvåra intubering eller katetrisering
- Dialysbehandling (M2)
- Behov av kommunikationshjälp (M3)
- Som Oklassificerade risker (M9) dokumenteras sådana risker som ska beaktas i patientens vård eller i vårdsituationer, för vilka det inte finns en naturlig egen klass.

Dokumentation om information om graviditet

- En graviditet påverkar vården på många sätt utan att vara en sjukdom
- Har inte definierats som riskuppgift, men ska alltid dokumenteras i patientjournalen
- I patientdatasystemet anges informationen i ett separat informationsfält eller som en diagnosuppgift
- I ICD-10-klassifikationen är Z32.0 graviditet, ej bekräftad och Z32.1 graviditet bekräftad
- I ICPC-2-klassifikationen är W01 eventuell graviditet och W78 graviditet

Sammanställning av riskuppgifter

- Informationshanteringstjänsten bildar en sammanställning (RISKS) av **strukturerade risker som sparats i RISK-vyn**
- Informationshanteringstjänsten filtrerar eller analyserar inte uppgifterna, utan **samlar alla strukturerade riskuppgiftsanteckningar i RISK-vyn** från riskuppgifter dokumenterade av olika personuppgiftsansvariga **förutom riskuppgifter vars utlämnande patienten har förbjudit** specifikt för en serviceproducent eller servicehändelse
- Informationshanteringstjänsten ser till att patientens **viljeyttringar** som finns sparade i Viljeyttringstjänsten är uppdaterade i riskuppgifterna.

Exempel på riskuppgiftssammanställning som visas i patientdatasystemet

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

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

Som stöd för dokumentationen

- [Webbplatsen om informationshantering inom social- och hälsovården](#)
 - [Dokumentation](#)
 - Hälsö- 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