



Dokumentation av centrala hälsouppgifter

Medicinerings- och vaccinationsuppgifter

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

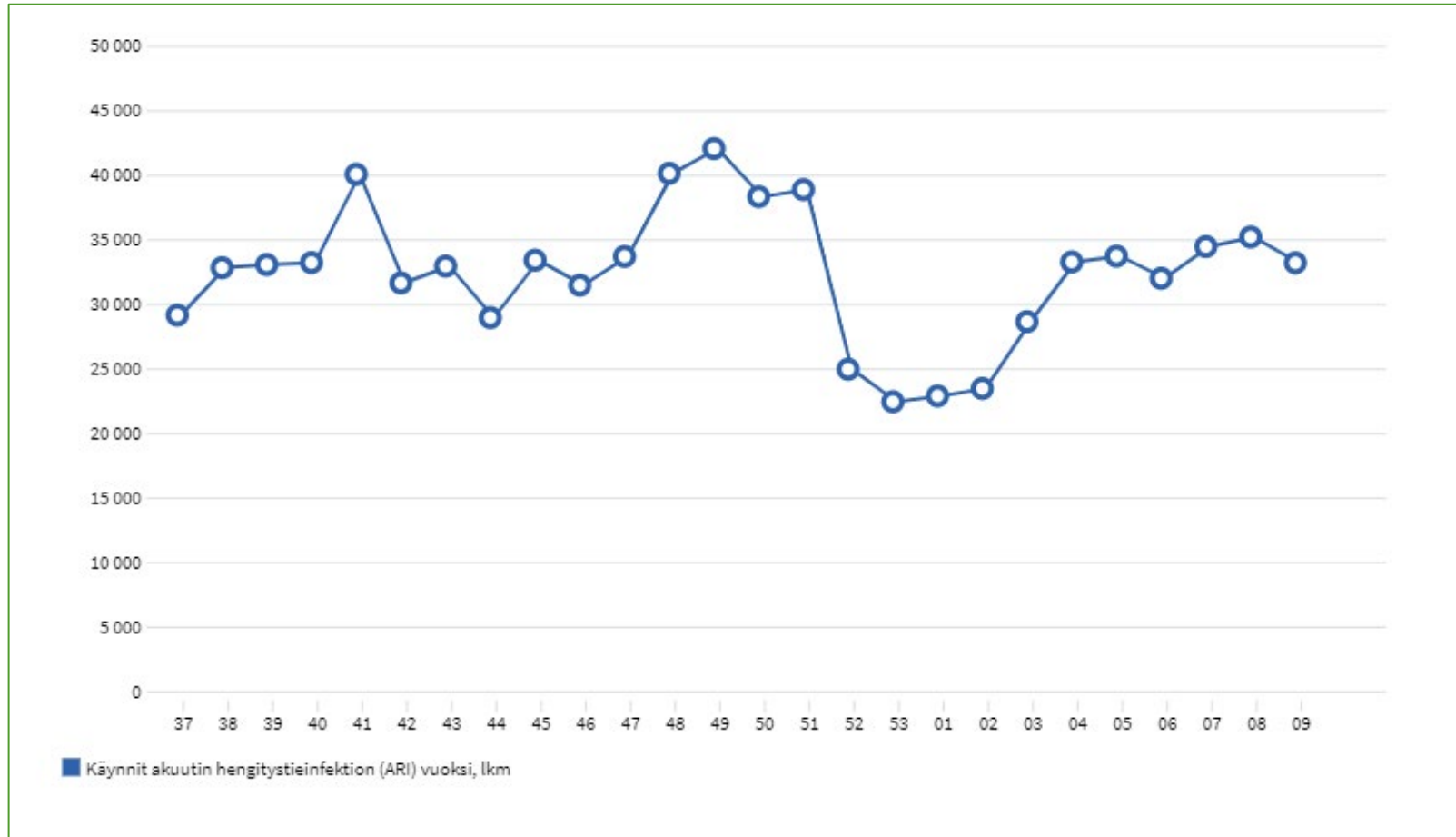
Användning av enhetligt dokumenterade strukturerade uppgifter 3/4

- **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](#)

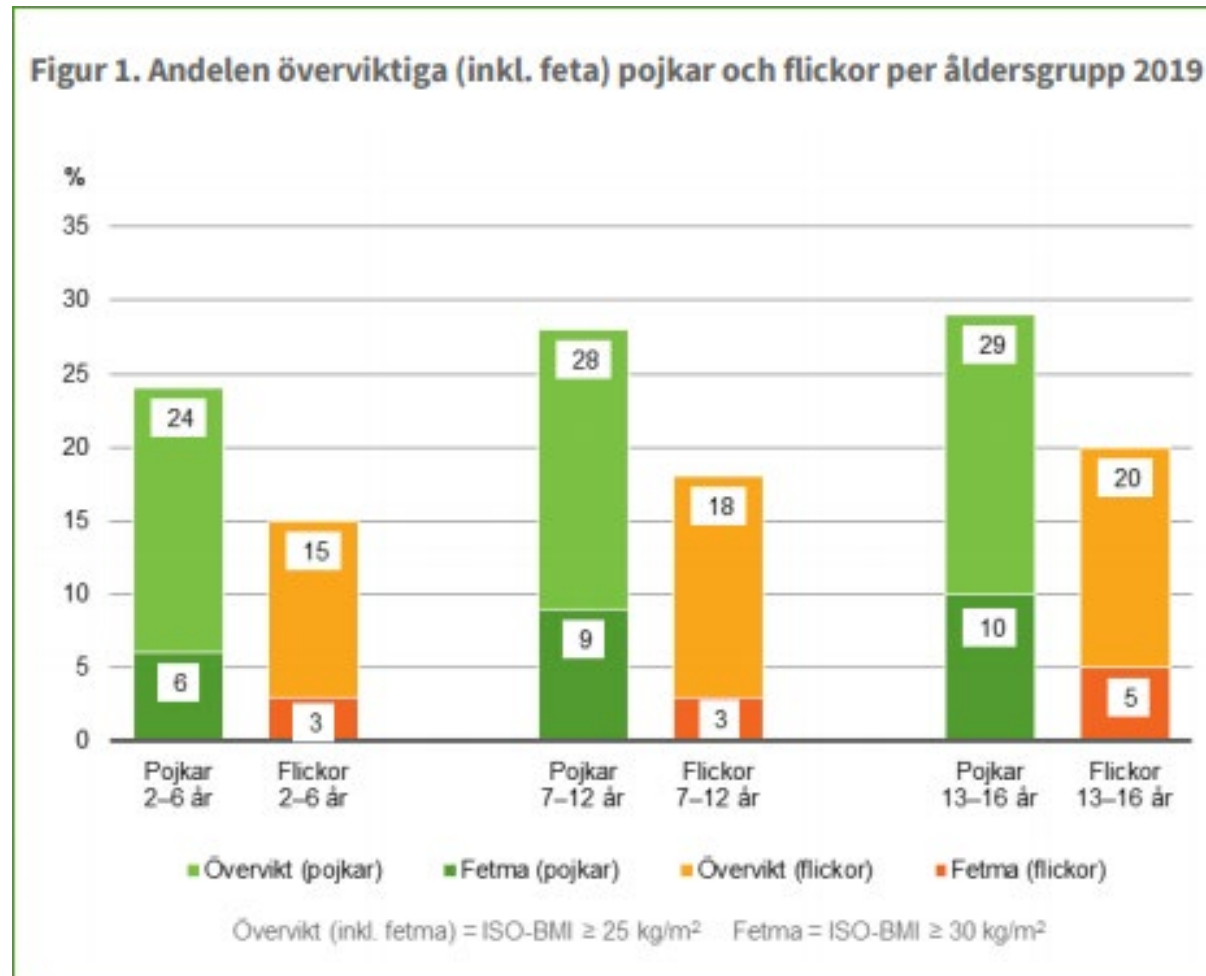
Användning av enhetligt dokumenterade strukturerade uppgifter 4/4

- 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



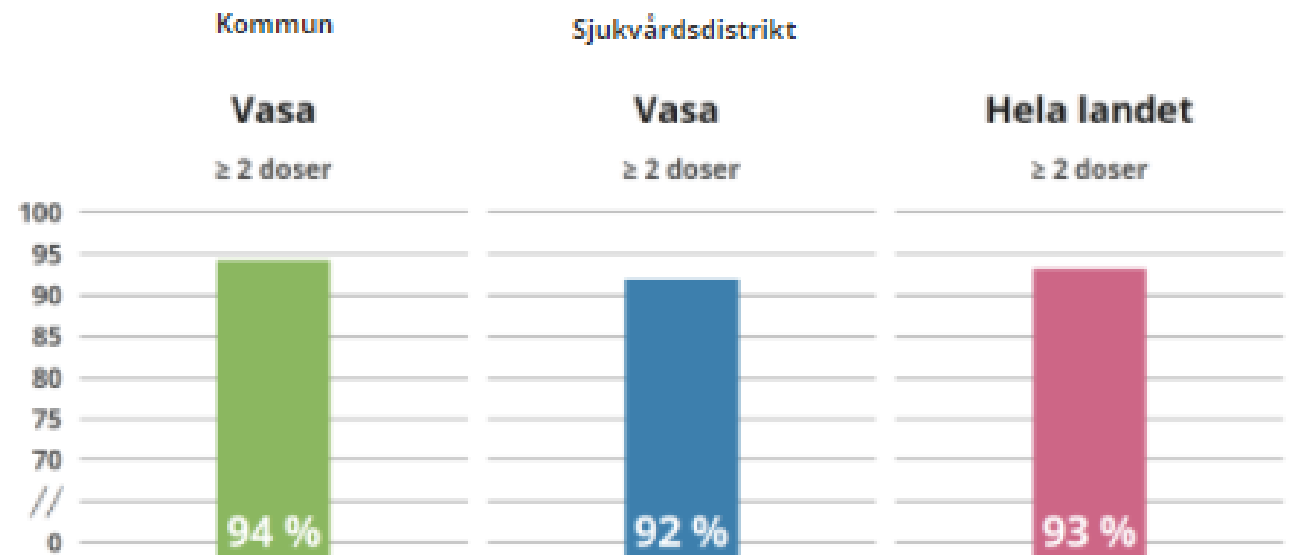
Exempel på information i vaccinationsregistret

Vaccinationstäckning

barn födda 2010-2012

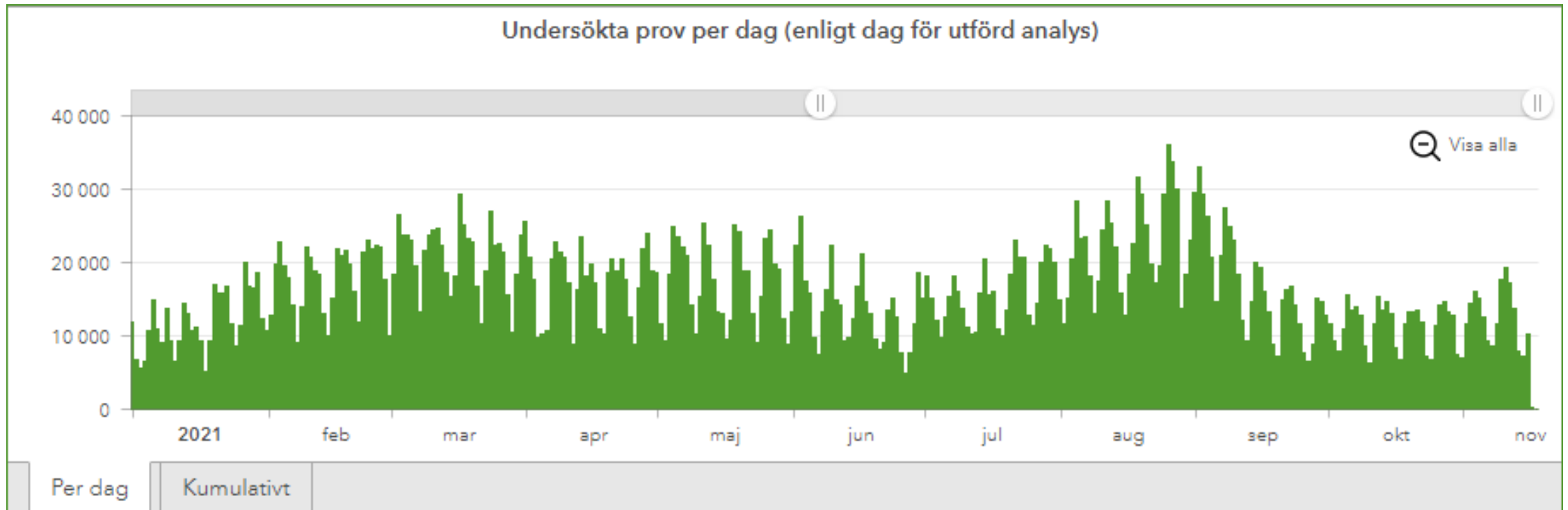
Vaccin mot mässling, påssjuka
och röda hund (MPR 2)

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



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

(Källa: Coronakartan)

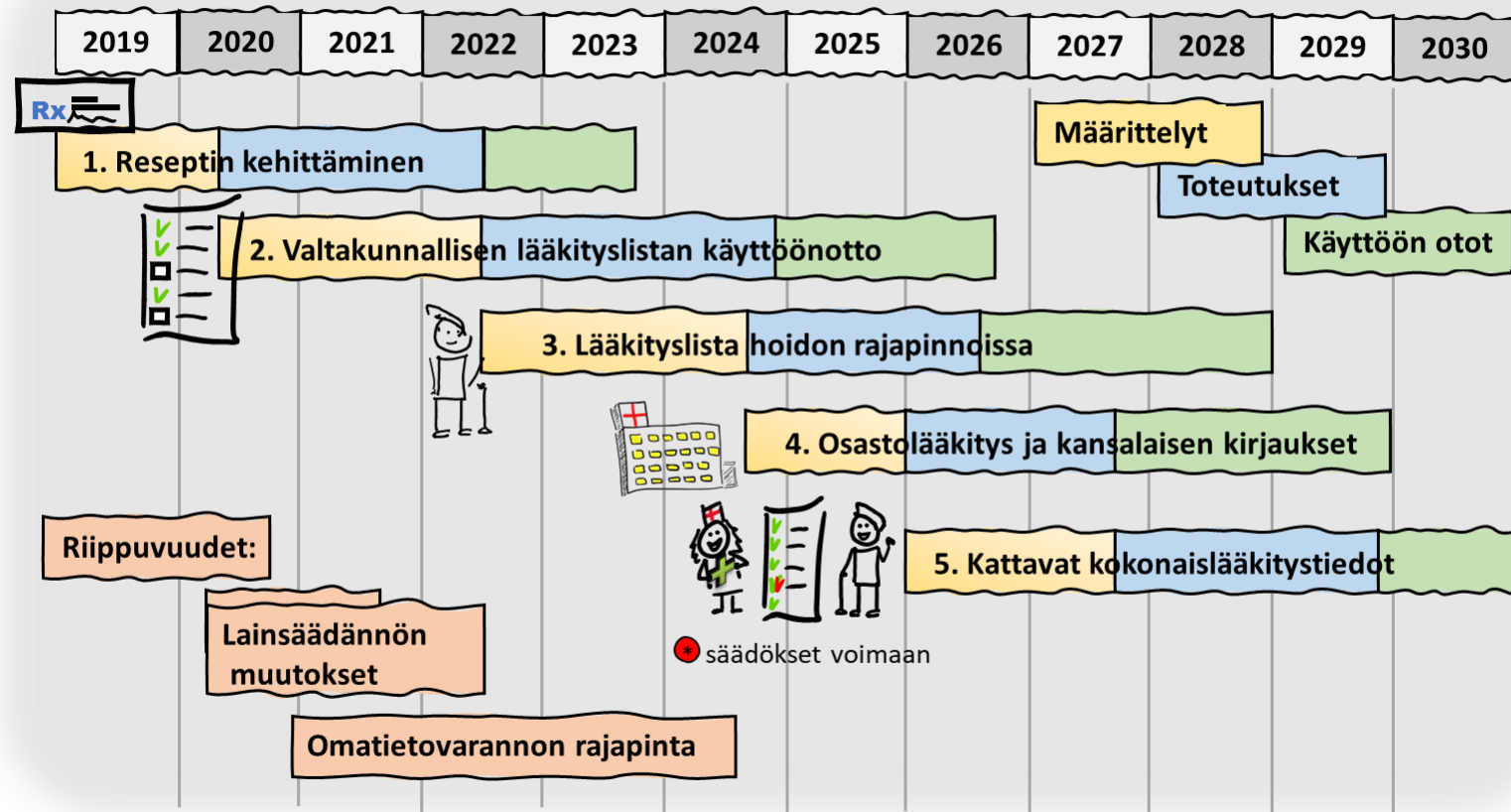


Medicineringsutgifter

Medicineringsuppgifter nu och senare

- **Tills vidare** dokumenteras strukturerade medicineringsanteckningar i Kanta i enlighet med definitionerna för medicineringsanteckningar (2011), men de kan i praktiken endast användas i textform.
- Anteckningar om läkemedelsbehandling i textform sparas i Kanta med hjälp av patientjournalens vyer och rubriker.
- **En nationell läkemedelslista** som ska basera sig på Receptcentrets uppgifter planeras tas i bruk i slutet av 2024.
 - I och med att den nationella läkemedelslistan tas i bruk heltäckande förändras dokumentationen av medicineringsuppgifter betydligt och bland annat vyerna för läkemedelsbehandling (LÄK och MEDIC) tas ur bruk, då medicineringsuppgifterna samlas i Receptcentret.

Utveckling av medicineringsuppgifterna 2019–2030



Bilden endast på finska.

Konceptet för informationshantering för läkemedelsbehandling (2020), <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULLAAKE>, på finska

Dokumentation av medicinering i en patientjournal

1/3

- I patienthandlingarna ska man dokumentera information om
 - de läkemedel som ordinerats patienten ([F 1088/2010](#), 24 §)
 - kända läkemedelsallergier och misstänkta läkemedelsskador ([F 298/2009](#), 13 §) samt
 - läkemedel som social- och hälsovårdsorganisationer gett till patienten
- Uppgifterna anges alltid strukturerat när det är möjligt
- Uppgifterna kan också anges som text, om strukturerad dokumentation inte är möjlig eller när man kompletterar den strukturerade informationen

Dokumentation av medicinering i en patientjournal

2/3

I patienthandlingarna ska man dokumentera

- i *ordinationsanteckningarna* för läkemedel
 - läkemedlets namn, läkemedelsform, dos
 - namnet på den som ordinerat läkemedlet och datumet för ordinationen
- i *anteckningarna om administration* av läkemedel
 - metoden för administration av läkemedlet, tidpunkten och namnet på den som administrerat läkemedlet
 - * åtminstone om det är fråga om något annat än kontinuerlig medicinering av en avdelningspatient enligt en läkemedelslista

Dokumentation av medicinering i en patientjournal

3/3

- Läkemedelsordinationer och anteckningar om administration av läkemedel anges i regel i *avsnitten om medicinering* i patientdatasystemen, om det är möjligt
 - enskilda strukturerade läkemedelsanteckningar sparas i LÄK-vyn
- Övriga uppgifter om läkemedelsbehandling kan anges som text i journalvyer
 - rubriken är i allmänhet *Läkemedelsbehandling* och kan vid behov preciseras med tilläggsrubriker
 - i konsultationer om läkemedelsbehandling samt vid remisser för och svar på utvärderingar av läkemedelsbehandlingar rekommenderas rubriken *Konsultation/Remiss* som (överordnad) rubrik för hela anteckningen
- Det finns tre olika vyer som är avsedda särskilt för dokumentation om uppgifter om läkemedelsbehandling: MEDIC , FARM och KLIFA

MEDIC – Vyn för aktuell medicinering 1/2

- MEDIC-listan omfattar patientens *fortgående och temporära* läkemedel, som används när anteckningen görs
- I slutet av ett vårdbesök eller en avdelningsvårdperiod sparas *den aktuella medicineringen* (som text) i MEDIC-vyn, som kan uppdateras också i samband med besök inom öppenvården
- Sammandragsinformationen i MEDIC-vyn kan
 - också kopplas till exempelvis en remiss
 - överföras till exempelvis en plats för fortsatt vård (främjar hanteringen av medicineringsuppgifter)

MEDIC – Vyn för aktuell medicinering 2/2

- Patientdatasystemet kan producera MEDIC-vyns uppgifter automatiskt utifrån uppgifterna i medicineringsmodulen, eller så kan användaren skriva in uppgifterna manuellt beroende på hur patientdatasystemet är utformat
- Användaren ska **alltid kontrollera** de uppgifter i MEDIC-vyn som sparas i Patientdataarkivet **före arkiveringen** i synnerhet om uppgifterna har importerats till vyn automatiskt från uppgifterna i avsnittet om läkemedelsbehandling
- Mina Kanta-sidor visar de uppgifter som finns sparade i MEDIC-vyn för patienterna

KLIFA – Vyn för klinisk farmakologi

- Togs i bruk år 2018 för specialiteter för klinisk farmakologi och läkemedelsbehandling samt för konsultationsbegäranden och -svar för farmakogenetik
- Vyn kan även användas för dokumentation av polikliniska journalanteckningar inom specialiteten
- Vid konsultationer ska vyn alltid användas tillsammans med den konsulterande specialitetens vy (för begäranden som tilläggsvy, för svar som huvudvy)
- KLIFA-vyn visas på Mina Kanta-sidor på samma sätt som andra specialitetspecifika vyer

FARM – Farmacivyn

- Togs i bruk år 2021 för dokumentation av utvärderingar av läkemedelsbehandlingar på olika nivåer
- Det har uppstått ett behov av vyn då avdelningsfarmacins betydelse har ökat i förverkligandet av läkemedelsbehandlingen, men vyn begränsar sig inte till den farmaceutiska personalens användning, utan är avsedd för mångprofessionellt bruk (mer information finns i [avsnitt 14.5 i Handbok om dokumentation](#))
- FARM-vyn visas på Mina Kanta-sidor på samma sätt som andra tjänstespecifika vyer
 - Bedömningar av läkemedelsbehandlingen som dokumenterats i vyn **ska inte visas för patienten** på Mina Kanta-sidor **innan en läkare** har tagit ställning till vilka ändringar som behövs i läkemedelsbehandlingen

Om dokumentation av läkemedelsanteckningar

- Obs! De följande sidorna baserar sig på kapitel 14 i den allmänna handboken för dokumentation av patientuppgifter, som beskriver strukturerade läkemedelsordinationer enligt de receptdefinitioner som publicerades 2020 och enligt planen ska tas i bruk 2022
 - Då tas strukturerade doseringsuppgifter och andra mindre utvidgningar av datainnehållet i bruk *även för recept*
- De flesta patientdatasystem stöder i huvudsak de strukturer som beskrivs här redan nu, men i Receptcentret tas förändringarna i bruk först år 2022 eller senare

Strukturerad dokumentation av recept 1/5

1) *Basuppgifter i recept och patientuppgifter*

- bl.a. ordinationsdatum, receptets ”tekniska uppgifter”
- uppgifterna importeras huvudsakligen automatiskt

2) *Uppgifter om läkemedelsförskrivaren och handläggaren av läkemedelsförskrivningen*

- Systemet importerar standarduppgifter och den som gör dokumentationen kan redigera dem vid behov
- När läkemedelsförskrivaren och den som dokumenterar är **olika personer**, lagras motsvarande uppgifter om föreskrivaren till kännedom för *Handläggaren av läkemedelsförskrivningen*
 - Exempelvis om en sjukskötare skriver in ändringar i läkemedlets dosering eller läkemedel som ordinerats per telefon i patientjournalen
 - Det går inte att dokumentera ett recept för någon annans räkning – förutom om ett apotek registrerar pappers- eller telefonrecept eller vid korrigerings av recept

Strukturerad dokumentation recept 2/5

3) Uppgifter om läkemedlet

a) Preparat enligt Läkemedelsdatabasen

- Definition enligt *handelsnamn eller verksamt ämne*
- Övriga uppgifter kompletteras huvudsakligen från Läkemedelsdatabasen
 - Identifierande uppgifter om (läkemedels)preparatet (bl.a. namn, ATC-kod, förpackningens beteckning)
 - Läkemedlets sammansättning, form och styrka
 - Tilläggsuppgifter om läkemedlet (bl.a. om det är fråga om ett HCl-läkemedel eller ett narkotiskt preparat)

b) Läkemedel som inte finns i Läkemedelsdatabasen

- När det är fråga om ett läkemedel som framställs på ett apotek eller ett preparat med patientspecifikt specialtillstånd, ska man själv ange läkemedlets uppgifter i textform (tills vidare)

Strukturerad dokumentation av recept 3/5

- Om ett läkemedel som framställs på ett apotek innehåller läkemedel eller andra preparat som finns i Läkemedelsdatabasen, kan uppgifterna om dem plockas från Läkemedelsdatabasen som strukturerade uppgifter om läkemedlets verksamma ämnen eller tillsatsämnen
- Anvisningarna för framställningen anges som fritt formulerad text

4) Förskriven mängd av ett läkemedel på recept (obligatorisk uppgift)

- Läkemedel kan ordineras enligt förpackningsstorlek och antal förpackningar, enligt total mängd läkemedel eller för en tidsperiod. Det rekommenderas att man anger *antalet förpackningar* alltid när det är möjligt.
- Ordination för en tidsperiod görs endast om man inte på annat sätt kan fastställa den mängd som behövs samt i recept för maskinell dosering
- Vid behov kan man för ett recept ange iteration 1–3 gånger och intervallerna mellan iterationerna i dagar

Strukturerad dokumentation av recept 4/5

5) Doseringsuppgifter för läkemedlet

- Doseringsuppgifterna är huvudsakligen redan i strukturerad form i patientdatasystemen, och denna form tas i bruk även för recept år 2022 (nu endast som text)
 - Anmärkningar om doseringen, såsom vikt och Sic!-angivelse
 - Strukturerad doseringsanvisning (bl.a. dos, dosenhet, antal doser)
 - Som tilläggsuppgifter bland annat rutt och sätt för administrering av läkemedlet, tilläggsuppgifter till bruksanvisningen som text
 - Doseringsanvisning i textform (bildas automatiskt om doseringen anges strukturerat)

Strukturerad dokumentation av recept 5/5

6) Användningsändamål

- Läkemedlets användningsändamål dokumenteras som fritt formulerad text eller med en klassificering om det är möjligt

7) Övriga uppgifter om receptet

- Exempelvis om läkemedlet har ordinerats för en sjukdom, om det är fråga om permanent medicinering eller inledande av ny medicinering, om läkemedlet omfattas av maskinell dosering, meddelande till apoteket

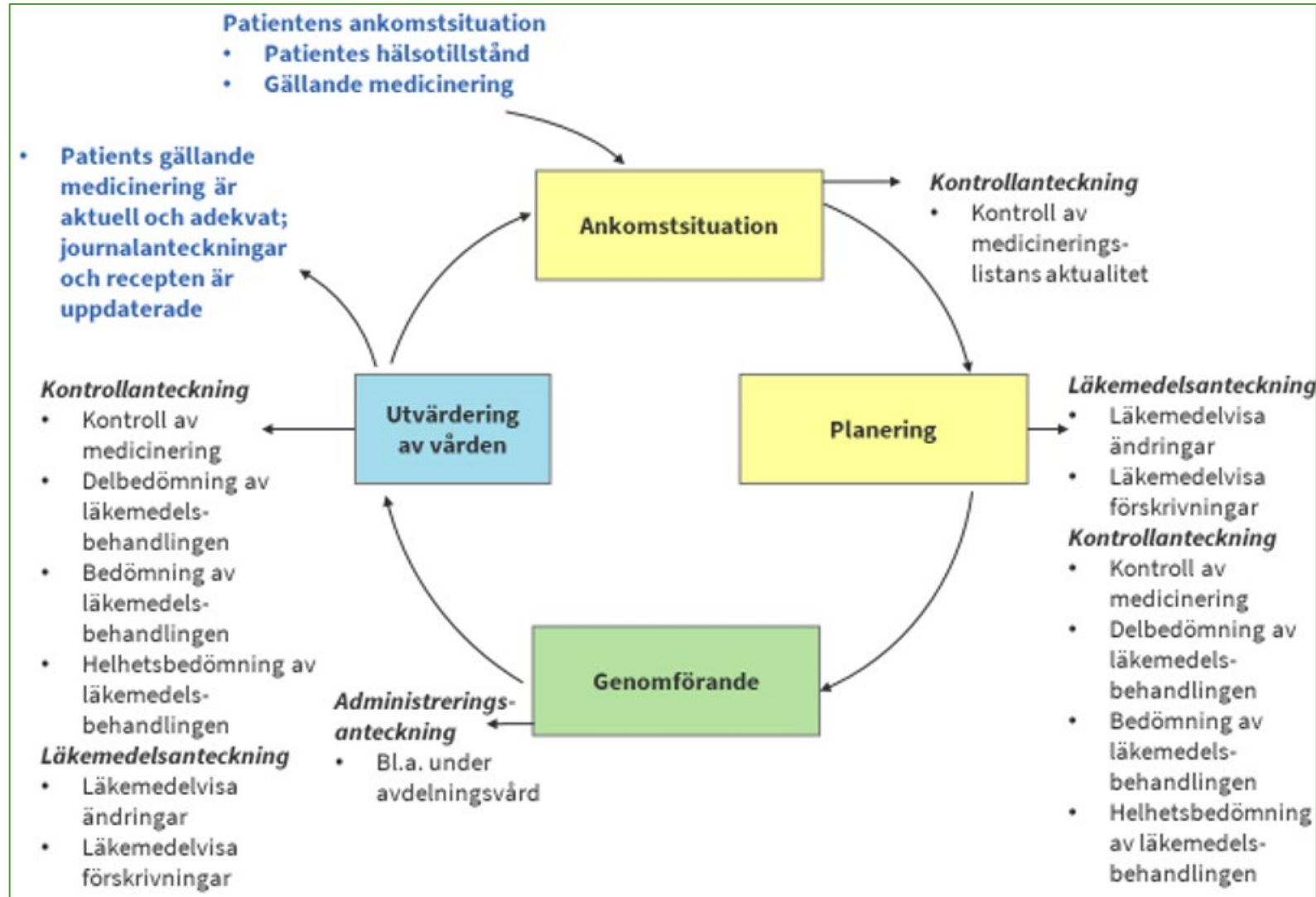
Korrigering och makulering av recept

- Fel i ett recept kan korrigeras genom att göra en ny version av receptet
- Om felen inte kan korrigeras med en ny version, ska receptet makuleras och ett nytt resept utfärdas
- Även förändringar i behandlingen, exempelvis ändring av dosen, ska dokumenteras i Receptcentret, så att korrekta uppgifter om läkemedlet är tillgängliga när läkemedlet levereras
- Förändringar i vården görs (tekniskt) på samma sätt som korrigeringar – man gör en ny version av receptet eller om det inte är möjligt så makuleras man receptet och gör ett nytt
- Om ett recept korrigeras eller makuleras ska man ange orsaken till ändringen enligt klassificeringen *THL – Orsak till ändrad läkemedelsterapi*
- Orsaken till ändringen kan vid behov preciseras med fritt formulerad text

Kontroll av läkemedelsbehandling

- *Kontroller eller utvärderingar på olika nivåer* som gäller läkemedelsbehandling kan göras i olika skeden av vårdprocessen, och *olika yrkesgrupper* kan delta i dem
- En sjukskötare kan till exempel kontrollera att patientens läkemedelslista är aktuell, när hen utreder vilken läkemedel patienten använder
- En *helhetsbedömning* av läkemedelsbehandling kan däremot omfatta flera olika yrkespersoner inom social- och hälsovården, som alla bidrar med sin kompetens
- Det är alltid en läkare som gör den slutgiltiga bedömningen av vilken medicinering som lämpar sig för patienten

Läkemedelsbehandlingsprocessen i vårdprocessens olika skeden



[Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter 2021](#)

Kontroller av läkemedelsbehandling 1/7

Kontroller av läkemedelsbehandling görs på fem olika nivåer

- se Exempelbilder i [avsnitt 14.5 i Handbok om dokumentation](#)

a) **Kontroll av medicineringslistans aktualitet** (Uppdatering av medicineringsuppgifter)

- Man kontrollerar om den medicinering som patienten använder motsvarar den information om ordinerade läkemedel och kända egenvårdsläkemedel som finns på medicineringslistan
- Om den medicinering som patienten använder inte motsvarar uppgifterna på medicineringslistan, anger man vid kontrollen hur uppgifterna avviker från varandra
- En sådan här kontroll kan göras av patienten, en anhörig till patienten eller en yrkesperson inom social- eller hälsovården (inklusive farmaceuter) tillsammans med patienten eller hans anhöriga
- En yrkesperson inom hälso- och sjukvården gör de anteckningar som behövs om kontrollen

Kontroller av läkemedelsbehandling 2/7

b) Kontroll av medicineringen

- Man bedömer om läkemedlens doseringar och administrationstidpunkter motsvarar accepterad vårdpraxis, samt kartlägger om det finns överlappande eller inkompatibla läkemedel
- Inkluderar uppdatering av medicineringsuppgifter och kan inkludera förslag till korrigeringar
 - Inkluderar inte bedömning av behovet av, indikationer för eller ändamålsenligheten hos läkemedelsbehandlingen, och inte heller korrigeringsåtgärder i medicineringen
- En kontroll av medicineringen görs av en provisor, en farmaceut eller en sjukskötare med specialutbildning inom läkemedelsbehandling
- En anteckning om kontroll av medicineringen skickas alltid till Mina Kanta-sidor med fördröjning, så att patienten inte drar felaktiga slutsatser gällande eventuella behov av ändringar i medicineringen
- Slutgiltiga ändringar i medicineringen ska alltid göras av en läkare

Kontroller av läkemedelsbehandling 3/7

c) Delbedömning av läkemedelsbehandling

- Delbedömning av läkemedelsbehandling görs alltid av en läkare, som kontrollerar medicinering inom sitt eget specialområde eller som avgränsats på annat sätt
- Omfattar utvärderingar av behovet av de kontrollerade läkemedlen, deras förenlighet med annan medicinering samt doseringen, men tar inte ställning till annan medicinering
- Inkluderar nödvändiga ändringsanteckningar för den utvärderade medicineringen, som gjorts av läkaren

Kontroller av läkemedelsbehandling 4/7

d) Bedömning av läkemedelsbehandlingen 1/2

- Man utvärderar behovet av och ändamålsenligheten hos patientens läkemedelsbehandling samt läkemedlets inbördes förenlighet som en del av undersökningen av patienten och planeringen av vården
- Inkluderar ändringsanteckningar som läkaren bedömt/bekräftat gällande medicineringen eller läkarens bekräftelse på att inga ändringar behövs, och inkluderar alltid också en uppdatering av medicineringen
- Om läkemedelsbehandlingen kräver uppföljning skriver man en plan för uppföljning av förändringar i medicineringen
- En bedömning av läkemedelsbehandling görs av en läkare, vid behov med hjälp av andra yrkespersoner inom hälso- och sjukvården med specialutbildning inom läkemedelsbehandling (t.ex. en farmaceut)

Kontroller av läkemedelsbehandling 5/7

d) Bedömning av läkemedelsbehandlingen 2/2

- Kan göras i två delar, så att exempelvis en farmaceut först utreder medicineringsuppgifterna aktualitet och eventuella överlappningar/oförenligheter samt kontrollerar om läkemedlen, indikationerna, doseringarna och tidpunkterna motsvarar godtagbar vårdpraxis (kontroll av medicinerings). Utifrån detta utvärderar läkaren behovet av, indikationerna för och ändamålsenligheten hos respektive läkemedel, samt gör nödvändiga ändringsanteckningar eller bekräftar att inga ändringar krävs.
- Anteckningar om bedömning av läkemedelsbehandling som görs av andra yrkespersoner inom hälso- och sjukvården än läkare skickas alltid till Mina Kanta-sidor med fördröjning, så att patienten inte drar felaktiga slutsatser gällande eventuella behov av ändringar i medicinerings
- När en läkare gör och dokumenterar den slutliga bedömningen skickas den genast till Mina Kanta-sidor

Kontroller av läkemedelsbehandling 6/7

e) Helhetsbedömning av läkemedelsbehandling 1/2

- Helhetsbedömningen görs av kliniska experter och/eller en mångprofessionell grupp genom den behandlande läkarens beslut, i allmänhet utifrån en bedömningen av läkemedelsbehandlingen
- Inkluderar utöver en bedömningen av läkemedelsbehandlingen även en bedömningen av genomförandet av läkemedelsbehandlingen och engagemanget för vården i patientens hem, och därtill kartläggs även de sociala och ekonomiska förutsättningarna för läkemedelsbehandlingen
- Inkluderar läkarens ändringar i medicineringen eller bekräftelse på att inga ändringar behövs
- Bedömningen inkluderar alltid också en uppdatering av medicineringsuppgifterna
- Om läkemedelsbehandlingen kräver uppföljning dokumenteras också en plan för uppföljning av förändringar i medicineringen

Kontroller av läkemedelsbehandling 7/7

e) Helhetsbedömning av läkemedelsbehandling 2/2

- En helhetsbedömning av läkemedelsbehandling görs i flera steg, så att varje yrkesperson inom social- eller hälsovården dokumenterar sin egen bedömning
- Den slutliga bedömningen av vilken medicinering och vilka ändringar som behövs görs av en läkare utifrån de övrigas bedömningar eller genom en gemensam genomgång i arbetsgruppen
- Anteckningar om bedömning av läkemedelsbehandling som görs av andra yrkespersoner inom hälso- och sjukvården än läkare skickas alltid till Mina Kantasidor med fördröjning, så att patienten inte drar felaktiga slutsatser gällande eventuella behov av ändringar i medicineringen
- När en läkare gör en slutlig bedömning av vilken medicinering som behövs, gör hen en egen anteckning. Läkarens slutliga ställningstagande till medicineringen fördröjs inte.

Dokumentation av kontroller av läkemedelsbehandling 1/2

- Skrivs in i patientjournalen i textform i vyn **Farmac** (**FARM**) (tills strukturerade kontrollanteckningar för läkemedelsbehandling tas i bruk i Receptcentret i det tredje skedet av utvecklingen av medicineringslistan – målet är att det ska ske år 2026)
- I kontroller/begäranden till andra yrkesgrupper som dokumenteras av läkare används FARM-vyn som *tilläggsvy* (och en vy enligt läkarens specialområde som huvudvy)
- I dokumentationer som görs av andra yrkesgrupper används FARM-vyn som *huvudvy* (och det begärande specialområdets vy som tilläggsvy)
- I kontroller som dokumenteras av läkare används rubriken *Läkemedelsbehandling* som (överordnad) rubrik, och preciseras med underrubriker enligt medicineringskontrollens typ
- I dokumentationer som görs av andra yrkesgrupper samt i begäranden om bedömningar som skickas till dem används rubriken *Konsultation/Remiss*, som preciseras med en underrubrik enligt typen av medicineringskontroll

Dokumentation av kontroller av läkemedelsbehandling 2/2

- I en kontrollanteckning anges alltid kontrollens datum, den kontrollerande organisationen och deltagarna med identifierande uppgifter, deras yrkesgrupp samt kontrollens typ
- De kontrollerade läkemedlen och deras doseringar dokumenteras *läkemedelsspecifikt* utifrån uppgifterna i medicineringslistan (man måste inte kontrollera hela listan utan kan också kontrollera ett urval)
- På medicineringslistan antecknas också eventuella egenvårdsläkemedel som patienten uppgett att hen tar utan ordination
- En sammanfattning av den bedömda medicineringen samt ett förslag till eventuella förändringar antecknas efter de läkemedelsspecifika uppgifterna med rubriken *Utlåtande*
 - man kommenterar också om hela medicineringen inte är känd när bedömningen görs
- En genomförandeplan för fortsatta åtgärder dokumenteras till slut under rubriken *Plan*.
- Förhandsuppgifter och laboratorieresultat som anknyter till kontrollen kan vid behov skrivas in i textform före medicineringslistan med rubrikerna *Anamnes* och *Undersökningsresultat*

Dokumentation av administration av läkemedel

- Dokumenteras enligt patientdatasystemens lösningar och arkiveras som dagliga anteckningar, tills strukturerad administreringsanteckning för läkemedel tas i bruk 2027
- Anteckningar om administration av läkemedel baserar sig alltid på en anteckning om en ordination → man anger alltid läkemedlets namn, läkemedelsform, dosering, administrationssätt, tidpunkten för administrationen och namnet på den som administrerat läkemedlet (motsvarande struktur kan också användas vid dokumentation av iv-vätskebehandling)
- I strukturerad dokumentation bildas uppgifterna om administration av läkemedlet i allmänhet automatiskt, och den som gör dokumentationen redigerar uppgifterna vid behov (t.ex. om dosen avviker från ordinationen)
- I textform dokumenteras åtminstone information om administration av läkemedel *enligt ordination*, när den baserar sig på gällande läkemedel som *regelbundet* ordinerar patienten
- När administration av ett läkemedel baserar sig på en *enskild* läkemedelsordination eller *avviker från en regelbunden* läkemedelsordination dokumenteras *detaljerade uppgifter* om ordinationen av läkemedlet

Övrig dokumentation av läkemedelsbehandling

1/2

- **Biverkningar av läkemedel**
 - Dokumenteras som diagnosanteckning i journalen med hjälp av ICD-10-sjukdomsklassifikationen
 - Om man gör ändringar i användningen av ett läkemedel på grund av biverkningar, anger man *Läkemedelsbiverkningen* som Orsak till ändring av läkemedelsförskrivning i receptet och preciserar vid behov genom text i fältet *Tilläggsinformation om ändring av läkemedelsförskrivning*
 - Om den diagnoskod som beskriver biverkningen finns i intervallet **S00–T98** i ICD-10-klassifikationen, anger man också koden för extern orsak
 - Dokumentation av en bieffekt som diagnos eller i avsnittet om medicinering avlägsnar inte skyldigheten att göra en separat anmälan om biverkningen

Övrig dokumentation av läkemedelsbehandling

2/2

- **Dokumentation av riskuppgifter i anknytning till medicinering**
 - När man dokumenterar en bieffekt av ett läkemedel ska man överväga att dokumentera den även i riskuppgifterna
 - I synnerhet i fall där biverkningen har gett patienten symptom eller en sjukdom som krävt annan vård eller en livshotande situation, görs en anteckning alltid också i riskuppgifterna
- **Anvisningar för läkemedelsbehandling**
 - Anvisningar till patienten gällande medicineringen kan dokumenteras som fritt formulerad text under rubriken *Läkemedelsbehandling* i journalen
 - Anvisningar för läkemedelsbehandling som ges av en sjukskötare kan också dokumenteras i vårdjournalen med Klassifikationen av funktioner inom vårdarbete
 - I och med införandet av elektroniska recept förpliktar lagen till att skriva ut patientanvisningar när patienten får ett recept

Medicineringsuppgifter i vårdanmälningar (HILMO) 1/2

- Till HILMO hämtas i nuläget* patientens **hela gällande medicinerings** enligt definitionen på kodservern [THL/Informationsinnehåll – Läkemedelsanteckningar](#), oberoende av om medicineringen ändras vid besöket i fråga
 - Det ordinerade läkemedlets **ATC-kod** enligt Läkemedelsdatabasen
 - **Läkemedelsförpackningens** identifierande beteckning och namn enligt den (VNR-kod)
 - Läkemedlets **handelsnamn** enligt Läkemedelsdatabasen
 - **Ordinationsdatumet för läkemedlet** (tidpunkt när anteckningen om ordination av läkemedlet gjordes)
 - användning: Primärvårdens öppenvård, företagshälsovård, hemvård
- *HILMO-handboken 2020, avsnitt 3.11 → torde ändras till detta: [Medicinering/Datainnehåll – Läkemedelsförskrivning](#))

Medicineringsuppgifter i vårdanmälningar (HILMO) 2/2

Dessutom anmäls

- Genomförd läkemedelsbehandling i **psykiatrisk avdelningsvård**
 - Anmäls med klassificeringen [Hilmo - Läkemedelsbehandling under vård på psykiatrisk avdelning](#).
 - Den läkemedelsbehandling som patienten får kan beskrivas med flera olika klasser i klassificeringen
 - Uppgifter om läkemedelsbehandlingen sammanställs för hela vårdperioden
 - HILMO-handboken 2020, s. 112
- **Orsak till och följd av** eventuell **biverkning**
 - t.ex. anafylaktisk chock orsakad av läkemedel: bieffektens orsak är Y57 (Skadlig verkning av läkemedel eller läkemedelssubstans) och följden är T88.6 (Anafylaktisk chock orsakad av adekvat läkemedel eller medicinsk substans som ordinerats och givits på rätt sätt), uttrycks med kombinationskod där T88.6 är symtomkod och ATC-koden är orsakskoden (med 7 teckens noggrannhet)

Vaccinationsuppgifter

Vaccinationsuppgifter i patienthandlingar

- Vaccinationsuppgifter dokumenteras strukturerat i enlighet med dokumentationen av administration av vaccinet antingen under *Förebyggande vård (prevention)* i vyn för den kontinuerliga patientjournalen eller i vyn Vaccineringar (VACC)
 - Om ett recept har skrivits för vaccinet ingår ordinationsanteckningen i patientens läkemedelsanteckningar. I övrigt görs ingen separat ordinationsanteckning för vaccin
- När enhetliga vaccinationsuppgifter tas i bruk bildas en sammanställning av filerna i vyn för sammanställning av vaccinationer (VACCS)
 - sammanställningsuppgifterna används i visningen av de sammaställningar av centrala strukturerade uppgifter som patientdatasystemet sammanställer.

Klassificeringar som används för dokumentation av vaccinationer

Information	Klassificering
Vaccinets ATC-kod	Fimea – ATC-luokitus
Vaccin	THL – Rokotteet
Vaccinets namn	THL – Rokotevalmisteet
Vaccinationsskydd	THL – Rokotussuoja
Bieffekter av vaccinet	THL – Tautiluokitus ICD-10
Informationskälla	THL – Tiedon lähde
Vaccinationssätt	AR/YDIN – Rokotustapa
Injektionsställe	AR/YDIN – Pistoskohta

Informationsinnehåll för vaccinationsuppgifter 1/5

- *Vaccinets namn*
 - Fås från Läkemedelsdatabasen
 - Om vaccinets namn inte fås från Läkemedelsdatabasen (vid dokumentation av gamla vaccinationer) anges namnet enligt ATC-klassificeringen eller fritt formulerat i en form enligt exempelvis THL – Vacciner eller THL – Vaccinationsskydd-klassificeringen
 - Om den som gör anteckningen dokumenterar uppgifter om ett undersökningsvaccin, ska hen ange att det är fråga om ett undersökningvaccin
 - Det är inte obligatoriskt att ange namnet på ett studievaccin, men man måste ange *kod för undersökningsvaccinet*

Informationsinnehåll för vaccinationsuppgifter 2/5

- *Identifieringsnumret på förpackningen (VNR-numret)*
 - Fås från Läkemedelsdatabasen, och den som gör anteckningen kan inte redigera det
 - Användaren skriver in vaccinförpackningens partinummer i det avsedda fältet
 - Dokumentation av *vaccinförpackningens partinummer* är en del av kvalitetskontrollen och uppföljningen av vaccinpreparat
 - Med hjälp av partinumret kan man i efterhand identifiera från vilket vaccinparti patientens vaccin kommer
 - Det kan finnas variationer mellan olika partier av vaccinpreparat, eftersom en del vaccinpreparat innehåller levande mikrober

Informationsinnehåll för vaccinationsuppgifter 3/5

- *Vaccinationsskydd*
 - Anger vilka sjukdomar och infektioner vaccinet riktar sig mot
 - Ett vaccin kan inkludera flera vaccinationsskydd (exempelvis ett vaccinpreparat mot difteri och stelkramp)
 - Vaccinationsskyddet är kopplat till klassificeringarna *Vaccinpreparat* och *Vacciner*
 - Med hjälp av kopplingen av vaccinpreparat kan patientdatasystemet automatiskt producera uppgifter om det sjukdomsspecifika vaccinationsskyddet utifrån det givna vaccinpreparatets namn
 - Om patienten exempelvis har fått ett vaccin vid namn Boostrix, har hen fått vaccinationsskydd mot difteri, stelkramp och kikhosta.
 - Den som gör anteckningen kan precisera vaccinationsskyddet med en fritt formulerad precisering, om informationen om vaccinationsskyddet enligt klassificeringen inte är tillräcklig.

Vaccinationskort

- Med hjälp av klassificeringen av vaccinationsskyddet kan man för patienten skriva ut ett vaccinationskort, som visar vacciner som getts mot olika sjukdomar och deras boosterdosor

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

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

Informationsinnehåll för vaccinationsuppgifter 4/5

- *Dos*
 - man anger det givna *vaccinets mängd och enhet*
- *Vaccinationssätt och injektionsställe*
 - dokumenteras med hjälp av klassificeringarna
 - när vaccinet ges i eller under huden eller i en muskel, ska injektionsstället anges
- *Dosens ordningsnummer*
 - Anges för serievacciner, exempelvis en hepatitvaccinserie med tre doser
 - Ordningstalet anger vilken vaccination i serien det är fråga om
 - Ordningstalet har inte behövt anges* för engångsvaccinationer eller för boostervacciner som ges med många års mellanrum, exempelvis stelkrampsvacciner

**Situationen är under utredning. På grund av coronavaccinationerna har det gjorts obligatoriskt att ange ordningstalet i vissa datasystem.*

Inforamtionsinnehåll för vaccinationsuppgifter 5/5

- *Datum när vaccinet getts och person som gett det*
 - Patientdatasystemet kan automatiskt skapa dessa uppgifter, när den som gör anteckningen ger ett vaccin
 - Den som gör anteckningen kan välja att skriva in tilläggsuppgifter om vaccinationen som fritt formulerad text
- *Vaccinatörens organisations serviceenhetsuppgift*
 - importeras automatiskt från systemet

Vägran att ta vaccin

- Om patienten vägrar ta vaccin kan man ange denna information i journalvyn under rubriken *Förebyggande vård (prevention)*
- Total vägran att ta vacciner eller andra betydande avvikelser från vaccinationsrekommendationerna kan dokumenteras som riskuppgifter
- Som riskens typ väljer man den nya klassen *R3 Avvikelse från vaccinationsrekommendationerna*, som togs i bruk år 2020 (se [AR/YDIN – Typ av riskuppgift](#))

Tidigare vaccinationsuppgifter

- Om man dokumenterar en vaccination som patienten fått tidigare exempelvis på basis av ett vaccinationskort, och inte känner till vaccinet namn, kan man dokumentera det med ett klassnamn enligt klassificeringen *THL – Vaccin*, exempelvis Poliovaccin
- I dessa situationer är det inte nödvändigt att dokumentera en ATC-kod och ett namn enligt den, vaccinförpackningens beteckning, partinumret, vaccinationssättet, injektionsstället eller vem som administrerat vaccinet
- Man kan också ange tidpunkten för vaccinationen enligt den information som uppgetts, exempelvis med ett årtal
- Även om uppgifter om tidigare vaccinationer dokumenteras mindre exakt än uppgifter om vaccinationer som ges, är det bra att få med dem i de nationella sammanställningarna av vaccinationsuppgifter, så att så heltäckande information som möjligt om patientens vaccinationsskydd är tillgängligt på ett och samma ställe

Omedelbar biverkning av vaccin 1/2

- dokumenteras med biverkningens diagnoskod, som vid behov kan kompletteras med en ATC-klassificering, och man anger det datum då biverkningen konstaterades
 - Om en biverkning dokumenteras i efterhand gör man en ny vaccinationsanteckning genom att kopiera den gamla anteckningen och lägga till uppgifter om biverkningen (då beteckningen som identifierar vaccinationen förblir densamma, kopplas den nya anteckningen till den tidigare)
- När en biverkning har dokumenterats med ICD-10-koder, t.ex. T88.1# *Annan komplikation som följd av vaccination som ej klassificeras annorstädes* ska man också ange en kod för extern orsak, som i allmänhet är antingen Y58 *Skadlig verkning av bakterievaccin* eller Y59 *Skadlig verkning av annan eller ospecificerad vaccin eller biologisk substans*

Omedelbar biverkning av vaccin 2/2

- En del biverkningar av vaccinationer kan ses som riskuppgifter, varvid de dokumenteras i patientens riskuppgifter, exempelvis allergi mot hönsägg och/eller anafylaktisk reaktion i samband med vaccinationshändelse (Obs! Är det fråga om en biverkning eller något annat)
- Beskrivningen av en biverkning kan vid behov kompletteras med fritt formulerade tilläggsuppgifter

Sammanställningar av vaccinationer

- När vaccinationsuppgifter dokumenteras enligt den nationellt enhetliga klassificeringen *THL/Informationsinnehåll – Vaccinationsinformation*, kan de hämtas från Informationshanteringstjänsten tillbaka till Vaccinationssammanställningen
 - I informationsinnehållet i fråga har man också beaktat dokumentation av undersökningvacciner eller vaccinationer som getts tidigare, vilket ger en heltäckande bild av personens vaccinskydd
- Informationshanteringstjänsten returnerar Vaccinationssammanställningen (VACCS) till patientdatasystemet, som visar uppgifterna för användaren i en överskådlig och filtrerad form
- Patientdatasystemet kan komplettera sammanställningsuppgifterna med strukturerade uppgifter ur det egna systemet som inte ännu sparats i Patientdataarkivet
- Från sammantällningen kan man vid behov skriva ut en aktuell lista över vaccinationer för patienten

Exempel på vaccinationssammanställning

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

Även **Mina Kanta-sidor** visar en sammanställning, om uppgifterna har dokumenterats med den informationsstruktur som krävs.

Som standard visas uppgifter från det senaste året. Närmare uppgifter visas om man klickar på en tidpunkt.

- Nu finns även ett nationellt coronavaccinationsintyg

Mer information:
<https://www.kanta.fi/sv/web/guest/webbskolan-halso-ochsjukvardsuppgifter-pa-mina-kanta-sidor>

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

Vaccinationsuppgifter i vårdanmälningar (HILMO)

- Vaccinets ATC-kod, vaccinet och vaccinets namn
- Vaccinationsskydd
- Identifieringsnumret på förpackningen
- Vaccinationsdatum
- **Vaccinationsförpackningens partinummer**
- **Dosens ordningstal**
- Vaccinationssätt
- Injektionsställe

Mer information [HILMO-handledningen 2020](#)

Vaccinationsregister och coronavaccinationer

- Vaccinationsuppgifter samlas i vaccinationsregister med hjälp av HILMO-uppgifter
- Närmare information om vaccinationer finns här: [Dokumentation av vaccinationer/THL](#)
- Se även [vanliga frågor](#)
- För coronavaccinationer finns [separata anvisningar](#)
 - [Anvisning för registrering av centrala uppgifter om covid-19-vaccinationer](#)
 - [Faktablad om registrering av centrala uppgifter om covid-19-vaccinationer](#)
- Mer information finns också om [coronaintyg](#)



Registrering av centrala uppgifter om COVID-19 -vaccinationer

VARFÖR?

Exakt och med enhetliga nationella klassificeringar registrerade vaccinuppgifter sparas korrekt i Patientdataarkivet i Kanta-tjänsterna och i THL:s riksomfattande vaccinationsregister. De korrekt registrerade vaccinationsuppgifterna fungerar också som grund för det elektroniska vaccinationsintyget som fås från Mina Kanta-sidorna.

HUR?

Registrera vaccinationsuppgiften för rätt person. Gör registreringarna strukturerat i patientdatasystemet samma dag som vaccinationen har getts

- i vyn för fortlöpande patientjournal under rubriken Förebyggande vård (prevention)

ELLER

- direkt i vyn Vaccineringar (VACC)

Vaccinationsuppgifter	
Vaccinets satsnummer	Beroende på preparatet finns satsnumret på vaccinflaskan (lagenula) eller på den enskilda vaccinförpackningen Satsnumret är ofta märkt med "Batch/LOT eller Erä/Sats"
Vaccinets handelsnamn	Comirnaty COVID-19 Vaccine Moderna COVID-19 Vaccine AstraZeneca Eventuella nya COVID-19-vaccinpreparat Om vaccinets fullständiga namn inte ryms, kan förkortningar användas: COV19 Moderna COV19 AstraZeneca
Vaccinets administreringsdatum	Vaccinationsdatum
Ordningsföljd för den vaccindos som kunden fått	1 , om det är fråga om den första covid-19-vaccindosen som ges till kunden 2 , om det är fråga om den andra covid-19-vaccindosen som ges till kunden
Uppgifter om vaccinationsbesöket	
Serviceform	Annan hälsovård (T29)
Kontaktsätt	Klientens besök på mottagning (R10)
Besökets karaktär	Hälsovård (TH)
Besöksorsak	A98 Hälsovård eller förebyggande av sjukdom (ICPC-2) Z25.8 Vaccination avseende annan enstak virusjukdoma (ICD-10)
Beakta statistikföringen!	Förutsättningen för att vaccinationsuppgifterna ska överföras till Kanta-tjänsterna och det riksomfattande vaccinationsregistret

Kontrollera de patientdatasystemspecifika anvisningarna.

Om uppföljning av vaccinationsuppgifter

- Se <https://www.thl.fi/roko/rokotusrekisteri/koronalaaturaportti/> (på finska)
- Det är möjligt att serviceproducentsspecifikt jämföra Kanta-uppgifternas och HILMO-uppgifternas rapportering av coronavaccinationer

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