

Nationell informationsstruktur 2017

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2017-5-35

Publicerad www.socialstyrelsen.se maj 2017

Innehåll

Sammanfattning	5
Nationell informationsstruktur och semantisk interoperabilitet	6
Nyttan med nationell informationsstruktur	9
Nyheter i NI 2017	11
Vidareutvecklingen av NI	12
Ord och uttryck	13
Modelltyper	14
Modeller för hälso- och sjukvård och socialtjänst	15
Hälso- och sjukvård	15
Socialtjänst	44
Tillämpningsanvisningar	69
Inledning	69
Förutsättningar för tillämpning av NI	69
Steg 1 – Relatera dokumentationsbehovet till processen	69
Steg 2 – Skapa en tillämpad begreppsmodell	70
Steg 3 – Skapa tillämpad informationsmodell	71
Snomed CT-urval för Samband och Deltagande	74
Koder för typer av Samband och Deltagande	74
Koder för attributet status i informations-klasserna Observation och Aktivitet	78
Terminologibindning mellan NI och nationellt fackspråk	79
Bilagor	80
Bilaga 1: Läsanvisningar för modellerna	81
Bilaga 2: Modeller för vård och omsorg	95
Bilaga 3: Uttryckliga dokumentationskrav	113
Bilaga 4: Krav på innehåll – perspektiv och angelägenheter	130

Sammanfattning

Socialstyrelsen utvecklar och förvaltar en gemensam informationsstruktur som innefattar nationell informationsstruktur (NI) och olika delar i ett nationellt fackspråk; hälsorelaterade klassifikationer, referensterminologin Snomed CT och Socialstyrelsens termbank.

NI är en referensmodell som beskriver verksamheten inom vård och omsorg på en generisk nivå och består av modeller för process, begrepp och information. Modellerna ska användas för att identifiera, beskriva och strukturera information som ska dokumenteras i patientens eller brukarens kontakter med vård och omsorg. Syftet med NI är att utgöra en grund för utvecklingen av en strukturerad dokumentation. Med NI som referens skapas möjligheter att beskriva den information som ska kunna utbytas och hur den ska struktureras för att, om lagen tillåter, kunna återanvändas i olika syften.

NI är ett verktyg för att uppnå semantisk interoperabilitet inom och mellan olika aktörer och system.

NI beskriver inte ett it-stöd, utan den information som behövs i verksamheten och hur den ska struktureras för att kunna återanvändas i olika syften. NI kan användas vid kravställning på it-stöd. De primära målgrupperna för NI är flera olika intressenter inom vård och omsorg, exempelvis beställare av it-stöd, myndigheter samt de som utformar och tillhandahåller it-stöd och e-tjänster.

Socialstyrelsen har tidigare publicerat tre versioner av NI (2015:1, 2015:2 och 2016:1) och tar kontinuerligt emot synpunkter och förslag från intressenter och användare, på innehåll och behov av utveckling. Denna rapport presenterar version 2017 av NI samt en tillämpningsanvisning. Rapporten beskriver även den metod som används i vidareutvecklingen.

Den nya versionen av NI fokuserar det innehåll som har störst betydelse för dagens praktiska användning av NI.

Begrepp som i föreliggande version har tillkommit för både hälso- och sjukvård och socialtjänst är *Samtycke* och *Samtyckesbeslut*.

Begrepp som tillkommit eller ändrats avseende socialtjänst är *Aktualisering*, *Individuellt inriktad insats* och *Aktivitet* (inom socialtjänst).

Begrepp som utgått i begreppsmodellen för hälso- och sjukvård är *Hälsoproblem*, *Egenuppfattat hälsoproblem*, *Professionellt uppfattat hälsoproblem*, *Önskat hälsotillstånd* och *Avsett hälsotillstånd*. Definitionen av *Hälsotillstånd* tas bort och anmärkning ändras enligt termbanken.

Det nya attributet *Skala* har tillkommit i klassen *Observation* i informationsmodellen för hälso- och sjukvård.

Attributet *Negation* i klassen *Aktivitet* har utgått från informationsmodellerna för hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Nationell informationsstruktur och semantisk interoperabilitet

Socialstyrelsens arbete med en gemensam informationsstruktur för vård och omsorg är en del av myndighetens instruktion och ingår som ett prioriterat insatsområde i handlingsplanen för den nationella visionen för e-hälsa 2025.

Instruktionen är att skapa och tillhandahålla enhetliga begrepp, termer, klassifikationer samt en sammanhållen informationsstruktur inom verksamhetsområdet vård och omsorg. Syftet är att stödja och bidra till målet om en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den gemensamma informationsstrukturen innefattar nationell informationsstruktur (NI) och nationellt fackspråk.

NI är en referensmodell som beskriver verksamheten inom vård och omsorg på en generisk nivå och består av modeller för process, begrepp och information. Modellerna ska användas för att identifiera, beskriva och strukturera information som ska dokumenteras i patientens och brukarens kontakter med vård och omsorg. Syftet med NI är att utgöra en grund för utvecklingen av en strukturerad dokumentation. Med NI som referens skapas möjligheter att beskriva den information som ska kunna utbytas samt hur den ska struktureras för att, om lagen tillåter, kunna återanvändas i olika syften.

NI innefattar nio sammanhängande modeller. Dessa modeller utgör informationsstrukturen för verksamhetsområdena hälso- och sjukvård och socialtjänst. Tre modeller beskriver verksamhetsområdet vård och omsorg på en gemensam och övergripande nivå, övriga sex modeller är beskrivningar av process, begrepp och information på en specialiserad nivå för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst.

NI:s processmodeller beskriver processen ur patientens och brukarens perspektiv, dvs. en process som ofta löper över organisatoriska gränser inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Den individanpassade processen¹ kan även löpa över gränsen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten, varför modellerna på den övergripande och gemensamma nivån för vård och omsorg också är relevanta att beskriva.

Begreppsmodellerna beskriver företeelser i processen (begrepp), och vilken typ av information som behöver hållas om centrala begrepp. Av begreppsmodellerna framgår också hur begreppen relaterar till varandra. Informationen som finns och skapas i processen måste dokumenteras på ett gemensamt och strukturerat sätt så att den kan återanvändas i olika kontext. Denna struktur beskrivs i informationsmodellerna.

¹”En individanpassad vårdprocess kan baseras på en eller flera standardiserade vårdprocesser i kombination som används för en specifik patient i syfte att förebygga, identifiera, utreda och behandla ett eller flera hälsoproblem eller hälsotillstånd. En individanpassad vårdprocess kan omfatta ett eller flera vårdåtaganden”/Termbanken

NI beskriver inte ett it-stöd, NI beskriver vård- och omsorgsverksamheten och den information som behövs i en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation, på ett sådant sätt att beskrivningen kan användas vid kravställning på it-stöd. De primära målgrupperna för NI är flera olika intressenter inom vård och omsorg, exempelvis beställare av it-stöd, myndigheter samt de som utformar och tillhandahåller it-stöd och e-tjänster.

NI är ett verktyg för att uppnå semantisk interoperabilitet inom och mellan olika aktörer. Interoperabilitet definieras som förmåga hos system, organisationer eller verksamhetsprocesser att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra genom att överenskomna regler följs.

Figur 1 illustrerar de fyra typer av interoperabilitet som behövs för att informationsutbytet inom ett visst politiskt avgränsat område ska fungera. I detta fall representeras det politiskt avgränsade området av vård och omsorg. Bilden läses uppifrån och ned eftersom varje typ av interoperabilitet är en förutsättning för och avgränsar typen under.

Figur 1: Interoperabilitet av fyra typer

"Align legislation so that exchanged data is accorded proper legal weight"	Juridisk interoperabilitet
"Coordinated processes in which different organizations achieve a previously agreed and mutually beneficent goal"	Organisatorisk interoperabilitet
"Precise meaning of exchanged information which is preserved and understood by all parties"	Semantisk interoperabilitet
"Planning of technical issues involved in linking computer systems and services"	Teknisk interoperabilitet

Källa: Interoperability Solutions for European Public Administrations (ISA), European Commission

Juridisk interoperabilitet

Den första typen av förutsättning är *juridisk interoperabilitet*. I Sverige är det riksdagens lagstiftning, regeringens förordningar och myndigheternas föreskrifter som reglerar vilken dokumentation som ska finnas i personakter eller patientjournaler och hur den ska vara strukturerad. I Socialstyrelsens arbete med att vidareutveckla NI, har 75 författningar identifierats som på olika sätt ställer krav på dokumentation i vård och omsorg. För att kunna ge förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation krävs att de uttryckliga, juridiska dokumentationskraven representeras i NI. Dessa krav benämns *dokumentationskrav enligt författning*.

Organisatorisk interoperabilitet

Den andra typen av förutsättning är *organisatorisk interoperabilitet*. Detta innebär att de organisationer inom vård och omsorg som ska uppnå interoperabilitet tillsammans beskriver sina gemensamma behov och sin verksamhet på samma sätt, oavsett organisatoriska gränser. Dessutom behöver det finnas beskrivna och fastställda processer där olika verksamheter kan arbeta mot samma överenskomna mål både inom och över de organisatoriska gränserna. De gemensamma behov som de olika organisationerna har enats om måste också införlivas i NI för att möjliggöra en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation. Behoven har delats upp i två perspektiv i NI, *statistikuppföljning* respektive *bästa tillgängliga kunskap*, där det sistnämnda innehåller styrande, gemensamma rekommendationer för hur dokumentation inom vård och omsorg ska struktureras för att kunna återanvändas i olika syften. Det kan handla om återanvändning för att ge den enskilda individen god vård och omsorg, för rapportering till kvalitetsregister via NPD i (Nationella Programmet för Datainsamling) eller vid individuell behovsbedömning inom socialtjänsten enligt IBIC (Individens behov i centrum).

Semantisk interoperabilitet

Den tredje typen av förutsättning som behövs för att uppnå interoperabilitet är *semantisk interoperabilitet*, d.v.s. förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation. Detta innefattar den dokumentation som verksamheterna enligt lag, förordning och föreskrift måste dokumentera och får utbyta inom eller mellan organisationer inom vård och omsorg. Det innefattar också att gemensamma informationsbehov som har identifierats måste beskrivas på ett sådant sätt att verksamheterna mäter och menar samma sak, och att informationen struktureras på ett sätt som gör det möjligt att återanvända den i olika syften. För att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation måste NI ha en tydlig koppling till verksamheternas fackspråk. För att också skapa förutsättningar för verksamheterna att med hjälp av dokumentationen öka följsamheten mot *dokumentationskrav enligt författning* och tillämpa *bästa tillgängliga kunskap* är det centralt att beskriva vilka dokumentationskrav som finns för varje beskrivet begrepp. Detta har införlivats i informationsmodellerna i NI.

Teknisk interoperabilitet

Den fjärde och sista typen av förutsättning som måste finnas för att uppnå interoperabilitet är *teknisk interoperabilitet*. Det måste finnas regler och förutsättningar för att den information som är ändamålsenlig och strukturerad utifrån de tre överliggande typerna av interoperabilitet ska kunna göras tillgänglig och vid behov kunna utbytas elektroniskt mellan olika it-stöd. När de tekniska förutsättningarna för interoperabilitet beskrivs måste de juridiska, organisatoriska och semantiska förutsättningarna beaktas och införlivas. NI är, precis som de juridiska och organisatoriska förutsättningarna, lösningsneutral och kan tillämpas oberoende av it-stöd eller teknisk standard.

Nyttan med nationell informationsstruktur

NI ska fungera som en gemensam referens vid utveckling av en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation, och bidra med en gemensam förståelse för den aktuella verksamheten och den information som behöver hanteras kring en individ som är föremål för vård och omsorg.

Med NI får både beställare och leverantörer av processororienterade it-stöd en gemensam bas för kravställning och utveckling. Detta ger bland annat bättre möjligheter att kombinera it-stöd från olika leverantörer som används i olika delar av individens process, vilket bidrar till konkurrensneutralitet. Detta gäller inte enbart vid upphandling av nya it-stöd utan även vid arbetet med att anpassa och vidareutveckla it-stöd.

En ändamålsenlig och strukturerad dokumentation innebär att varje behov av information är tillgodosett. Den gemensamma informationsstrukturen kan bidra till detta mål. Utmärkande för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation är att den kan vara:

1. Utgångspunkt för vård, stöd och behandling av en enskild individ

Genom att använda en gemensam beskrivning av processen i vård och omsorg, utifrån ett patient- och brukarperspektiv, kan olika verksamheter strukturera sin dokumentation om en och samma individ på samma sätt även om de bara deltar i delar av processen. Då blir det lättare att sammanställa och samordna vad som är planerat eller genomfört kring individens hälsotillstånd så att nästa aktör kan ta vid och fortsätta processen. Den gemensamma beskrivningen säkerställer att dokumentationen kan återanvändas och att den kan följa individen mellan olika aktörer och organisationer.

2. Underlag för patientens eller brukarens ställningstagande

Med tillgång till relevant och entydig vård- och omsorgsdokumentation får en patient eller brukare större möjligheter att i dialog med hälso- och sjukvården eller socialtjänsten sätta upp mål för sin egen vård och omsorg. Med strukturerad dokumentation blir det också lättare att presentera jämförbar information från olika organisationer avseende resultat och kvalitet. Detta underlättar den enskilda individens möjligheter att göra aktiva val av till exempel utförare.

3. Fullvärdig som underlag för att följa upp grupper av patienter och brukare på olika nivåer

Om dokumentationen är enhetligt strukturerad för både mottagare och sändare underlättas rapporteringen till statistikuppföljning som till exempel hälsodataregister, socialtjänstregister och kvalitetsregister. Dokumentationen är också en viktig källa till lokal uppföljning och verksamhetsutveckling.

4. Lämplig som kompletterande underlag för beslutsstöd

Om dokumentationen är enhetligt strukturerad kan innehållet fungera som kompletterande underlag till beslutsstöd och uppföljning av den enskilda individens vård och omsorg. Strukturerad dokumentation möjliggör en effektiv informationsöverföring till beslutsstöd.

5. Tillräckligt bra för att utgöra underlag för forskning

Genom att utgå ifrån en nationellt överenskommen struktur uppnås en enhetlig och stabil beskrivning av informationen. Modeller som ingår i NI är stabila och versionshanterade, vilket gör det möjligt att följa information under lång tid, exempelvis för forskning.

6. Tillräckligt specifik för att tillåta en juridisk bedömning av den enskilda processen

För att möjliggöra för verksamheterna att öka följsamheten mot gällande författning inkluderar modellerna i NI dokumentationskrav enligt författning. Ett viktigt syfte med detta är att värna om patient- och brukarsäkerhet samt om kontinuitet i vården och omsorgen för brukare och patienter. Spårbarhet i dokumentationen, till olika händelser och åtgärder i processen, är viktig liksom den grundläggande rätten till domstolsprövning av förvaltningsbeslut.

Nyheter i NI 2017

Redaktionella ändringar i publikationen

Årets publikation medför en del ändringar i upplägget jämfört med föregående års publikation NI 2016:1. Målet med detta års publikation vad gäller dess upplägg har varit att fokusera på det innehåll som är av störst betydelse för dagens praktiska användning av NI, samt att göra den mer lättläst och sammanhängande. Exempelvis har vissa tidigare bilagor blivit egna avsnitt i NI 2017.

NI uppdateras och publiceras framöver en gång per år, vilket gör att denna publikation inte är namngiven 2017:1.

Nedan följer ett antal exempel på förändringar i NI 2017:

- Modellerna för hälso- och sjukvård och socialtjänst kommer tillsammans utgöra ett eget avsnitt i NI 2017.
- En avsnitt som beskriver hur NI ska användas och tillämpas har tillkommit.
- Den tidigare bilagan *Arkitektur och metodbeskrivning* utgår i NI 2017 och kommer istället att tillgängliggöras som separat publikation. Detta med motiveringen att den inte längre utgör en del av den årliga vidareutvecklingen av NI.

Socialtjänst

- *Samtycke* och *samtyckesbeslut*: Nya begrepp som tillkommer i begreppsmodellen.
- *Aktualisering*: Definition enligt termbanken tillkommer i begreppsmodellen. Beskrivning i informationsmodellen ändras i enlighet med detta.
- *Individuellt inriktad insats*: Ändrad definition enligt termbanken. Den tidigare beskrivningen enligt NI ändras. Beskrivning i informationsmodellen ändras i enlighet med detta.
- *Negation*: Tidigare attributet i klassen Aktivitet utgår.

Hälso- och sjukvård

- *Samtycke* och *samtyckesbeslut*: Nya begrepp som tillkommer i begreppsmodellen.
- *Hälsoproblem*, *Egenuppfattat hälsoproblem*, *Professionellt uppfattat hälsoproblem*, *Önskat hälsotillstånd* och *Avsett hälsotillstånd*: Begrepp som utgår i begreppsmodellen, enligt termbanken.
- *Hälsotillstånd*: Definition tas bort och anmärkning ändras enligt termbanken.
- *Skala*: Nytt attribut som tillkommer i klassen Observation i informationsmodellen.
- *Negation*: Tidigare attributet i klassen Aktivitet utgår.

Vidareutvecklingen av NI

NI publicerades första gången 2010 och har sedan dess vidareutvecklats inom ramen för Socialstyrelsens förvaltning. I vidareutvecklingen har innehållet i NI avgränsats utifrån tre perspektiv med tillhörande angelägenheter (se Bilaga 4). Perspektiven är *dokumentationskrav enligt författning*, *statistikuppföljning* och *bästa tillgängliga kunskap*. Angelägenheter i de olika perspektiven definieras som specifika dokument eller underlag som beskriver ett krav eller behov (se Tabell 1).

Dokumentationskrav enligt författning

En grund i Socialstyrelsens arbete är att värna om patient- och brukarsäkerheten för den enskilde. Kraven på patient- och brukarsäkerhet kommer till uttryck i lagar, förordningar och föreskrifter. Författningar är därmed en viktig utgångspunkt i NI och det första perspektivet är *dokumentationskrav enligt författning*. Det finns cirka 75 författningar inom området med uttryckliga dokumentationskrav i patientens och brukarens process. Dessa har analyserats och utgjort grundkällan för modellutvecklingen.

Statistikuppföljning

Det finns ett flertal krav i författningar om att vård och omsorg ska lämna statistiska uppgifter till nationella register. Därför inkluderas perspektivet *statistikuppföljning* i NI, men har avgränsats till att enbart innefatta Socialstyrelsens hälsodata- och socialtjänstregister.

Bästa tillgängliga kunskap

Perspektivet *bästa tillgängliga kunskap* har avgränsats till att innefatta specifika behov som kan identifieras i arbeten som utgör en del av Socialstyrelsens regeringsuppdrag samt behov kopplade till gemensamma tjänster utvecklade inom ramen för den tidigare strategin för nationell e-hälsa och nuvarande nationella vision för e-hälsa. Exempel på uppdrag är Socialstyrelsens arbete med Individens behov i centrum (IBIC) och Barns behov i centrum (BBIC) samt utvecklingen av tjänster på den nationella tjänsteplattformen samt det nationella programmet för datainsamling (NPD i).

Tabell 1. Sammanfattning av perspektiv och angelägenheter i NI

Perspektiv	Angelägenheter
Dokumentationskrav enligt författning	Författningar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som specificerar dokumentationskrav
Statistikuppföljning	Lagstadgade hälsodata- och socialtjänstregister
Bästa tillgängliga kunskap	Dokumentationsbehov utifrån regeringsuppdrag som avser eller påverkar NI samt strategin för nationell e-hälsa

Ord och uttryck

Uttryck	Synonymer	Förklaring
attribut	Egenskap	En specifik egenskap för en informationsklass i en informationsmodell t.ex. förnamn, kön, tid, datum.
begrepp		Kunskapsenhet som skapats genom en unik kombination av kännetecken.
begreppsanalys		Del av terminologiarbete som består i att reda ut och beskriva ett fackområdes begrepp och relationerna mellan dessa.
begreppsmodell		Definition/beskrivning av begrepp och deras relationer som hanteras inom det område som den specifika modellen beskriver.
datatyp		Format som anger hur ett attribut i en informationsmodell ska hantera data t.ex. som en sträng, ett nummer, kodat värde, eller tidpunkt.
individanpassad process		Individuell vårdprocess för en specifik individ och ett enskilt hälsoärende.
informationsklass	Klass	En abstrakt samling uppgifter som hålls som en enhet t.ex. klassen Person med tillhörande attribut namn, kön, adress.
informationsmodell		Beskrivning av informationsklasser och deras relationer som hanteras för ett specifikt område.
informationsmängd		En samling uppgifter t.ex. en eller flera klasser.
interoperabilitet		Förmåga hos system, organisationer eller verksamhetsprocesser att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra genom att överenskomna regler följs.
mappning		Etablering av samband mellan element som inte tillhör samma system.
multiplicitet	Kardinalitet	Antalet tillåtna förekomster av en informationsklass eller attribut i en informationsklass.
notation	Visuell teknik	Symboler som används för att beskriva en verksamhet på ett enhetligt sätt i en viss modelltyp.
processmodell	Flödesschema	Beskrivning av verksamhetsnära processer på en övergripande och generell nivå.
referensmodell		Beskrivning som används som ram och utgångspunkt vid <i>skapandet av nya modeller</i> för att skapa generalitet med standardiserade beskrivningar och uttryck.
relation	Association	Samband mellan begrepp i en begreppsmodell eller klasser i en informationsmodell.
term		Benämning för ett allmänbegrepp som tillhör ett fackområde.
terminologibindning		En länk mellan en terminologisk komponent (t.ex. ett begrepp eller en term) och en artefakt i en informationsmodell (t.ex. en klass eller ett attribut)
tillämpad modell		Beskrivning av ett avgränsat verksamhetsområde eller dokumentationsbehov. T.ex. en vårdprocess inom hälso- och sjukvård eller en mätning av vitalparametrar.

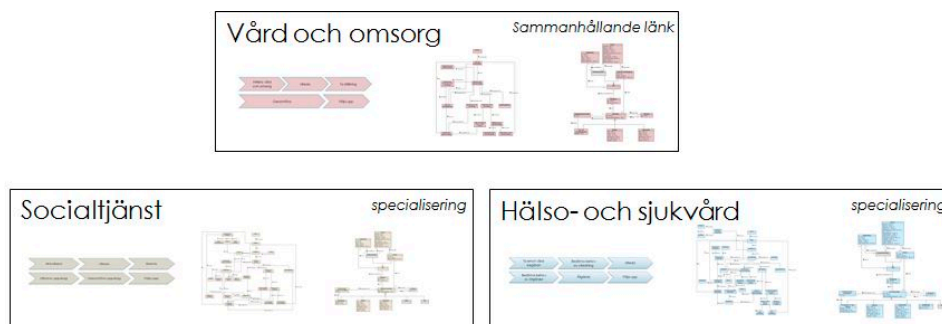
Modelltyper

Den nationella informationsstrukturen (NI) omfattar tre modelltyper:

- processmodeller
- begreppsmodeller
- informationsmodeller

NI består av två beskrivningsnivåer. En övergripande och gemensam nivå för vård och omsorg och en specialiserad nivå som beskriver hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. De tre modelltyperna används för båda beskrivningsnivåerna. Det innebär att NI totalt består av nio olika modeller: en per modelltyp för vård och omsorg, en per modelltyp för hälso- och sjukvård och en per modelltyp för socialtjänst (se figur 2). För fler detaljer om modelltyperna, se Bilaga 1.

Figur 2. Den nationella informationsstrukturens två beskrivningsnivåer och nio modeller



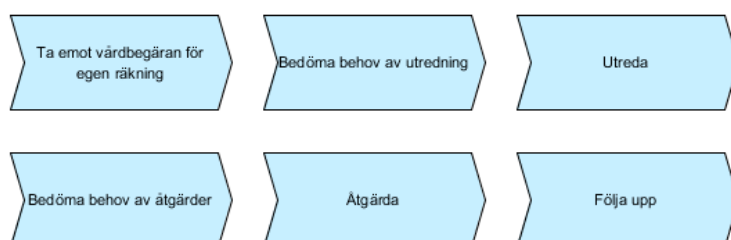
Syftet med de olika modellerna i NI är att de tillsammans ska beskriva informationsstrukturen för vård och omsorg. Varje modelltyp är nödvändig för att ge en förståelse för den informationsstruktur som NI omfattar. Syftet med modellerna på vård- och omsorgsnivån i NI är att skapa en gemensam syn på informationen i de två verksamhetsområdena hälso- och sjukvård och socialtjänst. Se Bilaga 2 för mer information kring vård- och omsorgsnivån i NI.

Modeller för hälso- och sjukvård och socialtjänst

Hälso- och sjukvård

Processmodell för hälso- och sjukvård

Processmodellen beskriver den process som alla som får hälso- och sjukvård genomgår. Processmodellen är oberoende av organisatoriska gränser och visar därmed den process som patienten genomgår. Denna innefattar hela processen från vårdbegäran för egen räkning till uppföljning.



Syftet med processen är att identifiera och förändra patientens hälsotillstånd samt följa upp effekterna av detta. Den faktiska process som individen genomgår kallas för en individanpassad vårdprocess och hålls ihop utifrån patientens ursprungliga kontaktersak.

Processmodellen är en enhetlig beskrivning av processerna inom hälso- och sjukvård. När verksamheterna beskriver sina egna processer och arbetsflöden ska de relatera dessa till den process som patienten genomgår.

Processmodellen beskriver och avgränsar den verksamhet som sedan beskrivs ytterligare med hjälp av begrepps- och informationsmodellerna. Hälso- och sjukvårdens processmodell är en specialisering av NI:s generella processmodell för vård och omsorg.

Processteg för hälso- och sjukvård

Processteg	Värde in	Beskrivning	Värde ut
Ta emot vårdbegäran för egen räkning	Vårdbegäran för egen räkning med patientens kontaktorsak	Aktivitet som startar den individanpassade vårdprocessen genom att patienten eller företrädare för patienten kontaktar eller blir kontaktad av hälso- och sjukvården.	Kontaktorsak
Bedöma behov av utredning	Kontaktorsak	Aktiviteter där hälso- och sjukvårdspersonal bedömer behov av att starta en utredning samt val av metodik för utredningen.	Alternativ: Avgörande för att utreda hälsotillstånd samt vald metodik Inget behov av att utreda föreligger och processen avslutas
Utreda	Behov av att utreda hälsotillstånd samt vald metodik	Aktiviteter där hälso- och sjukvårdspersonal genomför en utredning (inklusive eventuella delsteg planera, utreda, analysera). Baserat på resultatet av utredningen kan detta steg behöva upprepas flera gånger.	Alternativ: Utrett hälsotillstånd Behov av ytterligare utredning för att fastställa patientens hälsotillstånd (upprepa "Utreda")
Bedöma behov av åtgärder	Utrett hälsotillstånd	Aktiviteter där hälso- och sjukvårdspersonal bedömer om utrett hälsotillstånd är åtgärdsmotiverande samt vilka åtgärder som är lämpliga att genomföra för att uppnå måltillstånd.	Alternativ: Avgörande för att förändra ett visst hälsotillstånd samt vald metodik för att uppnå måltillstånd Inget behov att åtgärda föreligger och processen avslutas
Åtgärda	Behov av att förändra visst hälsotillstånd för att uppnå måltillstånd samt vald metodik	Aktiviteter där hälso- och sjukvårdspersonal genomför åtgärder (inklusive eventuella delsteg planera, åtgärda, analysera) för att uppnå måltillstånd. Baserat på resultat av genomförda åtgärder kan detta steg behöva upprepas flera gånger.	Alternativ: Resultat av genomförda åtgärder Måltillstånd uppnås inte och behov av ytterligare utredningar föreligger (återgå till "bedöma behov av utredning") Måltillstånd uppnås inte och behov av ytterligare åtgärder föreligger (återgå till "bedöma behov av åtgärder")
Följa upp	Resultat av genomförda åtgärder	Aktiviteter där en hälso- och sjukvårdspersonal genomför en uppföljning av hela processens resultat gentemot uppsatt måltillstånd.	Bedömd och beskriven effekt av åtgärder gentemot måltillstånd

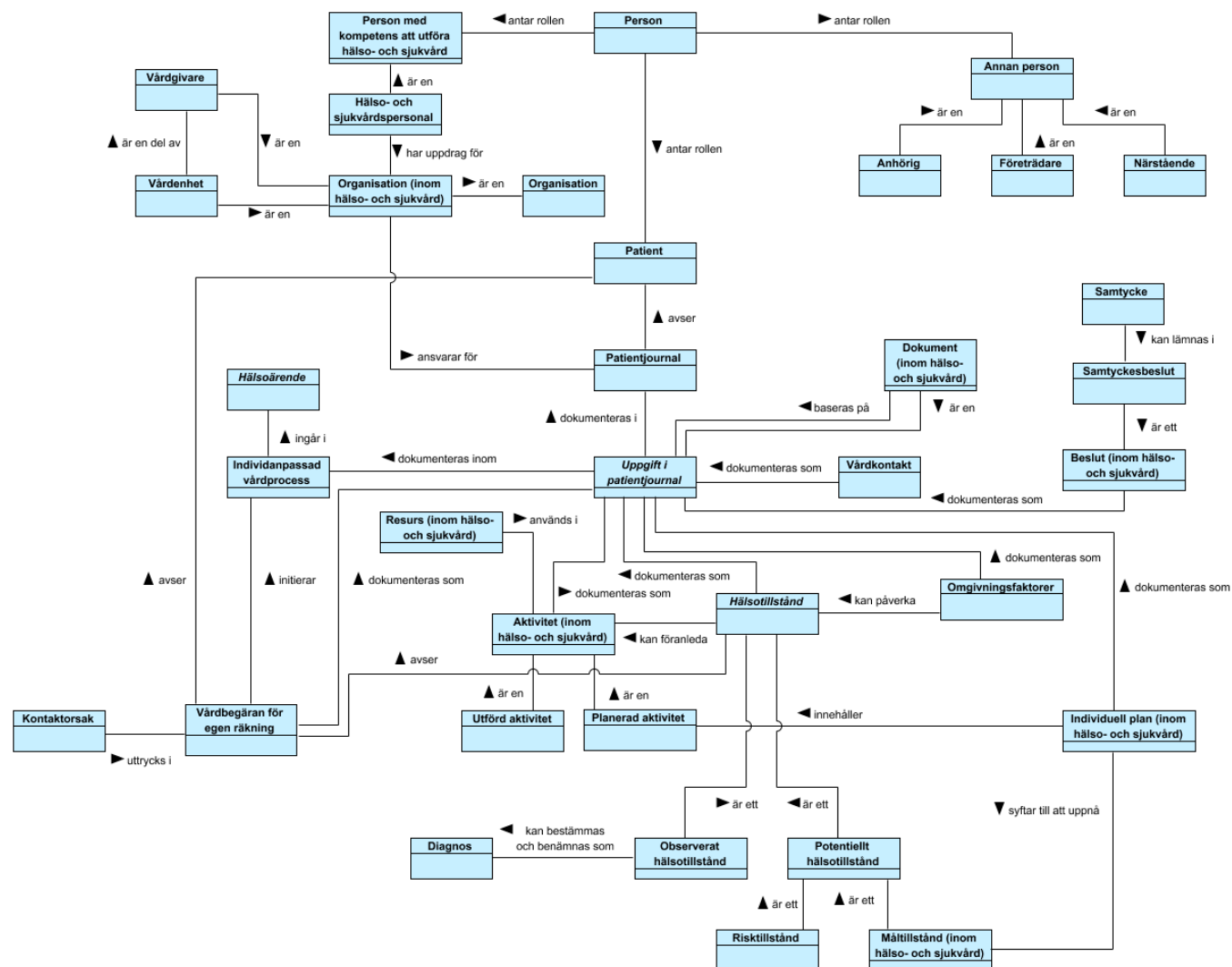
Begreppsmodell för hälso- och sjukvård

Begreppsmodellen anger vilka begrepp som är centrala att hålla information om inom den individanpassade processen samt den information som informationsmodellen kan uttrycka.

Varje begrepp i begreppsmodellerna representeras av en klass där klassens namn motsvarar det begrepp som avses. Klasserna i begreppsmodellerna har inga attribut då begreppen illustrerar de faktiska referenterna. Om begreppets term är kursiverad innebär det att begreppet är ett rubriksord för en grupp av begrepp. Rubriksordet förekommer inte i praktiken i dokumentationen utan istället väljs alltid ett av de underliggande begreppen från gruppen när modellen tillämpas.

Begreppsmodellen åskådliggör även relationer mellan begreppen. NI:s begreppsmodell är normaliserad, det vill säga visar därmed relationerna som gäller oavsett tillämpning och har därför inga multipliciteter.

För varje begrepp i den specialiserade begreppsmodellen för hälso- och sjukvård anges hur begreppet relaterar till den generella begreppsmodellen över vård och omsorg samt hur begreppet representeras i motsvarande specialiserade informationsmodell.



Beskrivning av begrepp

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
Aktivitet (inom hälso- och sjukvård)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Något som kan utföras av någon eller något inom hälso- och sjukvård och som är inriktat på visst resultat. Det kan till exempel röra sig om att hälso- och sjukvårdspersonal eller en medicinteknisk produkt utför något. Inom hälso- och sjukvård förekommer exempelvis följande typer av aktiviteter: utredning, behandling, planering och uppföljning. Aktiviteter kan vara exempelvis pågående, utförda eller planerade. Exempel som särskilt pekas ut som aktiviteter som det ska dokumenteras om är vidtagna åtgärder för att förhindra smittspridning och rättsmedicinsk undersökning. Insats och åtgärd används för det övergripande begrepp som beskrivningen avser – inom hela fackområdet vård och omsorg, i olika sammanhang och även i lagtexter. Det finns ingen klar skillnad i betydelse mellan insats och åtgärd i någon av lagtexterna och inte heller i allmänspråket.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Aktivitet (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktivitet
Anhörig	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna Anmärkning: Observera att termerna anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna. <i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Exempel på anhöriga som särskilt pekas ut som personer som det ska dokumenteras om i tillämpliga fall är make/maka, registrerad partner och sambo.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Anhörig <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Annan person med attributet typ
Annan person	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Person som på något sätt är relaterad till patienten men som inte är patienten eller hälso- och sjukvårdspersonal. Exempel på annan person är anhörig, närstående eller företrädare. Det kan också vara en målsägande, som enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård i vissa fall ska ges möjlighet att bli underrättad till exempel när en patient som är föremål för rättspsykiatrisk vård har lämnat vårdenheten utan tillstånd. De exempel som ges här är sådana som särskilt pekas ut som personer som det ska finnas dokumentation om i tillämpliga fall.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Annan person <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Annan person med attributet typ
Beslut (inom hälso- och sjukvård)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Avgörande i viss fråga inom hälso- och sjukvård. Alla aktiviteter inom hälso- och sjukvård föregås i allmänspråklig mening av någon form av beslut. De flesta av dessa beslut dokumenteras implicit genom att endast dokumentera den utförda aktiviteten eller resultatet av aktiviteten,	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Beslut (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	exempelvis en blodtrycksmätning eller mätvärdet för blodtrycket. Vissa beslut behöver däremot dokumenteras explicit. Exempel som särskilt pekas ut som beslut som ska dokumenteras explicit återfinns i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, och smittskyddslagen (2004:168), SML. Det kan även finnas skäl att dokumentera andra beslut explicit. Ett exempel är att dokumentera beslut om att inte tillvarata biologiskt material för donation. Det ger möjlighet att dokumentera motiveringen till beslutet.	Beslut med tillhörande beslutsstatus
Diagnos	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> bestämning och benämning av sjukdom, skada, störning eller förändring i kroppsfunction	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet typ satt till "huvuddiagnos" eller "bidiagnos" och attributet värde
Dokument (inom hälso- och sjukvård)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Samling av information som behandlas och fungerar som en enhet. Observera att ett dokument inte nödvändigtvis behöver vara ett papper. En specifik samling av information kan behöva hållas samman som en enhet och tillföras olika typer av metadata, exempelvis en signatur av en epikris (som i sig består av enskilda uppgifter), datumangivelse för utfärdandet av ett dödsintyg eller dokumentation om att en specifik samling uppgifter har lämnats ut till annan myndighet. Dokument kan innehålla explicita relationer mellan de uppgifter i patientjournal som dokumentet består av. Exempel är ett utlåtande där man vill beskriva att en aktivitet har orsak i ett tidigare observerat hälsotillstånd.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Dokument (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Dokument
Företrädare	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Person som är utsedd att företräda en enskild i rättsliga frågor eller i vissa fall även på annat sätt än rättsligt sörja för den enskilde. Det kan innebära att se till att den enskilde får den vård som han eller hon behöver. I vissa fall leder företrädarskapet till att den enskildes rättshandlingsförmåga kan begränsas. Exempel på företrädare som särskilt pekas ut som personer som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är god man, förvaltare och vårdnadshavare. En förmyndare är också en typ av företrädare, men pekas inte särskilt ut som person som det ska dokumenteras om. En god man är enligt termbanken 'person som	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Företrädare <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Annan person med attributet typ

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	är utsedd att företräda en viss person som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person utan att dennes rättshandlingsförmåga begränsas' och har anmärkningen: 'God man och förvaltare utses av allmän domstol eller överförmyndare.' En förvaltare är enligt termbanken 'person som är utsedd att företräda en viss person som är ur stånd att vårda sig själv eller sin egendom och där dennes rättshandlingsförmåga är begränsad' och har anmärkningen: 'God man och förvaltare utses av allmän domstol eller överförmyndare.' En vårdnadshavare är enligt termbanken 'förälder eller av domstol särskilt utsedd person som har att utöva vårdnaden om ett barn' och har anmärkningen: 'Rätten att företräda barnet i ekonomiska frågor och att förvalta dess tillgångar hör inte till vårdnaden utan till förmynderskapet. En vårdnadshavare är dock vanligen också förmyndare för barnet.'	
Hälsö- och sjukvårdspersonal	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> person eller personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård Anmärkning: Hälso- och sjukvårdspersonal är oftast anställd av en vårdgivare. En vårdgivare kan ha anställd hälso- och sjukvårdspersonal, och ibland, som t.ex. för enskild näringsidkare, kan rollerna sammanfalla. <i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Hälso- och sjukvårdspersonal utför hälso- och sjukvård på uppdrag av en organisation. Det är i rollen som hälso- och sjukvårdspersonal man har egenskapen befattningshavare. Det finns många typer av hälso- och sjukvårdspersonal, men det är endast chefsöverläkare och verksamhetschef som särskilt pekas ut som personer vars befattningshavare i tillämpliga fall ska dokumenteras om. En verksamhetschef är en person som utsetts av en vårdgivare att svara för ledningen av en verksamhet inom hälso- och sjukvård. Verksamhetschefen får bestämma över diagnostik eller vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräcklig kompetens och erfarenhet för detta. En chefsöverläkare är en läkare som har ansvaret för ledningsuppgifter som rör rättspsykiatrisk vård och psykiatrisk tvångsvård och som har specialistkompetens inom någon av dessa psykiatriska specialiteter. Tidigare kallades den läkare som inom slutenvården hade ledningsansvaret för isolering enligt smittskyddslagen för chefsöverläkare, men i dag används benämningen verksamhetschef.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgspersonal <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Hälso- och sjukvårdspersonal
Hälsotill-	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i>	<i>Relation till begrepps-</i>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
stånd	Anmärkning: Hälso- och sjukvårdstillstånd används i allmän- språket men också inom vård och omsorg om tillstånd av hälsa i vid mening som en individ befinner sig i. Men hälso- och sjukvårdstillstånd används även mer specifikt i betydelsen tillstånd som en per- son potentiellt kan vända sig till hälso- och sjuk- vården för. Här räknas alla tillstånd hanterade av hälso- och sjukvården in, således även till exempel det tillstånd personens syn har (i sam- band med en synundersökning inför körkort) eller det tillstånd den blivande modern befinner sig i (i samband med mödravårdsbesök). Hälso- tillstånd används alltså i flera betydelser. Det innebär att om man vill vara precis måste man tydliggöra vilken betydelse som avses.	modell för vård- och omsorg: Tillstånd (inom vård och omsorg) Motsvaras i informat- ionsmodellen: De delar av hälso- och sjukvårdstillståndet som dokument- eras som observerade eller potentiella hälso- och sjukvårdstillstånd i klassen observat- ion.
Hälso- ärende	Definition enligt Socialstyrelsens termbank: ärende som håller samman vårddokumentation från en eller flera relaterade individanpassade vårdprocesser Anmärkning: Hälsoärendet bidrar till att vård- dokumentation från patientens olika vårdpro- cesser kopplas samman och bildar underlag till en helhetsbild av patientens problem och be- hov. Det kan avse genomförd, pågående och planerad vård och behandling. Hälsoärendet gör det möjligt för behörig hälso- och sjukvårds- personal och patienten själv att följa den indivi- danpassade vårdprocessen och hitta relevant information om genomförd och planerad vård och behandling både inom och över organisa- toriska gränser och/eller vårdgivargränser enligt gällande lagar. Exempelvis cancervård inbegri- per ofta vård på flera vårdnivåer och kan ges av flera vårdgivare, och informationen i hälso- ärendet kan följa patienten mellan vårdgivare, t.ex. kommunal hälso- och sjukvård och primär- vård. Beskrivning eller kommentar enligt NI: Hälsoärendet är en gruppering av de indivi- danpassade vårdprocesser som har startat med samma kontaktorsaktyp.	Relation till begrepps- modell för vård- och omsorg: Saknas Motsvaras i informat- ionsmodellen: Hälsoärende är en vy över dokumentation från individanpassade vårdprocesser med samma kontaktorsaks- typ. Notera att hälso- ärende därför inte finns i informationsmodellen.
Individan- passad vårdpro- cess	Definition enligt Socialstyrelsens termbank: vårdprocess som är anpassad för en enskild patient Anmärkning: En individanpassad vårdprocess kan baseras på en eller flera standardiserade vårdprocesser i kombination som används för en specifik patient i syfte att förebygga, identifi- era, utreda och behandla ett eller flera hälso- problem eller hälso- och sjukvårdstillstånd. En individanpassad vårdprocess kan omfatta ett eller flera vårdå- taganden. Beskrivning eller kommentar enligt NI: Det är en vårdbegäran för egen räkning som	Relation till begrepps- modell för vård- och omsorg: Individanpassad process (inom vård och omsorg) Motsvaras i informat- ionsmodellen: Individanpassad vård- process

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	startar den individanpassade vårdprocessen.	
Individuell plan (inom hälso- och sjukvård)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Plan inom hälso- och sjukvård som beskriver planerade aktiviteter för en enskild patient relaterat till ett specifikt måltillstånd. Det finns olika benämningar för planer inom hälso- och sjukvård beroende på i vilket sammanhang planen upprättas. I vissa fall behöver planeringen göras i samarbete med flera aktörer. Ett exempel på en plan som upprättas av aktörer inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad individuell plan. Benämningen vårdplan används ofta om planer som endast avser insatser från hälso- och sjukvård.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsplan <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Individuell plan, klassen Samband där attributet typ är satt till "består av", klassen Aktivitet med attributet status satt till "planerad" och klassen Observation med attributet typ, attributet status satt till "mål" och attributet värde
Kontaktersak	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> orsak till vårdkontakt som patient eller företrädare för patient anger	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Vårdbegäran för egen räkning med attributen kontaktersak och kontaktersakstyp
Måltillstånd (inom hälso- och sjukvård)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Potentiellt hälsotillstånd som en patient eller hälso- och sjukvårdspersonal önskar uppnå efter utförda aktiviteter. Exempel på måltillstånd är att patienten ska bli fri från sjukdom eller bli symtomlindrad.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Måltillstånd (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "mål" samt attributet värde och vid behov attributet typ
Närstående	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> person som den enskilde anser sig ha en nära relation till Anmärkning: Observera att termerna anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Närstående <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Annan person med attributet typ
Observerat hälsotillstånd	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Hälsotillstånd som uppmärksammas av patient, hälso- och sjukvårdspersonal eller av till exempel en medicinteknisk produkt. Med observerat hälsotillstånd innefattas här även resultatet av bedömningar som hälso- och sjukvårdspersonal gör. Resultatet av bedömningen av det observerade hälsotillståndet dokumenteras i form av t.ex. diagnoser, uppkomstmekanismer, funktionsnedsättningar, skador, organpåverkan,	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Observerat tillstånd (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	allvarlighetsgrad och klassificering av dessa. Även olika typer av mätvärden, till exempel blodtryck, längd och vikt utgör observerade hälsotillstånd.	behov attributet typ
Omgivningsfaktorer	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar. Omgivningsfaktorerna kan påverka patientens hälsotillstånd. Exempel på omgivningsfaktorer är boendemiljö, arbetsmiljö och psykosocial miljö.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Omgivningsfaktorer <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid behov attributet typ
Organisation	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Verksamhet med ansvar och befogenhet att tillvarata intressen som är gemensamma för de ingående medlemmarna eller intressenterna. Exempel som särskilt pekas ut som organisationer som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är kriminalvård och polismyndighet.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Organisation <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Organisation
Organisation (inom hälso- och sjukvård)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Organisation som beslutar om, har ansvar för och/eller utför aktiviteter inom hälso- och sjukvård. Exempel som särskilt pekas ut som organisationer inom hälso- och sjukvård som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är vårdenhet och vårdgivare.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Organisation (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Organisation
Patient	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård <i>Anmärkning:</i> I den nationella statistiken räknas inte ledsagare och nyfött friskt barn som patient. <i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Medicinska födelseregistret, men inte patientregistret, räknar nyfödda friska barn som patienter i den nationella statistiken.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsgästare <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Patient
Patientjournal	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> en eller flera journalhandlingar som rör samma patient <i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> I patientjournalen dokumenteras olika uppgifter, som till exempel observerade hälsotillstånd eller vidtagna åtgärder. En journalhandling kan ses som en samling uppgifter som fungerar som en enhet. Journalhandling definieras i termbanken som 'handling som upprättas eller inkommer i samband med vården av en patient och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden eller om vidtagna eller planerade vårdåtgärder' och har	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Samtliga uppgifter i en patientjournal för en patient

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	anmärkningen: 'Exempel på journalhandlingar är röntgenbilder, olika former av anteckningar, ljudupptagningar. Endast uppgifter som är relevanta för en god och säker vård av patienten bör dokumenteras i en patientjournal.'	
Person	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Mänsklig individ.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Person Motsvaras i informationsmodellen: Person
Person med kompetens att utföra hälso- och sjukvård	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Person som har någon form av intygad kompetens att kunna utföra hälso- och sjukvård, exempelvis examens- eller utbildningsbevis, legitimation eller specialistbevis. Detta gäller oavsett om personen har ett uppdrag inom ramen för en organisation eller inte. Det finns många typer av personer med kompetens att utföra hälso- och sjukvård, till exempel sjukgymnaster, psykologer och undersköterskor, men det är endast läkare och sjuksköterskor som särskilt pekas ut som personer som det ska dokumenteras om i tillämpliga fall. En läkare är en person som har svensk läkarlegitimation eller som särskilt förordnats att utöva yrke som läkare. En person som särskilt förordnats att utöva yrke som läkare är en person som har läkarexamen eller motsvarande medicinsk utbildning, men som saknar läkarlegitimation. Bestämmelser om detta finns i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2000:6) om särskilt förordnande att utöva läkaryrket för icke legitimerade läkare. En sjuksköterska är en person som har svensk sjuksköterskelegitimation eller som på vissa villkor, t.ex. genom ett särskilt förordnande, tillåts utöva yrke som sjuksköterska. Om en person med legitimation inom hälso- och sjukvård hjälper till vid en olyckplats eller om en pensionerad läkare skriver ut läkemedel har dessa en skyldighet att dokumentera vidtagna åtgärder trots att de just då inte agerar inom ramen för en organisation.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Vård- och omsorgspersonal Motsvaras i informationsmodellen: Person med kompetens att utföra hälso- och sjukvård
Planerad aktivitet	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Aktivitet inom hälso- och sjukvård som är planerad att ske. Exempel är en såromläggning eller en operation som man avser att genomföra.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Aktivitet (inom vård och omsorg) Motsvaras i informationsmodellen: Aktivitet med attributet status
Potentiellt hälsotillstånd	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Hälsotillstånd hos en patient som bedöms möjligt i framtiden. Exempel på potentiella tillstånd är måltillstånd och risktillstånd.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Tillstånd (inom vård och omsorg)

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
		omsorg) Motsvaras i informationsmodellen: Observation med attributet status satt till "mål" eller "i riskzon för" samt attributet värde och vid behov attributet typ
Resurs (inom hälso- och sjukvård)	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Något som kan tas i anspråk för eller krävs för genomförande av aktiviteter eller processer inom hälso- och sjukvård och som inte avser personer eller organisationer. Exempel är olika typer av medicintekniska produkter, hjälpmedel, läkemedel, organ och blod. Exempel som särskilt pekas ut som resurser som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är TNS-maskin och implantat.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Resurs (inom vård och omsorg) Motsvaras i informationsmodellen: Resurs, vid behov med tillhörande resursegenskap
Risktillstånd	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Potentiellt hälsotillstånd som en patient löper risk att drabbas av. Exempel på risktillstånd är ögonsjukdom till följd av en diagnostiserad diabetes. Ofta krävs vissa förebyggande hälso- och sjukvårdsåtgärder för att undvika att vissa risktillstånd uppstår, exempelvis primär- eller sekundärprevention.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Saknas Motsvaras i informationsmodellen: Observation med attributet status satt till "i riskzon för" för samt attributet värde och vid behov attributet typ
Samtycke	Definition enligt Socialstyrelsens termbank: frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring genom vilken en person som tillfrågats om något, efter att ha fått information, godtar det frågan gäller Anmärkning: Inom hälso- och sjukvård krävs samtycke för bl.a. tillgång till vårdinformation och för behandling av personuppgifter. För tillgång till vårdinformation krävs samtycke vid informationstillgång för informationsmottagare som omfattas av yttre sekretess. Samtycket kan vara skriftligt, muntligt eller presumerat (underförstått). Patienten kan när som helst återkalla sitt samtycke Ett samtycke - ges av en person/patient eller av legal ställföreträdare (t.ex. vårdnadshavare för ett barn) - gäller tillgång till specificerad vårdinformation - gäller för en eller flera informationsmottagare. Beskrivning eller kommentar enligt NI: För tillgång till vårdinformation via sammanhållen journalföring eller personuppgiftsbehandling inom hälso- och sjukvård som faller utanför patientdatalagens tillämpningsområde är det inte tillräckligt med ett underförstått/presumerat samtycke. Det krävs då ett aktivt samtycke, exempelvis skriftligen eller muntligen. Observera att begreppen samtycke och sam-	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Samtycke Motsvaras i informationsmodellen: Beslut med attributen kod och bifall

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	tyckesbeslut i Socialstyrelsens termbank kan komma att ses över.	
Samtyckesbeslut	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> tillfrågad persons beslut om att lämna eller inte lämna samtycke <i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Samtyckesbeslut är en form av beslut som det i vissa fall finns uttryckliga dokumentationskrav om. I hälso- och sjukvården är det endast patienten eller en företrädare för denne som kan fatta ett samtyckesbeslut, aldrig hälso- och sjukvårdspersonalen. Exempelvis finns det dokumentationskrav på beslut om att samtycka till insamling och bevarande av vävnadsprover och återfinns i lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. Samtyckesbeslut kan också avse behandling av personuppgifter. Observera att begreppen samtycke och samtyckesbeslut i Socialstyrelsens termbank kan komma att ses över.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Samtyckesbeslut <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Beslut med attributet kod
Uppgift i patientjournal	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Uppgift som dokumenteras i patientjournalen. Exempel på uppgift i patientjournal är information om patientens hälsotillstånd, planerade och utförda aktiviteter och önskade måltillstånd.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Uppgift i patientjournal eller personakt <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Uppgift i patientjournal
Utförd aktivitet	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Aktivitet inom hälso- och sjukvård som har utförts. Exempel på utförd aktivitet är en genomförd sårömläggning eller en genomförd operation.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Aktivitet (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktivitet med attributet status
Vårdbegäran för egen räkning	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Vårdbegäran (begäran av erhållande av hälso- och sjukvård) som initierar den individanpassade vårdprocessen genom att patienten eller någon som företräder patienten uttrycker en kontaktorsak. En remiss är också en vårdbegäran och utgör en beställning av tjänst eller övertagande av vårdansvar för en patient, men den inleder inte den individanpassade vårdprocessen. Det finns en speciell typ av vårdbegäran för egen räkning som gäller att patienten vänder sig till specialistvården utan att gå via primärvården. Detta har vardagligt olika benämningar, till exempel "egen vårdbegäran" eller "egenremiss". Sådana benämningar bör undvikas i fackspråket.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsinitering <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Vårdbegäran för egen räkning
Vårdenhet	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso-	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och</i>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	och sjukvård Anmärkning: Bedömningen av vad som anses vara en vårdenhet sker idag inte med enhetliga nationella principer utan varje huvudman avgör avgränsningen i det enskilda fallet. Vårdenhet kan vara t.ex. vårdcentral, sjukhus, klinik, basenhet, mottagning, vårdavdelning eller motsvarande.	omsorg: Organisation (inom vård och omsorg) Motsvaras i informationsmodellen: Organisation med attributet typ
Vårdgivare	Definition enligt Socialstyrelsens termbank: statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare). Anmärkning: För hälso- och sjukvårdsverksamhet som bedrivs av staten representerar den myndighet som har ansvaret för verksamheten vårdgivaren. Exempel: Kriminalvården. I landsting och kommuner är den eller de nämnder som avses i 10 och 22 §§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) vårdgivarens representant. Enskild hälso- och sjukvårdsverksamhet kan antingen bedrivas av juridisk person (t.ex. ett aktiebolag såsom en privat vårdcentral, en förening eller en stiftelse) eller av en enskild näringsidkare (t.ex. en läkarmottagning som förestås av en läkare utan annan personal). Hälso- och sjukvårdspersonal är oftast anställd av en vårdgivare. En vårdgivare kan ha anställd hälso- och sjukvårdspersonal, och ibland, som t.ex. för enskild näringsidkare, kan rollerna sammanfalla	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Organisation (inom vård och omsorg) Motsvaras i informationsmodellen: Organisation med attributet typ
Vårdkontakt	Definition enligt Socialstyrelsens termbank: kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs Anmärkning: Exempel på vårdkontakter är vårdtillfälle, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök och distanskontakt.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Saknas Motsvaras i informationsmodellen: Vårdkontakt

Informationsmodell för hälso- och sjukvård

Informationsmodellen visar vilken information om begreppen i begreppsmodellen som ska dokumenteras och hur detta ska göras. Informationsmodeller är oberoende av it-lösning och ska visa sambanden mellan olika informationsmängder i en verksamhet, oavsett i vilket eller vilka it-stöd de tillämpas.

Dokumentationsbehovet åskådliggörs genom informationsklasser och attribut i informationsmodellen. Vilken information som omfattas av informationsmodellerna i NI styrs av angelägenheter inom dessa perspektiv:

- Dokumentationskrav enligt författning
- Statistikuppföljning
- Bästa tillgängliga kunskap

I vissa fall behövs abstrakta informationsklasser för att hålla ihop flera informationsklasser. Abstrakta informationsklasser har kursiverade klassnamn som visar att dessa informationsklasser inte förekommer som sig själva i dokumentation i patientjournal eller personakt utan endast i sina specialiseringar i tillämpningar.

För att beskriva strukturen hos format som ska användas för respektive attribut i informationsmodellen används datatyperna från den internationella standarden *ISO 21090 Hälso- och sjukvårdsinformatik – Harmoniserade datatyper för informationsutbyte*². ISO 21090 har delar som kan hålla den typ av information som NI avser att beskriva, vilket är anledningen till att denna standard har valts. Dock ställer inte NI kravet att det är just dessa datatyper som ska användas, utan endast den struktur som de tillhandahåller.

Genom att säkerställa spårbarheten mellan de olika modellerna och nivåerna blir det möjligt att utbyta information inom processen och mellan olika aktörer. Modellerna talar dock inte om vilken information som kan eller får utbytas. Det är alltid lagar och föreskrifter inom respektive verksamhetsdomän som styr hur informationen får utbytas i praktiken.

² <http://www.sis.se/informationsteknik-kontorsutrustning/it-till%C3%A4mpningar/h%C3%A4lso-och-sjukv%C3%A5rdsinformatik/ss-en-iso-210902011>

Beskrivning av informationsklasser

Aktivitet

Klassen aktivitet håller information om något som kan utföras av någon eller något inom hälso- och sjukvård och som är inriktat på visst resultat. Det kan t.ex. röra sig om att hälso- och sjukvårdspersonal eller en medicinteknisk produkt utför något. Inom hälso- och sjukvård förekommer exempelvis följande typer av aktiviteter: utredning, behandling, planering, undervisning och utvärdering. Aktiviteter kan vara exempelvis pågående, utförda, önskade eller planerade. Exempel på aktivitet är blindtarmsoperation eller blodtrycksmätning.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
kod	Kod för den typ av aktivitet som avses, exempelvis genom användande av en kod från en klassifikation av åtgärder. Observera att det är obligatoriskt att ange antingen attributet kod eller beskrivning.	CV	0..1
status	Kod för aktivitetens status som anger om en aktivitet exempelvis är beslutad, planerad eller utförd. En instans av klassen aktivitet kan inte byta status. Om man exempelvis vill dokumentera en planerad utredning som senare utförs så dokumenteras detta som två instanser av klassen aktivitet, en med status planerad och en med status utförd.	CV	1
lokalisering	Angivelse av lokalisering, som används för att beskriva vad aktiviteten avser gällande anatomi, funktion eller system. Lokalisering kan beskriva exempelvis lateralitet, organs position och orientering i relation till andra delar av kroppen. Lokalisationsattributet används endast om inte attributet kod innefattar tillräcklig information om detta.	CV	0..*
metod	Kod för den typ av tillvägagångssätt för genomförandet av aktiviteten som avses. Metodattributet används endast om inte attributet kod innefattar tillräcklig information om detta.	CV	0..1
beskrivning	Textuell beskrivning av den aktivitet som avses. Används antingen som komplement till eller istället för attributet kod. Observera att det är obligatoriskt att ange antingen attributet kod eller beskrivning.	ST	0..1
tid	Angivelse av vilken tid en aktivitet utförts, är planerad att utföras eller önskas utföras. Om aktiviteten är planerad att ske återkommande kan även frekvens och omfattning anges. Beroende på behov i den faktiska tillämpningen kan någon av datatyperna TS för tidpunkt, IVL(TS) för tidsintervall eller QSET(TS) för komplicerade tidsangivelser så som återkommande med viss frekvens användas.	TS IVL(TS) QSET(TS)	0..1

Annan person

Klassen annan person håller information om en roll som en person har som på något sätt är relaterad till patienten men som inte är patienten eller hälso- och sjukvårdspersonal. Exempel på annan person är anhörig, närstående eller företrädare. Det kan också vara en målsägande, som enligt lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård i vissa fall ska ges möjlighet att bli underrättad till exempel när en patient som är föremål för rättspsykiatrisk vård har lämnat vårdenheten utan tillstånd. De exempel som ges här är sådana som särskilt pekas ut som personer som det ska finnas dokumentation om i tillämpliga fall.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av annan person som avses, exempelvis anhörig eller företrädare.	CV	1

Beslut

Klassen beslut håller information om avgörande i viss fråga inom hälso- och sjukvård. Alla aktiviteter inom hälso- och sjukvård föregås i allmänspråklig mening av någon form av beslut. De flesta av dessa beslut dokumenteras implicit genom att endast dokumentera den utförda aktiviteten eller resultatet av aktiviteten, exempelvis en blodtrycksmätning eller mätvärdet för blodtrycket. Vissa beslut behöver däremot dokumenteras explicit.

Exempel som särskilt pekas ut som beslut som ska dokumenteras explicit återfinns i lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård, LRV, och smittskyddslagen (2004:168), SML.

Det kan även finnas skäl att dokumentera andra beslut explicit. Ett exempel är att dokumentera beslut om att inte tillvarata biologiskt material för donation. Det ger möjlighet att dokumentera motiveringen till beslutet.

Samtyckesbeslut, det vill säga 'tillfrågad persons beslut om att lämna eller inte lämna samtycke' är en annan kategori av beslut där det i vissa fall finns uttryckliga dokumentationskrav. I hälso- och sjukvården är det endast patienten eller en företrädare för denne som kan fatta ett samtyckesbeslut, aldrig hälso- och sjukvårdspersonalen. Exempelvis finns det dokumentationskrav på beslut om att samtycka till insamling och bevarande av vävnadsprover och återfinns i lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.

Vid sammanhållen journalföring enligt patientdatalag (2008:355) är det möjligt för patienten att begära att personuppgifter spärras för åtkomst inom eller mellan vårdgivare. Detta dokumenteras som ett beslut i den specifika frågan fattat av patienten med bifallsflagga satt till falskt.

Dokumentationen om ett fattat beslut kan inte ändras i efterhand. Information om beslutets status, såsom att beslutet vunnit laga kraft eller upphävts, kan därför inte representeras i beslutsklassen. Den informationen hålls istället i klassen beslutsstatus som beskriver beslutets livscykel.

Attribut	Beskrivning	Data- typ	Multiplicitet
kod	Kod för det beslutet avser, exempelvis avvikelse från behandlingsrekommendation så som att i ett visst fall inte utföra en operation. Ett annat exempel är ändring av individuellt utformade förhållningsregler enligt 4 kap. 2 och 3 §§ i smittskyddslagen 2004:168. I tillämpliga fall ska det kodade värdet även innehålla referens till författning. Samma kod skulle kunna användas för beslut som fattas av patient eller hälso- och sjukvårdspersonal och via deltagandetyper beslutsfattare framgår det i så fall vem som fattat beslutet. Ett exempel på detta återfinns i patientdatalag (2008:355) 6 kap. 2 och 2 a §§. Här uttrycker 2 § att det är patienten som fattar ett samtyckesbeslut om 'tillgängliggörande av information via sammanhållen journalföring' medan 2 a § uttrycker att det är hälso- och sjukvårdspersonalen som tar beslutet om 'tillgängliggörande av information via sammanhållen journalföring'. Det sker i de fall patienten (inte endast tillfälligt) saknar förmåga att ta ställning i denna fråga.	CV	1
bifall	Flagga som anger huruvida det som avses i attributet kod bifalles eller ej. Exempel 1: koden "ändring av individuellt utformade förhållningsregler enligt 4 kap. 2 och 3 §§ i smittskyddslagen 2004:168" tillsammans med bifallsflaggan "falskt" betyder att beslut har fattats att inte ändra de individuellt utformade förhållningsreglerna. Exempel 2: koden "att inte tillvarata biologiskt material" tillsammans med bifallsflaggan "sant" betyder att beslut har fattats att avvika från rutin kring tillvaratagande.	BL_N ONNU LL	1
tidpunkt	Angivelse av tidpunkt då beslutet fattades.	TS	1
beskrivning	Textuell beskrivning av det beslut som avses. Beskrivningen kan i förekommande fall även innehålla motiveringen till beslutet eller särskilda villkor som hänger samman med beslutet.	ST	0..1

Beslutsstatus

Klassen beslutsstatus håller information om vilken status ett visst beslut har. Klassen används för att ange att ett beslut exempelvis har vunnit laga kraft eller har återkallats.

Attribut	Beskrivning	Data- typ	Multiplicitet
kod	Kod för den status som beslutet har. Attributet kan exempelvis användas för att beskriva att beslutet har vunnit laga kraft eller att det inte längre gäller.	CV	1
tidpunkt	Angivelse av vid vilken tidpunkt statusen för ett beslut börjar gälla.	TS	1

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
dokumentations-tidpunkt	Angivelse av den tidpunkt vid vilken statusen lagrats.	TS	1

Deltagande

Klassen deltagande håller information om på vilket sätt en viss innehavare av roll, organisation eller resurs deltar i ett visst givet sammanhang. Exempel på deltagande är att en hälso- och sjukvårdspersonal deltar i aktiviteten kirurgiskt ingrepp i egenskap av utförare.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för hur en innehavare av roll, organisation eller resurs deltar i ett visst sammanhang. Notera att det finns ett kodverk framtaget för deltagandetyper. Se separat bilaga.	CV	1
tid	Angivelse av tid då en innehavare av roll, organisation eller resurs deltar i ett visst sammanhang.	TS IVL (TS)	0..1

Dokument

Klassen dokument håller information om samling av information som behandlas och fungerar som en enhet. Observera att ett dokument inte nödvändigtvis behöver vara ett papper. Klassen används när en specifik samling av information behöver hållas samman som en enhet och tillföras olika typer av metadata, exempelvis en *signatur* av en epikris (som i sig består av enskilda uppgifter), *datumangivelse* för utfärdandet av ett dödsintyg eller dokumentation om att en viss samling uppgifter har lämnats ut till annan myndighet. Dokument kan innehålla explicita relationer mellan de uppgifter i patientjournal som dokumentet består av. Exempel är ett utlåtande där man vill beskriva att en aktivitet har orsak i ett tidigare observerat hälsotillstånd.

Ett dokument kan också följa en standardiserad vy. Denna innehåller en på förhand fastställd uppsättning uppgifter i patientjournal med tillhörande relationer. Exempel är ett dödsorsaksintyg som följer den på förhand fastställda strukturen för denna specifika typ av intyg.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
titel	Ord eller fras avsedd för identifikation av ett dokument. Detta attribut ska användas i de fall dokument inte följer en standardiserad vy.	ST	0..1

Hälso- och sjukvårdspersonal

Klassen hälso- och sjukvårdspersonal håller information om person som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdspersonal är oftast anställd av en vårdgivare. En vårdgivare kan ha anställd hälso- och sjukvårdspersonal, och ibland, som till exempel för enskild näringsidkare, kan rollerna

sammanfalla. (Observera att i Socialstyrelsens termbank avser hälso- och sjukvårdspersonal både person i singular och i plural.)

Hälso- och sjukvårdspersonal utför hälso- och sjukvård på uppdrag av en organisation. Det är i rollen som hälso- och sjukvårdspersonal man har egenheten befattnings.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning som en person har när denne arbetar i rollen som hälso- och sjukvårdspersonal i ett visst uppdrag i en organisation inom hälso- och sjukvård. En person kan ha flera uppdrag inom en vårdgivare, till exempel arbeta som barnmorska på en vårdenhets och som sjuksköterska på en annan vårdenhets, vilket ger att personen har två identitetsbeteckningar.	II	0..1
befattning	Kod för den befattnings en hälso- och sjukvårdspersonal har i ett visst uppdrag i en organisation inom hälso- och sjukvård. En befattnings avser ställnings i en verksamhets som innebär vissa befogenheter och ett visst ansvar.	CV	1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats som en person har i sin roll som hälso- och sjukvårdspersonal i ett visst uppdrag i en organisation inom hälso- och sjukvård. Exempel är personlig besöksadress.	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har i sin roll som hälso- och sjukvårdspersonal i ett visst uppdrag i en organisation inom hälso- och sjukvård. Här avses även telefonnummer. Exempel är direktnummer eller personlig e-postadress.	TEL	0..*

Individanpassad vårdprocess

Klassen individanpassad vårdprocess håller information om den vårdprocess som är anpassad för en enskild patient. En individanpassad vårdprocess kan utgöras av en eller flera standardiserade vårdprocesser i kombination som används för en specifik patient i syfte att förebygga, identifiera, utreda och behandla ett eller flera hälsoproblem eller hälsotillstånd. En individanpassad vårdprocess kan omfatta ett eller flera vårdåtaganden hos en eller flera vårdgivare. Det är en vårdbegäran för egen räkning som startar den individanpassade vårdprocessen.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för den individanpassade vårdprocessen.	II	1

Individuell plan

Klassen individuell plan håller information om en plan som beskriver planerade aktiviteter för en enskild patient relaterat till ett specifikt måltillstånd. Det finns olika benämningar för planer inom hälso- och sjukvård beroende på

i vilket sammanhang planen upprättas. I vissa fall behöver planeringen göras i samarbete med flera aktörer. Ett exempel på en plan som upprättas av aktörer inom både hälso- och sjukvård och socialtjänst är samordnad individuell plan.

Planen ses här som en "hållare" av uppgifter. Genom samband kopplas planen ihop med dess ingående delar som exempelvis det måltillstånd planen syftar till att uppnå och de insatser som planen består av.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
beskrivning	Textuell beskrivning för den plan som avses.	ST	0..1

Observation

Klassen observation håller information om tillstånd, problem, behov och omgivningsfaktorer som har observerats eller som i framtiden skulle kunna observeras om en patient.

Exempel på en observation är diagnos. Typ av diagnos (huvuddiagnos, bi-diagnos) kodas i attributet typ medan själva diagnosen hålls i attributet värde. Om man vill beskriva att en diagnos har funnits en längre tid (exempelvis Typ 1-diabetes), så uttrycks detta genom att starttidpunkten i attributet tid i observationsklassen sätts till den tidpunkt då diagnosen först ställdes. Attributet dokumentationstidpunkt i klassen uppgift i patientjournal visar tidpunkt för varje enskilt tillfälle då diagnoskoden satts även om observationen till sin natur är långvarig.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av observation som avses i de fall detta inte framgår av attributet värde. Ett exempel på typ är "längd mätt utan skor" där attributet värde håller information om resultatet av mätningen, exempelvis 174 cm. Ett annat exempel är typen "huvuddiagnos" där attributet värde håller information om den specifika diagnosen, exempelvis "hypertoni" eller diagnoskoden.	CV	0..1
värde	Angivelse av värde som alltid representerar det faktiska observerade hälsotillståndet. Exempelvis så skulle observationens typ kunna motsvara "huvuddiagnos", vilket innebär att attributet värde håller den huvudsakliga diagnosen. Ett annat exempel är "längd mätt utan skor" och då innehåller attributet värde resultatet av mätningen, exempelvis 158 cm. Om observationen avser ett måltillstånd motsvarar attributet värde det resultat man önskar uppnå för att målet ska uppfyllas. Notera att även observationer vars representation dokumenteras som fritext använder attributet värde.	ANY	1
skala	Den mätskala som värdet är uppmätt på i de fall då detta inte uttrycks i attributet typ eller värde. Två huvudsakliga typer av skalor förekommer: nominalskalor och ordinalskalor. En	CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Data- typ	Multiplicitet
	nominalskala är en mätskala där data klassificeras endast efter kvalitativa egenskaper. Data sägs vara kategoriska. Ett exempel på detta är gruppering av blod i AB0-systemet i kategorierna A, B, AB, O. En ordinalskala är en mätskala där data kan indelas i grupper som har en inbördes rangordning, men inte nödvändigtvis numeriska värden. Ett exempel på en ordinalskala är AUDIT (Alcohol use disorders identification test) där riskkonsumtion av alkohol bedöms på en skala från 0-40 poäng.		
status	Kod för observationens status, exempelvis för att dokumentera om det tillstånd som beskrivs har funnits eller är ett potentiellt tillstånd. En instans av klassen observation kan inte byta status. Om man exempelvis vill dokumentera ett måltillstånd som senare uppfylls så dokumenteras detta som två instanser av klassen observation, en med status måltillstånd och en med status observerat.	CV	1
lokalisering	Angivelse av lokalisering, som används för att beskriva vad observationen avser gällande anatomi, funktion eller system. Lokalisering kan beskriva exempelvis lateralitet, organs position och orientering i relation till andra delar av kroppen. Lokalisationsattributet används endast om inte attributet värde innefattar tillräcklig information om detta.	CV	0..*
beskrivning	Textuell beskrivning av den observation som avses. Används som komplement till attributet värde i de fall en ytterligare textuell beskrivning krävs.	ST	0..1
tid	Angivelse av den tid då det som observerats faktiskt förekom eller förväntas förekomma. Exempelvis så kan tidsattributet ange att patienten hade huvudvärk igår kväll mellan kl. 20.00 och 21.45 även om detta berättades på morgonen efter och det dokumenterades först då. Om observationen är ett måltillstånd anger tidsattributet när detta tillstånd önskas vara uppnått. Observationens tid skiljer sig vanligtvis från dokumentationstidpunkt i uppgift i patientjournal som beskriver när tillståndet dokumenterades, vilket alltid sker i efterhand. Beroende på behov i den faktiska tillämpningen kan någon av datatyperna TS för tidpunkt eller IVL(TS) för tidsintervall användas.	TS IVL (TS)	0..1
negation	Flagga som negerar betydelsen av observationen. Det används för att dokumentera exempelvis att ett tillstånd inte har förekommit/observerats men att man explicit har letat efter det. Detta till skillnad från att inget dokumenterats om ett specifikt tillstånd vilket kan innebära att man inte utrett det överhuvudtaget. Det som negeras är förekomsten av det som beskrivs av värdet. Negationens betydelse modifieras ytterligare av statusflaggan. Om status är exempelvis måltillstånd	BL_N ONNU LL	1

Attribut	Beskrivning	Data- typ	Multiplicitet
	innebär negationsflaggan att målet är att ett visst tillstånd inte skall kunna observeras vid en viss tidpunkt. Om flaggan är satt till sant innebär det att betydelsen av instansen som helhet är negetad.		

Organisation

Klassen organisation håller information om verksamhet med ansvar och befogenhet att tillvarata intressen som är gemensamma för de ingående medlemmarna eller intressenterna. Exempel som särskilt pekas ut som organisationer som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är kriminalvård och polismyndighet.

Attribut	Beskrivning	Data- typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för organisationen.	II	0..1
typ	Kod för vilken typ av organisation som avses, exempelvis vårdgivare eller vårdenheter.	CV	0..1
namn	Angivelse av organisationens namn.	ST	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats till organisation, exempelvis besöksadress eller fakturaadress.	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation till organisation. Här avses även telefonnummer. Exempel är telefonnummer till växel, e-postadress eller webbadress.	TEL	0..*

Patient

Klassen patient håller information om den roll en person innehar som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård.

Attribut	Beskrivning	Data- typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för patientrollen. Denna identitet används då patienten inte kan eller bör identifieras med ett person-id (personnummer eller samordningsnummer). Identitetsbeteckningen på patient är vanligtvis ett reservnummer. En person kan ha flera instanser av klassen patient och dessa kan ha olika id. Observera att det är obligatoriskt att ange antingen person-id på person eller id på patient.	II	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats som en person har i sin roll som patient, exempelvis särskild kallelseadress.	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har i sin roll som patient. Här avses även telefonnummer. Exempel är särskilt telefonnummer till telemedicinutrustning.	TEL	0..*

Person

Klassen person håller information om den mänskliga individen oavsett vilka roller den personen antar. De attribut som klassen innehåller beskriver egenskaper som personen har oavsett om personen har antagit rollen som patient eller en annan roll. Attributen i klassen person motiveras framförallt av krav på att hålla uppgifter om patient men kan i även användas av andra roller.

Attribut	Beskrivning	Data- typ	Multiplicitet
person-id	Angivelse av identitetsbeteckning som personen har oavsett om personen får, utreds inom eller är registrerad för att få hälso- och sjukvård (vanligtvis personnummer eller samordningsnummer).	II	0..1
förnamn	Angivelse av förnamn, som är en persons givna namn och inkluderar tilltalsnamn.	ST	0..*
efternamn	Angivelse av efternamn, som är en persons familjenamn eller släktnamn.	ST	0..1
mellannamn	Angivelse av mellannamn, som är ett namn som kan bäras för att visa gemenskap med en förälder eller en make som bär detta namn som efternamn. Man kan också bära ett eget tidigare efternamn som mellannamn om man bytt till makes eller registrerade partners efternamn.	ST	0..1
tilltalsnamnsmarkering	Angivelse av tilltalsnamnsmarkering, som används för att markera vilket av de angivna förnamnen som är personens tilltalsnamn. Giltiga värden är 10-99 där den första siffran anger vilket av de angivna förnamnen som är tilltalsnamnet (1 motsvarar första namnet osv.) och den andra siffran anger det eventuella andra tilltalsnamnet om dubbelnamn är aktuellt. Om inte är den andra siffran 0.	INT	0..1
kön	Angivelse av vilket kön personen har enligt folkbokföringen.	CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Data- typ	Multiplicitet
födelsedatum	Angivelse av vilket datum personen är född.	TS_DA TE_FU LL	0..1
sekretessmarkering	Angivelse av sekretessmarkering enligt Skatteverket.	BL_N ONNU LL	1
civilstånd	Angivelse av personens civilstånd.	CV	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats för en person, exempelvis bostadsadress eller tillfällig adress.	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har. Här avses även telefonnummer. Exempel är telefonnummer eller e-postadress.	TEL	0..*

Person med kompetens att utföra hälso- och sjukvård

Klassen person med kompetens att utföra hälso- och sjukvård håller information om roll som person har när denne har någon form av intygad kompetens att kunna utföra hälso- och sjukvård, exempelvis examens- eller utbildningsbevis, legitimation eller specialistbevis. Detta gäller oavsett om personen har ett uppdrag inom ramen för en organisation eller inte.

Det finns många typer av personer med kompetens att utföra hälso- och sjukvård, till exempel sjukgymnaster, psykologer och undersköterskor, men det är endast läkare och sjuksköterskor som särskilt pekas ut som personer som det ska dokumenteras om i tillämpliga fall.

Attribut	Beskrivning	Data- typ	Multiplicitet
legitimation	Kod för den legitimation inom hälso- och sjukvård som avses.	CV	0..*
specialistkompetens	Angivelse av kod för kompetens inom en medicinsk specialitet som en läkare har.	CV	0..*

Resurs

Klassen resurs håller information om något som kan tas i anspråk för eller krävs för genomförande av en aktivitet eller process inom hälso- och sjukvård och som inte avser personer eller organisationer. Exempel är olika typer av medicintekniska produkter, hjälpmedel, läkemedel, organ och blod. Exempel som särskilt pekas ut som resurser som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är TNS-maskin och implantat.

Notera att trots att en resurs används i en aktivitet eller process kan en instans av resursklassen ha ett deltagande kopplat till andra uppgifter i patientjournalen. Aktiviteten uttrycks då implicit.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning på en viss verklig instans av resurs, exempelvis MR-maskinen på avdelning R23, rum 3.	II	0..1
typ	Kod för typ av resurs, exempelvis skalpell eller typ av läkemedel (som till exempel kan anges med NPL-id).	CV	0..1
gruppidentitet	Angivelse av identitetsbeteckning för en grupp av resurser, t.ex. ett batchnummer eller partinummer.	II	0..*
mängd	Angivelse av den kvantitativa omfattning som en resurs har, uttryckt exempelvis som volym, massa eller antal. Exempel kan vara att den använda resursen blodtrycksmanschett är en till antalet.	PQ IVL(PQ)	0..1

Resursegenskap

Angivelse av egenskaper som en resurs kan ha, som inte kan utläsas från resursattributet typ. Exempel är egenskapen att blodet i en blodpåse har blodgruppen "AB+". Exempel på egenskap hos resurs som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är särskilda egenskaper hos de vävnader eller celler som har använts.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av resursegenskap som avses i de fall detta inte framgår av attributet värde. Exempel är blodgrupp för resursen blodpåse á 500 ml.	CV	0..1
värde	Angivelse av värdet för den typ av egenskap som anges i attributet typ. Exempelvis: "AB+" för resursegenskapen "blodgrupp".	ANY	1

Roll

Klassen roll håller information om i vilken funktion eller uppdrag ett deltagande sker. En roll innehåller de egenskaper som man förvärvar när man inträder i rollen.

Samband

Klassen samband håller information om hur två företeelser dokumenterade som uppgifter i patientjournal är relaterade till varandra.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för på vilket sätt två företeelser dokumenterade som uppgifter i patientjournal är relaterade till varandra. Exempelvis kan en aktivitet ha en relation till en observation där typen är "har orsak", det vill säga orsaken till att aktiviteten utförs är något som tidigare observerats.	CV	1

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
	Notera att det finns ett kodverk framtaget för sambandstyper. Se separat bilaga.		

Tillämpad modell

Klassen Tillämpad modell beskriver hur information om en specifik företeelse ska struktureras enligt en på förhand fastställd uppsättning uppgifter i patientjournal och tillhörande relationer. En tillämpad modell skapar därmed förutsättningar för semantisk interoperabilitet. Exempel är den tillämpade modellen som beskriver den på förhand fastställda strukturen för dödsorsaksintyget.

De uppgifter i patientjournal med tillhörande relationer som följer en tillämpad modell kan vid behov sammanställas och lagras som ett dokument.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för den specifika tillämpade modell som avses, exempelvis identitetsbeteckningen för den struktur som representerar ett dödsorsaksintyg.	CV	1

Uppgift i patientjournal

Klassen uppgift i patientjournal håller information om uppgifter som dokumenteras i patientjournalen. Exempel är uppgift om patientens hälsotillstånd, planerade och utförda aktiviteter och önskade måltillstånd. Endast uppgifter som är relevanta för en god och säker vård av patienten bör dokumenteras i en patientjournal.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för uppgiften.	II	0..1
dokumentations-tidpunkt	Angivelse av den tidpunkt vid vilken uppgiften lagrats.	TS	1

Vårdbegäran för egen räkning

Klassen vårdbegäran för egen räkning håller information om vårdbegäran (begäran om erhållande av hälso- och sjukvård) som initierar den individanpassade vårdprocessen genom att patienten eller någon som företräder patienten uttrycker en kontaktorsak. En remiss är också en vårdbegäran och utgör en beställning av tjänst eller övertagande av vårdansvar för en patient, men den inleder inte den individanpassade vårdprocessen.

Det finns en speciell typ av vårdbegäran för egen räkning som gäller att patienten vänder sig till specialistvården utan att gå via primärvården. Detta

har vardagligt olika benämningar, till exempel ”egen vårdbegäran” eller ”egenremiss”. Sådana benämningar bör undvikas i fackspråket.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
tidpunkt	Angivelse av tidpunkt då en vårdbegäran för egen räkning tas emot av hälso- och sjukvården.	TS	1
kontaktorsak	Angivelse av den orsak till vårdbegäran (kontaktorsak) så som patienten eller någon som företräder patienten anger.	ST	1
kontaktorsakstyp	Kod för den typ av kontaktorsak som avses.	CV	1

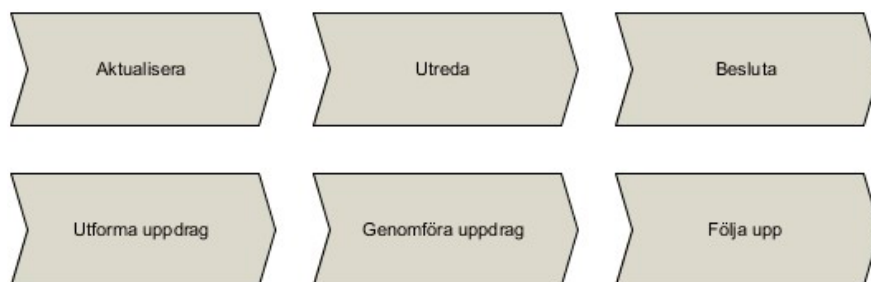
Vårdkontakt

Klassen vårdkontakt innehåller information om kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs. Exempel på vårdkontakter är vårdtillfälle, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök och telefonkontakt. I den nationella statistiken räknas endast sådana vårdkontakter som har dokumenterats i patientens journal.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av vårdkontakt som avses, exempelvis vårdtillfälle, öppenvårdsbesök eller hemsjukvårdsbesök.	CV	0..1
tid	Angivelse av under vilken tid en vårdkontakt skett, är planerad att ske eller önskas ske.	IVL(TS)	1
status	Angivelse av vårdkontaktens status, för att dokumentera om en vårdkontakt till exempel är utförd, pågående eller planerad.	CV	1
inskriven- Från	Kod för att ange varifrån en patient kommer när den skrivs in på till exempel en vårdavdelning. Patienten kan exempelvis komma från sin bostad, annat sjukhus eller särskilt boende.	CV	0..1
utskrivetTill	Kod för att ange vart en patient skrivs ut till, exempelvis till sin bostad, annat sjukhus eller särskilt boende.	CV	0..1

Socialtjänst

Processmodell för socialtjänst



Processmodellen beskriver den process som alla som får individuellt behovsprövad och beslutad socialtjänst genomgår. Processmodellen är oberoende av organisatoriska gränser och visar därmed den process som brukaren genomgår. Den innefattar hela processen från anmälan, ansökan/begäran eller annat aktualiseringssätt till uppföljning. Syftet är att få behovsprövade och individstödande insatser samt följa upp effekterna av dessa. Den faktiska process som individen går igenom kallas för en individanpassad process i socialtjänsten.

Processmodellen är en enhetlig beskrivning av processerna inom socialtjänsten. När verksamheterna beskriver sina egna processer och arbetsflöden ska de relatera dessa till den process som brukaren genomgår.

Processmodellen beskriver och avgränsar den verksamhet som sedan beskrivs ytterligare med hjälp av begrepps- och informationsmodellerna. Socialtjänstens processmodell är en specialisering av NI:s generella processmodell för vård och omsorg.

Processteg för socialtjänst

Processteg	Värde in	Beskrivning	Värde ut
Aktuali- sera	Alternativ: Ansökan om bistånd Begäran om LSS- insats Anmälan Information på annat sätt	Aktivitet som initierar processen hos nämnden. Vid anmälan eller information på annat sätt inleds en förhandsbedömning som avslutas med ett beslut om en utredning ska inledas. Det finns ingen föreskrift som kräver att förhandsbedöm- ningen ska dokumenteras i personakten om beslutet är att ej inleda utredning. Förhandsbe- dömningen ingår inte i processmodellen.	<i>För ansökan om bistånd eller begäran om LSS-insats:</i> Aktualiserad ansökan eller begäran <i>För anmälan eller information på annat sätt:</i> Beslut om att inleda utredning Beslut om att inte inleda utredning och avslut
Utreda	Alternativ: Aktualiserad ansökan eller begäran Beslut om att inleda utredning	Aktivitet där nämnden utreder och bedömer behov av och rätt till insatser för att uppnå måltillstånd. I steget ingår att inhämta samtycke till att ta behövliga kontakter och inhämta upp- gifter under utredningen samt att kommunicera och samverka.	Beslutsunderlag
Besluta	Beslutsunderlag	Aktivitet där nämnden fattar beslut genom att pröva rätt till insats eller annat beslut utifrån beslutsunderlaget. Hantering av underrättelse om beslutsamt överklagande av beslut, ingår också i detta steg.	Beslut
Utforma uppdrag	Beslut	Aktivitet där nämnden planerar för verkställighet av beslutet genom att utforma och överlämna uppdraget till utföraren.	Beskrivning av uppdrag
Genom- föra upp- drag	Beskrivning av upp- drag	Aktivitet där utföraren mottar, planerar och genomför beskrivet uppdrag. Utföraren följer kontinuerligt upp uppdraget.	Resultat av genomfört upp- drag
Följa upp	Resultat av genom- fört uppdrag	Aktiviteter där nämnden planerar och genomför en uppföljning av att: Den enskilde fått insatsen utförd enligt beslut. Uppdraget har följt den planering och de fast- ställda mål som har gjorts tillsammans med den enskilde. Förändrade omständigheter och händelser av betydelse har hanterats.	Resultat av genomförd upp- följning

Begreppsmodell för socialtjänst

Begreppsmodellen anger vilka begrepp som är centrala att hålla information om inom den individanpassade processen samt den information som informationsmodellen kan uttrycka.

Varje begrepp i begreppsmodellerna representeras av en klass där klassens namn motsvarar det begrepp som avses. Klasserna i begreppsmodellerna har inga attribut då begreppen illustrerar de faktiska referenterna. Om begreppets term är kursiverad innebär det att begreppet är ett rubriksord för en grupp av begrepp. Rubriksordet förekommer inte i praktiken i dokumentationen utan istället väljs alltid ett av de underliggande begreppen från gruppen vid tillämpning av modellen.

Begreppsmodellen åskådliggör även relationer mellan begreppen. NI:s begreppsmodell är normaliserad, det vill säga visar därmed relationerna som gäller oavsett tillämpning och har därför inga multipliciteter.

För varje begrepp i den specialiserade begreppsmodellen för socialtjänst anges hur begreppet relaterar till den generella begreppsmodellen över vård och omsorg samt hur begreppet representeras i motsvarande specialiserade informationsmodell.

Beskrivning av begrepp

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
Aktivitet (inom socialtjänst)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Något som kan utföras av någon eller något inom socialtjänst och som är inriktat på visst resultat. Inom socialtjänst förekommer exempelvis följande typer av aktiviteter: utredning, genomförande av individuellt inriktade insatser och uppföljning. Aktiviteter kan vara exempelvis pågående, utförda, önskade eller planerade. Exempel som särskilt pekas ut som aktiviteter som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är matdistribution. Insats och åtgärd används för det övergripande begrepp som beskrivningen avser – inom hela fackområdet vård och omsorg, i olika sammanhang och även i lagtexter. Det finns ingen klar skillnad i betydelse mellan insats och åtgärd i någon av lagtexterna och inte heller i allmänspråket. Observera att insats även används inom socialtjänsten i stället för det längre individuellt inriktad insats, se anmärkningen till individuellt inriktad insats.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Aktivitet (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktivitet
Aktualisering	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> (inom socialtjänst:) det att en omständighet som kan föranleda en åtgärd av socialnämnden kommer till dess kännedom Anmärkning: En omständighet kan aktualiseras på olika sätt: – genom anmälan enligt SoL om att ett barn far illa – genom anmälan enligt LVM – genom att en enskild person ansöker om bistånd – genom att en enskild person lämnar in begäran om LSS-insats – genom begäran från annan myndighet eller – genom information på annat sätt, till exempel genom egen iakttagelse, telefonsamtal från granne eller anonymt. En aktualisering kan leda till att socialnämnden gör en förhandsbedömning eller direkt inleder en utredning. En aktualisering kan också leda till ett beslut om att inte inleda en utredning. <i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Aktualiseringen kan initiera en individanpassad process inom socialtjänst.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsinitiering <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktualisering med attributet typ
Anhörig	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna Anmärkning: Observera att termerna anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Anhörig <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Annan person med attributet typ
Anmälan	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> meddelande i vilket någon eller något anmäls Anmärkning: Anmälan inom vård och omsorg görs enligt bestämmelser i lag eller förordning.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsinitiering <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktualisering med attributet typ
Annan person	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Person som på något sätt är relaterad till brukaren men som inte är brukaren eller socialtjänstpersonal.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Annan person

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	Exempel på annan person är anhörig, närstående eller företrädare. Det kan också vara en person ur allmänheten som gör en anmälan, en referensperson som lämnar uppgifter om en brukares personliga egenskaper (till exempel en anhörig) eller en sakkunnig som i sin yrkesroll kontaktas för att avge ett professionellt yttrande (till exempel hälso- och sjukvårdspersonal). De exempel som ges här är sådana som särskilt pekas ut som personer som det ska dokumenteras om i tillämpliga fall.	Motsvaras i informationsmodellen: Annan person med attributet typ
Ansökan om bistånd	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> begäran till ansvarig nämnd om stöd och hjälp enligt socialtjänstlagen Anmärkning: En ansökan om bistånd innebär att det hos nämnden uppkommer ett ärende. En ansökan om bistånd kan vara skriftlig eller muntlig. Den kan framställas av den enskilde själv eller av hans eller hennes legala företrädare. Exempel: ansökan om ekonomiskt bistånd, ansökan om kontaktperson och ansökan om hemtjänst.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsinitiering <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktualisering med attributet typ
Begäran om LSS-insats	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> begäran till ansvarig nämnd om insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Anmärkning: En begäran om insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, innebär att det hos nämnden uppkommer ett ärende. En begäran om LSS-insats kan vara skriftlig eller muntlig. Den kan framställas av den enskilde själv eller av hans eller hennes legala företrädare.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsinitiering <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktualisering med attributet typ
Behandlingsplan enligt LVU	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Individuell plan inom socialtjänst som ska finnas när nämnden har beslutat att en ung person behöver regelbunden kontakt med särskilt kvalificerad kontaktperson eller när den unge ska delta i behandling i öppna former inom socialtjänsten och när samtycke inte har lämnats.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsplan <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Individuell plan med attributet typ, klassen Samband där attributet typ är satt till "består av", klassen Aktivitet med attributet status satt till "planerad" och klassen Observation med attributet typ, attributet status satt till "mål" och attributet värde
Behov	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Anspråk hos brukaren på att få hjälp med något denne inte klarar på egen hand. Exempel är behov av hjälp med matlagning eller behov av stöd att komma ur ett missbruk. Behovet kan uppfyllas med hjälp av insatser i form av hemtjänst (där matlagning kan ingå) eller placering på ett behandlingshem för missbrukare. Behovet kan vara bedömt av olika aktörer, exempelvis socialtjänstpersonal, brukaren eller någon person som är relaterad till brukaren.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde samt vid behov attributet typ
Beslut (inom socialtjänst)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Avgörande i viss fråga inom socialtjänst. Alla aktiviteter inom socialtjänst föregås i allmänspråklig mening av någon form av beslut. De flesta av dessa beslut dokumenteras implicit genom att endast dokumen-	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Beslut (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informations-</i>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	tera den utförda aktiviteten, exempelvis att kalla brukaren till ett personligt möte. Slutligt beslut pekas särskilt ut som beslut som ska dokumenteras explicit i tillämpliga fall. Slutligt beslut avser beslut genom vilket beslutsfattaren skiljer sig från saken. Det slutliga beslutet avgör i allmänhet sakfrågan i ett ärende, utom vid avskrivningsbeslut och avvisningsbeslut.	modellen: Beslut med tillhörande beslutsstatus
Brukare	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> (inom socialtjänst:) person som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten Anmärkning: Brukare används som samlande begrepp för alla som får individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten oavsett vilken typ av insatser det handlar om. Insatserna kan röra allt från stöd och service till mer omfattande bistånd, och en brukare kan vara allt från ett nyfött barn till en mycket gammal människa. Observera att brukare även inkluderar personer som är tvångsomhändertagna, det vill säga personer som får vård enligt LVU, lagen (1990:52) med särskilda bestämmelser om vård av unga eller LVM, lagen (1988:870) om vård av missbrukare i vissa fall, med andra ord när insatserna från socialtjänsten inte är frivilligt mottagna. Ordet brukare anger att personen tar en insats i bruk oavsett om den är frivilligt mottagen eller ges med tvång. Eftersom termen brukare står för alla som får individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten är det inte lämpligt att kalla någon för brukare när man avser en särskild grupp eller enstaka individer - det kan uppfattas som en sorts avståndstagande. Beroende på sammanhang kan därför andra mer precisa benämningar vara lämpliga att använda i stället, till exempel assistansanvändare, familjehemsplacerat barn, klient, tvångsomhändertagen. <i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Exempel på brukare som särskilt pekas ut som person som det ska finnas dokumentation om i tillämpliga fall är registerledare och medsökande. Om en ansökan om ekonomiskt bistånd gäller för fler än en person i ett hushåll får en gemensam personakt upprättas. Brukare i ett hushåll som ansöker om ekonomiskt bistånd och i vars namn personakten upprättas kallas ibland registerledare. Den som inte är registerledare kallas ibland medsökande. I vissa fall benämner man istället registerledaren sökande.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgstagare <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Brukare
Dokument (inom socialtjänst)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Samling av information som behandlas och fungerar som en enhet. Observera att ett dokument inte nödvändigtvis behöver vara ett papper. En specifik samling av information kan behöva hållas samman som en enhet och tillföras olika typer av metadata, exempelvis en signatur av ett beslutsunderlag (som i sig består av enskilda uppgifter) eller dokumentation om att en viss samling uppgifter har lämnats ut till annan myndighet. Dokument kan innehålla explicita relationer mellan de uppgifter i personakt som dokumentet består av. Exempel är ett utlåtande där	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Dokument (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Dokument

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	man vill beskriva att en aktivitet har orsak i ett tidigare observerat tillstånd.	
Enskild verksamhet	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Organisation (inom socialtjänst), annan än en nämnd eller Statens institutionsstyrelse, som genomför en individuellt inriktad insats enligt ett uppdrag.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Organisation (inom vård och omsorg) Motsvaras i informationsmodellen: Organisation med attributet typ
Företrädare	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Person som är utsedd att företräda en enskild i rättsliga frågor eller i vissa fall även på annat sätt än rättsligt sörja för den enskilde. Det kan innebära att se till att den enskilde får den vård som han eller hon behöver. I vissa fall leder företrädarskapet till att den enskildes rättshandlingsförmåga begränsas. Exemplen ombud, god man, förvaltare, vårdnadshavare och särskilt förordnad vårdnadshavare pekas särskilt ut som personer som det ska finnas dokumentation om i tillämpliga fall. En förmyndare är också en typ av företrädare, men pekas inte särskilt ut som person som det ska dokumenteras om. Ett ombud är enligt termbanken 'person som har fullmakt att föra talan för annan person eller grupp och bevaka personens eller gruppens intressen'. En god man är enligt termbanken 'person som är utsedd att företräda en viss person som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person utan att dennes rättshandlingsförmåga begränsas' och har anmärkningen: 'God man och förvaltare utses av allmän domstol eller överförmyndare.' En förvaltare är enligt termbanken 'person som är utsedd att företräda en viss person som är ur stånd att vårda sig själv eller sin egendom och där dennes rättshandlingsförmåga är begränsad' och har anmärkningen: 'God man och förvaltare utses av allmän domstol eller överförmyndare.' En vårdnadshavare är enligt termbanken 'förälder eller av domstol särskilt utsedd person som har att utöva vårdnaden om ett barn' och har anmärkningen: 'Rätten att företräda barnet i ekonomiska frågor och att förvalta dess tillgångar hör inte till vårdnaden utan till förmynderskapet. En vårdnadshavare är dock vanligen också förmyndare för barnet.' Den vårdnadshavare som utses av domstol kallas särskilt förordnad vårdnadshavare.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Företrädare Motsvaras i informationsmodellen: Annan person med attributet typ
Genomförandeplan vid placering av barn och unga	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Individuell plan inom socialtjänst som beskriver hur den beslutade vården ska genomföras vid placering av ett barn eller en ung person. Denna typ av genomförandeplan finns reglerad i 11 kap. 3 § andra stycket socialtjänstlagen, SoL.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Vård- och omsorgsplan Motsvaras i informationsmodellen: Individuell plan med attributet typ, klassen Samband där attributet typ är satt till "består av", klassen Aktivitet med attributet status satt till "planerad" och klassen Observation med attributet typ, attributet status satt till "mål" och

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
		attributet värde
Individanpassad process (inom socialtjänst)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Den individuellt anpassade process inom socialtjänst som en brukare genomgår med syfte att identifiera och hantera problem, tillstånd och behov. Processen innefattar hela processen från aktualisering till uppföljning gentemot måltillstånd. Uppföljning kan ske både när aktiviteterna har avslutats och kontinuerligt under pågående aktivitet.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Individanpassad process (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Individanpassad process i socialtjänst
Individuell plan (inom socialtjänst)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Plan inom socialtjänst som beskriver planerade aktiviteter för en enskild brukare relaterat till ett specifikt måltillstånd, exempelvis individuell plan enligt LSS och vårdplan inför placering.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsplan <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Individuell plan med attributet typ, klassen Samband där attributet typ är satt till "består av", klassen Aktivitet med attributet status satt till "planerad" och klassen Observation med attributet typ, attributet status satt till "mål" och attributet värde
Individuell plan enligt LSS	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> vård- och omsorgsplan för beslutade insatser/åtgärder som upprättats på begäran av och tagits fram i samråd med den enskilde som har beviljats insats enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Anmärkning: Om den enskilde är under 15 år eller uppenbart saknar förmåga att på egen hand ta ställning i frågan kan vårdnadshavare, god man, förmyndare eller förvaltare begära insatser för honom eller henne. Den individuella planen enligt LSS ska fortlöpande och minst en gång om året omprövas. Den kan beskriva insatser/åtgärder inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområden inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även insatser/åtgärder som vidtas av andra aktörer utanför vård- och omsorgsområdet ska beskrivas. Det ska finnas mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov och önskemål. Den individuella planen enligt LSS används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsplan <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Individuell plan med attributet typ, klassen Samband där attributet typ är satt till "består av", klassen Aktivitet med attributet status satt till "planerad" och observation med attributet typ, attributet status satt till "mål" och attributet värde
Individuellt inriktad insats	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> <i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Exempel på individuellt inriktad insats är försörjningsstöd, hemtjänst, daglig verksamhet och personlig assistans.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktivitet
Information på annat	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Aktualisering genom information på annat sätt än	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
sätt	genom en anmälan, ansökan eller begäran, om en omständighet som kan föranleda en åtgärd från nämnden.	Vård- och omsorgsinitiering Motsvaras i informationsmodellen: Aktualisering med attributet typ
Måltillstånd (inom socialtjänst)	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Tillstånd som inte har observerats men som brukaren eller socialtjänstpersonal önskar uppnå efter utförda aktiviteter. Exempel på måltillstånd är att brukaren ska kunna klä på sig själv eller vara fri från missbruk.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Måltillstånd (inom vård och omsorg) Motsvaras i informationsmodellen: Observation med attributet status satt till "mål" samt attributet värde och vid behov attributet typ
Nämnd	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Organisation (inom socialtjänst) som fullgör kommunens eller landstingets uppgifter enligt särskilda författningar. En nämnd kan både besluta om aktiviteter och själv utföra de beslutade aktiviteterna.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Organisation (inom vård och omsorg) Motsvaras i informationsmodellen: Organisation med attributet typ
Närstående	Definition enligt Socialstyrelsens termbank: person som den enskilde anser sig ha en nära relation till Anmärkning: Observera att termerna anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Närstående Motsvaras i informationsmodellen: Annan person med attributet typ
Observerat tillstånd (inom socialtjänst)	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Tillstånd som uppmärksammas av socialtjänstpersonal, brukare eller någon som är relaterad till brukaren. Med observerat tillstånd innefattas här även resultatet av bedömningar som socialtjänstpersonal gör. Bedömningen av det observerade tillståndet dokumenteras i form av exempelvis beskrivna tillstånd samt klassificering av dessa.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Observerat tillstånd (inom vård och omsorg) Motsvaras i informationsmodellen: Observation med attributet status satt till "känd förekomst" samt attributet värde och vid behov attributet typ
Omgivningsfaktorer	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar. Omgivningsfaktorer kan påverka brukarens tillstånd. Exempel på omgivningsfaktorer är boendemiljö, arbetsmiljö och psykosocial miljö.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Omgivningsfaktorer Motsvaras i informationsmodellen: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde samt vid behov attributet typ
Organisation	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Verksamhet med ansvar och befogenhet att tillvarata intressen som är gemensamma för de ingående medlemmarna eller intressenterna. Exempel på organisation är organisation inom socialtjänst, skolväsende eller polismyndighet.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Organisation Motsvaras i informationsmodellen: Organisation
Organisation (inom socialtjänst)	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Organisation som beslutar om, har ansvar för och/eller utför aktiviteter inom socialtjänst. Exempel på organisation inom socialtjänst är nämnder och enskilda verksamheter.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Organisation (inom vård och omsorg) Motsvaras i informations-

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
		modellen: Organisation
Person	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Mänsklig individ.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Person Motsvaras i informationsmodellen: Person
Personakt	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Akt som innehåller journalanteckningar och andra handlingar om en eller flera personer som är eller har varit aktuella för utredning eller insats inom socialtjänsten eller verksamhet som bedrivs med stöd av LSS. Journalen är den del av en personakt där anteckningar av betydelse för handläggning av ett ärende samt för genomförande och uppföljning av en insats görs i kronologisk ordning.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Saknas Motsvaras i informationsmodellen: Samtliga uppgifter i personakt för en brukare
Resurs (inom socialtjänst)	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Något som kan tas i anspråk för eller krävs för genomförande av aktiviteter eller processer inom socialtjänst och som inte avser personer eller organisationer. Exempel som särskilt pekas ut som resurser som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är pengar som betalas ut till brukaren.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Resurs (inom vård och omsorg) Motsvaras i informationsmodellen: Resurs
Samordnad individuell plan	Definition enligt Socialstyrelsens termbank: vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering Anmärkning: Den samordnade individuella planen utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennes anhörig/närstående och förutsätter samtycke från den enskilde. Även aktiviteter som planeras av andra än huvudmän inom vård och omsorg dokumenteras. Det ska finnas mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov. Den samordnade individuella planen används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Vård- och omsorgsplan Motsvaras i informationsmodellen: Individuell plan med attributet typ, klassen Samband där attributet typ är satt till "består av", klassen Aktivitet med attributet status satt till "planerad" och klassen Observation med attributet typ, attributet status satt till "mål" och attributet värde
Samtycke	Definition enligt Socialstyrelsens termbank: frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring genom vilken en person som tillfrågats om något, efter att ha fått information, godtar det frågan gäller Ett samtycke - ges av en person/patient eller av legal ställföreträdare (t.ex. vårdnadshavare för ett barn) - gäller tillgång till specificerad vårdinformation - gäller för en eller flera informationsmottagare. Beskrivning eller kommentar enligt NI: Observera att begreppen samtycke och samtyckesbeslut i Socialstyrelsens termbank kan komma att ses över.	Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg: Samtycke Motsvaras i informationsmodellen: Beslut med attributen kod och bifall

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
Samtyckesbeslut	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> tillfrågad persons beslut om att lämna eller inte lämna samtycke <i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Samtyckesbeslut är en form av beslut som det i vissa fall finns uttryckliga dokumentationskrav om. I socialtjänst är det endast brukaren eller en företrädare för denne som kan fatta ett samtyckesbeslut, aldrig socialtjänstpersonalen. Exempelvis beslut om att samtycka till att nämnden får kontakta andra myndigheter eller personer enligt 5 kap. 5 §, SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. Enligt samma paragraf måste återkallade samtycken dokumenteras. Observera att begreppen samtycke och samtyckesbeslut i Socialstyrelsens termbank kan komma att ses över.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Samtyckesbeslut (inom vård- och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Beslut med attributet kod
Socialtjänstpersonal	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Person som i sitt yrke utför socialtjänst på uppdrag av en organisation. Socialtjänstpersonal kan utgöras av en person som arbetar med myndighetsutövning, till exempel en handläggare som utreder och beslutar om behov av insatser eller en person som utför de insatser som en brukare har fått beviljade. Exempel på det sistnämnda är någon som förestår en verksamhet (ibland kallad föreståndare) på ett HVB-hem, en personlig assistent eller boendestödare. Exemplet handläggare och föreståndare pekas särskilt ut som personer som det ska dokumenteras om i tillämpliga fall.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgspersonal <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Socialtjänstpersonal
Statens institutionsstyrelse	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Organisation (inom socialtjänst) som är statlig och utför en beslutad insats enligt ett uppdrag.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Organisation (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Organisation med attributet typ
Tillstånd (inom socialtjänst)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Tillstånd hos brukaren som hanteras inom socialtjänst. Tillstånd kan delas upp i observerat tillstånd och måltillstånd. Exempel på tillstånd inom socialtjänst är funktionstillstånd.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Tillstånd (inom vård och omsorg) <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "känd förekomst" eller "mål", attributet värde och vid behov attributet typ
Uppdrag	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> En uppgift som ges till en utförare av individuellt inriktade insatser inom socialtjänst. Uppdraget kan avse hela eller delar av en insats.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktivitet
Uppgift i personakt	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Uppgift som dokumenteras i personakten. Exempel är uppgift om olika bedömningar, uppfattningar av behov, mål och beslut.	<i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Uppgift i patientjournal eller personakt <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
Vårdplan inför placering	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Individuell plan inom socialtjänst som bl.a. beskriver de särskilda insatser som behövs, det sätt på vilket den unges umgänge med föräldrar, vårdnadshavare och andra närstående ska ordnas, målet med vården, och den vårdbehövandes syn på den planerade vården när någon behöver vårdas vid placering vid HVB eller familjehem. Denna vårdplan upprättas inför placering enligt både LVU och SoL och kan gälla både barn och vuxna.	Uppgift i personakt <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsplan <i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Individuell plan med attributet typ, klassen Samband där attributet typ är satt till "består av", klassen Aktivitet med attributet status satt till "planerad" och klassen Observation med attributet typ, attributet status satt till "mål" och attributet värde

Informationsmodell för socialtjänst

Informationsmodellen visar vilken information om begreppen i begreppsmodellen som ska dokumenteras och hur detta ska göras. Informationsmodeller är oberoende av it-lösning och ska visa sambanden mellan olika informationsmängder i en verksamhet, oavsett i vilket eller vilka it-stöd de tillämpas.

Dokumentationsbehovet åskådliggörs genom informationsklasser och attribut i informationsmodellen. Vilken information som omfattas av informationsmodellerna i NI styrs av angelägenheter inom dessa perspektiv:

- Dokumentationskrav enligt författning
- Statistikuppföljning
- Bästa tillgängliga kunskap

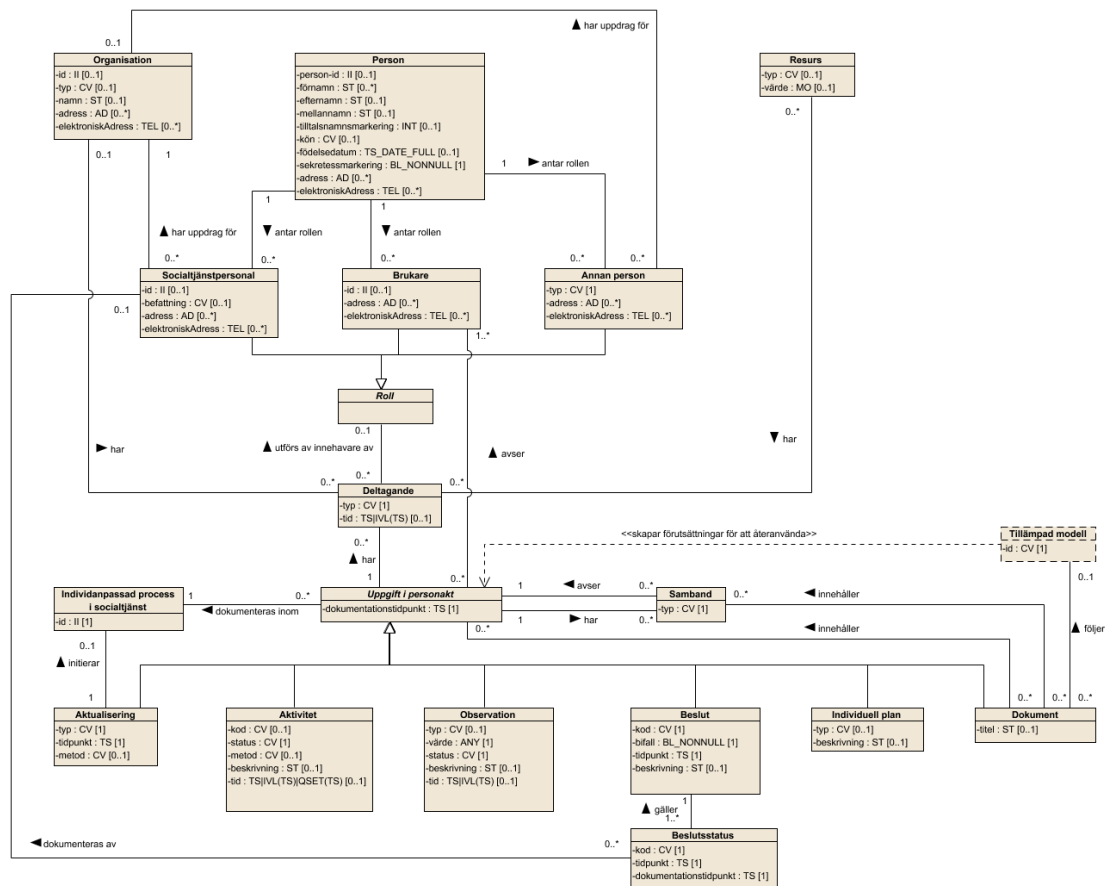
Angelägenheterna inom bästa tillgängliga kunskap skrivs endast ut om de andra två perspektiven inte redan motiverar attributet. För en fullständig lista på refererade angelägenheter i kolumnen *Dokumentationskrav återfinns i*, se Bilaga 3.

I vissa fall behövs abstrakta informationsklasser för att hålla ihop flera informationsklasser. Abstrakta informationsklasser har kursiverade klassnamn som visar att dessa informationsklasser inte förekommer som sig själva i dokumentation i patientjournal eller personakt utan endast i sina specialiseringar i tillämpningar.

För att beskriva strukturen hos format som ska användas för respektive attribut i informationsmodellen används datatyperna från den internationella standarden *ISO 21090 Hälso- och sjukvårdsinformatik – Harmoniserade datatyper för informationsutbyte*³. ISO 21090 har delar som kan hålla den typ av information som NI avser att beskriva, vilket är anledningen till att denna standard har valts. Dock ställer inte NI kravet att det är just dessa datatyper som ska användas, utan endast den struktur som de tillhandahåller.

Genom att säkerställa spårbarheten mellan de olika modellerna och nivåerna blir det möjligt att utbyta information inom processen och mellan olika aktörer. Modellerna talar dock inte om vilken information som kan eller får utbytas. Det är alltid lagar och föreskrifter inom respektive verksamhetsdomän som styr hur informationen får utbytas i praktiken.

³ <http://www.sis.se/informationsteknik-kontorsutrustning/it-till%C3%A4mpningar/h%C3%A4lso-och-sjukv%C3%A5rdsinformatik/ss-en-iso-210902011>



Beskrivning av informationsklasser

Aktivitet

Klassen aktivitet håller information om något som kan utföras av någon eller något inom socialtjänst och som är inriktat på visst resultat. Inom socialtjänst förekommer exempelvis följande typer av aktiviteter: utredning, genomförande av individuellt inriktade insatser och uppföljning. Aktiviteter kan vara exempelvis pågående, utförda, önskade eller planerade.

Exempel som särskilt pekas ut som aktiviteter som det i tillämpliga fall för statistikuppföljning ska dokumenteras om är matdistribution.

Insats och åtgärd används för det övergripande begrepp som beskrivningen avser – inom hela fackområdet vård och omsorg, i olika sammanhang och även i lagtexter. Det finns ingen klar skillnad i betydelse mellan insats och åtgärd i någon av lagtexterna och inte heller i allmänspråket.

Observera att insats även används inom socialtjänsten i stället för det längre individuellt inriktad insats, se anmärkningen till individuellt inriktad insats.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
kod	Kod för den typ av aktivitet som avses, exempelvis genom användande av en kod från en klassifikation av insatser. Observera att det är obligatoriskt att ange antingen attributet kod eller beskrivning.	CV	0..1
status	Kod för aktivitetens status som anger om en aktivitet exempelvis är planerad eller utförd. En instans av klassen aktivitet kan inte byta status. Om man exempelvis vill dokumentera en planerad insats som senare utförs så dokumenteras detta som två instanser av klassen aktivitet, en med status planerad och en med status utförd.	CV	1
metod	Kod för den typ av tillvägagångssätt för genomförandet av aktiviteten som avses. Metodattributet används endast om inte attributet kod innefattar tillräcklig information om detta.	CV	0..1
beskrivning	Textuell beskrivning av den aktivitet som avses. Används antingen som komplement till eller istället för attributet kod. Observera att det är obligatoriskt att ange antingen attributet kod eller beskrivning.	ST	0..1
tid	Angivelse av vilken tid en aktivitet utförts, är planerad att utföras eller önskas utföras. Om aktiviteten är planerad att ske återkommande kan även frekvens och omfattning anges. Beroende på behov i den faktiska tillämpningen kan någon av datatyperna TS för tidpunkt, IVL(TS) för tidsintervall eller QSET(TS) för komplicerade tidsangivelser så som återkommande med viss frekvens användas.	TS IVL(TS) QSET(TS)	0..1

Aktualisering

Klassen aktualisering håller information om det att en omständighet som kan föranleda en åtgärd av socialnämnden kommer till dess kännedom.

Aktualisering kan initiera en individanpassad process i socialtjänst.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för det sätt på vilket aktualiseringen har skett, det vill säga ansökan om bistånd, anmälan, begäran om LSS-insats eller information på annat sätt.	CV	1
tidpunkt	Angivelse av tidpunkt då information som låg till grund för aktualiseringen kom till socialnämndens kännedom.	TS	1
metod	Kod för hur uppgifterna som låg till grund för aktualiseringen har lämnats till nämnden, exempelvis per telefon eller vid besök.	CV	0..1

Annan person

Klassen annan person håller information om person som på något sätt är relaterad till brukaren, men som inte är brukaren eller socialtjänstpersonal. Exempel på annan person är anhörig, närstående eller företrädare. Det kan också vara en person ur allmänheten som gör en anmälan, en referensperson som lämnar uppgifter om en brukares personliga egenskaper och som brukaren själv hänvisar till, eller en sakkunnig som i sin yrkesroll kontaktas för att avge ett professionellt yttrande (till exempel hälso- och sjukvårdspersonal).

De exempel som ges här är sådana som särskilt pekas ut som personer som det ska dokumenteras om i tillämpliga fall.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av annan person som avses.	CV	1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats som en person har i sin roll som annan person.	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har i sin roll som annan person, exempelvis telefon eller personlig e-postadress.	TEL	0..*

Beslut

Klassen beslut håller information om avgörande i viss fråga inom socialtjänst. Alla aktiviteter inom socialtjänst föregås i allmänspråklig mening av någon form av beslut. De flesta av dessa beslut dokumenteras implicit genom att endast dokumentera den utförda aktiviteten, exempelvis att kalla brukaren till ett personligt möte. Slutligt beslut pekas särskilt ut som beslut som ska dokumenteras explicit i tillämpliga fall. Slutligt beslut avser beslut genom vilket beslutsfattaren skiljer sig från saken. Det slutliga beslutet avgör i allmänhet sakfrågan i ett ärende, utom vid avskrivningsbeslut och avvisningsbeslut.

Samtyckesbeslut, det vill säga 'tillfrågad persons beslut om att lämna eller inte lämna samtycke' är en annan typ av beslut och vissa av dem ska dokumenteras explicit. Exempelvis beslut om att samtycka till att nämnden får kontakta andra myndigheter eller personer enligt 5 kap. 5 §, SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och

LSS. Enligt samma paragraf måste återkallade samtycken dokumenteras. Detta dokumenteras som ett beslut i den specifika frågan fattat av brukaren med bifallsflagga satt till falskt.

Via deltagandetypen beslutsfattare framgår det om beslutet har fattats av brukare eller socialtjänstpersonal.

Dokumentationen om ett fattat beslut kan inte ändras i efterhand. Information om beslutets status, såsom att beslutet vunnit laga kraft eller upphävts, kan därför inte representeras i beslutsklassen. Den informationen hålls istället i klassen beslutsstatus som beskriver beslutets livscykel.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
kod	Kod för det som beslutet avser, exempelvis överflyttning till annat LVM-hem enligt 7 kap. 10 §, SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. I tillämpliga fall ska det kodade värdet även innehålla referens till författning.	CV	1
bifall	Flagga som anger huruvida det som avses i attributet kod bifalles eller ej. Exempel 1: koden "överflyttning till annat LVM-hem enligt 7 kap. 10 §, SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS" tillsammans med bifallsflaggan "falskt" betyder att beslut har fattats att inte göra en överflyttning. Exempel 2: koden "insats enligt SoL enligt SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS" tillsammans med bifallsflaggan "sant" betyder att beslut har fattats om att brukaren har rätt till insats.	BL_N ONNU LL	1
tidpunkt	Angivelse av tidpunkt då beslutet fattades.	TS	1
beskrivning	Textuell beskrivning av det beslut som avses. Beskrivningen kan i förekommande fall även innehålla motiveringen till beslutet eller särskilda villkor som hänger samman med beslutet.	ST	0..1

Beslutsstatus

Klassen beslutsstatus håller information om vilken status ett visst beslut har.

Klassen används för att ange att ett beslut exempelvis har vunnit laga kraft.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
kod	Kod för den status som beslutet har. Attributet kan exempelvis användas för att beskriva att beslutet har vunnit laga kraft eller att det inte längre gäller.	CV	1
tidpunkt	Angivelse av vid vilken tidpunkt statusen för ett beslut börjar gälla.	TS	1
dokumentations-tidpunkt	Angivelse av den tidpunkt vid vilken statusen lagrats.	TS	1

Brukare

Klassen brukare håller information om person som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten.

Exempel på brukare som särskilt pekas ut som person som det ska dokumenteras om i tillämpliga fall är registerledare och medsökande. Om en ansökan om ekonomiskt bistånd gäller för fler än en person i ett hushåll får en gemensam personakt upprättas. Brukare i ett hushåll som ansöker om ekonomiskt bistånd och i vars namn personakten upprättas kallas ibland registerledare. Den som inte är registerledare kallas ibland medsökande. I vissa fall benämner man istället registerledaren sökande.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning som en person har endast i rollen som brukare. Id för brukare kan användas då identitetsbeteckning för person är okänd eller inte bör anges. Person-id är vanligen personnummer eller samordningsnummer och lagras i attributet person-id i klassen person. Observera att det är obligatoriskt att ange antingen person-id på person eller id på brukare.	II	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats som en person har i sin roll som brukare, exempelvis särskild kallelseadress.	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har i sin roll som brukare. Här avses även telefonnummer. Exempel är särskilt telefonnummer.	TEL	0..*

Deltagande

Klassen deltagande håller information om på vilket sätt en viss innehavare av roll, organisation eller resurs deltar i ett visst givet sammanhang. Exempel på deltagande är att en socialtjänstpersonal deltar i aktiviteten utbetalning av ekonomiskt bistånd i egenskap av utförare.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för hur en innehavare av roll, organisation eller resurs deltar i ett visst sammanhang. Notera att det finns ett kodverk framtaget för deltagandetyper. Se separat bilaga.	CV	1
tid	Angivelse av tid då en innehavare av roll, organisation eller resurs deltar i ett visst sammanhang.	TS IVL (TS)	0..1

Dokument

Klassen dokument håller information om samling av information som behandlas och fungerar som en enhet. Observera att ett dokument inte nödvändigtvis behöver vara ett papper. Klassen används när en specifik samling av information behöver hållas samman som en enhet och tillföras olika typer av metadata, exempelvis en *signatur* av ett beslutsunderlag (som i sig består av enskilda uppgifter) eller dokumentation om att en viss samling uppgifter har lämnats ut till annan myndighet. Dokument kan innehålla explicita relationer mellan de uppgifter i personakt som dokumentet består av. Exempel är ett utlåtande där man vill beskriva att en aktivitet har orsak i ett tidigare observerat tillstånd.

Ett dokument kan också följa en standardiserad vy. Denna innehåller en på förhand fastställd uppsättning uppgifter i personakt med tillhörande relationer. Exempel är en ansökan om vård med stöd enligt LVU 4 § som följer den på förhand fastställda strukturen för denna specifika typ av ansökan.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
titel	Ord eller fras avsedd för identifikation av ett dokument. Detta attribut ska användas i de fall dokument inte följer en standardiserad vy.	ST	0..1

Individanpassad process i socialtjänst

Klassen individanpassad process i socialtjänst håller information om den individuellt anpassade process som brukaren genomgår med syfte att identifiera och hantera problem, tillstånd och behov. Processen innefattar hela processen från aktualisering till uppföljning gentemot måltillstånd. Uppföljningen kan ske både när aktiviteterna har avslutats och kontinuerligt under pågående aktivitet.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för den individanpassade processen inom socialtjänst.	II	1

Individuell plan

Klassen individuell plan håller information om en plan som beskriver planerade aktiviteter för en enskild brukare relaterat till ett specifikt måltillstånd, exempelvis individuell plan enligt LSS och vårdplan inför placering.

Planen ses här som en "hållare" av uppgifter. Genom samband kopplas planen ihop med dess ingående delar som exempelvis det måltillstånd planen syftar till att uppnå och de insatser som planen består av.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av plan som avses. Typ kan exempelvis vara samordnad individuell plan eller vårdplan inför placering.	CV	0..1
beskrivning	Textuell beskrivning av den plan som avses.	ST	0..1

Observation

Klassen observation håller information om olika tillstånd, problem, behov och omgivningsfaktorer som observeras eller som i framtiden skulle kunna observeras om en brukare. Exempelvis kan en funktionsnedsättning vara något som observeras.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av observation som avses i de fall detta inte framgår av attributet värde. Exempelvis kan typ motsvara "att lyfta och bära föremål". Attributet värde innehåller då den gradering/nivå på funktionen som brukaren har.	CV	0..1
värde	Angivelse av värde som alltid representerar det faktiska observerade tillståndet. Exempelvis så skulle observationens typ kunna motsvara "att lyfta och bära föremål" och då innehåller värde-attributet gradering/nivå på funktionen som brukaren har. Om observationen avser ett måltillstånd motsvarar värde det resultat man önskar observera för att målet ska uppfyllas. Notera att även observationer vars representation dokumenteras som fritext använder attributet värde.	ANY	1
status	Kod för observationens status, exempelvis för att dokumentera om det tillstånd som beskrivs har funnits eller är ett potentiellt tillstånd. En instans av klassen observation kan inte byta status. Om man exempelvis vill dokumentera ett måltillstånd som senare uppfylls så dokumenteras detta som två instanser av klassen observation, en med status måltillstånd och en med status observerat.	CV	1
beskrivning	Textuell beskrivning av den observation som avses. Används som komplement till attributet värde i de fall där en ytterligare textuell beskrivning krävs.	ST	0..1
tid	Angivelse av den tid då det som observerats faktiskt förekom eller förväntas förekomma. Exempelvis så kan tidsattributet ange att brukaren har haft ekonomiska svårigheter sedan mars 2014 även om detta dokumenteras först sex månader senare. Om observationen är ett måltillstånd anger tidsattributet när detta tillstånd önskas vara uppnått. Observationens tid skiljer sig vanligtvis från dokumentationstidpunkt för uppgift i personakt som beskriver när tillståndet dokumenterades, vilket alltid sker i efterhand. Beroende på behov i den faktiska tillämpningen kan någon av datatyperna TS för tidpunkt eller IVL(TS) för tidsintervall användas.	TS IVL (TS)	0..1

Organisation

Klassen organisation håller information om verksamhet med ansvar och befogenhet att tillvarata intressen som är gemensamma för de ingående medlemmarna eller intressenterna. Exempel är organisation inom socialtjänst, skolväsende eller polismyndighet.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för organisationen.	II	0..1
typ	Kod för vilken typ av organisation som avses, exempelvis nämnd eller enskild verksamhet.	CV	0..1
namn	Angivelse av organisationens namn.	ST	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats till organisation, exempelvis besöksadress eller fakturaadress.	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation till organisation. Här avses även telefonnummer. Exempel är telefonnummer till växel, e-postadress eller webbadress.	TEL	0..*

Person

Klassen person håller information om den mänskliga individen oavsett vilka roller den personen antar. De attribut som klassen innehåller beskriver egenskaper som personen har oavsett om personen har antagit rollen som brukare eller en annan roll. Attributen i klassen person motiveras framförallt av krav på att hålla uppgifter om brukare men kan även användas av andra roller.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
person-id	Angivelse av identitetsbeteckning som personen har oavsett om personen får, utreds inom eller är registrerad för att få socialtjänst (vanligtvis personnummer eller samordningsnummer).	II	0..1
förnamn	Angivelse av förnamn, som är en persons givna namn och inkluderar tilltalsnamn.	ST	0..*
efternamn	Angivelse av efternamn, som är en persons familjenamn eller släktnamn.	ST	0..1
mellannamn	Angivelse av mellannamn, som är ett namn som kan bäras för att visa gemenskap med en förälder eller en make som bär detta namn som efternamn. Man kan också bära ett eget tidigare efternamn som mellannamn om man bytt till makes eller registrerad partners efternamn.	ST	0..1
tilltalsnamnsmarkering	Angivelse av tilltalsnamnsmarkering, som används för att markera vilket av de angivna förnamnen som är personens tilltalsnamn. Giltiga värden är 10-99 där den första siffran anger vilket av de angivna förnamnen som är tilltalsnamnet (1 motsvarar första namnet osv.) och den andra siffran anger det eventuella andra tilltalsnamnet om dubbelnamn är aktuellt. Om inte är den andra siffran 0.	INT	0..1
kön	Angivelse av vilket kön personen har enligt folkbokföringen.	CV	0..1
födelseda-	Angivelse av vilket datum personen är född.	TS_DA	0..1

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
tum		TE_FU LL	
sekretess- markering	Angivelse av sekretessmarkering enligt Skatte- verket.	BL_N ONNU LL	1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats för en person, exempelvis bostadsadress eller tillfällig adress.	AD	0..*
elektronis- kAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har. Här avses även telefon- nummer. Exempel är telefonnummer eller e- postadress.	TEL	0..*
beskrivning		Bru- kare	Unspecified

Resurs

Klassen resurs håller information om något som kan tas i anspråk för eller krävs för genomförande av aktiviteter eller processer inom socialtjänst och som inte avser personer eller organisationer. Exempel som särskilt pekas ut som resurser som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är pengar som betalas ut till brukaren.

Notera att trots att en resurs används i en aktivitet eller process kan en instans av resursklassen ha ett deltagande kopplat till andra uppgifter i personakt. Aktiviteten uttrycks då implicit.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för typ av resurs som avses i de fall detta inte framgår av attributet värde. Exempel som särskilt pekas ut som resurs som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är pengar som betalas ut till brukaren.	CV	0..1
värde	Angivelse av värdet för det som anges i attributet typ. Exempelvis: värdet "tusen kronor".	MO	0..1

Roll

Klassen roll håller information om i vilken funktion eller uppdrag ett deltagande sker. En roll innehåller de egenskaper som man förvärvar när man inträder i rollen.

Samband

Klassen samband håller information om hur två dokumenterade företeelser i personakt är relaterade till varandra.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
typ	Kod för på vilket sätt två företeelser dokumenterade som uppgifter i personakt är relaterade till varandra. Exempelvis kan en aktivitet ha en relation till en observation där typen är "har orsak", det vill säga orsaken till att aktiviteten utförs är något som tidigare observerats. Notera att det finns ett kodverk framtaget för sambandstyper. Se separat bilaga.	CV	1

Socialtjänstpersonal

Klassen socialtjänstpersonal håller information om roll som person har som i sitt yrke utför socialtjänst på uppdrag av en organisation. Socialtjänstpersonal kan utgöras av en person som arbetar med myndighetsutövning, till exempel en handläggare som utreder och beslutar om behov av insatser eller en person som utför de insatser som en brukare har fått beviljade. Exempel på det sistnämnda är någon som förestår en verksamhet (ibland kallad föreståndare) på ett HVB-hem, en personlig assistent eller boendestödjare.

Exemplen handläggare och föreståndare pekas särskilt ut som personer som det ska dokumenteras om i tillämpliga fall.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning som en person har när denne arbetar i rollen som socialtjänstpersonal i ett visst uppdrag i en organisation. Till exempel kan en person ha en identitetsbeteckning i sin roll som handläggare.	II	0..1
befattning	Kod för den befattning en socialtjänstpersonal har när denne arbetar i rollen som socialtjänstpersonal i ett visst uppdrag i en organisation. En befattning avser ställning i en verksamhet som innebär vissa befogenheter och ett visst ansvar.	CV	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats som en person har i sin roll som socialtjänstpersonal, exempelvis personlig besöksadress.	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har i sin roll som socialtjänstpersonal. Här avses även telefonnummer. Exempel är direktnummer eller personlig e-postadress.	TEL	0..*

Tillämpad modell

Klassen tillämpad modell beskriver hur information om en viss företeelse ska struktureras enligt en på förhand fastställd uppsättning uppgifter i personakt med tillhörande relationer. En tillämpad modell skapar därmed förutsättningar för semantisk interoperabilitet. Exempel är den tillämpade modell som beskriver den på förhand fastställda strukturen för ansökan om vård med stöd enligt LVU 4 §.

De uppgifter i personakt med tillhörande relationer som följer en tillämpad modell kan vid behov sammanställas och lagras som ett dokument.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för den specifika tillämpade modell som avses. Exempelvis identitetsbeteckningen för den specifika struktur som anger hur ett visst intyg ska utformas, t.ex. ansökan om vård med stöd enligt LVU 4§.	CV	1

Uppgift i personakt

Klassen uppgift i personakt håller information om uppgifter som dokumenteras i personakten. Exempel är uppgift om olika bedömningar, uppfattningar av behov, mål och beslut.

Attribut	Beskrivning	Data-typ	Multiplicitet
dokumentations-tidpunkt	Angivelse av den tidpunkt vid vilken uppgiften lagrats.	TS	1

Tillämpningsanvisningar

Inledning

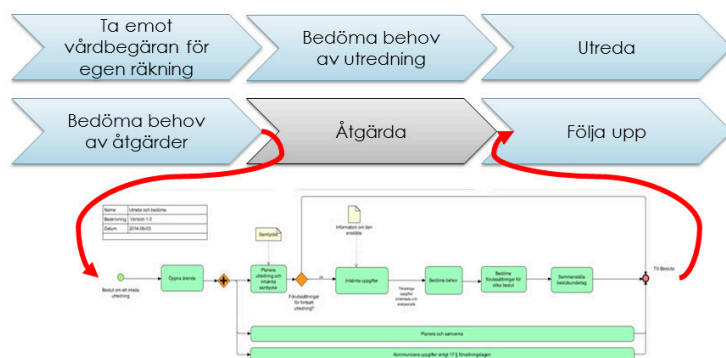
Denna anvisning syftar till att ge ett stöd i tillämpningen av den nationella informationsstrukturen (NI). NI används dels för att skapa eller återanvända strukturerad information i vård och omsorg utifrån en nationell och gemensam struktur, dels för att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation i patientjournaler eller personakter.

Förutsättningar för tillämpning av NI

Den verksamhet som vill uttrycka ett specifikt dokumentationsbehov med hjälp av NI måste avgränsa vilken del av behovet som rör dokumentation i patientjournal alternativt i personakt. Det är den informationen som kan struktureras enhetligt och standardiserat med hjälp av NI samt kodas med hjälp av de olika delarna i nationellt fackspråk i syfte att skapa eller återanvända information.

Behovet kan omfatta en större eller mindre del av verksamheten inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst; denna avgränsning bestämmer verksamheten själva. De:

Steg 1 – Relatera dokumentationsbehovet till processen

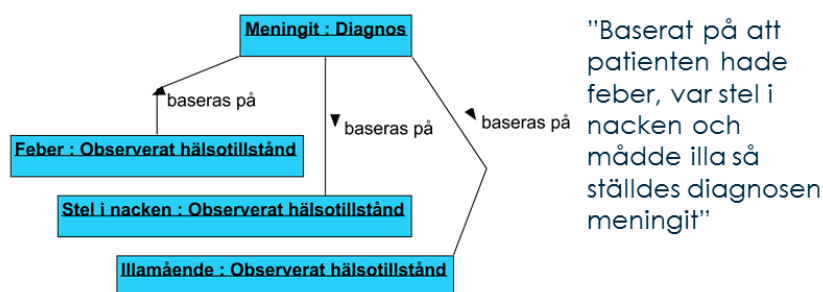


Vid tillämpning av NI syftar det första steget till att uppnå en övergripande processbeskrivning av de dokumentationsbehov som behövs hållas kring individer utifrån ett avgränsat verksamhetsområde. Beskrivna processer eller scenarier kan vara olika detaljerade men det är viktigt att de är beskrivna utifrån individens perspektiv och process. Finns denna process beskriven är det möjligt att identifiera den information som behövs journalföras i patientjournal eller personakt, samt identifiera de punkter där verksamhetens och

individens processer möts. Detta steg är komplext och bör därmed utföras i samråd med domänexperter från den berörda verksamheten.

NI:s processmodeller beskriver socialtjänsten eller hälso- och sjukvården i sin helhet. Beskrivningstexten för respektive processteg i NI:s modell ger därmed stöd att inleda en beskrivning av individens process oavsett vilken verksamhet som beskriver sitt informationsbehov. Resultatet kan sedan dokumenteras i en framtagen processmodell som visar dokumentationsbehov relaterat till individens process. När dokumentationsbehoven finns beskrivna ger det också stöd i att identifiera vilken information ska dokumenteras för första gången och vilken som kan återanvändas i stället för att dubbeldokumenteras.

Steg 2 – Skapa en tillämpad begreppsmodell



Med processanalysen som utgångspunkt identifieras, analyseras och beskrivs de begrepp som det ska vara möjligt att hålla information om, utifrån det aktuella dokumentationsbehovet. För att säkerställa att det är rätt information som hålls, om rätt begrepp, behövs i detta steg en analys av vad begreppen står för samt en tydlig avgränsning dem emellan. Som hjälp i detta steg finns en terminologisk metod för begreppsanalys att tillgå i *Socialstyrelsens handledning för arbete med begrepp och termer*⁴, som bland annat baseras på standarden SS-ISO 704:2011 *Terminologiarbete – Principer och metoder*⁵. Parallellt med analysen av dokumentationsbehov och begrepp i verksamheten görs en mappning till NI:s begreppsmodell, vilket innebär att ett samband etableras, som bygger på innehållsmässig överensstämmelse (så kallad semantisk korrespondens) mellan begreppen. Det är viktigt att skilja det betydelsebärande begreppet från dess språkliga uttryck, det vill säga termen. Resultatet av mappningen ska sedan visualiseras i en tillämpad begreppsmodell.

Analysen kan visa att verksamhetens begrepp förhåller sig på olika sätt till NI:s begrepp, vilket i förlängningen får betydelse för informationsmodelleringen. Begreppen kan överensstämma helt men de kan också vara snävare eller vidare i relation till varandra.

Beroende på förhållandet mellan begreppen ser notationen i den tillämpade begreppsmodellen olika ut, och exemplet ovan visar att en notation för be-

⁴ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2011/2011-2-12>

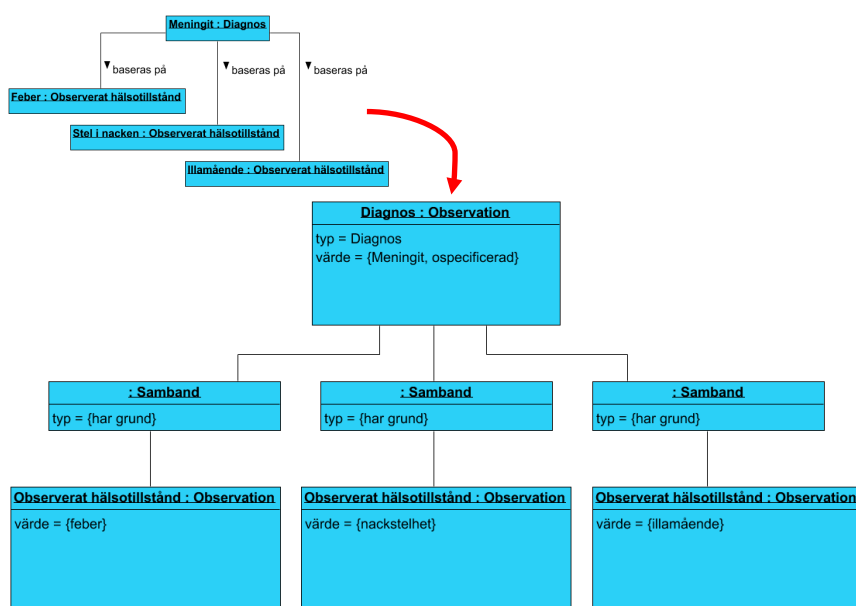
⁵ <http://www.sis.se/terminologi-och-dokumentation/terminologi/ss-iso-7042011>

grepp i verksamheten har en snävare betydelse än ett NI-begrepp. När begreppsanalysen visar att begreppen i verksamheten överensstämmer med begreppen i NI används dessa benämningar. De flesta begreppen i NI finns definierade i Socialstyrelsens termbank. Att relatera till och korrekt använda det nationella fackspråket skapar förutsättningar för att förstå modellernas innebörd och användning, oavsett organisatoriska gränser.

Utifrån de identifierade begreppen måste också de specifika relationerna dem emellan beskrivas. Dessa relationer är till för att åskådliggöra begreppen och beskriva hur ett begrepp relaterar till andra begrepp och företeelser. Endast de begrepp som behövs för att representera det specifika dokumentationsbehovet behöver finnas med i den tillämpade begreppsmodellen.

Steg 3 – Skapa tillämpad informationsmodell

3.1 Koppla begrepp till informationsmodell



Härnäst ska begrepp utifrån den framtagna begreppsmodellen omsättas till informationsklasser i en tillämpad informationsmodell. Detta steg syftar till att beskriva hur de identifierade och beskrivna begreppen i form av klasser ska kunna dokumenteras i eller sökas fram ur en patientjournal eller en personakt.

NI ger ett stöd i övergången från begrepp till informationsklass genom att i varje begrepps beskrivning finns regler om hur begreppet ska kopplas till NI:s informationsklasser. Se kolumnen *Relation till andra modeller* i avsnittet om NI:s begreppsmodeller för mer information.

I den tillämpade modellen ska endast de attribut och informationsklasser som är aktuella för det specifika dokumentationsbehovet inkluderas. Multi-

pliciteterna och datatyperna kan dock behöva preciseras och detaljeras ytterligare för att representera det specifika dokumentationsbehovet. En tillämpning får därtill endast skärpa kraven på informationen, inte minska dem. Exempelvis kan man inte i en informationsmodell ändra en 1..1-relation (obligatoriska uppgifter) till en 0..1-relation (valfria), eftersom detta skulle ställa lägre krav på tillämpningen än de grundläggande krav som identifierats inom NI. Datatyper kan dock preciseras genom att en av flera tillåtna datatyper väljs ut, för ett visst attribut. Detta är vanligt när exempelvis värdeattributet i informationsklassen *Observation* tillämpas.

Specifika relationer som identifierats i den framtagna begreppsmodellen hanteras i den tillämpade informationsmodellen genom informationsklasserna *Samband* och *Deltagande*. *Samband* används för att beskriva samband mellan olika uppgifter i patientjournal eller personakt, t.ex. diagnoser som är kopplade till patologiska fynd. *Deltagande* används för att beskriva personers, organisationers, eller resursers roll i samband med en uppgift i patientjournal eller personakt.

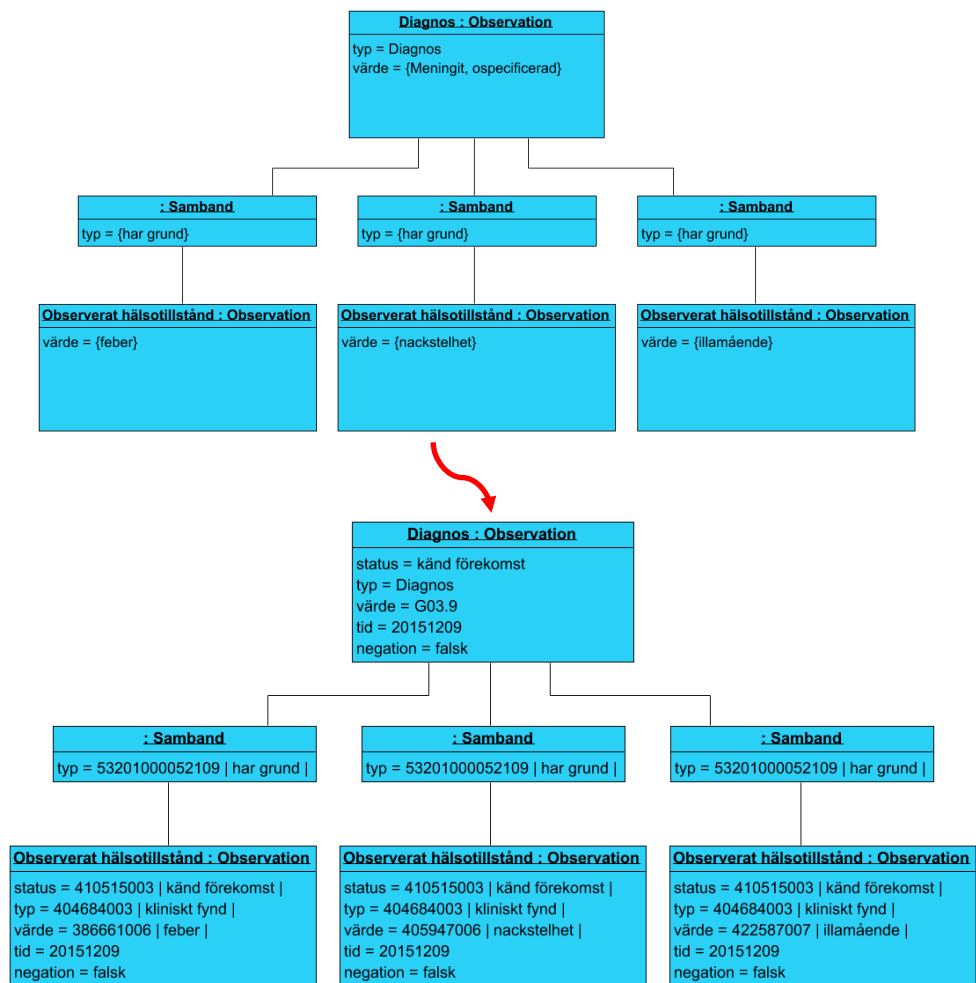
3.2 Terminologibindning – innehåll och fackspråk

Den framtagna informationsmodellen måste terminologibindas för att den ska beskriva hur informationen ska dokumenteras med hjälp av, i första hand, delar av nationellt fackspråk.

Klassifikationer och terminologier kan bindas till attribut som har kodade värden. Genom att ge ett eller flera förbestämda kodade värden att välja bland blir det möjligt att illustrera funktionaliteten på ett sätt som också är maskinläsbart. För mer information om vilka datatyper som tillåts i NI (se Bilaga 1).

Varje attribut i informationsmodellen kan begränsas genom att de tillåtna värdemängderna anges för det specifika användningsfallet. Exempelvis används olika uppsättningar Snomed CT-begrepp för att dokumentera kärlkrampskirurgi respektive leverbiopsi, även om de båda ingreppen kan uttryckas med informationsklassen *aktivitet*.

För en översiktlig vägledning av hur NI och kodverken i det nationella fackspråket kan terminologibindas, se avsnittet *Terminologibindning mellan NI och nationellt fackspråk*.



Snomed CT-urval för Samband och Deltagande

I detta avsnitt listas de koder som ingår som Snomed CT-urval för typer av *Samband* och *Deltagande*, föreslagna koder för status för *Observation* och *Aktivitet* samt en översiktlig tabell för koppling mellan nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk.

Koder för typer av Samband och Deltagande

De specifika relationer som identifieras i de tillämpade begreppsmodellerna hanteras i de tillämpande informationsmodellerna genom informationsklasserna *Samband* och *Deltagande*. Genom att beskriva och rita ut mellan vilka informationsklasser som det finns relationer i form av samband eller deltagande och ge varje relation ett kodat värde blir det möjligt att illustrera funktionaliteten på ett sätt som också är maskinläsbart elektroniskt. Sambands- och deltagandekodverk finns som urval i den svenska versionen av Snomed CT. Vid behov av nya kodade värden för samband eller deltagande ska dessa behov rapporteras till Socialstyrelsen. Kodverken utgörs av begrepps-id:n (koder) och svenska rekommenderade termer från Snomed CT:

- *Samband.typ* för hälso- och sjukvården motsvaras av Snomed CT-urvalet ”Urval sambandstyper hälso- och sjukvård” med urvals-id 53371000052106.
- *Samband.typ* för socialtjänsten motsvaras av Snomed CT-urvalet ”Urval sambandstyper socialtjänst” med urvals-id 53381000052108.
- *Deltagande.typ* för hälso- och sjukvården motsvaras av Snomed CT-urvalet ”Urval deltagandetyper hälso- och sjukvård” med urvals-id 53351000052100
- *Deltagande.typ* för socialtjänsten motsvaras av Snomed CT-urvalet ”Urval deltagandetyper socialtjänst” med urvals-id 53361000052102.

Vid användning av Snomed CT i ett informationssystem är det ett krav att både leverantör och användare (mottagande organisation) har licens för Snomed CT. Socialstyrelsen tillhandahåller licens för den svenska och internationella versionen av begreppssystemet Snomed CT.

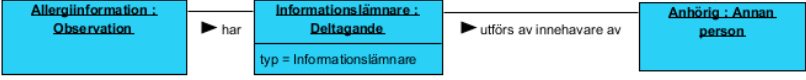
Kodverk för attributet typ i informationsklassen Samband

I beskrivningarna nedan används "uppgift i patientjournal eller personakt" när ett samband kan avse vilken typ av uppgift som helst. I de fallen ett samband kräver en viss typ av uppgift, exempelvis en observation, anges det explicit i beskrivningen. Observera att kodverket inte är uttömmande för alla verksamhetsbehov eller alla angelägenheter.

Specialisering	Namn	Snomed CT begrepps-ID	Beskrivning enligt NI
Båda	består av	53181000052105	Ett samband där en uppgift i patientjournal eller personakt är en del av en annan uppgift i patientjournal eller personakt. Exempelvis att ett intyg består av flera observationer och aktiviteter.
Båda	ersätter	53191000052107	Ett samband där en uppgift i patientjournal eller personakt ersätter en annan uppgift i patientjournal eller personakt. En uppgift som ersätts är inte längre aktuell. Exempelvis när socialnämnden beslutar om att ett beslut ska upphöra. Därmed ersätts det tidigare tagna beslutet.
Båda	har grund	53201000052109	Ett samband där en <i>observation</i> grundar sig på en annan uppgift i patientjournal eller personakt. Exempelvis observationen att patienten har typ 2-diabetes har grund i observationerna att patienten är trött, kissar mycket och har ett förhöjt blodsockervärde.
Häls- och sjukvård	har villkor	53211000052106	Ett samband där en uppgift i patientjournal eller personakt är en förutsättning för en annan uppgift i patientjournal eller personakt. Exempelvis aktiviteten att ta kontakt med närstående har villkor att den ska ske om patienten drabbats av skada.
Båda	har orsak	416083004	Ett samband där en uppgift i patientjournal eller personakt har orsak i en <i>observation</i> . Sambandet indikerar att en observation är anledningen till en annan uppgift i patientjournal eller personakt. Exempelvis att en blindtarmsoperation har orsak i observationen akut appendicit eller att en hosta har orsak i en övre luftvägsinfektion.
Båda	refererar till	53221000052103	Ett samband där en uppgift i patientjournal eller personakt pekar på en annan uppgift i patientjournal eller personakt. Detta är ett övergripande samband som framförallt syftar till att visa vilken av uppgifterna som refererar till en annan och vilken som blir refererad till. Exempelvis att aktiviteten "utlämnande" refererar till det dokument som ska lämnas ut.
Båda	verkställer	53231000052101	Ett samband där en <i>aktivitet</i> verkställer, helt eller delvis, ett <i>beslut</i> eller en annan <i>aktivitet</i> . Aktiviteten som verkställs kan exempelvis vara planerad eller önskad. Exempelvis att den utförda aktiviteten matlagning verkställer den planerade aktiviteten matlagning.
Båda	är resultat av	53241000052107	Ett samband där en uppgift i patientjournal eller personakt är ett resultat av en annan uppgift i patientjournal eller personakt. Exempelvis är ett systoliskt blodtryck resultat av aktiviteten blodtrycksmätning.

Kodverk för attributet typ i informationsklassen Deltagande

I beskrivningarna nedan används en part när ett deltagande kan avse vilken part som helst. I de fallen ett deltagande kräver en viss typ av part, exempelvis en person, organisation eller resurs, anges det explicit i beskrivningen. Observera att kodverket inte är uttömmande för alla verksamhetsbehov eller alla angelägenheter.

Specialisering	Namn	Snomed CT begrepps-ID	Beskrivning enligt NI
Båda	ansvarig	53281000052102	En person som har det huvudsakliga ansvaret i en viss situation och detta behöver pekas ut explicit. Deltagandetyper ansvarig behöver inte peka mot den part som faktiskt och huvudsakligen står för genomförandet, utan pekar mot den part som är ytterst ansvarig. Ansvarig behöver nödvändigtvis inte närvara i själva situationen. Deltagandetyper ansvarig kan sammanfalla med deltagandetyper utförare i de fall en part själv har huvudansvaret i en viss situation; i så fall behöver inte ansvarig explicit pekas ut utöver utförare. Exempelvis en handledare som har delegerat till en AT-läkare att utföra en undersökning eller en verksamhetschef som ansvarar för att en operation äger rum.
Båda	beslutsfattare	53271000052104	En person eller organisation som fattar ett beslut i en viss situation. Exempelvis en nämnd som beslutar om att en brukare har rätt till vissa insatser eller en chefsövrläkare som beslutar om rättspsykiatrisk tvångsvård.
 <pre> graph LR A[Rättspsykiatrisk tvångsvård : Beslut] -- har --> B[Beslutsfattare : Deltagande typ = Beslutsfattare] B -- "utförs av innehavare av" --> C[Läkare : Hälso- och sjukvårdspersonal befattning = Överläkare] </pre>			
Båda	deltagare	53251000052105	En part som deltar i en viss situation där det inte specificerats på vilket sätt deltagandet sker. En deltagare kan både delta aktivt och passivt. En deltagare behöver inte nödvändigtvis närvara i situationen som avses. Deltagare är den mest generiska av alla deltagandetyperna och kan användas i de fall ett deltagande inte kan anges mer specifikt.
Hälso- och sjukvård	den som signerar	53291000052100	En person som påför signatur i syfte att styrka riktighet och säkerställa spårbarhet av en uppgift. Information i en patientjournal kan vara dokumenterad, men behöver inte vara signerad. Det är först vid signeringen som riktigheten i innehållet styrks.
Hälso- och sjukvård	donator	105455006	En person vars biologiska material tillvaratas i en viss situation. Exempelvis en blodgivare som lämnar blod.
 <pre> graph LR A[Blod : Resurs typ = Blodprodukt] -- har --> B[Donator : Deltagande typ = Donator] B -- "utförs av innehavare av" --> C[Donator : Patient] </pre>			
Båda	författare	53321000052107	En person som skapar information i patientjournal eller personakt och som ansvarar för dess innehåll. Notera att den som registrerar informationen från annan källa, exempelvis en medicinsk sekreterare som transkriberar ett diktat, inte är författare.
Båda	Informationslämnare	53311000052104	En part som lämnar information om en vård- och omsorgstagare till en annan part. Exempelvis en anhörig som lämnar information till hälso- och sjukvården eller en sakkunnig som lämnar information om egenskaper hos en brukare. Även resurser kan lämna information, exempelvis en pulsoximeter som lämnar information i form av observationer av syremättnad och puls.
 <pre> graph LR A[Allergiinformation : Observation] -- har --> B[Informationslämnare : Deltagande typ = Informationslämnare] B -- "utförs av innehavare av" --> C[Anhörig : Annan person] </pre>			

Spe- ciali- sering	Namn	Snomed CT be- grepps-ID	Beskrivning enligt NI
Båda	Informat- ions- mottagare	533010000 52101	En part som tar emot information om en vård- och omsorgstagare från en annan part. Exempelvis kan en anhörig ta emot information om en patient från hälso- och sjukvården eller polisen kan ta emot information om en brukare från socialtjänsten.
Hälso- och sjuk- vård	registrerare	533310000 52109	En <i>person</i> som nedtecknar information i patientjour- nal från en annan källa, exempelvis från diktat.
Båda	utförare	532610000 52108	En part som faktiskt och huvudsakligen står för ge- nomförandet i en viss situation. Exempelvis en AT- läkare som utför en undersökning under överinse- ende av en handledare (som deltar som ansvarig), eller en enskild verksamhet som utför ett uppdrag beslutat av en nämnd.
Båda	vittne	533410000 52103	En <i>person</i> som bevittnar en situation utan att på annat sätt medverka. Exempelvis en person som agerar som vittne vid kroppsvisitering i samband med psykiatrisk tvångsvård.
Hälso- och sjuk- vård	det som produceras	553410000 52102	En <i>resurs</i> som framställs, tillvaratas eller extraheras i en aktivitet. Med detta avses att resursen genom aktiviteten blir tillgänglig som en separat entitet. Exempel på produkter är blod, organ eller vävnad som kan tillvaratas exempelvis vid blodtappning eller vid kirurgiska ingrepp. Ett annat exempel är alkoholhaltig dryck som beslagtagits inom tvångs- vården.
Hälso- och sjuk- vård	objekt	553510000 52104	Det huvudsakliga föremålet för en aktivitet eller observation. Exempelvis deltar resursen laboratorie- prov som objekt kopplat till en observation som innehåller resultatet av en laboratorieanalys.
Båda	det som används	553610000 52101	<i>Resurs</i> som deltar i en aktivitet, antingen genom att den förbrukas eller som en återanvändningsbar resurs. En resurs som förbrukas kan till exempel vara ett läkemedel. En resurs som återanvänds kan till exempel vara en magnetresonanskamera.
Båda	den som efterfrågar	553710000 52105	<i>Person</i> eller <i>organisation</i> som efterfrågar något från en annan part, exempelvis en framtida aktivitet eller ett beslut om en framtida aktivitet. Exempel: chefsö- verläkaren efterfrågar hos förvaltningsrätten ett beslut om den önskade aktiviteten att rättspsykia- triskt få vårda en patient inom öppenvård.

Koder för attributet status i informationsklasserna Observation och Aktivitet

Observera att koderna nedan är exempel på kodade värden som kan användas. De kodade värdena är inte uttömmande för alla verksamhetsbehov eller alla angelägenheter.

Kodade värden för attributet status i informationsklassen Observation

Observation.status motsvaras av Snomed CT-refset "Urval observationsstatus" med urvals-id (SCTID) 56431000052106.

Specialisering	Namn	Snomed CT begrepps-ID	Beskrivning enligt NI
Båda	känd förekomst	410515003	Kan användas för observerade tillstånd
Båda	mål	410518001	Kan användas för måltillstånd
Hälso- och sjukvård	i riskzon för	410519009	Kan användas för risktillstånd

Kodade värden för attributet status i informationsklassen Aktivitet

Aktivitet.status motsvaras av Snomed CT-refset "Urval aktivitetsstatus" med urvals-id (SCTID) 56421000052109.

Specialisering	Namn	Snomed CT begrepps-ID	Beskrivning enligt NI
Båda	planerad	397943006	Kan användas för planerade aktiviteter
Båda	utförd	398166005	Kan användas för utförda aktiviteter
Båda	pågående	385651009	Kan användas för pågående aktiviteter

Terminologibindning mellan NI och nationellt fackspråk

För en översiktlig vägledning av hur NI och nationellt fackspråk kan användas tillsammans se nedanstående tabell.

Kodverk	NI Attribut 1	NI Attribut 2
ICD-10-SE	Observation.värde	Vid behov av typ av diagnos anges detta med Snomed CT i Observation.typ
ICF/ICF-CY	Livsområde (kategori) i Observation.typ.	Bedömningsfaktor i Observation.värde.
Snomed CT från hierarkin Kliniskt fynd	Observation.värde	
Snomed CT från hierarkin Observerbar företeelse	Företeelse anges i Observation.typ. T.ex. "längd utan skor".	Mätvärde och måtenhet anges i Observation.värde. T.ex. "174 cm".
KVÅ	Aktivitet.kod	
Snomed CT från hierarkin Åtgärd	Aktivitet.kod	
KSI	Aktivitet.kod	

Bilagor

Bilaga 1 Läsanvisningar för modellerna

Denna bilaga beskriver vad de olika modelltyperna är, vad de ska användas till och hur modellerna relaterar till varandra.

Bilaga 2 Modeller för vård och omsorg

Denna bilaga innehåller NI:s processmodell, begreppsmodell och informationsmodell för vård och omsorg med relaterad dokumentation.

Bilaga 3 Uttryckliga dokumentationskrav i NI

Denna bilaga beskriver vilka författningar, nationella register eller nationella uppdrag som ställer krav på att specifika attribut och klasser finns i NI:s informationsmodeller för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst.

Bilaga 4 Krav på innehåll – perspektiv och angelägenheter

Denna bilaga listar de specifika angelägenheter inom de perspektiv som använts för att vidareutveckla modellerna.

Bilaga 1: Läsanvisningar för modellerna

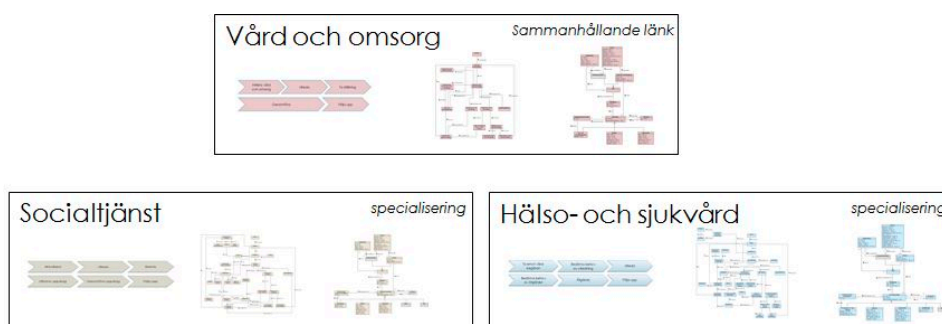
Inledning

Den nationella informationsstrukturen (NI) omfattar tre modelltyper:

- processmodeller
- begreppsmodeller
- informationsmodeller

Dessa modeller utgör informationsstrukturen för de verksamhetsområden som NI omfattar: hälso- och sjukvård och socialtjänst. NI består av två beskrivningsnivåer, en övergripande nivå för vård och omsorg och en specialiserad nivå som beskriver hälso- och sjukvård samt socialtjänst i form av en specialisering för respektive verksamhetsområde. De tre modelltyperna används för båda beskrivningsnivåerna. Det innebär att NI totalt består av nio olika modeller: en per modelltyp för vård och omsorg, en per modelltyp för hälso- och sjukvård och en per modelltyp för socialtjänst, se figur 1.

Figur 1. Den nationella informationsstrukturens två beskrivningsnivåer och nio modeller



Syftet med de olika modellerna i NI är att de tillsammans ska beskriva informationsstrukturen för vård och omsorg. Varje modelltyp är nödvändig för att ge en förståelse för den informationsstruktur som NI omfattar. Syftet med modellerna på vård- och omsorgsnivån i NI är att skapa en gemensam syn på informationen i de två verksamhetsområdena hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Processmodellen sätter ramarna för vilka verksamhetsområden som omfattas av NI. Det är därmed processmodellen som avgör vilken information som NI ska hantera. Om information skapas eller används i en verksamhet som omfattas av NI:s processmodell ska den finnas representerad i form av begrepp i begreppsmodellen och gå att strukturera med hjälp av informationsmodellen. Modellerna i NI är lösningsneutrala och kan tillämpas oberoende av it-stöd eller teknisk standard.

Processmodeller

Vad är en processmodell?

En processmodell beskriver verksamhetsnära processer på en övergripande och generisk nivå. Syftet med modellen är att beskriva vad som sker i en viss verksamhet sett ur ett på förhand definierat perspektiv för att skapa en sam-syn mellan flera aktörer som arbetar mot samma mål.

Begreppet *process* finns definierat i Socialstyrelsens termbank som ”serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat”. Processer kan beskrivas med olika notationstekniker och på olika detaljeringsnivå. Det finns olika standarder för vad en processmodell bör och inte bör innehålla. En process har dock alltid två huvudsakliga beståndsdelar: objekt som har ett värde och aktiviteter som utförs för att tillföra objektet ytterligare värde.

När olika aktörer agerar enligt processen i praktiken tillämpar de den i sin egen verksamhet. Det gör de genom att konsumera och producera information utifrån den på förhand beskrivna processmodellen. Informationen som konsumeras och produceras beskrivs med hjälp av en begreppsmodell och en informationsmodell. I processmodellen finns dock inte alltid en referens till vilken information som specifikt konsumeras och produceras i de olika delarna av processen då det inte alltid går att definiera på förhand.

Hur används processmodeller i NI?

NI omfattar tre processmodeller:

- en processmodell för vård och omsorg som är gemensam för både hälso- och sjukvården och socialtjänsten
- två processmodeller på den specialiserade beskrivningsnivån som beskriver de två verksamhetsområdena var för sig

Processmodellerna beskriver oberoende av organisatoriska gränser den process som alla som får hälso- och sjukvård eller socialtjänst genomgår. Processmodellerna innefattar alla aktiviteter från vård- och omsorgsinitiering till uppföljning. Syftet med processen är att uppfatta och identifiera individens hälsotillstånd samt att följa upp effekten av de aktiviteter som utförts för att förändra detta. Den faktiska process som individen genomgår kallas för en individanpassad process.

Processmodellerna är en gemensam beskrivning av den individanpassade processen inom vård och omsorg. När verksamheterna beskriver sina egna processer och arbetsflöden ska de relatera dessa till den process som vård- och omsorgstagaren genomgår.

Processmodellen beskriver och avgränsar den verksamhet som sedan beskrivs ytterligare med hjälp av begrepps- och informationsmodellerna. Processmodellen för vård och omsorg är en generell beskrivning och ska fungera som en sammanhållande länk mellan de två verksamhetsområdena hälso- och sjukvård och socialtjänst. Eftersom det inte finns någon gemensam process för vård- och omsorgstagaren som innefattar både hälso- och sjukvård och socialtjänst ska inte processmodellen för vård och omsorg användas vid tillämpning.

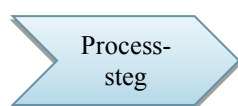
Att läsa processmodellerna i NI

Processmodellerna i NI tillhandahålls tillsammans med skriftliga beskrivningar av modellernas olika processteg.

Notation i processmodellerna

Med *notation* menas de symboler som används för att beskriva en verksamhet på ett enhetligt sätt i en modell. Processmodellerna i NI använder en enkel notation med få detaljer. Modellerna visar en sekvens av processens olika processteg med hjälp av symboler. Nedan visas den symbol som används för att illustrera de olika stegen i processmodellen. Det som initierar processen eller ett processteg (värde in) och det värde som processen eller processteget tillför (värde ut) är inte synligt i modellen.

Symboler



Processmodellen består av ett flöde av olika processteg. Processtegen motsvarar en serie aktiviteter som syftar till ett gemensamt mål. Varje processteg har ett namn som beskriver den eller de aktiviteter som utförs inom det processteget.

Detaljerad beskrivning av processmodellerna

Varje processmodell i NI har en skriftlig beskrivning.

Tabell 2. Beskrivning av processmodellen

Processteg	Värde in	Beskrivning	Värde ut
Namn på processteg.	Det som inleder processteget och som förädlas i och med att aktiviteterna i processteget genomförs.	En beskrivning av den/de aktiviteter som processteget omfattar.	Resultatet från aktiviteterna som processteget omfattar. Resultatet kan sedan gå vidare in i nästa steg i processen eller avsluta den.

Begreppsmodeller

Vad är en begreppsmodell?

En begreppsmodell beskriver de begrepp som hanteras inom det område som en processmodell beskriver. Begreppsmodellen åskådliggör även relationer mellan begreppen.

Begreppsmodellering innebär att man kartlägger vilken information man behöver hålla om centrala begrepp i ett specifikt, avgränsat sammanhang. Det är oftast informationshanteringsperspektivet som är i fokus. Begreppsmodellering kan jämföras med en terminologisk begreppsanalys där fokus är att definiera begrepp och dess relation till varandra inom ett fackområde som helhet och inte bara i ett specifikt, avgränsat sammanhang.

Begreppsmodellen åtföljs i många i fall av en informationsmodell. Begreppsmodellen kan tydliggöra att olika begrepp kan hanteras på samma sätt

i informationsmodellen. En klass i informationsmodellen representerar då och innehåller information om flera begrepp och begreppsmodellen behövs för att synliggöra detta och beskriva begreppen enligt verksamheternas fackspråk. Begreppsmodellen är ett första steg i kartläggningen av vilken information som är relevant inom ett område och hur de olika begreppen förhåller sig till varandra.

Hur används begreppsmodeller i NI?

NI innefattar en begreppsmodell för vård- och omsorgsnivån samt två begreppsmodeller för den specialiserade nivån för hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Begreppsmodellerna specificerar vilka begrepp inom respektive verksamhetsområde som används för att hantera information inom den individanpassade processen inom vård och omsorg.

Vidareutvecklingen av NI har strävat efter att begreppsmodelleringen ska omfatta såväl det informatiska perspektivet som det terminologiska perspektivet. När begreppsanalysen har visat att det begrepp som man avser hålla information om helt överensstämmer med ett väldefinierat begrepp i fackområdet, så har man använt sig av korrekt fackterm och definition enligt Socialstyrelsens termbank som klassnamn och benämning. När man enar och ensar de begrepp man avser hålla information om i begreppsmodellen och de begrepp som används i den egna tillämpningen skapas förutsättningar för att förstå modellernas innebörd och användning oavsett organisatoriska gränser. De begrepp som används i den övergripande vård- och omsorgsmodellen används inte i de faktiska verksamheterna och är heller inte avsedda att göra det. Den beskrivningsnivåns funktion är i stället att säkerställa spårbarhet mellan de specialiserade modellerna för hälso- och sjukvård och för socialtjänst. Ett exempel är begreppet *vård- och omsorgstagare* som återfinns på den generella nivån för vård och omsorg, och som representeras av *patient* respektive *brukare* i de specialiserade nivåerna för respektive verksamhetsområde. Det är begreppen i de specialiserade begreppsmodellerna på den specialiserade beskrivningsnivån som representerar den faktiska verksamhetens fackspråk.

Begreppsmodellens relation till informationsmodellen

Begreppsmodellen anger vilka begrepp som är centrala att hålla information om inom den individanpassade processen samt den information som informationsmodellen kan uttrycka. Alla begrepp i begreppsmodellerna återfinns dock inte som klasser i motsvarande informationsmodell. Anledningen till det är att flera begrepp i begreppsmodellen kan hanteras av en och samma klass i informationsmodellen. Det sker till exempel när två begrepp, som för verksamheten är två skilda företeelser, inte skiljer sig åt ur ett dokumentationsperspektiv. Till exempel så ställer begreppen *Observerat hälsotillstånd* och *Potentiellt hälsotillstånd* samma krav på dokumentationen. De kan därmed kopplas till samma klass i informationsmodellens *Observation* trots att de för verksamheten beskriver två skilda begrepp där skillnaden mellan begreppen representeras av värdet på typ-attributet i informationsklassen.

Ett begrepp kan också resultera i flera informationsklasser när det är relevant att dela upp begreppet i olika informationsmängder. Det leder till att det kan finnas klasser i informationsmodellen som inte har en direkt motsvarighet till ett begrepp i begreppsmodellen. Detta uppstår när information om ett

begrepp måste hanteras separat för att möjliggöra ett visst dokumentationsbehov eller dokumentationskrav.

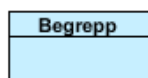
Att läsa begreppsmodellerna i NI

Begreppsmodellerna i NI tillhandahålls tillsammans med detaljerade beskrivningar av modellernas olika delar.

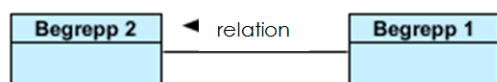
Notation i begreppsmodellerna

Begreppsmodellerna använder notationen från standarden UML (Unified Modeling Language). UML har ingen separat notation för begreppsmodeller eftersom det är möjligt att beskriva även begrepp med den notation som används för klassdiagram i UML. Det som skiljer begreppsmodellerna från informationsmodellerna, som även de representeras i form av klassdiagram, är att informationsmodellerna innehåller ytterligare detaljer i form av attribut, multipliciteter och relationer. Nedan ges en beskrivning av de symboler som används för att illustrera de olika delarna i begreppsmodellerna.

Symboler



Varje begrepp i begreppsmodellerna representeras av en klass. Klassens namn motsvarar det begrepp som avses. Klasserna i begreppsmodellerna i NI har inga attribut då begreppen illustrerar de faktiska referenterna. Om begreppets term är kursiverad innebär det att begreppet är ett rubriksord för en grupp av begrepp. Rubriksordet förekommer inte i praktiken i journalföringen utan istället väljs alltid ett av de underliggande begreppen från gruppen.



Ett begrepp i begreppsmodellerna beskrivs genom sin relation till andra begrepp. Relationen mellan två begrepp representeras av en linje mellan begreppen. Ovanför linjen står namnet på sambandet. En pil visar i vilken riktning sambandet ska läsas. NI:s begreppsmodell är normaliserad, det vill säga visar därmed relationerna som gäller oavsett tillämpning och har därför inga multipliciteter.

Detaljerad beskrivning av begreppsmodellerna

För varje begreppsmodell i NI finns en detaljerad beskrivning.

Tabell 3. Beskrivning av begreppsmodellen

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
Begreppets benämning.	Begreppets definition enligt Socialstyrelsens termbank och/eller beskrivning enligt NI	Beskrivning av hur begreppet relaterar till begreppsmodellen i den överliggande nivån i NI samt hur information om begreppet representeras i motsvarande informationsmodell.

När begrepp i begreppsmodellen motsvarar begrepp i Socialstyrelsens termbank används termer och definitioner från termbanken i begreppsmodellen. Detta dokumenteras i begreppsmodellens kolumn *Definition enligt Socialstyrelsens termbank*.

De begrepp i begreppsmodellen som inte motsvarar begrepp i termbanken har fått en egen benämning och beskrivning. Dessa beskrivningar dokumenteras i kolumnen *Beskrivning och kommentar enligt NI*. Kolumnen används också när Socialstyrelsen behöver göra förtydliganden och ge ytterligare exempel avseende en termbanksdefinition. Vid begreppsanalysen har Socialstyrelsen också uppmärksammat att vissa begrepp i termbanken kan komma att ses över.

För varje begrepp i de specialiserade begreppsmodellerna för hälso- och sjukvård och för socialtjänst anges hur begreppet relaterar till den generella begreppsmodellen över vård och omsorg. Även hur begreppet representeras i motsvarande specialiserade informationsmodell anges.

Informationsmodeller

Vad är en informationsmodell?

En informationsmodell har en direkt koppling till en begreppsmodell. Informationsmodellen visar vilken information om begreppen i begreppsmodellen som ska dokumenteras och hur detta ska göras. Informationsmodeller är lösningsoberoende och ska visa sambanden mellan olika informationsmängder i en verksamhet, oavsett i vilket eller vilka it-stöd de tillämpas.

NI:s informationsmodeller representerar information som kan dokumenteras om verkliga företeelser utifrån ett eller flera perspektiv. Verkligheten kan representeras av olika informationsmodeller beroende på vilka perspektiv som modellen innefattar. Samma informationsmängd kan även härledas till flera olika processteg i en processmodell. En informationsmodell kan användas för att beskriva informationsmängder som är gemensamma för olika processteg och som kommuniceras mellan olika verksamheter och it-stöd.

Informationsmodellen är beroende av processmodellen eftersom processmodellen beskriver och avgränsar det verksamhetsområde inom vilket informationen produceras och konsumeras. Informationsmodellen beskriver verksamhetens information och omfattar därför inte de mer tekniska informationsmängder som behöver finnas för att hantera informationen i olika typer av it-stöd (till exempel olika typer av identiteter och tekniska tidsangivelser).

Hur används informationsmodeller i NI?

Informationsmodellerna i NI beskriver hur man ska dokumentera information som skapas eller används i den individanpassade processen. Detta görs genom klasser och attribut som håller information om de begrepp som återfinns i NI:s begreppsmodeller.

Precis som med den generella begreppsmodellen är syftet med den generella informationsmodellen för vård och omsorg att säkerställa spårbarhet mellan modellerna på de mera specialiserade nivåerna. Genom att säkerställa spårbarheten mellan de olika modellerna och nivåerna blir det möjligt att utbyta information inom processen och mellan olika aktörer. Modellerna talar dock inte om vilken information som kan eller får utbytas. Det är alltid lagar och andra författningar inom respektive verksamhetsområde som styr hur informationen får utbytas i praktiken.

Vilken information som omfattas av informationsmodellerna i NI styrs av ett antal angelägenheter:

- Dokumentationskrav enligt författning
- Statistikuppföljning
- Bästa tillgängliga kunskap

För mer information om perspektiven och angelägenheterna, se Bilaga 4.

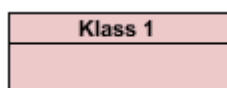
Att läsa informationsmodellerna i NI

Informationsmodellerna i NI tillhandahålls i form av dokument som innehåller modellerna tillsammans med detaljerade skriftliga beskrivningar av modellernas olika delar.

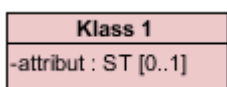
Notation i informationsmodellerna

Informationsmodellerna i NI utgörs av klassdiagram som använder den standardiserade notationen UML (Unified Modeling Language). Modellerna består av informationsklasser med attribut som beskriver vilken information som ska dokumenteras om en viss informationsmängd. Hur de olika informationsklasserna relaterar till varandra beskrivs med relationer.

Symboler



Varje informationsmängd som ska kunna dokumenteras representeras av en klass i informationsmodellen. En klass håller information om en viss typ av information (till exempel Person, Aktivitet, Observation). En klass kan utgå från begrepp i begreppsmodellen som motsvarar samma företeelse.



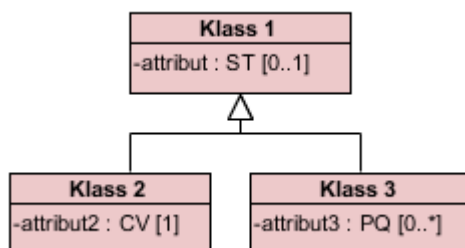
Egenskaper för en klass beskrivs med attribut och relationer. Det är attributen som bär den information som informationsmodellen håller strukturen för. Exempelvis anges en persons personnummer i attributet *personid* som återfinns i klassen *Person*. För varje attribut anges en multiplicitet som anger antalet tillåtna förekomster av informationen (till exempel får en person ha maximalt ett (0..1) efternamn, men ett eller flera (1..*) förnamn). Varje attribut beskrivs ytterligare genom att ett specifikt format anges. Formatet, eller datatypen, anger om informationen dokumenteras som till exempel fritext, ett datum, ett kodat värde eller en identifierare. I NI används datatyper enligt standarden ISO 21090 för att beskriva den struktur som behövs för ett visst format (se tabell 6 under rubriken *Datatyper*).

Relation



Hur klasserna i en informationsmodell relaterar till varandra beskrivs genom relationer. Relationens namn beskriver sambandet mellan klasserna, och multipliciteten anger antalet förekomster av en klass i förhållande till en annan klass. Exempelvis kan en *Hälso- och sjukvårdspersonal* ha uppdrag för en *Organisation* en gång. I detta fall håller klassen *Organisation* information om organisationen och klassen *Hälso- och sjukvårdspersonal* information om hälso- och sjukvårdspersonalen. Dessa två klasser har en relation mellan sig med multipliciteten 0..* åt ena hållet och 1 åt andra hållet, eftersom en *Organisation* kan ha noll eller flera *Hälso- och sjukvårdspersonal* på uppdrag.

Specialiseringar



En klass i en informationsmodell kan behöva specialiseras och får då en eller flera klasser under sig. Detta illustreras genom att klasserna länkas samman som på bilden ovan. När en klass specialiseras innebär det att attributen från en klass ärvs till en annan klass som i sin tur kan ha ytterligare attribut utöver de som har ärvts.

I vissa fall behövs abstrakta klasser för att hålla ihop specialiserade klasser. Abstrakta klasser har kursiverade klassnamn som visar att dessa klasser inte förekommer som sig själva utan endast i sina specialiseringar i tillämpningar. I NI:s informationsmodeller är klasserna *Roll*, *Uppgift i patientjournal*, *Uppgift i personakt* samt *Uppgift i patientjournal eller personakt* abstrakta klasser.

Multiplicitet

Attribut och relationer i informationsmodellerna har en multiplicitet. Multipliciteten visar antalet förekomster av ett attribut eller en klass i förhållande till en relaterad klass. Multipliciteten anges i slutet av relationen mellan två informationsklasser. Anledningen till att multipliciteten anges i båda ändarna av en relation är att sambandet ska kunna läsas oavsett riktning. Vilken multiplicitet som gäller styrs av relationens riktning.

Tabell 4. Multipliciteter i informationsmodellen

Notation	Beskrivning
0..1	Noll eller en
1	En och endast en
0..*	Noll eller flera
1..*	En eller flera (Stjärnan byts ut mot heltal i de fall ett maxantal finns (1..5))

Detaljerad beskrivning av informationsmodellen

För varje informationsmodell i NI finns en detaljerad skriftlig beskrivning. Varje klass beskrivs var för sig med en referens till vilket begrepp i begreppsmodellen som klassen håller information om. För de specialiserade modellerna finns en referens till den överliggande vård- och omsorgsnivån. Efter beskrivningen av klassen följer en beskrivning av attributen för klassen i form av en tabell.

Tabell 5. Beskrivning av informationsmodellens attribut

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
Attributnamn.	Beskrivning av den information attributet avser hålla.	Formatet på den information som attributet avser hålla.	Antalet tillåtna förekomster av attributet.

Angelägenheter som motiverar enskilda attribut specificeras i kolumnen *Dokumentationskrav återfinns i*. Författningar anges med SFS- respektive SOSFS-nummer medan registrens hela namn skrivs ut i kolumnen. För *bästa tillgängliga kunskap* anges diarienumret på den överenskommelse eller uppdrag som ligger till grund för behovet. Angelägenheterna inom *bästa tillgängliga kunskap* skrivs endast ut om de andra två perspektiven inte redan motiverar attributet.

Datatyper

För att informationsmodellerna i NI ska tillhandahålla en struktur som i detalj beskriver vad som ska dokumenteras behöver attributens format anges. Med format avses hur information i ett attribut representeras, till exempel i form av ett datum, en text eller ett kodat värde. Det format som informationen i ett attribut antar benämns som *datatyp*. För att beskriva strukturen hos format som ska användas för respektive attribut i informationsmodellen används datatyperna från den internationella standarden ISO 21090 *Hälso- och sjuk-*

*vårdsinformatik – Harmoniserade datatyper för informationsutbyte*⁶.

ISO 21090 har delar som kan hålla den typ av information som NI avser att beskriva, vilket är anledningen till att den standarden valts.

Dock ställer inte NI kravet att det är just dessa datatyper som ska användas, utan endast den struktur som de tillhandahåller enligt beskrivningen nedan. Det kan även finnas andra standarder som kan användas för att uttrycka de krav på format som attributen beskriver.

Följande komplexa datatyper från ISO 21090 används för att beskriva de format som krävs för attributen i informationsmodellerna i NI. Vilka ingående delar hos respektive datatyp som är nödvändiga att använda för att fylla behoven enligt angelägenheterna beskrivs i detalj i efterföljande avsnitt.

Tabell 6. Komplexa datatyper i informationsmodellen

Förkortning	Benämning	Beskrivning
AD	Address	Datatyp som används för att beskriva adressinformation.
ANY	ANY	Abstrakt datatyp som i praktiken instansieras av någon av datatyperna i detta avsnitt.
ADXP	Address part	Datatyp som används för att beskriva en adress ingående delar (exempelvis postnummer).
BL, NONNULL	BL that cannot be null	Datatyp som används för att ange värdena sant eller falskt.
CV	Coded value	Datatyp som används för att beskriva kodade värden.
II	Instance identifier	Datatyp som används för att beskriva unika identifierare av en instans.
IVL(TS)	Interval (Point in time)	Datatyp som används för att beskriva tidsintervall.
MO	Monetary amount	Datatyp som används för att beskriva monetära värden.
PQ	Physical quantity	Datatyp som används för att beskriva mätvärden.
QSET(TS)	Continuous set (Point in time)	Datatyp som används för att beskriva olika typer av tidsangivelser som t.ex. frekvens.
ST	Character string	Datatyp som används för att beskriva textsträngar.
TEL	Telecommunication address	Datatyp som används för att beskriva elektroniska adresser såsom e-post och telefonnummer.
TS	Point in time	Datatyp som används för att beskriva tidpunkter.
TS.DATE.FULL	TS that reference a complete day	Datatyp som används för att ange ett exakt datum.

Följande enkla datatyper från ISO 21090 används för att bygga upp de komplexa datatyperna ovan. De enkla datatyperna specificerar formatet för ett specifikt värde som ska anges i ett attribut i en komplex datatyp.

⁶ <http://www.sis.se/informationsteknik-kontorsutrustning/it-till%C3%A4mpningar/h%C3%A4so-och-sjukv%C3%A5rdsinformatik/ss-en-iso-210902011>

Tabell 7. Enkla datatyper som ingår i de komplexa datatyperna i tabell 6

Benämning	Beskrivning
String	Textsträng.
Boolean	Angivelse av sant eller falskt.
URI	Textsträng för identifiering av abstrakta eller fysiska resurser. Uniform Resource Identifier.
Uid	Universellt unik identifierare.
Decimal	Reellt tal.
Sequence	En samling värden med en inbördes ordning.
Set	En samling värden utan en inbördes ordning.

AD (Address)

Information om en fysisk adress. I NI finns behovet att kunna identifiera adresser och dess ingående delar. I tabellerna nedan anges vilka olika delar av en adress som är relevant att hålla information om utifrån gällande angelägenheter.

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
part	Sequence (ADXP)	En specifik del av en adress (t.ex. gata, postnummer eller postort).	1

ADXP (Address Part)

Information om en specifik del av en adress såsom exempelvis gata, postnummer eller postort.

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
value	String	En faktisk del av en specifik adress.	1
type	Set (Address PartType)	Typ av adressdel (t.ex. gata, postnummer eller postort). Då det är ett specifikt behov som styr vilka delar av en adress som är relevanta att använda specificeras inte dessa i detalj. Det lämnas till den faktiska tillämpningen att avgöra vilka delar som behövs. Standarden tillhandahåller koder för olika adressdelar som kan användas eller ses som en vägledning i hur man kan strukturera information om adresser (AddressPartType).	0..1

ANY

Datatypen ANY används då datatypen för ett attribut i någon av NI:s informationsmodeller kan variera beroende på vad en klass håller för typ av information vid en viss tillämpning. ANY används därmed inte i en faktisk instans av ett attribut utan tillämpar istället någon av de datatyper som beskrivs i detta avsnitt och ersätts därmed av den datatyp som behövs för den aktuella tillämpningen.

BL.NONNULL

En angivelse av sant eller falskt. I NI finns exempelvis behovet att ange om en aktivitet har utförts eller inte i exempelvis attributet "Aktivitet.negation"

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
value	Boolean	Värde som anger sant eller falskt. Möjliga värden: true = sant eller false = falskt	1

CV (Coded Value)

Ett kodat värde som hör till ett specifikt kodsysteem. I NI finns behovet att representera t.ex. en viss aktivitet eller en persons kön med en kod. För att koden ska vara möjlig att tolka behövs även information om vilket kodsysteem den hör till (ICF, Snomed CT, ICD-10 exempelvis). Vid den faktiska tillämpningen kan flera delar av datatypen, som exempelvis kodtext, också behövas specificeras.

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
code	String	Aktuell kod.	1
codeSystem	String	Identifierare för det kodsysteem som koden tillhör.	1
validTimeLow	String	Tidpunkten då det kodade värdet blev giltigt.	0..1
validTimeHigh	String	Tidpunkten då det kodade värdet upphörde att vara giltigt.	0..1

II (Instance Identifier)

En identifierare som unikt identifierar en specifik instans av ett objekt. I NI finns exempelvis behovet att kunna ange en globalt unik identifierare för personer, organisationer och processer. Detta görs genom att använda datatypens attribut root och extension. Då värdet i root ska vara en universellt unik identifierare (UID) är det möjligt att endast ange detta och inte ange något i extension.

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
root	UId	En universellt unik identifierare. I de fall ett värde anges i extension pekar värdet i root ut det sammanhang inom vilket värdet i extension är unikt. I ISO 21090 kan denna antingen utgöras av en DCE UID eller en OID (Object identifier).	1
extension	String	En textsträng som tillsammans med värdet för root bildar en unik identifierare.	0..1

IVL (TS) (Interval (Point in time))

Tidsangivelse i form av ett intervall mellan två tidpunkter. I NI finns exempelvis behovet att ange under vilket tidsintervall ett visst hälsotillstånd förelåg. Tidsangivelsens precision ska kunna variera från att ange årtal till att ange den precision som aktuell tillämpning kräver.

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
low	TS	Intervallets starttid. Ett värde måste anges i något av attributen low eller i high. För en pågående händelse anges endast en starttid.	0..1
high	TS	Intervallets sluttid. Ett värde måste anges i något av attributen low eller i high.	0..1

MO (Monetary amount)

Information om monetära summor. Datatypen hanterar en summa pengar tillsammans med aktuell valuta (125 SEK). I NI finns behovet att hålla information om exempelvis den summa pengar som betalas ut i ekonomiskt bistånd till en brukare.

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
value	Decimal	Värdet på den summa som beskrivs.	1
currency	String	Kod för aktuell valuta enligt ISO 4217.	1

PQ (Physical Quantity)

Information om resultatet från en mätning inklusive måttenhet. I NI finns behovet att hålla information om olika typer av mätvärden som exempelvis kroppslängd mätt i enheten centimeter (174 cm).

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
value	Decimal	Aktuellt värde.	1
unit	String	Värdets enhet enligt standarden Unified code for units of measure (UCUM). UCUM är en standardiserad sammanställning av måttenheter som används av ISO 21090. (http://unitsofmeasure.org/ucum.html)	1

QSET(TS) (Continuous (Point in time))

Datatypen QSET(TS) är en komplex datatyp som kan hantera olika typer av tidsangivelser genom att kombinera olika specialiseringar av datatypen QSET. I NI finns exempelvis behovet av att ange periodiskt återkommande tidpunkter eller intervall (t.ex. planerade hemtjänstinsatser måndagar och torsdagar mellan 14.00 och 15.00 och doseringsanvisningar för administration av läkemedel).

Då det är ett specifikt behov som styr vilka delar av datatypen som är relevanta att använda specificeras inte dessa i detalj. Det lämnas till den faktiska tillämpningen att avgöra vilken struktur som är nödvändig. Standarden kan ses som en vägledning i hur man kan strukturera olika tidsangivelser.

ST (Character string)

Datatyp som håller textuell information. I NI finns exempelvis behovet att kunna hålla information om en patients namn uttryckt i fritext.

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
value	String	Textuell information.	1

TEL (Telecommunication Address)

Information om en elektronisk adress. I NI finns behovet av att hålla information om olika typer av kontaktuppgifter till exempelvis patient och brukare.

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
value	Uri	Elektronisk adress enligt standarden IETF RFC 2396.	1

TS (Point in time)

Tidsangivelse i form av en tidpunkt. I NI finns exempelvis behovet att hålla information om tidpunkt för en viss observation. Tidsangivelsens precision ska kunna variera från att ange årtal till att ange den precision som aktuell tillämpning kräver.

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
value	String	Tidsstämpel med önskad precision.	1

TS.DATE.FULL (Point in time)

Tidsangivelse i form av ett specifikt datum. I NI finns exempelvis behovet att hålla information om en persons födelsedatum. Tidsangivelsens precision ska vara exakt ett specifikt datum.

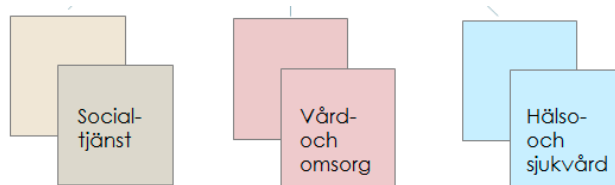
Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
value	String	Specifikt datum.	1

Färgsättning

De olika modellerna i NI har olika färgsättning. Färgerna indikerar vilken verksamhetsdomän modellerna beskriver. Färgerna är de följande:

- Socialtjänstemodeller i beige färg (R237 G230 B214)
- Vård- och omsorgsmodeller i ljusröd (R227 G200 B201)
- Hälso- och sjukvårdsmodeller i ljusblå (R210 G238 B255).

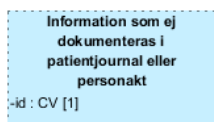
Figur 2. Färgsättning av modellerna



Tillämpad modell

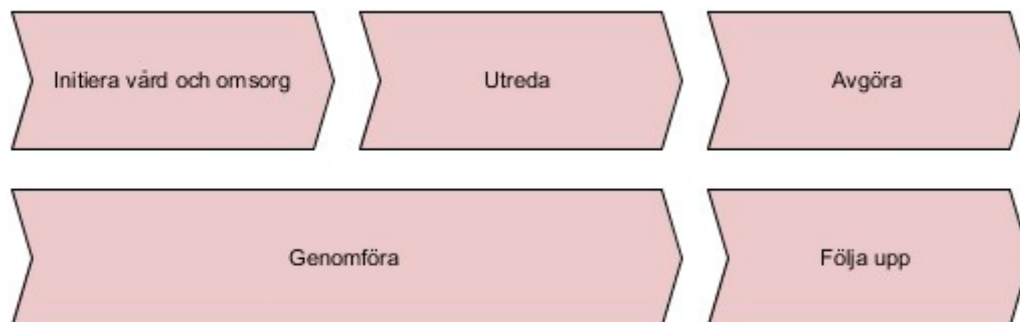
När NI ska användas i en faktisk tillämpning, till exempel ett it-stöd, behöver mer specifika beskrivningar tas fram för att beskriva de dokumentationsbehov eller behov av att återanvända strukturerad dokumentation från patientjournal eller personakt som finns. En tillämpad modell visar vilken information i patientjournal eller personakt som måste dokumenteras eller återanvändas för att representera det specifika behovet. Detta representeras av informationsklassen *Tillämpad modell* i informationsmodellen. En tillämpad modell måste också terminologibindas tillsammans med det nationella fackspråket för att fullständigt representera verksamhetsbehovet.

Klassen *Tillämpad modell* har följande notation för att visa att den inte är del av patientjournalen eller personakten:



Bilaga 2: Modeller för vård och omsorg

Processmodell för vård och omsorg



Processmodellen beskriver den process som alla som får hälso- och sjukvård eller socialtjänst genomgår. Processmodellen är oberoende av organisatoriska gränser och visar därmed den process som individen genomgår. Denna innefattar hela processen från vård- och omsorgsinitiering till uppföljning. Syftet med processen är att identifiera och förändra vård- och omsorgstagarens hälsotillstånd samt att följa upp effekten av detta. Den faktiska process som individen genomgår kallas för en individanpassad process.

Processmodellen är en enhetlig beskrivning av processerna inom vård och omsorg. När verksamheterna beskriver sina egna processer och arbetsflöden ska de relatera dessa till den process som individen genomgår.

Processmodellen beskriver och avgränsar den verksamhet som sedan beskrivs ytterligare med hjälp av begrepps- och informationsmodellerna. Processmodellen för vård och omsorg är en generell beskrivning och ska fungera som en sammanhållande länk mellan de två verksamhetsområdena hälso- och sjukvård och socialtjänst.

Processsteg för vård och omsorg

Namn	Värde in	Beskrivning	Värde ut
Initiera vård och omsorg	Vård- och omsorgsinitiering	Aktivitet som startar den individanpassade processen genom att en vård- och omsorgstagare kontaktar eller blir kontaktad av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.	Alternativ: Tillstånd (inom vård och omsorg) samt beslut att starta utredning Tillstånd (inom vård och omsorg) samt beslut att inte starta utredning, processen avslutas
Utredda	Tillstånd (inom vård och omsorg)	Aktiviteter där vård- och omsorgspersonal startar och genomför en utredning.	Resultat av utredning
Avgöra	Resultat av utredning	Aktiviteter där vård- och omsorgspersonal avgör vilka åtgärder eller insatser som är lämpliga att genomföra för att förändra individens tillstånd och uppnå ett måltillstånd.	Alternativ: Beslut om att åtgärda eller bevilja insatser Beslut att inte åtgärda eller bevilja insatser, processen avslutas
Genomföra	Beslut om att åtgärda eller bevilja insatser	Aktiviteter där beslutade åtgärder eller beviljade insatser planeras och genomförs.	Resultat av genomförda åtgärder eller insatser gentemot ett givet måltillstånd
Följa upp	Resultat av genomförda åtgärder eller beviljade insatser gentemot ett givet måltillstånd	Aktiviteter där vård- och omsorgspersonal genomför en uppföljning av hela processens resultat gentemot ett givet måltillstånd.	Bedömd effekt av genomförda åtgärder eller insatser

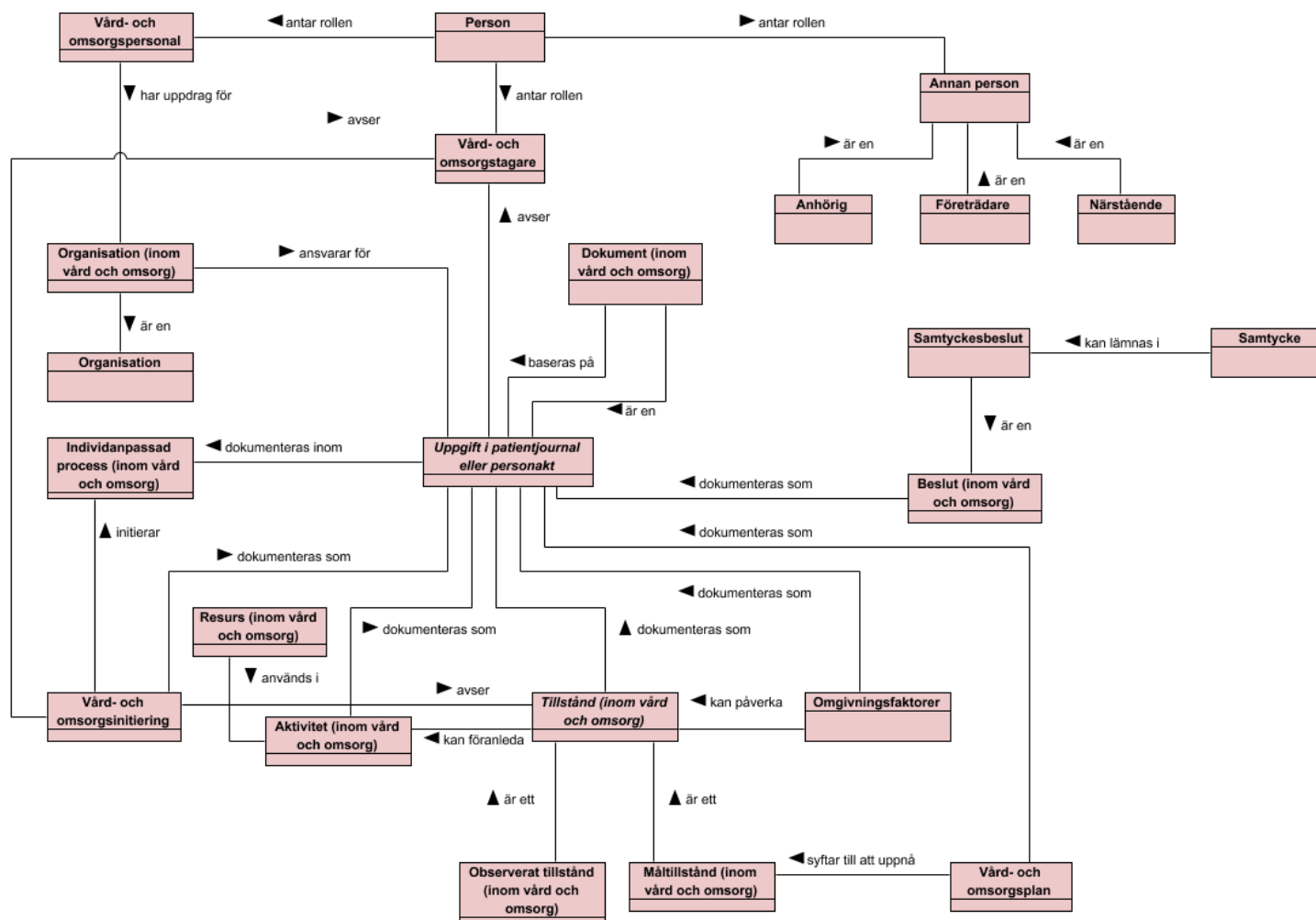
Begreppsmodell för vård och omsorg

Begreppsmodellen anger vilka begrepp som är centrala att hålla information om inom den individanpassade processen samt den information som informationsmodellen kan uttrycka.

Varje begrepp i begreppsmodellerna representeras av en klass där klassens namn motsvarar det begrepp som avses. Klasserna i begreppsmodellerna har inga attribut då begreppen illustrerar de faktiska referenterna. Om begreppets term är kursiverad innebär det att begreppet är ett rubriksord för en grupp av begrepp. Rubriksordet förekommer inte i praktiken i dokumentationen utan istället väljs alltid ett av de underliggande begreppen från gruppen vid tillämpning av modellen.

Begreppsmodellen åskådliggör även relationer mellan begreppen. NI:s begreppsmodell är normaliserad, det vill säga visar därmed relationerna som gäller oavsett tillämpning och har därför inga multipliciteter.

De begrepp som används i den övergripande vård- och omsorgsmodellen används inte i de faktiska verksamheterna och är heller inte avsedda att göra det. Denna beskrivningsnivås funktion är i stället att säkerställa spårbarhet mellan de specialiserade modellerna för hälso- och sjukvård och för socialtjänst. Det är begreppen i de specialiserade begreppsmodellerna på den specialiserade beskrivningsnivån som representerar den faktiska verksamhetens fackspråk och ska användas när verksamheter inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst beskriver sina dokumentationsbehov.



Beskrivning av begrepp

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
Aktivitet (inom vård och omsorg)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Något som kan utföras av någon eller något inom vård och omsorg. Aktiviteter inom vård och omsorg syftar till att identifiera och hantera tillstånd eller problem hos vård- och omsorgstagaren och utgörs av till exempel utredning, ställningstagande, genomförande och uppföljning.	<i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktivitet
Anhörig	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna <i>Anmärkning:</i> Observera att termerna anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna.	<i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Annan person med attributet typ
Annan person	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Person som på något sätt är relaterad till vård- och omsorgstagaren men inte är vård- och omsorgstagare eller vård- och omsorgspersonal. Exempel på annan person är anhörig, närstående eller företrädare.	<i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Annan person med attributet typ
Beslut (inom vård och omsorg)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Avgörande i viss fråga inom vård och omsorg. Exempel är beslut om vissa tvångsåtgärder enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och slutliga beslut om insatser inom socialtjänst.	<i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Beslut med tillhörande beslutsstatus
Dokument (inom vård och omsorg)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Samling av information som behandlas och fungerar som en enhet. Observera att ett dokument inte nödvändigtvis behöver vara ett papper. En specifik samling av information kan behöva hållas samman som en enhet och tillföras olika typer av metadata, exempelvis en signatur av en epikris (som i sig består av enskilda uppgifter), eller dokumentation om att en specifik samling uppgifter har lämnats ut till annan myndighet. Dokument kan innehålla explicita relationer mellan de uppgifter i patientjournal eller personakt som dokumentet består av. Exempel är ett utlåtande där man vill beskriva att en aktivitet har orsak i ett tidigare observerat tillstånd.	<i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Dokument
Företrädare	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Person som är utsedd att företräda en enskild i rättsliga frågor eller i vissa fall även på annat sätt än rättsligt sörja för den enskilde. Det kan innebära att se till att den enskilde får den vård som han eller hon behöver. I vissa fall leder företrädarskapet till att den enskildes rättshandlingsförmåga kan begränsas. Exempel på företrädare är god man, förvaltare och vårdnadshavare. En god man är enligt termbanken 'person som är utsedd att företräda en viss person som på grund av sjukdom, psykisk störning, försvagat	<i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Annan person med attributet typ

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	hälsotillstånd eller liknande förhållande behöver hjälp med att bevaka sin rätt, förvalta sin egendom eller sörja för sin person utan att dennes rättshandlingsförmåga begränsas' och har anmärkningen: 'God man och förvaltare utses av allmän domstol eller överförmyndare.' En förvaltare är enligt termbanken 'person som är utsedd att företräda en viss person som är ur stånd att vårda sig själv eller sin egendom och där dennes rättshandlingsförmåga är begränsad' och har anmärkningen: 'God man och förvaltare utses av allmän domstol eller överförmyndare.' En vårdnadshavare är enligt termbanken 'förälder eller av domstol särskilt utsedd person som har att utöva vårdnaden om ett barn' och har anmärkningen: 'Rätten att företräda barnet i ekonomiska frågor och att förvalta dess tillgångar hör inte till vårdnaden utan till förmyndarskapet. En vårdnadshavare är dock vanligen också förmyndare för barnet.' Den vårdnadshavare som utses av domstol kallas särskilt förordnad vårdnadshavare.	
Individanpassad process (inom vård och omsorg)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Den individuellt anpassade process inom vård och omsorg som en vård- och omsorgstagare genomgår med syfte att identifiera och hantera problem och tillstånd. Processen innefattar hela processen från vård- och omsorgsinitering till uppföljning gentemot måltillstånd. Uppföljningen kan ske både när aktiviteterna har avslutats och kontinuerligt under pågående aktivitet.	Motsvaras i informationsmodellen: Individanpassad process
Måltillstånd (inom vård och omsorg)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Tillstånd som inte har observerats men som vård- och omsorgstagare eller vård- och omsorgspersonal önskar uppnå. Exempel på måltillstånd är att vård- och omsorgstagaren ska bli fri från sjukdom eller kunna bo kvar hemma.	Motsvaras i informationsmodellen: Observation med attributet status satt till "mål" samt attributet värde och vid behov attributet typ
Närstående	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> person som den enskilde anser sig ha en nära relation till Anmärkning: Observera att termerna anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna.	Motsvaras i informationsmodellen: Annan person med attributet typ
Observerat tillstånd (inom vård och omsorg)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Tillstånd hos en vård- och omsorgstagare som uppmärksammas exempelvis av vård- och omsorgstagaren själv eller vård- och omsorgspersonal. Exempel på observerat tillstånd är smärta och svårighet att klä sig själv.	Motsvaras i informationsmodellen: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid behov attributet typ
Omgivningsfaktorer	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar. Omgivningsfaktorer kan påverka vård- och omsorgstagarens tillstånd. Exempel på omgivningsfaktorer är boendemiljö, arbetsmiljö och psykosocial miljö.	Motsvaras i informationsmodellen: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid behov attributet typ
Organisation	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Verksamhet med ansvar och befogenhet att tillvarata intressen som är gemensamma för de	Motsvaras i informationsmodellen: Organisation

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	ingående medlemmarna eller intressenterna. Exempel är enskilda verksamheter inom socialtjänst, organisationer inom skolväsende eller polismyndighet.	
Organisation (inom vård och omsorg)	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Organisation som beslutar om, har ansvar för och/eller utför aktiviteter inom vård och omsorg.	Motsvaras i informationsmodellen: Organisation
Person	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Mänsklig individ.	Motsvaras i informationsmodellen: Person
Resurs (inom vård och omsorg)	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Något som kan tas i anspråk för eller krävs för genomförande av aktiviteter eller processer inom vård och omsorg och som inte avser personer eller organisationer. Exempel är olika typer av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvård och pengar som betalas ut till brukaren inom socialtjänst.	Motsvaras i informationsmodellen: Resurs
Samtycke	Definition enligt Socialstyrelsens termbank: frivillig, särskild och otvetydig viljeyttring genom vilken en person som tillfrågats om något, efter att ha fått information, godtar det frågan gäller Anmärkning: Inom hälso- och sjukvård krävs samtycke för bl.a. tillgång till vårdinformation och för behandling av personuppgifter. För tillgång till vårdinformation krävs samtycke vid informationstillgång för informationsmottagare som omfattas av yttre sekretess. Samtycket kan vara skriftligt, muntligt eller presumerat (underförstått). Patienten kan när som helst återkalla sitt samtycke. Ett samtycke - ges av en person/patient eller av legal ställföreträdare (t.ex. vårdnadshavare för ett barn) - gäller tillgång till specificerad vårdinformation - gäller för en eller flera informationsmottagare. Beskrivning eller kommentar enligt NI: Observera att begreppen samtycke och samtyckesbeslut i Socialstyrelsens termbank kan komma att ses över.	
Samtyckesbeslut	Definition enligt Socialstyrelsens termbank: tillfrågad persons beslut om att lämna eller inte lämna samtycke Beskrivning eller kommentar enligt NI: Samtyckesbeslut är en form av beslut som det i vissa fall finns uttryckliga dokumentationskrav om. I vård och omsorg är det endast vård- och omsorgstagaren eller en företrädare för denne som kan fatta ett samtyckesbeslut, aldrig vård- och omsorgspersonal. Exempelvis finns det dokumentationskrav på beslut om att samtycka till insamling och bevarande av vävnadsprover och återfinns i lagen (2002:297) om biobanker i hälso- och sjukvården m.m. Inom socialtjänst finns det dokumentationskrav på beslut om att samtycka till att nämnden får kontakta andra	

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	myndigheter eller personer enligt 5 kap. 5 §, SOSFS 2014:5 Dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS. Observera att begreppen samtycke och samtyckesbeslut i Socialstyrelsens termbank kan komma att ses över.	
Tillstånd (inom vård och omsorg)	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Tillstånd hos en vård- och omsorgstagare som hanteras inom vård och omsorg. Tillstånd (inom vård och omsorg) kan delas upp i observerat tillstånd och måltillstånd.	Motsvaras i informationsmodellen: Observation med attributet status satt till "känd förekomst" eller "mål", attributet värde och vid behov attributet typ
Uppgift i patientjournal eller personakt	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Uppgift som dokumenteras om en vård- och omsorgstagare i en patientjournal eller i en personakt. Exempel är olika observerade tillstånd, bedömda problem eller planerade och utförda aktiviteter.	Motsvaras i informationsmodellen: Uppgift i patientjournal eller personakt
Vård- och omsorgsinitiering	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Initiering av den individanpassade processen genom att en vård- och omsorgstagare tar kontakt med eller blir kontaktad av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Inom hälso- och sjukvård initieras processen genom en vårdbegäran för egen räkning och inom socialtjänsten initieras processen av aktualisering.	Motsvaras i informationsmodellen: Vård- och omsorgsinitiering
Vård- och omsorgspersonal	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Person eller personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst.	Motsvaras i informationsmodellen: Vård- och omsorgspersonal
Vård- och omsorgsplan	Definition enligt Socialstyrelsens termbank: dokumenterad plan som beskriver planerade insatser/åtgärder inom vård och omsorg Anmärkning: Begreppet vård- och omsorgsplan är ett övergripande begrepp som omfattar samtliga planer inom vård och omsorg och är att betrakta som en rubrik. Det finns såväl standardiserade som individuella vård- och omsorgsplaner. Individuella planer dokumenteras i patientjournalen (i enlighet med patientdatalagen) eller i personakten. Vård- och omsorgsplanen används i samband med pågående insatser/åtgärder samt vid uppföljning och utvärdering.	Motsvaras i informationsmodellen: Individuell plan, klassen Samband där attributet typ är satt till "består av", klassen Aktivitet med attributet status satt till "planerad" och klassen Observation med attributet typ, attributet status satt till "mål" och attributet värde
Vård- och omsorgstagare	Beskrivning eller kommentar enligt NI: Person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård (patient) och/eller som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt inriktade insatser från socialtjänsten (brukare).	Motsvaras i informationsmodellen: Vård- och omsorgstagare

Informationsmodell för vård och omsorg

Informationsmodellen visar vilken information om begreppen i begreppsmodellen som ska dokumenteras och hur detta ska göras. Informationsmodeller är oberoende av it-lösning och ska visa sambanden mellan olika informationsmängder i en verksamhet, oavsett i vilket eller vilka it-stöd de tillämpas.

Dokumentationsbehovet åskådliggörs genom informationsklasser och attribut i informationsmodellen. Vilken information som omfattas av informationsmodellerna i NI styrs av angelägenheter inom dessa perspektiv:

- Dokumentationskrav enligt författning
- Statistikuppföljning
- Bästa tillgängliga kunskap

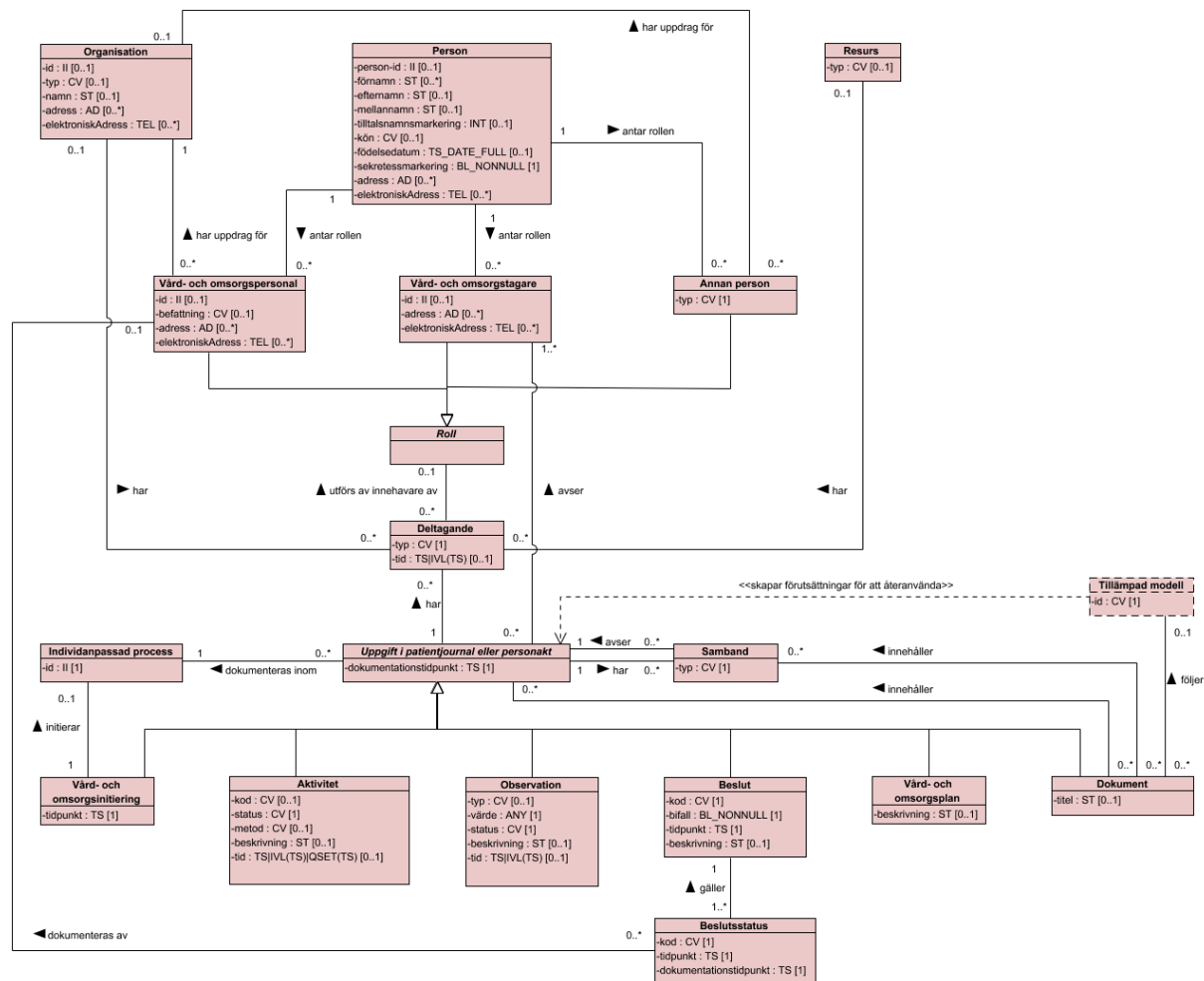
I vissa fall behövs abstrakta informationsklasser för att hålla ihop flera informationsklasser. Abstrakta informationsklasser har kursiverade klassnamn som visar att dessa informationsklasser inte förekommer som sig själva i dokumentation i patientjournal eller personakt utan endast i sina specialiseringar i tillämpningar.

För att beskriva strukturen hos format som ska användas för respektive attribut i informationsmodellen används datatyperna från den internationella standarden *ISO 21090 Hälsa- och sjukvårdsinformatik – Harmoniserade datatyper för informationsutbyte*⁷. ISO 21090 har delar som kan hålla den typ av information som NI avser att beskriva, vilket är anledningen till att den standarden valts. Dock ställer inte NI kravet att det är just dessa datatyper som ska användas, utan endast den struktur som de tillhandahåller.

Genom att säkerställa spårbarheten mellan de olika modellerna och nivåerna blir det möjligt att utbyta information inom processen och mellan olika aktörer. Modellerna talar dock inte om vilken information som kan eller får utbytas. Det är alltid lagar och föreskrifter inom respektive verksamhetsdomän som styr hur informationen får utbytas i praktiken.

Vård- och omsorgsmodellen används inte i de faktiska verksamheterna och är inte heller inte avsedd att göra det. Denna beskrivningsnivås funktion är i stället att säkerställa spårbarhet mellan de specialiserade modellerna för hälso- och sjukvård och för socialtjänst. Det är informationsklasserna i informationsmodellerna på den specialiserade beskrivningsnivån som representerar den faktiska verksamhetens fackspråk och ska användas när verksamheter inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst beskriver sina dokumentationsbehov.

⁷ <http://www.sis.se/informationsteknik-kontorsutrustning/it-till%C3%A4mpningar/h%C3%A4lsa-och-sjukv%C3%A5rdsinformatik/ss-en-iso-210902011>



Beskrivning av informationsklasser

Aktivitet

Klassen aktivitet håller information om något som kan utföras av någon eller något inom vård och omsorg. Aktiviteterna inom vård och omsorg syftar till att identifiera och hantera tillstånd eller problem hos vård- och omsorgstagaren och utgörs av till exempel utredning, genomförande och uppföljning.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
kod	Kod för den typ av aktivitet som avses, exempelvis genom användande av en kod från en klassifikation av åtgärder. Observera att det är obligatoriskt att ange antingen attributet kod eller beskrivning.	CV	0..1
status	Kod för aktivitetens status som anger om en aktivitet exempelvis är planerad eller utförd. En instans av klassen aktivitet kan inte byta status. Om man exempelvis vill dokumentera en planerad utredning som senare utförs så dokumenteras detta som två instanser av klassen aktivitet, en med status planerad och en med status utförd.	CV	1
metod	Kod för den typ av tillvägagångssätt för genomförandet av aktiviteten som avses. Metodattributet används endast om inte attributet kod innefattar tillräcklig information om detta.	CV	0..1
beskrivning	Textuell beskrivning av den aktivitet som avses. Används antingen som komplement till eller istället för attributet kod. Observera att det är obligatoriskt att ange antingen attributet kod eller beskrivning.	ST	0..1
tid	Angivelse av vilken tid en aktivitet startat, utförts eller är planerad att utföras. Om aktiviteten är planerad att ske återkommande kan även frekvens och omfattning anges. Beroende på behov i den faktiska tillämpningen kan någon av datatyperna TS för tidpunkt, IVL(TS) för tidsintervall eller QSET(TS) för komplicerade tidsangivelser så som återkommande med viss frekvens användas.	TS IVL(TS) QSET(TS)	0..1

Annan person

Klassen annan person håller information om person som på något sätt är relaterad till vård- och omsorgstagaren men som inte är vård- och omsorgstagaren eller vård- och omsorgspersonal. Exempel på annan person är anhörig, närstående eller företrädare.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av annan person som avses.	CV	1

Beslut

Klassen beslut håller information om avgörande i viss fråga inom vård och omsorg. Exempel är beslut om vissa tvångsåtgärder enligt lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård, LPT, och slutliga beslut om insatser inom socialtjänst.

Dokumentationen om ett fattat beslut kan inte ändras i efterhand. Information om beslutets status, såsom att beslutet vunnit laga kraft eller upphävts, kan därför inte representeras i beslutsklassen. Den informationen hålls istället i klassen beslutsstatus som beskriver beslutets livscykel.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
kod	Kod för det beslutet avser, exempelvis avvikelse från en behandlingsrekommendation inom hälso- och sjukvård eller överflyttning till annat LVM-hem inom socialtjänst. I tillämpliga fall ska det kodade värdet även innehålla referens till författning.	CV	1
bifall	Flagga som anger huruvida det som avses i attributet kod bifalles eller ej. Värdet sant innebär att det beslutet avsåg tillstyrktes, värdet falskt innebär att det beslutet avsåg avslogs.	BL_N ONNU LL	1
tidpunkt	Angivelse av tidpunkt då beslutet fattades.	TS	1
beskrivning	Textuell beskrivning av det beslut som avses. Beskrivningen kan i förekommande fall även innehålla motiveringen till beslutet eller särskilda villkor som hänger samman med beslutet.	ST	0..1

Beslutsstatus

Klassen beslutsstatus håller information om vilken status ett visst beslut har. Klassen används för att ange att ett beslut exempelvis har vunnit laga kraft.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
kod	Kod för den status som beslutet har. Attributet kan exempelvis användas för att beskriva att beslutet har vunnit laga kraft eller att det inte längre gäller.	CV	1
tidpunkt	Angivelse av vid vilken tidpunkt statusen för ett beslut börjar gälla.	TS	1
dokumentations-tidpunkt	Angivelse av den tidpunkt vid vilken statusen lagrats.	TS	1

Deltagande

Klassen deltagande håller information om på vilket sätt en viss innehavare av roll, organisation eller resurs deltar i ett visst givet sammanhang. Exempel på deltagande är att en vård- och omsorgspersonal deltar i aktiviteten utredning i egenskap av utförare.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
----------	-------------	---------	---------------

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för hur en innehavare av roll, organisation eller resurs deltar i ett visst sammanhang. Notera att det finns ett kodverk framtaget för deltagandetyper. Se separat bilaga.	CV	1
tid	Angivelse av tid då en innehavare av roll, organisation eller resurs deltar i ett visst sammanhang.	TS IVL (TS)	0..1

Dokument

Klassen dokument håller information om samling av information som behandlas och fungerar som en enhet. Observera att ett dokument inte nödvändigtvis behöver vara ett papper. Klassen används när en specifik samling av information behöver hållas samman som en enhet och tillföras olika typer av metadata, exempelvis en *signatur* av ett beslutsunderlag (som i sig består av enskilda uppgifter) eller dokumentation om att en viss samling uppgifter har lämnats ut till annan myndighet. Dokument kan innehålla explicita relationer mellan de uppgifter i patientjournal eller personakt som dokumentet består av. Exempel är ett utlåtande där man vill beskriva att en aktivitet har orsak i ett tidigare observerat tillstånd.

Ett dokument kan också följa en standardiserad vy. Denna innehåller en på förhand fastställd uppsättning uppgifter i patientjournal eller personakt med tillhörande relationer. Exempel är ett dödsorsaksintyg som följer den på förhand fastställda strukturen för denna specifika typ av intyg.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
titel	Ord eller fras avsedd för identifikation av ett dokument. Detta attribut ska användas i de fall dokument inte följer en standardiserad vy.	ST	0..1

Individanpassad process

Klassen individanpassad process håller information om den individuellt anpassade processen inom vård och omsorg som en vård- och omsorgstagare genomgår med syfte att identifiera och hantera problem och tillstånd. Processen innefattar hela processen från vård- och omsorgsinitiering till uppföljning gentemot måltillstånd. Uppföljningen kan ske både när aktiviteterna har avslutats och kontinuerligt under pågående aktivitet.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för en specifik individanpassad process. Identitetsbeteckningen används för att dokumentation ska kunna hållas samman när en vård- och omsorgstagare erhåller vård och omsorg från flera aktörer.	II	1

Observation

Klassen observation håller information om olika tillstånd, problem, behov och omgivningsfaktorer som observeras eller som i framtiden skulle kunna observeras om en vård- och omsorgstagare. Exempelvis kan ett blodtryck eller en funktionsnedsättning vara något som observeras.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av observation som avses i de fall detta inte framgår av attributet värde. Exempelvis så skulle observationens typ kunna motsvara "längd mätt utan skor" och då innehåller attributet värde resultatet av mätningen, exempelvis 187 cm.	CV	0..1
värde	Angivelse av värde som alltid representerar det faktiska observerade tillståndet. Om observationen avser ett måltillstånd motsvarar attributet värde det resultat man önskar uppnå för att målet ska uppfyllas. Notera att även observationer vars representation dokumenteras som fritext använder attributet värde.	ANY	1
status	Kod för observationens status, exempelvis för att dokumentera om det tillstånd som beskrivs fanns vid den angivna tiden eller är ett potentiellt tillstånd. En instans av klassen observation kan inte byta status. Om man exempelvis vill dokumentera ett måltillstånd som senare uppfylls så dokumenteras detta som två instanser av klassen observation, en med status måltillstånd och en med status observerat.	CV	1
beskrivning	Textuell beskrivning av den observation som avses. Används som komplement till attributet värde i de fall där en ytterligare textuell beskrivning krävs.	ST	0..1
tid	Angivelse av den tid då det som observerats faktiskt förekom eller förväntas förekomma. Exempelvis så kan tidsattributet ange att vård- och omsorgstagaren hade huvudvärk igår kväll mellan kl. 20.00 och 21.45 även om detta berättades på morgonen efter och det dokumenterades först då. Om observationen är ett måltillstånd anger tidsattributet den tidpunkt då detta tillstånd önskas vara uppnått. Observationens tid skiljer sig vanligtvis från dokumentationstidpunkt för uppgift i patientjournal eller personakt som beskriver när tillståndet dokumenterades, vilket alltid sker i efterhand. Beroende på behov i den faktiska tillämpningen kan någon av datatyperna TS för tidpunkt eller IVL(TS) för tidsintervall användas.	TS IVL (TS)	0..1

Organisation

Klassen organisation håller information om verksamhet med ansvar och befogenhet att tillvarata intressen som är gemensamma för de ingående medlemmarna eller intressenterna.

Exempel på organisation är enskilda verksamheter inom socialtjänst, organisationer inom skolväsende eller polismyndighet.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för organisationen.	II	0..1
typ	Kod för den organisationstyp som avses.	CV	0..1
namn	Angivelse av organisationens namn.	ST	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats för organisation, exempelvis besöksadress eller fakturaadress.	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation till organisation. Här avses även telefonnummer. Exempel är telefonnummer till växel, e-postadress eller webbadress.	TEL	0..*

Person

Klassen person håller information om den mänskliga individen oavsett vilka roller den personen antar. De attribut som klassen innehåller beskriver egenskaper som personen har oavsett om personen har antagit rollen som vård- och omsorgstagare eller en annan roll. Attributen i klassen person motiveras framförallt av krav på att hålla uppgifter om vård- och omsorgstagare men kan även användas av andra roller.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
person-id	Angivelse av identitetsbeteckning som personen har oavsett vilken roll personen antar (vanligtvis personnummer eller samordningsnummer).	II	0..1
förnamn	Angivelse av förnamn, som är en persons givna namn och inkluderar tilltalsnamn.	ST	0..*
efternamn	Angivelse av efternamn, som är en persons familjenamn eller släktnamn.	ST	0..1
mellannamn	Angivelse av mellannamn, som är ett namn som kan bäras för att visa gemenskap med en förälder eller en make som bär detta namn som efternamn. Man kan också bära ett eget tidigare efternamn som mellannamn om man bytt till makes eller registrerad partners efternamn.	ST	0..1
tilltalsnamnsmarkering	Angivelse av tilltalsnamnsmarkering, som används för att markera vilket av de angivna förnamnen som är personens tilltalsnamn. Giltiga värden är 10-99 där den första siffran anger vilket av de angivna förnamnen som är tilltalsnamnet (1 motsvarar första namnet och så vidare) och den andra siffran anger det eventuella andra tilltalsnamnet om dubbelnamn är aktuellt. Om inte är den andra siffran 0.	INT	0..1
kön	Angivelse av vilket kön personen har enligt folkbokföringen.	CV	0..1
födelsedatum	Angivelse av vilket datum personen är född.	TS_DATE_FULL	0..1
sekretessmarkering	Angivelse av sekretessmarkering enligt Skatteverket.	BL_NONNULL	1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats för en person, exempelvis bostadsadress eller	AD	0..*

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
elektroniskAdress	tillfällig adress. Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har. Här avses även telefonnummer. Exempel är telefonnummer eller e-postadress.	TEL	0..*

Resurs

Klassen resurs håller information om något som kan tas i anspråk för eller krävs för genomförande av en aktivitet eller process inom vård och omsorg och som inte avser personer eller organisationer. Exempel är olika typer av medicintekniska produkter inom hälso- och sjukvården och pengar som betalas ut till brukaren inom socialtjänsten.

Notera att trots att en resurs används i en aktivitet eller process kan en instans av resursklassen ha ett deltagande kopplat till andra uppgifter i patientjournal eller personakt. Aktiviteten uttrycks då implicit.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av resurs som avses.	CV	0..1

Roll

Klassen roll håller information om i vilken funktion eller uppdrag ett deltagande sker. En roll innehåller de egenskaper som man förvärvar när man inträder i rollen.

Samband

Klassen samband håller information om hur två dokumenterade företeelser i patientjournal eller personakt är relaterade till varandra.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för på vilket sätt två företeelser dokumenterade som uppgifter i patientjournal eller personakt är relaterade till varandra. Exempelvis kan en aktivitet ha en relation till en observation där typen är "har orsak", det vill säga orsaken till att aktiviteten utförs är något som tidigare observerats. Notera att det finns ett kodverk framtaget för sambandstyper. Se separat bilaga.	CV	1

Tillämpad modell

Klassen tillämpad modell beskriver hur information om en viss företeelse ska struktureras enligt en på förhand fastställd uppsättning uppgifter i patientjournal eller personakt och tillhörande relationer. En tillämpad modell skapar därmed förutsättningar för semantisk interoperabilitet. Exempel är den tillämpade modellen som beskriver den på förhand fastställda strukturen för dödsorsaksintyget.

De uppgifter i patientjournal eller personakt med tillhörande relationer som följer en tillämpad modell kan vid behov sammanställas och lagras som ett dokument.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för den specifika tillämpade modell som avses. Exempelvis identitetsbeteckningen för den specifika strukturen som anger hur ett visst intyg ska utformas, t.ex. ett dödsorsaksintyg.	CV	1

Uppgift i patientjournal eller personakt

Klassen uppgift i patientjournal eller personakt håller information om uppgifter som dokumenteras om en vård- och omsorgstagare i en patientjournal eller i en personakt. Exempel är olika observerade tillstånd, bedömda problem eller planerade eller utförda aktiviteter.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
dokumentations-tidpunkt	Angivelse av den tidpunkt vid vilken uppgiften lagrats.	TS	1

Vård- och omsorgsinitiering

Klassen vård- och omsorgsinitiering håller information om starten för den individanpassade processen genom att en vård- och omsorgstagare tar kontakt med eller blir kontaktad av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Inom hälso- och sjukvård initieras processen genom en vårdbegäran för egen räkning och inom socialtjänsten initieras processen av aktualisering.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
tidpunkt	Angivelse av tidpunkt då en vård- eller omsorgsinitiering skedde.	TS	1

Vård- och omsorgspersonal

Klassen vård- och omsorgspersonal håller information om person som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning som en person har när denne arbetar i rollen som vård- och omsorgspersonal i ett visst uppdrag i en organisation inom vård och omsorg. Till exempel kan en handläggare eller barnmorska ha en identitetsbeteckning i sin roll som socialtjänstpersonal respektive hälso- och sjukvårdspersonal.	II	0..1
befattning	Kod för den befattning en vård- och omsorgspersonal har i sitt uppdrag inom ramen	CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
adress	för en organisation. En befattning avser ställning i en verksamhet som innebär vissa befogenheter och ett visst ansvar. Angivelse av adressinformation för fysisk plats som en person har i sin roll som vård- och omsorgspersonal, exempelvis arbetsplatsadress.	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har i sin roll som vård- och omsorgspersonal. Här avses även telefonnummer. Exempel är direktnummer eller personlig e-postadress.	TEL	0..*

Vård- och omsorgsplan

Klassen vård- och omsorgsplan håller information om vård- och omsorgsplaner som beskriver planerade aktiviteter för enskild individ inom vård och omsorg, till exempel samordnad individuell plan och vårdplan inför placering.

Planen ses här som en "hållare" av uppgifter. Genom samband kopplas planen ihop med dess ingående delar som exempelvis det måltillstånd planen syftar till att uppnå och de aktiviteter som planen består av.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
beskrivning	Textuell beskrivning av den plan som avses.	ST	0..1

Vård- och omsorgstagare

Klassen vård- och omsorgstagare håller information om den roll en person har som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård (patient) och/eller som får, eller som är föremål för en utredning om att få, individuellt behovsprövade insatser från socialtjänsten (brukare).

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för vård- och omsorgstagare. Id är en identitetsbeteckning som används då vård- och omsorgstagaren inte kan eller bör identifieras med ett person-id. Observera att det är obligatoriskt att ange antingen person-id på person eller id på vård- och omsorgstagare.	II	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats som en person har i sin roll som vård- och omsorgstagare, exempelvis särskild kallelseadress.	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har i sin roll som vård- och omsorgstagare, exempelvis särskilt telefonnummer.	TEL	0..*

Bilaga 3: Uttryckliga dokumentationskrav

Inledning

Angelägenheterna i de tre perspektiven *Dokumentationskrav enligt författning*, *Statistikuppföljning* och *Bästa tillgängliga kunskap* ställer uttryckliga och specifika dokumentationskrav på innehållet i informationsmodellerna i NI. Syftet med delen är att redovisa vilka författningar, nationella register eller nationella uppdrag som ställer krav på att visst givet attribut och klass finns i NI:s informationsmodell för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst.

Informationsmodell för hälso- och sjukvård

Klass	Attribut	Dokumentationskrav enligt författning	Statistikuppföljning	Bästa tillgängliga kunskap
Aktivitet	beskrivning	SFS 1982:763, 3 b §, 3 f § SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1147, 13 §, 15 §, 16 § SFS 1990:1404, 10 d §, 10 e § SFS 1991:1128, 4 §, 7 a §, 7 §, 16 § SFS 1991:1129, 12 a §, 16 b § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1993:387, 10 § SFS 1995:831, 11 § SOSFS 1996:28, avsnitt 6 SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 5, avsnitt 8, avsnitt 11 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 9 §, 3 a kap. 14 §, 3 a kap. 15 §, 3 a kap. 16 §, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 §, 4 kap. 6 §, 4 kap. 9 § SOSFS 2002:11, 4 kap. 10 § SFS 2002:297, 3 kap. 2 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 §, 4 kap. 2 §, 4 kap. 4 §, 5 kap. 21 § SOSFS 2005:10, 2 kap. 4 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 7 § SOSFS 2005:28, 7 kap. 2 § SFS 2006:351, 3 kap. 1 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2006:9, 7 kap. 4 § SOSFS 2007:10, 9 §, 12 § SOSFS 2007:2, 12 § SOSFS 2008:21, 8 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 3 kap. 11 §, 3 kap. 14 § SOSFS 2009:27, 4 kap. 6 §, 4 kap. 7 § SOSFS 2009:29, 3 kap. 5 §, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 1 §, 4 kap. 7 §, 4 kap. 10 §, 4 kap. 20 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 §, 7 kap. 4 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 2 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SFS 2010:659, 3 kap. 8 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §	Cancerregistret	
Aktivitet	kod	SFS 1982:763, 3 b §, 3 f § SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1147, 13 §, 15 §, 16 § SFS 1990:1404, 10 d §, 10 e § SFS 1991:1128, 4 §, 7 a §, 7 §, 16 § SFS 1991:1129, 12 a §, 16 b § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1993:387, 10 § SFS 1995:831, 11 § SOSFS 1996:28, avsnitt 6 SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 5, avsnitt 8, avsnitt 11 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 9 §, 3 a kap. 14 §, 3 a kap. 15 §, 3 a kap. 16 §, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 §, 4 kap. 6 §, 4 kap. 9 § SOSFS 2002:11, 4 kap. 10 § SFS 2002:297, 3 kap. 2 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 §, 4 kap. 2 §, 4 kap. 4 §, 5 kap. 21 § SOSFS 2005:10, 2 kap. 4 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 7 §, 3 kap. 8 § SOSFS 2005:28, 7 kap. 2 § SFS 2006:351, 3 kap. 1 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2006:9, 7 kap. 4 § SOSFS 2007:10, 9 §, 12 § SOSFS 2007:2, 12 § SOSFS 2008:21, 8 §	Cancerregistret	

		SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 3 kap. 11 §, 3 kap. 14 § SOSFS 2009:27, 4 kap. 6 §, 4 kap. 7 § SOSFS 2009:29, 3 kap. 5 §, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 1 §, 4 kap. 7 §, 4 kap. 10 §, 4 kap. 20 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 §, 7 kap. 4 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 2 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SFS 2010:659, 3 kap. 8 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §		
Aktivitet	lokalisering		Medicinska födelseregistret	
Aktivitet	metod	SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 5 SOSFS 2002:11, 4 kap. 10 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 §	Medicinska födelseregistret	
Aktivitet	status	SFS 1982:763, 3 b §, 3 f § SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1147, 13 §, 16 § SFS 1990:1404, 10 d § SFS 1991:1128, 7 §, 16 § SFS 1991:1129, 16 b § SFS 1993:387, 10 § SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 5, avsnitt 11 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 14 §, 3 a kap. 16 §, 3 kap. 7 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 8 § SOSFS 2007:10, 9 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 § SOSFS 2009:27, 4 kap. 7 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 1 §, 4 kap. 7 §, 4 kap. 20 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 §	Dödsorsaksregistret	
Aktivitet	tid	SFS 1990:1147, 16 § SFS 1990:1404, 10 e § SFS 1991:1472, 2 § SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 5, avsnitt 8, avsnitt 11 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 14 §, 3 kap. 7 § SOSFS 2005:10, 2 kap. 4 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 8 § SOSFS 2007:10, 9 § SFS 2008:355, 3 kap. 11 §, 3 kap. 14 § SOSFS 2009:27, 4 kap. 7 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 §	Cancerregistret	
Annan person	typ	SFS 1982:763, 3 f § SFS 1991:1128, 16 § SFS 1991:1472, 2 § SFS 2002:297, 3 kap. 2 §, 3 kap. 5 § SFS 2004:168, 5 kap. 17 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 § SFS 2006:351, 6 kap. 1 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2008:33, 3 § SOSFS 2009:10, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 8 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 2 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SFS 2010:659, 3 kap. 8 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 §	Medicinska födelseregistret	

Beslut	beskrivning	SFS 1991:1128, 7 a § SFS 1991:1129, 8 §, 12 a § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1995:831, 11 § SOSFS 1996:28, avsnitt 6 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 5 §, 3 a kap. 15 §, 3 a kap. 16 §, 3 kap. 3 §, 3 kap. 4 §, 3 kap. 5 §, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 §, 3 kap. 9 §, 4 kap. 6 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 §, 4 kap. 2 §, 4 kap. 3 §, 5 kap. 17 § SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 7 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 13 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §		
Beslut	bifall	SFS 1991:1472, 2 § SOSFS 1996:29, avsnitt 5 SFS 2008:355, 6 kap. 2 § SOSFS 2009:30, 6 kap. 5 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 § SOSFS 2016:40, 6 kap. 3 §		
Beslut	kod	SFS 1982:763, 3 b § SFS 1990:1147, 16 § SFS 1991:1128, 4 §, 7 a §, 7 §, 9 §, 11 § SFS 1991:1129, 8 §, 12 a § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1995:831, 6 §, 11 § SOSFS 1996:28, avsnitt 6, avsnitt 3.5 SOSFS 1996:29, avsnitt 5 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 5 §, 3 a kap. 15 §, 3 a kap. 16 §, 3 kap. 3 §, 3 kap. 4 §, 3 kap. 5 §, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 §, 3 kap. 9 §, 4 kap. 6 § SOSFS 2002:11, 4 kap. 8 § SFS 2002:297, 3 kap. 1 §, 3 kap. 2 §, 3 kap. 3 §, 3 kap. 5 §, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 §, 4 kap. 5 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 §, 4 kap. 2 §, 4 kap. 3 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 21 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 § SFS 2006:351, 3 kap. 1 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2007:10, 9 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 6 kap. 2 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 1 §, 4 kap. 7 §, 4 kap. 10 §, 4 kap. 20 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 §, 5 kap. 2 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 11 §, 7 kap. 13 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §, 6 kap. 3 §	Patientregistret	
Beslut	tid	SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §		
Beslut	tidpunkt	SFS 1991:1128, 7 § SFS 1991:1129, 12 a §		
Beslutsstatus	dokumentations-tidpunkt	SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 3 kap. 9 §, 3 kap. 17 §		
Beslutsstatus	kod	SFS 1991:1128, 4 §, 7 §, 9 § SFS 1991:1129, 12 a § SFS 1991:1472, 2 § SOSFS 2000:1, 3 a kap. 15 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §, 6 kap. 3 §		
Beslutsstatus	tidpunkt	SFS 1991:1128, 7 §, 9 § SFS 1991:1129, 12 a § SFS 1991:1472, 2 § SOSFS 2000:1, 3 a kap. 15 §		
Delta-	tid	SFS 1990:1144, 4 kap. 2 §	Dödsorsaksregist-	

gande		SFS 2008:355, 3 kap. 11 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §	ret	
Delta- gande	typ	SFS 1982:763, 3 b §, 3 f § SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1144, 4 kap. 2 § SFS 1990:1147, 13 §, 16 § SFS 1990:1404, 10 d § SFS 1991:1128, 4 §, 7 a §, 7 §, 11 §, 16 § SFS 1991:1129, 8 §, 12 a §, 16 b § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1995:831, 11 § SOSFS 1996:28, avsnitt 6 SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 5, avsnitt 8, avsnitt 11 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 9 §, 3 a kap. 14 §, 3 kap. 3 §, 3 kap. 4 §, 3 kap. 5 §, 3 kap. 6 §, 3 kap. 9 §, 4 kap. 6 §, 4 kap. 9 § SFS 2002:297, 3 kap. 2 §, 3 kap. 5 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 §, 4 kap. 2 §, 4 kap. 3 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 21 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 7 § SFS 2006:351, 3 kap. 1 §, 6 kap. 1 § SOSFS 2007:10, 9 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 3 kap. 10 §, 3 kap. 11 §, 3 kap. 14 § SOSFS 2009:29, 3 kap. 5 §, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 1 §, 4 kap. 7 §, 4 kap. 8 §, 4 kap. 10 §, 4 kap. 20 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 §, 7 kap. 4 §, 7 kap. 5 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 4 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 2 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SFS 2010:659, 3 kap. 8 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §, 7 kap. 12 §, 7 kap. 13 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §, 6 kap. 3 §	Cancerregistret	
Dokument	titel	SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1144, 4 kap. 2 § SFS 1990:1147, 15 §, 16 § SFS 1990:1404, 10 e § SFS 1991:1128, 4 §, 7 §, 9 §, 11 § SFS 1991:1129, 8 §, 12 a §, 16 b § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1995:831, 6 §, 11 § SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 5 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 15 §, 3 kap. 3 §, 3 kap. 4 §, 3 kap. 5 §, 3 kap. 6 §, 3 kap. 8 §, 4 kap. 6 § SFS 2004:168, 4 kap. 4 §, 5 kap. 21 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 7 §, 3 kap. 8 § SFS 2006:351, 3 kap. 1 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2007:10, 12 § SFS 2008:355, 3 kap. 11 §, 3 kap. 16 § SOSFS 2009:10, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 1 §, 4 kap. 7 §, 4 kap. 8 §, 4 kap. 10 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 §, 7 kap. 4 §, 7 kap. 5 § SFS 2010:500, 27 § SFS 2010:659, 3 kap. 8 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §, 7 kap. 13 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §	Läkemedelsregistret	
Hälso- och sjuk- vårdspersonal	adress	SOSFS 2007:10, 9 §	Dödsorsaksregistret	
Hälso- och sjuk- vårdspersonal	befattning	SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1144, 4 kap. 2 § SFS 1990:1147, 13 §, 15 §, 16 § SFS 1991:1128, 4 §, 7 a §, 7 §, 11 §, 16 § SFS 1991:1129, 12 a §, 16 b § SFS 1991:1472, 2 §	Dödsorsaksregistret	

		SOSFS 1996:28, avsnitt 6 SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 5, avsnitt 8 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 9 §, 3 a kap. 14 §, 3 kap. 4 §, 3 kap. 5 §, 3 kap. 6 §, 3 kap. 9 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 §, 4 kap. 2 §, 4 kap. 3 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 21 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 7 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 6 kap. 5 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 4 §, 5 kap. 1 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 12 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §		
Hälso- och sjukvårdspersonal	elektroniskAdress	SOSFS 2007:10, 9 §	Dödsorsaksregistret	
Hälso- och sjukvårdspersonal	id	SFS 1988:870, 9 § SOSFS 2000:1, 3 a kap. 14 §, 3 kap. 3 §, 3 kap. 4 §, 4 kap. 6 §, 4 kap. 9 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 § SOSFS 2007:10, 9 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 § SOSFS 2009:29, 3 kap. 5 §, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 §, 7 kap. 5 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SOSFS 2011:7, 2 kap. 7 §, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 12 §		
Individanpassad vårdprocess	id	SOSFS 2016:40, 6 kap. 3 §		Hälsoärendet
Individuell plan	beskrivning	SFS 1982:763, 3 b §, 3 f § SFS 1990:1404, 10 d § SFS 1991:1128, 7 a §, 7 §, 16 § SFS 1991:1129, 12 a §, 16 b § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1993:387, 10 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 § SOSFS 2007:10, 9 §, 12 § SOSFS 2009:27, 4 kap. 6 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SOSFS 2011:7, 2 kap. 7 §, 2 kap. 8 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §		
Observation	värde	SOSFS 2009:6, 4 kap. 8 §		
Observation	beskrivning	SFS 1982:763, 3 f § SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1144, 4 kap. 2 § SFS 1990:1147, 13 §, 15 § SFS 1990:1404, 10 d § SFS 1991:1128, 7 a §, 7 §, 9 §, 11 §, 16 § SFS 1991:1129, 12 a §, 16 b § SFS 1991:1472, 2 § SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 8 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 5 §, 3 a kap. 9 §, 3 a kap. 14 §, 3 a kap. 15 §, 3 a kap. 16 §, 3 kap. 5 §, 3 kap. 9 § SFS 2002:297, 3 kap. 2 § SFS 2004:168, 5 kap. 21 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 7 § SOSFS 2005:28, 7 kap. 2 § SOSFS 2006:9, 7 kap. 4 § SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2008:21, 8 § SOSFS 2008:33, 3 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 3 kap. 8 §, 6 kap. 2 a §	Cancerregistret	

		SOSFS 2009:27, 4 kap. 7 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 1 §, 4 kap. 7 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 §, 5 kap. 2 § SOSFS 2009:6, 4 kap. 8 §, 5 kap. 4 § SFS 2010:659, 3 kap. 8 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 12 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §		
Observation	lokalisering		Cancerregistret	
Observation	negation	SFS 2002:297, 3 kap. 2 §	Dödsorsaksregistret	
Observation	status	SFS 1991:1128, 16 § SFS 1991:1129, 16 b § SOSFS 1996:28, avsnitt 6 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 14 §, 3 a kap. 16 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 § SOSFS 2007:10, 9 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 § SOSFS 2009:27, 4 kap. 7 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 §		
Observation	tid	SFS 1990:1147, 13 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 3 § SOSFS 2011:7, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §	Cancerregistret	
Observation	typ	SFS 1982:763, 3 f § SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1144, 4 kap. 2 § SFS 1990:1147, 13 §, 15 § SFS 1990:1404, 10 d § SFS 1991:1128, 4 §, 7 a §, 7 §, 9 §, 11 §, 16 § SFS 1991:1129, 16 b § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1995:831, 11 § SOSFS 1996:28, avsnitt 6 SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 8 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 5 §, 3 a kap. 9 §, 3 a kap. 14 §, 3 a kap. 15 §, 3 a kap. 16 §, 3 kap. 5 §, 3 kap. 9 § SFS 2002:297, 3 kap. 2 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 21 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 7 § SOSFS 2005:28, 7 kap. 2 § SOSFS 2006:9, 7 kap. 4 § SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2008:21, 8 § SOSFS 2008:33, 3 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 3 kap. 8 §, 6 kap. 2 a § SOSFS 2009:27, 4 kap. 7 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 1 §, 4 kap. 7 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 §, 5 kap. 2 § SOSFS 2009:6, 4 kap. 8 §, 5 kap. 4 § SFS 2010:659, 3 kap. 8 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 12 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §	Cancerregistret	
Observation	värde	SFS 1982:763, 3 f § SFS 1990:1144, 4 kap. 2 § SFS 1990:1147, 13 §, 15 §	Cancerregistret	

		SFS 1990:1404, 10 d § SFS 1991:1128, 4 §, 7 a §, 7 §, 9 §, 11 §, 16 § SFS 1991:1129, 12 a §, 16 b § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1995:831, 11 § SOSFS 1996:28, avsnitt 6 SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 8 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 5 §, 3 a kap. 9 §, 3 a kap. 14 §, 3 a kap. 15 §, 3 a kap. 16 §, 3 kap. 5 §, 3 kap. 9 § SFS 2002:297, 3 kap. 2 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 21 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 7 § SOSFS 2005:28, 7 kap. 2 § SOSFS 2006:9, 7 kap. 4 § SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2008:21, 8 § SOSFS 2008:33, 3 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 3 kap. 8 §, 6 kap. 2 a § SOSFS 2009:27, 4 kap. 7 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 1 §, 4 kap. 7 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 §, 5 kap. 2 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SFS 2010:659, 3 kap. 8 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 12 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §		
Organisation	adress	SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 §	Dödsorsaksregistret	
Organisation	elektroniskAdress	SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 §	Dödsorsaksregistret	
Organisation	id	SFS 1982:763, 3 f § SFS 1990:1404, 10 d § SFS 1991:1128, 7 a § SOSFS 1996:28, avsnitt 6 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 14 §, 3 a kap. 16 § SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 3 §, 7 kap. 4 §	Cancerregistret	
Organisation	namn	SFS 1990:1404, 10 d § SFS 1991:1128, 7 a § SOSFS 1996:28, avsnitt 6 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 14 §, 3 a kap. 16 § SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §	Cancerregistret	
Organisation	typ	SFS 1982:763, 3 f § SFS 1990:1147, 16 § SFS 1990:1404, 10 d § SFS 1991:1128, 7 a §, 7 § SFS 1991:1129, 8 §, 12 a § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1995:831, 11 § SOSFS 1996:29, avsnitt 5 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 16 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §, 7 kap. 13 § SOSFS 2016:40, 6 kap. 3 §	Cancerregistret	
Patient	adress	SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §		
Patient	elektroniskAdress	SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §		

Patient	id	SOSFS 2002:11, 5 kap. 1 § SFS 2002:297, 4 kap. 4 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 4 kap. 6 § SFS 2008:363, 1 § SOSFS 2009:29, 3 kap. 2 §, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 7 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 §, 7 kap. 4 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 6 kap. 3 §, 7 kap. 10 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §	Medicinska födel- seregistret	
Person med kompetens att utföra hälso- och sjukvård	legitimation	SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1144, 4 kap. 2 § SFS 1991:1128, 11 §	Dödsorsaksregistret	
Person med kompetens att utföra hälso- och sjukvård	specialistkompetens		Läkemedelsregistret	
Person	adress	SOSFS 2005:27, 3 kap. 8 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §	Cancerregistret	
Person	civilstånd	SFS 2006:351, 6 kap. 1 §, 7 kap. 3 §		
Person	efternamn	SFS 1990:1147, 13 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 8 § SOSFS 2009:29, 3 kap. 2 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §	Cancerregistret	
Person	elektroniskAdress	SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §	Dödsorsaksregistret	
Person	födelsedatum	SFS 2002:297, 3 kap. 2 § SFS 2006:351, 7 kap. 2 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §	Dödsorsaksregistret	
Person	förnamn	SFS 1990:1147, 13 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 8 § SOSFS 2009:29, 3 kap. 2 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §	Cancerregistret	
Person	kön	SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §	Läkemedelsregistret	
Person	mellan-namn	SFS 1990:1147, 13 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 8 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §		
Person	person-id	SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1147, 13 § SOSFS 2002:11, 5 kap. 1 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 8 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 § SOSFS 2009:29, 3 kap. 2 §, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 7 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §	Cancerregistret	
Person	sekretess-	SOSFS 2016:40, 5 kap. 4 §		

	markering			
Person	fylltals-namnsmarkering	SFS 1990:1147, 13 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §		
Resurs	gruppidentitet	SOSFS 2000:1, 4 kap. 9 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 3 §		
Resurs	id	SFS 1995:831, 11 § SOSFS 2000:1, 4 kap. 9 § SOSFS 2002:11, 5 kap. 1 § SFS 2002:297, 4 kap. 4 §, 4 kap. 5 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §	Cancerregistret	
Resurs	mängd	SOSFS 2000:1, 3 kap. 7 §		
Resurs	typ	SFS 1982:763, 3 b § SFS 1995:831, 11 § SOSFS 2000:1, 3 a kap. 5 §, 3 a kap. 9 §, 3 a kap. 15 §, 3 a kap. 16 §, 3 kap. 3 §, 3 kap. 4 §, 3 kap. 5 §, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 §, 3 kap. 9 §, 4 kap. 6 §, 4 kap. 9 § SOSFS 2002:11, 5 kap. 1 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 § SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 7 §, 4 kap. 10 §, 4 kap. 20 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §	Dödsorsaksregistret	
Resurs-egenskap	typ	SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 §		
Resurs-egenskap	värde	SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 §		
Samband	typ	SFS 1982:763, 3 b §, 3 f § SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1147, 16 § SFS 1990:1404, 10 d §, 10 e § SFS 1991:1128, 4 §, 7 a §, 7 §, 9 §, 11 §, 16 § SFS 1991:1129, 12 a §, 16 b § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1995:831, 11 § SOSFS 1996:29, avsnitt 11 SOSFS 2000:1, 3 a kap. 14 §, 3 a kap. 15 §, 3 kap. 8 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 §, 4 kap. 3 §, 4 kap. 4 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 21 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 8 § SFS 2006:351, 7 kap. 3 § SOSFS 2007:10, 9 §, 12 § SOSFS 2008:21, 8 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 3 kap. 8 §, 3 kap. 11 § SOSFS 2009:27, 4 kap. 7 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 4 kap. 20 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 §, 5 kap. 2 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SFS 2010:659, 3 kap. 8 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §, 7 kap. 13 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §, 6 kap. 3 §	Cancerregistret	
Uppgift i patientjournal	dokumentations-tidpunkt	SFS 1990:1144, 4 kap. 2 § SFS 1990:1147, 16 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 3 kap. 9 §, 3 kap. 17 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 §		

Uppgift i patientjournal	id	SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 5 §, 6 kap. 3 §	Patientregistret	
Vårdbe- gåran för egen räkning	kontaktor- sak			Hälso- ärende
Vårdbe- gåran för egen räkning	kontaktor- sakstyp			Hälso- ärende
Vårdbe- gåran för egen räkning	tidpunkt			Hälso- ärende
Vårdkon- takt	inskriven- Från		Patientregistret	
Vårdkon- takt	status		Patientregistret	
Vårdkon- takt	tid	SFS 1991:1472, 2 § SOSFS 2016:40, 5 kap. 3 §	Kommunal hälso- och sjukvård till äldre och perso- ner med funkt- ionsnedsättning	
Vårdkon- takt	typ	SFS 1991:1128, 4 § SFS 1991:1129, 12 a § SFS 1991:1472, 2 § SFS 2004:168, 5 kap. 21 §	Medicinska födel- seregistret	
Vårdkon- takt	utskrivenTill		Cancerregistret	

Informationsmodell för socialtjänst

Klass	Attribut	Dokumentationskrav enligt författning	Statisti- kuppföljning	Bästa till- gängliga kunskap
Aktivitet	beskrivning	SFS 1988:870, 10 §, 11 §, 15 §, 45 § SFS 1990:52, 4 §, 22 §, 28 § SFS 1993:387, 10 §, 21 a § SFS 2001:453, 2 kap. 7 §, 11 kap. 3 §, 11 kap. 5 §, 11 kap. 6 § SFS 2001:937, 3 kap. 12 §, 3 kap. 16 §, 5 kap. 1 a § SOSFS 2007:10, 12 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 9 §, 4 kap. 10 §, 4 kap. 11 §, 4 kap. 15 §, 4 kap. 16 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 6 §, 5 kap. 7 §, 5 kap. 8 §, 5 kap. 10 §, 5 kap. 11 §, 5 kap. 12 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 16 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 20 §, 5 kap. 21 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 5 kap. 24 §, 5 kap. 25 §, 6 kap. 1 §, 6 kap. 2 §, 6 kap. 4 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 4 §, 7 kap. 5 §, 7 kap. 7 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 12 §, 7 kap. 13 §	Registret över ekonomiskt bistånd	
Aktivitet	kod	SFS 1988:870, 10 §, 11 §, 15 §, 45 § SFS 1990:52, 4 §, 22 §, 28 § SFS 1993:387, 10 §, 21 a § SFS 2001:453, 2 kap. 7 §, 11 kap. 3 §, 11 kap. 5 §, 11 kap. 6 § SFS 2001:937, 3 kap. 12 §, 3 kap. 16 §, 5 kap. 1 a § SOSFS 2007:10, 12 § SOSFS 2012:11, 7 kap. 3 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 9 §, 4 kap. 10 §, 4 kap. 11 §, 4 kap. 15 §, 4 kap. 16 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 6 §, 5 kap. 7 §, 5 kap. 8 §, 5 kap. 10 §, 5 kap. 11 §, 5 kap. 12 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 16 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 19 §, 5 kap. 20 §, 5 kap. 21 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 5 kap. 24 §, 5 kap. 25 §, 6 kap. 1 §, 6 kap. 2 §, 6 kap. 4 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 4 §, 7 kap. 5 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 7 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 12 §, 7 kap. 13 §	Registret över ekonomiskt bistånd	
Aktivitet	metod	SFS 1990:52, 4 § SFS 2001:937, 5 kap. 1 a § SOSFS 2014:5, 4 kap. 15 §, 4 kap. 16 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 7 §, 5 kap. 10 §, 5 kap. 12 §, 5 kap. 16 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 5 §, 7 kap. 7 §, 7 kap. 10 §		
Aktivitet	status	SFS 1988:870, 10 §, 45 § SFS 1990:52, 4 §, 22 § SFS 1993:387, 10 § SFS 2001:453, 2 kap. 7 §, 11 kap. 3 § SFS 2001:937, 5 kap. 1 a § SOSFS 2012:11, 7 kap. 3 § SOSFS 2014:5, 5 kap. 8 §, 5 kap. 10 §, 5 kap. 11 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 19 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 6 kap. 1 §, 6 kap. 2 §, 7 kap. 4 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 9 §	Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade	
Aktivitet	tid	SFS 2001:937, 3 kap. 16 §, 5 kap. 1 a § SOSFS 2014:5, 4 kap. 9 §, 4 kap. 15 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 6 §, 5 kap. 8 §, 5 kap. 12 §, 5 kap. 16 §, 5 kap. 20 §, 5 kap. 21 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 5 kap. 25 §, 6 kap. 2 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 5 §, 7 kap. 7 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 12 §	Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade	
Aktuali-	metod	SOSFS 2014:5, 5 kap. 1 §		

sering				
Aktuali- sering	tidpunkt	SOSFS 2014:5, 5 kap. 1 §	Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	
Aktuali- sering	typ	SOSFS 2014:5, 5 kap. 1 §	Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	
Annan person	adress	SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 5 §		
Annan person	elektronis- kAdress	SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 5 §		
Annan person	typ	SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:52, 22 § SFS 2001:937, 5 kap. 1 a §, 5 kap. 1 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 5 §, 4 kap. 8 §, 4 kap. 10 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 21 §, 7 kap. 9 §	Registret över ekonomiskt bistånd	
Beslut	beskrivning	SFS 1993:387, 21 a § SFS 2001:453, 11 kap. 5 § SFS 2001:937, 3 kap. 18 § SOSFS 2014:5, 5 kap. 3 §, 5 kap. 13 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 20 §, 5 kap. 21 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 4 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 14 §		
Beslut	bifall	SOSFS 2014:5, 5 kap. 5 §, 5 kap. 15 §	Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	
Beslut	kod	SFS 1993:387, 21 a § SFS 2001:453, 2 kap. 7 §, 11 kap. 5 § SFS 2001:937, 3 kap. 18 § SOSFS 2014:5, 5 kap. 3 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 6 §, 5 kap. 13 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 20 §, 5 kap. 21 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 4 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 14 §	Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktions- hindrade	
Beslut	tidpunkt	SOSFS 2014:5, 5 kap. 3 §, 5 kap. 13 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 18 §, 7 kap. 2 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 14 §	Registret över insatser för barn och unga	
Besluts- status	dokumentat- ionstidpunkt	SFS 1993:387, 21 c §, 23 a § SFS 2001:453, 12 kap. 1 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 8 §		
Besluts- status	kod	SFS 1990:52, 23 § SOSFS 2014:5, 5 kap. 5 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 20 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §	Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktions- hindrade	
Besluts- status	tidpunkt	SOSFS 2014:5, 5 kap. 14 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 18 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §		
Brukare	adress	SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 5 kap. 22 §	Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktions-	

			hindrade	
Brukare	elektroniskAdress	SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 5 kap. 22 §		
Brukare	id	SOSFS 2014:5, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 9 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 21 §, 5 kap. 23 §, 6 kap. 1 §	Registret över ekonomiskt bistånd	
Delta-gande	tid	SFS 2001:937, 3 kap. 16 § SOSFS 2014:5, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 16 §, 5 kap. 17 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 10 §		
Delta-gande	typ	SFS 1988:870, 9 §, 10 §, 11 §, 15 §, 28 §, 45 § SFS 1990:52, 22 §SFS 2001:453, 2 kap. 7 §, 11 kap. 3 § SFS 2001:937, 3 kap. 16 §, 3 kap. 18 §, 5 kap. 1 a §, 5 kap. 1 § SOSFS 2007:10, 12 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 8 §, 4 kap. 9 §, 4 kap. 10 §, 4 kap. 15 §, 4 kap. 16 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 7 §, 5 kap. 8 §, 5 kap. 10 §, 5 kap. 13 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 16 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 19 §, 5 kap. 21 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 5 kap. 24 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 5 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §	Registret över ekonomiskt bistånd	
Dokument	titel	SFS 1988:870, 9 §, 11 §, 15 §, 45 § SFS 1990:52, 4 §, 28 § SFS 2001:937, 3 kap. 12 §, 3 kap. 16 §, 5 kap. 1 § SOSFS 2007:10, 12 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 9 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 9 §, 5 kap. 10 §, 5 kap. 11 §, 5 kap. 12 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 5 §, 7 kap. 7 §, 7 kap. 12 §		
Individanpassad process i socialtjänst	id			Hälsoärende
Individuell plan	beskrivning	SFS 1988:870, 28 § SFS 1990:52, 22 § SFS 1993:387, 10 §SFS 2001:453, 2 kap. 7 §, 11 kap. 3 § SFS 2001:937, 5 kap. 1 a §, 5 kap. 1 § SOSFS 2007:10, 12 § SOSFS 2012:11, 7 kap. 3 § SOSFS 2014:5, 5 kap. 8 §		
Individuell plan	typ	SFS 1990:52, 22 § SFS 1993:387, 10 § SFS 2001:453, 2 kap. 7 §, 11 kap. 3 § SFS 2001:937, 5 kap. 1 a §, 5 kap. 1 § SOSFS 2007:10, 12 § SOSFS 2012:11, 7 kap. 3 § SOSFS 2014:5, 5 kap. 8 §		

Observation	beskrivning	SFS 1988:870, 15 § SFS 1990:52, 4 § SFS 1993:387, 21 a §, 21 b § SFS 2001:453, 11 kap. 1 a §, 11 kap. 5 §, 11 kap. 6 § SFS 2001:937, 3 kap. 12 §, 3 kap. 16 §, 5 kap. 1 a §, 5 kap. 1 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 5 §, 4 kap. 8 §, 4 kap. 9 §, 4 kap. 10 §, 4 kap. 11 §, 4 kap. 16 §, 4 kap. 17 §, 4 kap. 18 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 6 §, 5 kap. 7 §, 5 kap. 9 §, 5 kap. 10 §, 5 kap. 11 §, 5 kap. 12 §, 5 kap. 13 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 19 §, 5 kap. 21 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 5 kap. 24 §, 5 kap. 25 §, 6 kap. 1 §, 6 kap. 3 §, 6 kap. 4 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 3 §, 7 kap. 4 §, 7 kap. 5 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 8 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 12 §, 7 kap. 13 §, 7 kap. 14 §	Registret över ekonomiskt bistånd	
Observation	status	SFS 2001:937, 5 kap. 1 a § SOSFS 2014:5, 5 kap. 9 §, 5 kap. 10 §, 5 kap. 11 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 6 kap. 1 §, 6 kap. 4 §	Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	
Observation	tid	SOSFS 2014:5, 4 kap. 8 §, 4 kap. 9 §, 5 kap. 12 §, 5 kap. 24 §, 7 kap. 8 §		
Observation	typ	SFS 1988:870, 10 §, 11 §, 15 § SFS 1990:52, 4 § SFS 1993:387, 21 a §, 21 b § SFS 2001:453, 11 kap. 1 a §, 11 kap. 5 §, 11 kap. 6 § SFS 2001:937, 3 kap. 12 §, 3 kap. 16 §, 5 kap. 1 a §, 5 kap. 1 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 5 §, 4 kap. 8 §, 4 kap. 9 §, 4 kap. 10 §, 4 kap. 11 §, 4 kap. 16 §, 4 kap. 17 §, 4 kap. 18 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 6 §, 5 kap. 7 §, 5 kap. 9 §, 5 kap. 10 §, 5 kap. 11 §, 5 kap. 12 §, 5 kap. 13 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 19 §, 5 kap. 21 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 5 kap. 24 §, 5 kap. 25 §, 6 kap. 1 §, 6 kap. 3 §, 6 kap. 4 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 3 §, 7 kap. 4 §, 7 kap. 5 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 8 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 12 §, 7 kap. 13 §, 7 kap. 14 §	Registret över ekonomiskt bistånd	
Observation	värde	SFS 1988:870, 10 §, 11 §, 15 § SFS 1990:52, 4 § SFS 1993:387, 21 a §, 21 b § SFS 2001:453, 11 kap. 1 a §, 11 kap. 5 §, 11 kap. 6 § SFS 2001:937, 3 kap. 12 §, 3 kap. 16 §, 5 kap. 1 a §, 5 kap. 1 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 5 §, 4 kap. 8 §, 4 kap. 9 §, 4 kap. 10 §, 4 kap. 11 §, 4 kap. 16 §, 4 kap. 17 §, 4 kap. 18 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 6 §, 5 kap. 7 §, 5 kap. 9 §, 5 kap. 10 §, 5 kap. 11 §, 5 kap. 12 §, 5 kap. 13 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 19 §, 5 kap. 21 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 5 kap. 25 §, 6 kap. 1 §, 6 kap. 3 §, 6 kap. 4 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 3 §, 7 kap. 4 §, 7 kap. 5 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 8 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 12 §, 7 kap. 13 §, 7 kap. 14 §	Registret över ekonomiskt bistånd	
Organisation	adress	SOSFS 2014:5, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §	Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	
Organisation	elektroniskAdress	SOSFS 2014:5, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §		

Organisation	id	SFS 1988:870, 10 §, 45 § SFS 2001:453, 2 kap. 7 §, 11 kap. 3 § SFS 2001:937, 5 kap. 1 a § SOSFS 2014:5, 4 kap. 8 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 19 §, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 10 §		
Organisation	namn	SFS 1988:870, 10 §, 45 § SFS 2001:453, 2 kap. 7 §, 11 kap. 3 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 8 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 19 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 10 §		
Organisation	typ	SFS 1988:870, 10 §, 11 §, 15 §, 28 § SFS 2001:453, 11 kap. 3 § SFS 2001:937, 3 kap. 16 §, 3 kap. 18 §, 5 kap. 1 a § SOSFS 2014:5, 5 kap. 4 §, 5 kap. 7 §, 5 kap. 8 §, 5 kap. 13 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 16 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 5 kap. 24 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §	Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	
Person	adress	SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 5 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 22 §	Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	
Person	efternamn	SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 8 §, 4 kap. 15 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 12 §		
Person	elektroniskAdress	SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 5 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 22 §		
Person	födelsedatum	SFS 1990:52, 22 § SFS 2001:453, 12 kap. 2 § SFS 2001:937, 5 kap. 1 a § SOSFS 2014:5, 5 kap. 3 §	Registret över ekonomiskt bistånd	
Person	förnamn	SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 8 §, 4 kap. 15 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 12 §		
Person	kön		Registret över ekonomiskt bistånd	
Person	mellannamn	SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 8 §, 4 kap. 15 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 12 §		
Person	person-id	SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 5 §, 4 kap. 15 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 9 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 21 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 6 kap. 1 §	Registret över ekonomiskt bistånd	
Person	sekretessmarkering	SOSFS 2014:5, 4 kap. 5 §		
Person	tilltalsnamnsmarkering	SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 8 §, 4 kap. 15 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 12 §		
Resurs	typ		Registret över ekonomiskt bistånd	
Resurs	värde		Registret över ekonomiskt bistånd	
ST-personal	adress	SOSFS 2014:5, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §		

ST-personal	befattning	SOSFS 2014:5, 4 kap. 8 §, 4 kap. 15 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 12 §		
ST-personal	elektroniskAdress	SOSFS 2014:5, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §		
ST-personal	id	SOSFS 2014:5, 4 kap. 9 §, 7 kap. 1 §		
Sam-band	typ	SFS 1988:870, 11 §, 15 §, 45 § SFS 1990:52, 4 §, 23 §, 28 § SFS 1993:387, 21 a § SFS 2001:937, 3 kap. 12 §, 3 kap. 16 §, 5 kap. 1 a §, 5 kap. 1 § SOSFS 2007:10, 12 § SOSFS 2012:11, 7 kap. 3 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 9 §, 4 kap. 11 §, 4 kap. 16 §, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 4 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 6 §, 5 kap. 7 §, 5 kap. 8 §, 5 kap. 9 §, 5 kap. 10 §, 5 kap. 11 §, 5 kap. 12 §, 5 kap. 13 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 20 §, 5 kap. 21 §, 5 kap. 22 §, 5 kap. 23 §, 5 kap. 24 §, 5 kap. 25 §, 6 kap. 1 §, 6 kap. 4 §, 6 kap. 5 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 4 §, 7 kap. 6 §, 7 kap. 7 §, 7 kap. 9 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §, 7 kap. 14 §	Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade	
Uppgift i person-akt	dokumentationstidpunkt	SFS 1993:387, 21 c §, 23 a § SFS 2001:453, 12 kap. 1 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 8 §, 4 kap. 9 §, 5 kap. 8 §		

Bilaga 4: Krav på innehåll – perspektiv och angelägenheter

Inledning

Socialstyrelsen har avgränsat innehållet i NI enligt tre valda perspektiv med tillhörande angelägenheter. Angelägenheter definieras som specifika dokument eller motsvarande som beskriver ett krav eller behov. Genom avgränsningen säkerställs en systematik i vad som ingår i modellerna och vad som inte ingår. NI syftar inte till att beskriva vad som ska dokumenteras i en specifik tillämpning, i en specifik mall eller för ett specifikt behov, utan att ge möjlighet att dokumentera enligt en nationell struktur utifrån de krav som redan finns på denna dokumentation.

En grund i Socialstyrelsens arbete är att värna om patient- och brukarsäkerheten för den enskilde. Kraven på patient- och brukarsäkerhet kommer till uttryck i lagar, förordningar och föreskrifter. Författningar är därmed en viktig utgångspunkt i NI och det första perspektivet är *dokumentationskrav enligt författning*. Det finns cirka 75 författningar inom området med uttryckliga dokumentationskrav i patientens och brukarens process i vård och omsorg. Dessa har systematiskt analyserats och utgjort grundkällan för modellutvecklingen.

Vidare finns det ett flertal krav i författningar om att vård och omsorg ska lämna statistiska uppgifter till nationella register. Därför har Socialstyrelsen inkluderat perspektivet *statistikuppföljning*. Perspektivet *statistikuppföljning* har avgränsats till att enbart innefatta Socialstyrelsens hälsodata- och socialtjänstregister.

Socialstyrelsen har också inkluderat specificerade angelägenheter inom perspektivet *bästa tillgängliga kunskap*. Här ingår specifika uppdrag som ingår i Socialstyrelsens regeringsuppdrag om gemensam informationsstruktur samt behov kopplade till gemensamma tjänster som utvecklas inom ramen för den tidigare nationella e-hälsostrategin och nuvarande nationella vision för e-hälsa.

Tabell 1 nedan sammanfattar de perspektiv och angelägenheter som Socialstyrelsen valt.

Tabell 1. Sammanfattning av perspektiv och angelägenheter i NI

Perspektiv	Angelägenheter
Dokumentationskrav enligt författning	Författningar inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som specificerar dokumentationskrav
Statistikuppföljning	Lagstadgade hälsodata- och socialtjänstregister
Bästa tillgängliga kunskap	Dokumentationsbehov utifrån regeringsuppdrag som avser eller påverkar NI samt strategin för nationell e-hälsa

Angelägenheter inom perspektivet Dokumentationskrav enligt författning

Det finns dokumentationskrav i författningar om hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Lagstiftningen är ofta formulerad på en övergripande nivå och tillämpningen får konkretisera innehållet. Så är fallet även i någon mån för de krav som finns avseende dokumentation. I socialtjänstlagen (2001:453), SoL, 11 kap. 5 § och motsvarande bestämmelse i lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS, 21 a § anges exempelvis följande: *”Handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling skall dokumenteras. Dokumentationen skall utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.”* I 3 kap. 6 § första stycket patientdatalagen (2008:355), PDL, finns angivet: *”En patientjournal ska innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten”*.

Det finns dock ytterligare dokumentationskrav, till exempel finns krav på dokumentation i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (2014:5) om dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS som preciserar det som anges i 11 kap. 5 § SoL och 21 a § LSS. För hälso- och sjukvårdens del finns det till exempel i 3 kap. 6 § andra stycket PDL samt i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2016:40) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

För att den nationella informationsstrukturen ska kunna ge en struktur av värde för intressenterna behöver de begrepp som ingår vara väl avgränsade. Om ett krav är för övergripande, t.ex. 11 kap. 5 § SoL eller 3 kap. 6 § första stycket PDL, är det svårt att använda det för att bygga en användbar informationsstruktur. Den nationella informationsstrukturen innehåller därför enbart de dokumentationskrav enligt författning som bedömts vara uttryckliga dokumentationskrav, SOSFS 2014:5 och HSLF-FS 2016:40 innehåller till exempel många sådana.

Den nationella informationsstrukturen beskriver inte vad som ska dokumenteras i en specifik tillämpning utan ger istället möjlighet att dokumentera på ett strukturerat sätt där en utgångspunkt är dokumentationskrav enligt författning som bedömts vara uttryckliga dokumentationskrav.

Typ	SFS/SOSFS-nummer	Namn
Lag	SFS 1964:167	Lag med särskilda bestämmelser om unga lagöverträdare
Lag	SFS 1982:763	Hälso- och sjukvårdslag
Lag	SFS 1988:870	Lag om vård av missbrukare i vissa fall
Lag	SFS 1990:52	Lag med särskilda bestämmelser om vård av unga
Lag	SFS 1990:1144	Begravningslag
Lag	SFS 1990:1404	Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård
Lag	SFS 1991:1128	Lag om psykiatrisk tvångsvård
Lag	SFS 1991:1129	Lag om rättspsykiatrisk vård
Lag	SFS 1992:859	Läkemedelslag
Lag	SFS 1993:1651	Lag om läkarvårdsersättning
Lag	SFS 1993:387	Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
Lag	SFS 1995:831	Lag om transplantation m.m.
Lag	SFS 1995:832	Lag om obduktion m.m.
Lag	SFS 1996:981	Lag om besöksinskränkningar vid viss tvångsvård
Lag	SFS 1998:543	Lag om hälsodataregister
Lag	SFS 2001:453	Socialtjänstlag
Lag	SFS 2001:99	Lag om den officiella statistiken
Lag	SFS 2002:297	Lag om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.
Lag	SFS 2004:168	Smittskyddslag
Lag	SFS 2006:351	Lag om genetisk integritet m.m.
Lag	SFS 2006:496	Lag om blodsäkerhet
Lag	SFS 2008:286	Lag om kvalitets- och säkerhetsnormer vid hantering av mänskliga vävnader och celler
Lag	SFS 2008:355	Patientdatalag
Lag	SFS 2010:659	Patientsäkerhetslag
Lag	SFS 2014:821	Patientlag
Förordning	SFS 1981:1370	Förordning om skyldighet för socialnämnderna att lämna statistiska uppgifter
Förordning	SFS 1990:1147	Begravningsförordning
Förordning	SFS 1991:1472	Förordning om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
Förordning	SFS 1993:1090	Förordning om stöd och service till vissa funktionshindrade
Förordning	SFS 2001:100	Förordning om den officiella statistiken
Förordning	SFS 2001:707	Förordning om patientregister hos Socialstyrelsen
Förordning	SFS 2001:708	Förordning om medicinskt födeleregister hos Socialstyrelsen
Förordning	SFS 2001:709	Förordning om cancerregister hos Socialstyrelsen
Förordning	SFS 2001:937	Socialtjänstförordning
Förordning	SFS 2004:255	Smittskyddsförordning
Förordning	SFS 2005:363	Förordning om läkemedelsregister hos Socialstyrelsen
Förordning	SFS 2006:94	Förordning om register hos Socialstyrelsen över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården
Förordning	SFS 2006:272	Läkemedelsförordning
Förordning	SFS 2008:363	Förordning om provtagning för hivinfektion
Förordning	SFS 2010:349	Förordning om vårdgaranti
Föreskrift	SOSFS 1996:28	Föreskrifter och allmänna råd om kliniska obduktioner
Föreskrift	SOSFS 1996:29	Föreskrifter och allmänna råd om vissa åtgärder inom hälso- och sjukvården vid dödsfall
Föreskrift	SOSFS 2000:1	Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården
Föreskrift	SOSFS 2002:11	Föreskrifter och allmänna råd om biobanker i hälso- och sjukvården m.m.
Föreskrift	SOSFS 2003:13	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om uppgiftsskyldighet till cancerregistret vid Socialstyrelsen
Föreskrift	SOSFS 2003:15	Föreskrifter om socialnämndens skyldighet att föra förteckning

Typ	SFS/SOSFS-nummer	Namn
		över barn som vistas i familjehem eller annat enskilt hem
Föreskrift	SOSFS 2005:10	Föreskrifter och allmänna råd om kriterier för bestämmande av människans död
Föreskrift	SOSFS 2005:21	Föreskrifter om kommunens skyldighet att lämna uppgifter om statistik om stöd och service till vissa funktionshindrade
Föreskrift	SOSFS 2005:23	Föreskrifter och allmänna råd om smittspårning
Föreskrift	SOSFS 2005:27	Föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård
Föreskrift	SOSFS 2005:28	Föreskrifter och allmänna råd om anmälningsskyldighet enligt lex Maria
Föreskrift	SOSFS 2005:29	Socialstyrelsens föreskrifter om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.
Föreskrift	SOSFS 2006:9	Föreskrifter om säkerhet vid sjukvårdsinrättningar som ger psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård samt enheter för rättspsykiatrisk undersökning
Föreskrift	SOSFS 2007:2	Föreskrifter om utbyte av sprutor och kanyler till personer som missbrukar narkotika
Föreskrift	SOSFS 2007:8	Föreskrifter om uppgiftsskyldighet till register över insatser inom den kommunala hälso- och sjukvården
Föreskrift	SOSFS 2007:10	Föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering
Föreskrift	SOSFS 2008:18	Föreskrifter och allmänna råd om psykiatrisk tvångsvård och rättspsykiatrisk vård
Föreskrift	SOSFS 2008:21	Föreskrifter om anmälan av patienter som av medicinska skäl är olämpliga att inneha skjutvapen
Föreskrift	SOSFS 2008:26	Föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret
Föreskrift	SOSFS 2008:33	Föreskrifter om information som avser uppfödning genom amning eller med modersmjölksersättning
Föreskrift	SOSFS 2009:6	Föreskrifter om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård
Föreskrift	SOSFS 2009:10	Föreskrifter om ambulanssjukvård m.m.
Föreskrift	SOSFS 2009:27	Föreskrifter och allmänna råd om läkemedelsassisterad behandling vid opiatberoende
Föreskrift	SOSFS 2009:28	Föreskrifter om blodverksamhet
Föreskrift	SOSFS 2009:29	Föreskrifter om transfusion av blodkomponenter
Föreskrift	SOSFS 2009:30	Föreskrifter om donation och tillvaratagande av organ, vävnader och celler
Föreskrift	SOSFS 2009:31	Föreskrifter om vävnadsinrättningar i hälso- och sjukvården m.m.
Föreskrift	SOSFS 2009:32	Föreskrifter och allmänna råd om användning av vävnader och celler i hälso- och sjukvården och vid klinisk forskning m.m.
Föreskrift	SOSFS 2011:2	Föreskrifter och allmänna råd om socialnämndens utredning och fastställande av faderskap
Föreskrift	SOSFS 2011:5	Föreskrifter och allmänna råd om lex Sarah
Föreskrift	SOSFS 2011:7	Föreskrifter och allmänna råd om livsuppehållande behandling
Föreskrift	SOSFS 2011:13	Socialnämndernas skyldighet att lämna statistiska uppgifter
Föreskrift	SOSFS 2012:14	Föreskrifter om hantering av mänskliga organ avsedda för transplantation
Föreskrift	SOSFS 2013:35	Föreskrifter om uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsen patientregister
Föreskrift	SOSFS 2014:5	Föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS
Föreskrift	HSLF-FS	Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring

Typ	SFS/SOSFS-nummer	Namn
	2016:40	och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården;

Angelägenheter inom perspektivet *Statistikuppföljning*

Det finns ett flertal krav i författningar om att vård och omsorg ska lämna statistiska uppgifter till nationella register. Därför har Socialstyrelsen inkluderat perspektivet *Statistikuppföljning*. Perspektivet statistikuppföljning har avgränsats till att enbart innefatta Socialstyrelsens hälsodata- och socialtjänstregister.

Lagstadgade register hos Socialstyrelsen
Dödsorsaksregistret
Cancerregistret
Kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning
Läkemedelsregistret
Medicinska födelseregistret
Patientregistret
Registret över ekonomiskt bistånd
Register över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade
Register över insatser för barn och unga
Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning
Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare

Angelägenheter inom perspektivet *Bästa tillgängliga kunskap*

Socialstyrelsen har inkluderat specificerade angelägenheter inom perspektivet *bästa tillgängliga kunskap*. Perspektivet bästa tillgängliga kunskap har avgränsats till att innefatta specifika uppdrag som utgör en del av Socialstyrelsens regeringsuppdrag inom gemensam informationsstruktur samt behov kopplat till gemensamma tjänster utvecklade inom ramen för nationell eHälsa.

Diarienummer	Namn
13525/2015	Individens Behov i Centrum (IBIC)
S2011/5472/FST	Barns Behov i Centrum (BBIC)
S2013/9047/SAM	Hälsoörende och process-id – Företsättningar för en sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation kring individanpassade processer
S2007/4754/FS	Nationella Programmet för datainsamling (NPDi)
Samverkan med Inera/SKL	Gemensamma tjänster inom ramen för Nationell eHälsa