

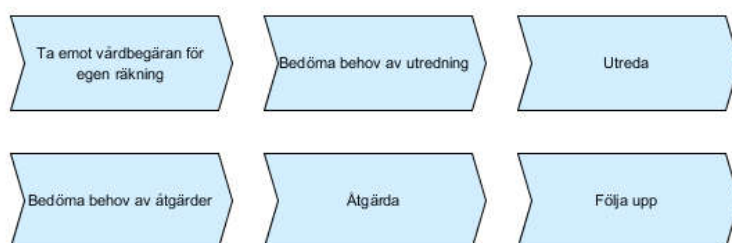
Nationell informationsstruktur 2020:1 Modeller för hälso- och sjukvård

Innehåll

Processmodell för hälso- och sjukvård	3
Processteg för hälso- och sjukvård	4
Begreppsmodell för hälso- och sjukvård	5
Beskrivning av begrepp	7
Informationsmodell för hälso- och sjukvård	18
Beskrivning av informationsklasser	20

Processmodell för hälso- och sjukvård

Processmodellen beskriver den process som alla som får hälso- och sjukvård genomgår för att identifiera och förändra patientens hälsotillstånd samt följa upp effekterna av detta. Processen startar då patienten eller tredje part framför en vårdbegäran. Processmodellen är oberoende av organisatoriska



gränser och visar därmed den process som patienten genomgår beskriven ur vårdens perspektiv. Denna innefattar hela processen från vårdbegäran för egen räkning eller från tredje part till uppföljning.

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

När verksamheterna beskriver sina egna detaljerade process- och arbetsflödesmodeller ska de relatera dessa till NI:s processmodell för hälso- och sjukvård.

Den faktiska process som individen genomgår kallas för en individanpassad vårdprocess och hålls ihop utifrån patientens ursprungliga kontaktorsak.

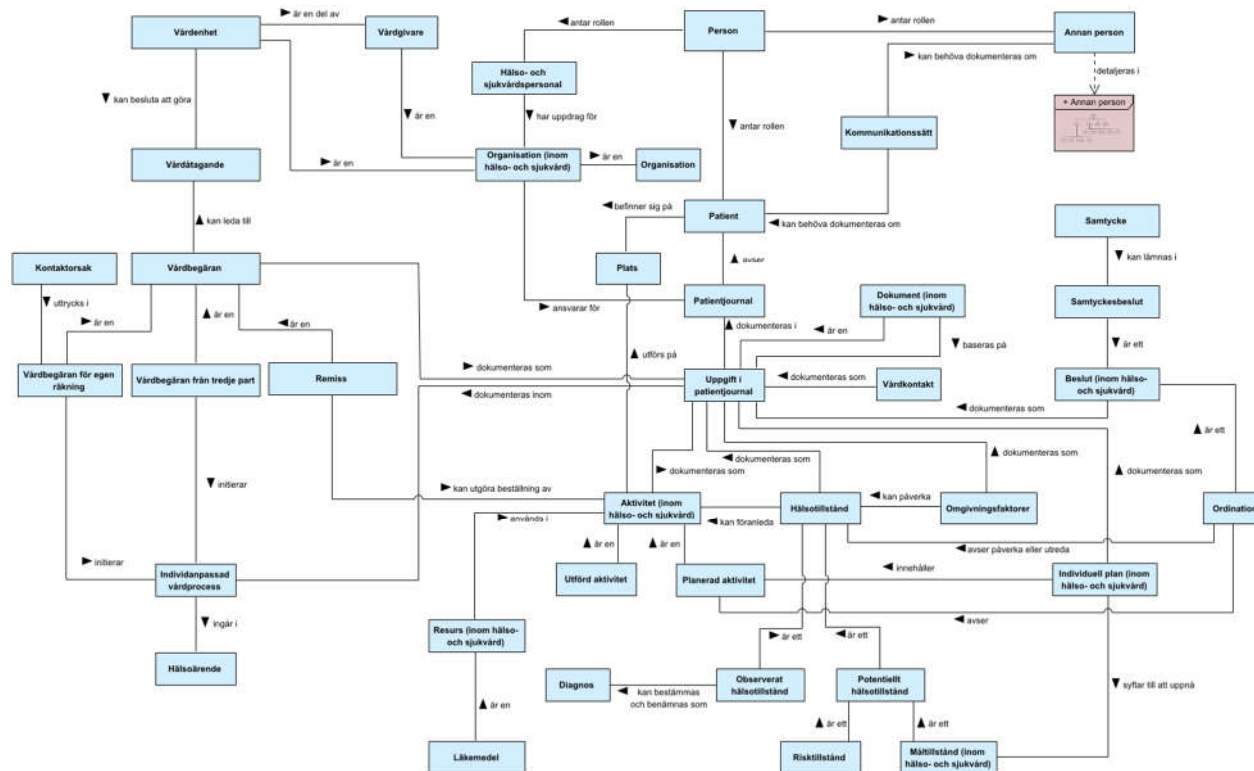
Processteg för hälso- och sjukvård

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 hur dessa uttrycks i informationsmodellen. Begreppsmodellen åskådliggör även relationer mellan begreppen.

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
+ Annan person		
Aktivitet (inom hälso- och sjukvård)	<p><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.</p> <p>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.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktivitet <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Aktivitet (inom vård och omsorg)</p>
Annan person	<p><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 underordnad 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.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Annan person med attributet typ</p>
Beslut (inom hälso- och sjukvård)	<p><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, exempelvis en blodtrycksmätning eller mätvärdet för blodtrycket. Vissa beslut behöver däremot dokumenteras explicit.</p> <p>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</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Beslut med tillhörande beslutsstatus <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Beslut (inom vård och omsorg)</p>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	<p>smittskyddslagen (2004:168), SML.</p> <p>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.</p>	
Diagnos	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> bestämning och benämning av sjukdom, skada, störning eller förändring i kroppsfunction</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet typ satt till "huvuddiagnos" eller "bidagnos" och attributet värde</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas</p>
Dokument (inom hälso- och sjukvård)	<p><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.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Dokument</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Dokument (inom vård och omsorg)</p>
Hälso- och sjukvårdspersonal	<p><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.</p> <p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Hälso- och sjukvårdspersonal som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är läkare, sjuksköterska, verksamhetschef och chefsöverläkare. 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 läka-</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Hälso- och sjukvårdspersonal</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgspersonal</p>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	<p>ryrket 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.</p> <p>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.</p> <p>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 slutna vård hade ledningsansvaret för isolering enligt smittskyddslagen för chefsöverläkare, men i dag används benämningen verksamhetschef.</p>	
Hälsotillstånd	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i></p> <p>Anmärkning: Hälsotillstånd används i allmänspråket men också inom vård och omsorg om tillstånd av hälsa i vid mening som en individ befinner sig i. Men hälsotillstånd används även mer specifikt i betydelsen tillstånd som en person potentiellt kan vända sig till hälso- och sjukvården för. Här räknas alla tillstånd hanterade av hälso- och sjukvården in, således även till exempel det tillstånd personens syn har (i samband med en synundersökning inför körkort) eller det tillstånd den blivande modern befinner sig i (i samband med mödravårdsbesök). Hälsotillstånd används alltså i flera betydelser. Det innebär att om man vill vara precis måste man tydliggöra vilken betydelse som avses.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i></p> <p>De delar av hälsotillståndet som dokumenteras som observerade eller potentiella hälsotillstånd i klassen observation.</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i></p> <p>Tillstånd (inom vård och omsorg)</p>
Hälsoärende	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i></p> <p>ärende som håller samman vårdokumentation från en eller flera relaterade individanpassade vårdprocesser</p> <p>Anmärkning: Hälsoärendet bidrar till att vårdokumentation från patientens olika vårdprocesser kopplas samman och bildar underlag till en helhetsbild av patientens problem och behov. Det kan avse genomförd, pågående och planerad vård och behandling. Hälsoärendet gör det möjligt för behörig hälso- och sjukvårdspersonal och patienten själv att följa den individanpassade vårdprocessen och hitta relevant information om genomförd och planerad vård och behandling både inom och över organisatoriska gränser och/eller vårdgivargränser enligt gällande lagar. Exempelvis cancervård inbegriper ofta vård på flera vårdnivåer och kan ges av flera vårdgivare, och informationen i hälsoärendet kan följa patienten mellan vårdgivare, t.ex. kommunal hälso- och sjukvård och primärvård.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i></p> <p>Hälsoärende är en vy över dokumentation från individanpassade vårdprocesser med samma kontaktorsakstyp. Notera att hälsoärende därför inte finns i informationsmodellen.</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i></p> <p>Saknas</p>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Hälsöändret är en gruppering av de individanpassade vårdprocesser som har startat med samma kontaktorsaktyp.</p>	
Individanpassad vårdprocess	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> vårdprocess som är anpassad för en enskild patient</p> <p>Anmärkning: 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 vårdåtgärderna.</p> <p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Den individanpassade vårdprocessen startas av en vårdbegäran för egen räkning eller från tredje part.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Individanpassad vårdprocess <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Individanpassad process (inom vård och omsorg)</p>
Individuell plan (inom hälso- och sjukvård)	<p><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. Planer kan vara mer eller mindre omfattande, såsom en plan för all vård som utförs för en patient vid ett vårdtillfälle eller en plan för just rehabiliteringen för patienten under samma vårdtillfälle. En plan kan också avse patientens behandling med flera läkemedel eller plan för hur ett enskilt läkemedel ska tas vid olika administreringstillfällen. 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.</p> <p>Observera att termposterna om planer i Socialstyrelsens termbank som relaterar till detta begrepp kan komma att ses över.</p>	<p><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 <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsplan</p>
Kommunikationssätt	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> En persons sätt att kommunicera med sin omgivning. Exempel på kommunikationssätt är talat språk, teckenspråk och alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). Kommunikationsätt är viktigt att hålla information om i de fall kommunikationssättet föranleder tolkbehov eller någon form av kommunikationsstöd. Exempel på när kommunikationssätt kan vara viktigt att hålla information om är när en patient vill an-</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Kommunikationssätt <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Kommunikationssätt</p>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	<p>vända språket finska i kommunikation kring sin hälsa, eller när en vårdnadshavare behöver kunna kommunicera om sitt barns hälsa på georgiska. Ett annat exempel är en patient som kommunicerar via bilder och röst- och talhjälpmedel. Även personer som har ett talat språk kan behöva kommunikativt stöd i vissa situationer.</p> <p>En del personer med kommunikationssvårigheter har endast svårt att uttrycka sig, men vissa har också svårt att förstå vad andra säger.</p>	
Kontaktorsak	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Orsak till vårdbegäran för egen räkning som patient eller företrädare för patient anger.</p> <p>Observera att begreppet kontaktorsak i Socialstyrelsens termbank kan komma att ses över.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Vårdbegäran för egen räkning med attributen kontaktorsak och kontaktorsakstyp</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas</p>
Läkemedel	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> substans eller kombination av substanser som tillhandahålls med uppgift om att den har egenskaper för att förebygga eller behandla sjukdom hos människor eller djur, eller som kan användas på eller tillföras människor eller djur i syfte att återställa, korrigera eller modifiera fysiologiska funktioner genom farmakologisk, immunologisk eller metabolisk verkan eller för att ställa diagnos</p> <p><i>Anmärkning:</i> Inkluderar även naturläkemedel, växtbaserade läkemedel, homeopatiska läkemedel och vissa utvärtes läkemedel.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Resurs med attributet typ</p>
Måttillstånd (inom hälso- och sjukvård)	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Potentiellt hälsotillstånd som en patient eller hälso- och sjukvårdspersonal önskar uppnå efter utförda aktiviteter. Exempel på måttillstånd är att patienten ska bli fri från sjukdom eller bli symtomlindrad.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "mål" samt attributet värde och vid behov attributet typ</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Måttillstånd (inom vård och omsorg)</p>
Observerat hälsotillstånd	<p><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.</p> <p>Resultatet av bedömningen av det observerade hälsotillståndet dokumenteras i form av t.ex. diagnoser, uppkomstmekanismer, funktionsnedsättningar, skador, organpåverkan, allvarighetsgrad och klassificering av dessa. Även olika</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid behov attributet typ</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Observerat tillstånd (inom vård och omsorg)</p>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	typer av mätvärden, till exempel blodtryck, längd och vikt utgör observerade hälsotillstånd.	
Omgivningsfaktorer	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar. Omgivningsfaktorena kan påverka patientens hälsotillstånd. Exempel på omgivningsfaktorer är boendemiljö, arbetsmiljö och psykosocial miljö.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid behov attributet typ <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Omgivningsfaktorer</p>
Ordination	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> beslut av behörig hälso- och sjukvårdspersonal som är avsett att påverka en patients hälsotillstånd genom en hälso- och sjukvårdsåtgärd</p> <p>Med behörig hälso- och sjukvårdspersonal avses 'behörig att ordinera den aktuella hälso- och sjukvårdsåtgärden', dvs. en ordinator.</p> <p>Beslutet som en sjuksköterska tar att göra en dosjustering enligt mål- och mätvärden är inte en ordination i sig.</p> <p>Exempel på ordination som särskilt pekas ut som beslut som ska dokumenteras explicit är läkemedelsordination enligt HSLF-FS 2017:37.</p> <p>Observera att begreppet ordination i Socialstyrelsens termbank kan komma att ses över.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Beslut <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas</p>
Organisation	<p><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.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Organisation <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Organisation</p>
Organisation (inom hälso- och sjukvård)	<p><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.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Organisation <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Organisation (inom vård och omsorg)</p>
Patient	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård</p> <p>Anmärkning: I den nationella statistiken räknas inte ledsagare och nyfött friskt barn som patient.</p> <p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Medicinska födelseregistret, men inte patientregistret, räknar nyfödda friska barn som patienter i den nationella statistiken.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Patient <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsgare</p>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
Patientjournal	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> en eller flera journalhandlingar som rör samma patient</p> <p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> I patientjournalen dokumenteras olika uppgifter, som till exempel observerade hälsofillstånd 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 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.'</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Samtliga uppgifter i en patientjournal för en patient <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas</p>
Person	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Mänsklig individ.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Person <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Person</p>
Planerad aktivitet	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Aktivitet inom hälso- och sjukvård som är planerad att ske. Exempel är en såromläggning eller en operation som man avser att genomföra.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktivitet med attributet status <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Aktivitet (inom vård och omsorg)</p>
Plats	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Avgränsad geografisk eller fysisk yta med välbestämt läge. Här avses plats ur ett geografiskt eller fysiskt perspektiv, inte ur ett organisations- eller verksamhetsperspektiv. Exempel som särskilt pekas ut som plats som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är plats för dödsfall. Andra exempel kan vara väg där olycka skett, korridor eller rum där en patient befinner sig.</p> <p>En plats kan anta olika roller, exempelvis fungera både i rollen som sjukhus (för patient) och i rollen som arbetsplats (för hälso- och sjukvårdspersonal). Exempel som särskilt pekas ut som roll för plats som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är sjukhus, särskilt boende och ordinärt boende.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Plats</p>
Potentiellt hälsofillstånd	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Hälsotillstånd hos en patient som bedöms möjligt i framtiden. Exempel på potentiella tillstånd är måltillstånd och risktillstånd.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "mål"</p>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
		eller "i riskzon för" samt attributet värde och vid behov attributet typ <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Tillstånd (inom vård och omsorg)
Remiss	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient <i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Vårdbegäran som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av medicinskt ansvar för en patient. Observera att begreppet remiss i Socialstyrelsens termbank kan komma att ses över.	<i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Remiss <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas
Resurs (inom hälso- och sjukvård)	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> 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, implanterat och läkemedel.	<i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Resurs, vid behov med tillhörande resursegenskap <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Resurs (inom vård och omsorg)
Risktillstånd	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> 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.	<i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Observation med attributet status satt till "i riskzon för" samt attributet värde och vid behov attributet typ <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas
Samtycke	<i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> 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. 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.	<i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Beslut med attributen kod och bifall <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Samtycke
	<i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i>	

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	<p>För tillgång till vårdinformation eller personuppgiftsbehandling inom hälso- och sjukvård krävs det ett aktivt samtycke, exempelvis skriftligen eller muntligen.</p> <p>Observera att begreppet samtycke i Socialstyrelsens termbank kan komma att ses över.</p>	
Samtyckesbeslut	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> tillfrågad persons beslut om att lämna eller inte lämna samtycke</p> <p><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.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Beslut med attributet kod</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Samtyckesbeslut</p>
Uppgift i patientjournal	<p><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.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Uppgift i patientjournal</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Uppgift i patientjournal eller personakt</p>
Utförd aktivitet	<p><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.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Aktivitet med attributet status</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Aktivitet (inom vård och omsorg)</p>
Vårdbegäran	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> begäran om erhållande av hälso- och sjukvård</p> <p>Anmärkning: Vårdbegäran kan göras för egen eller annans räkning. Exempel: tidsbeställning, akut öppenvårdsbesök, remiss.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Saknas</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas</p>
Vårdbegäran från tredje part	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Vårdbegäran från annan part än patient, företrädare för patient eller hälso- och sjukvårdspersonal som initierar den individanpassade vårdprocessen.</p> <p>Exempel är vårdbegäran framställd av Polisen enligt lagen om omhändertagande av berusade</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Saknas</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas</p>

Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	<p>personer m.m. (LOB). Ett annat exempel är samtal till 112 från annan person än patient eller företrädare för patient.</p> <p>Ytterligare exempel är Rättsmedicinalverkets begäran och överföring av undersökt person till psykiatrisk tvångsvård eller annan vård i stället för häkte enligt 8 § lagen (1991:1137) om rättspsykiatrisk undersökning.</p> <p>Även hälso- och sjukvården kan i undantagsfall ses som tredje part och initiera den individanpassade vårdprocessen genom att t.ex. vårda en medvetlös person där ingen formell vårdbegäran har framställts.</p>	
Vårdbegäran för egen räkning	<p><i>Beskrivning eller kommentar enligt NI:</i> Vårdbegäran från patient eller företrädare för patient som initierar den individanpassade vårdprocessen.</p> <p>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.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Vårdbegäran för egen räkning <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Vård- och omsorgsinitiering</p>
Vårdenhet	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- 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.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Organisation med attributet typ <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Organisation (inom vård och omsorg)</p>
Vårdgivare	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> 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).</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Organisation med attributet typ <i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Organisation (inom vård och omsorg)</p>

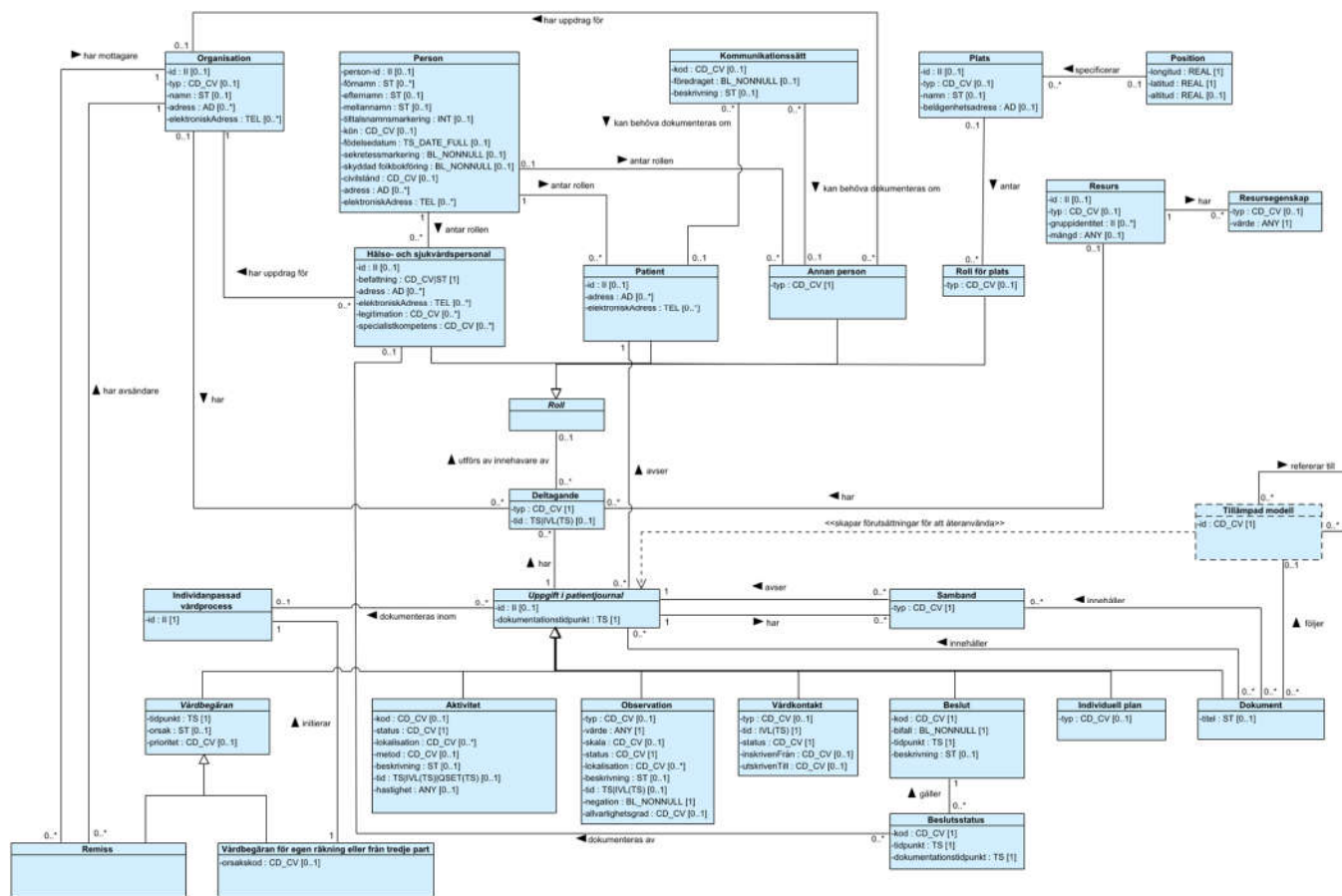
Begrepp	Beskrivning/definition enligt NI/Socialstyrelsens termbank	Relation till andra modeller
	Hälso- och sjukvårdspersonal är oftast anställd av en vårdgivare. En vårdgivare kan ha anställd hälso- och sjukvårdspersonal, och ibland, som t.ex. för enskild näringsidkare, kan rollerna sammanfalla	
Vårdkontakt	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs</p> <p>Anmärkning: Exempel på vårdkontakter är vårdtillfälle, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök och distanskontakt.</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Vårdkontakt</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas</p>
Vårdåtagande	<p><i>Definition enligt Socialstyrelsens termbank:</i> beslut av mottagande vårdenhet att acceptera vårdbegäran</p>	<p><i>Motsvaras i informationsmodellen:</i> Saknas</p> <p><i>Relation till begreppsmodell för vård- och omsorg:</i> Saknas</p>

Informationsmodell för hälso- och sjukvård

Informationsmodellen visar vilken information om begreppen i begreppsmodellen som ska kunna dokumenteras och hur detta ska göras. Informationsmodellerna i NI är tänkta att utgöra en stabil bas för informationsrepresentation oberoende av tekniska standarder för kommunikation och specifika produkter. Dokumentationskrav åskådliggörs genom informationsklasser och attribut i informationsmodellen.

I vissa fall behövs abstrakta informationsklasser för att hålla ihop flera informationsklasser. Abstrakta informationsklasser har kursiverade klassnamn som visar att endast dessa informationsklassers specialiseringar förekommer i dokumentation.

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 verksamhetsområde som styr hur informationen får utbytas i praktiken.



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 eller planerade. Exempel på aktivitet är blindtarmsoperation eller blodtrycksmätning.

Attribut	Beskrivning	Datotyp	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.	CD_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.	CD_CV	1
lokalisation	Angivelse av lokalisation, som används för att beskriva vad aktiviteten avser gällande anatomi, funktion eller system. Lokalisation 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.	CD_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.	CD_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
hastighet	Angivelse av hastighet för en viss aktivitet. Detta	ANY	0..1

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
	kan exempelvis avse hastighet för något som tillförs kroppen såsom läkemedel via infusion.		

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. Det finns även möjlighet att dokumentera icke identifierade eller namngivna personer i patientens omgivning genom att utelämna relationen till klassen person. Ett exempel på en anonym person kan vara en polis som framför en vårdbegäran för patientens räkning.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av annan person som avses, exempelvis anhörig eller företrädare.	CD_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. Ett undantag för denna regel är då beslutsstatus saknas. Detta ska tolkas som att beslutet är giltigt om det inte existerar ett annat beslut som ersätter detta.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	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.	CD_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_NON NULL	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	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.	CD_CV	1
tidpunkt	Angivelse av vid vilken tidpunkt statusen för ett beslut börjar gälla.	TS	1
dokumentationstidpunkt	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	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.	CD_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	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

Hälso- och sjukvårdspersonal

Klassen hälso- och sjukvårdspersonal håller information om den roll som en person har 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.)

Attribut	Beskrivning	Datotyp	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 barmorska på en vårdenhet och som sjuksköterska på en annan vårdenhet, vilket ger att personen har två identitetsbeteckningar.	II	0..1
befattning	Kod eller text för den befattning en hälso- och sjukvårdspersonal har i ett visst uppdrag i en organisation inom hälso- och sjukvård. En befattning avser ställning i en verksamhet som innebär vissa befogenheter och ett visst ansvar.	CD_CV ST	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..*
legitimation	Kod för den legitimation inom hälso- och sjukvård som avses.	CD_CV	0..*
specialistkompetens	Kod för den specialistkompetens inom hälso- och sjukvård som avses.	CD_CV	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. Den individanpassade vårdprocessen startas av en vårdbegäran för egen räkning eller från tredje part.

Attribut	Beskrivning	Datotyp	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. Planer kan vara mer eller mindre omfattande, såsom en plan för all vård som utförs för en patient vid ett vårdtillfälle eller en plan för just rehabiliteringen för patienten under samma vårdtillfälle. En plan kan också avse patientens behandling med flera läkemedel eller plan för hur ett enskilt läkemedel ska tas vid olika administreringstillfällen. 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.

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	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av plan som avses.	CD_CV	0..1

Kommunikationssätt

Klassen kommunikationssätt håller information om en persons sätt att kommunicera med sin omgivning. Exempel på kommunikationssätt är talat språk, teckenspråk och alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). Kommunikationssätt är viktigt att hålla information om i de fall kommunikationssättet föranleder tolkbehov eller någon form av kommunikationsstöd. Exempel på när kommunikationssätt kan vara viktigt att hålla information om är när en patient vill använda språket finska i kommunikation kring sin hälsa, eller när en vårdnadshavare behöver kunna kommunicera om sitt barns hälsa på georgiska. Ett annat exempel är en patient som kommunicerar via bilder och röst- och talhjälpmedel. Även personer som har ett talat språk kan behöva kommunikativt stöd i vissa situationer.

En del personer med kommunikationssvårigheter har endast svårt att uttrycka sig, men vissa har också svårt att förstå vad andra säger.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
kod	Kod för talat språk, teckenspråk eller alternativ och kompletterande kommunikation (AKK). Exempel på kommunikationssätt är att kommunicera med hjälp av talat språk, bokstavstavla eller med röst- och talhjälpmedel. Talat språk och teckenspråk väljs från kodverket ISO 639-3 med OID 1.0.639.3.	CD_CV	0..1
föredraget	Angivelse av om detta kommunikationssätt är det av individen föredragna i det specifika sammanhanget. En individ kan välja fler än ett kom-	BL_NON NULL	0..1

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
beskrivning	munikationssätt som föredraget. Textuell beskrivning av individens sätt att kommunicera om det inte framgår av attributet kod.	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, bidiagnos) 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	Datatyp	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.	CD_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 nominalskala är en mätskala där data klassificeras endast efter kvalitativa egenskaper. Data sägs vara kategoriska. Ett exempel på detta är gruppering av blod i ABO-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.	CD_CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Datotyp	Multiplicitet
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.	CD_CV	1
lokalisation	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.	CD_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 innebär negationsflaggan att målet är att ett visst tillstånd inte skall kunna observeras vid en viss tidpunkt.	BL_NON NULL	1
allvarlighetsgrad	Kod som anger allvarlighetsgrad för det som observationen avser. Exempel på allvarlighetsgrader kan vara besvärande, skadlig eller livshotande.	CD_CV	0..1

Organisation

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

terna. Exempel som särskilt pekas ut som organisationer som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är kriminalvård och polismyndighet.

Attribut	Beskrivning	Datotyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för organisationen.	II	0..1
typ	Kod för vilken typ av organisation som avses, exempelvis vårdgivare eller vårdenhet.	CD_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	Datotyp	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	Datotyp	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

Attribut	Beskrivning	Datotyp	Multiplicitet
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.	CD_CV	0..1
födelsedatum	Angivelse av vilket datum personen är född.	TS_DATE_FULL	0..1
sekretessmarkering	Angivelse av sekretessmarkering enligt Skatteverket.	BL_NON NULL	0..1
skyddad folkbokföring	Angivelse av skyddad folkbokföring enligt Skatteverket.	BL_NON NULL	0..1
civilstånd	Angivelse av personens civilstånd.	CD_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..*

Plats

Klassen plats håller information om avgränsad geografisk eller fysisk yta med välbestämt läge. Här avses plats ur ett geografiskt eller fysiskt perspektiv, inte ur ett organisations- eller verksamhetsperspektiv. Exempel som särskilt pekas ut som plats som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är plats för dödsfall. Andra exempel kan vara väg där olycka skett, korridor eller rum där en patient befinner sig.

Attribut	Beskrivning	Datotyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för plats.	II	0..1
typ	Kod för typ av plats, exempelvis väg, rum eller entré till byggnad.	CD_CV	0..1
namn	Angivelse av platsens namn, exempelvis Saxenhovs badplats eller Tjolöholms slott.	ST	0..1
belägenhetsadress	Angivelse av adressinformation som specificerar var en plats geografiskt är belägen, exempelvis: "Valbo Byvägen 1, Gävle". Strukturen för en belägenhetsadress återfinns i svensk standard SS 637003:2015. En belägenhetsadress kan vara	AD	0..1

Attribut	Beskrivning	Datotyp	Multiplicitet
	gemensam för flera platser. Ett exempel på detta kan vara en plats av typ rum som är en del av en plats av typen korridor. Dessa två platser kan ha samma belögenhetsadress som anger den byggnad de är belägna i.		

Position

Klassen position håller information om plats specificerat med longitud och latitud samt eventuellt altitud.

Det idag officiella referenssystemet för geografiska koordinater i Sverige är SWEREF 99. Internationellt är WGS 84 ett vanligt referenssystem. En positionangivelse i SWEREF 99 skiljer sig maximalt cirka 0,7 meter från en positionsangivelse angiven i WGS84. Denna skillnad brukar i de flesta fall bortses ifrån. I första hand rekommenderas användning av referenssystemet SWEREF 99 och i andra hand WGS 84.

Attribut	Beskrivning	Datotyp	Multiplicitet
longitud	Angivelse av en plats läge i förhållande till noll-meridianen (som går genom Greenwich, London). Anges i decimalformat enligt den internationella standarden ISO 6709 med grader och decimalgrader där +/- anger östlig/västlig longitud.	REAL	1
latitud	Angivelse av en plats läge i förhållande till ekvatorn. Anges i decimalformat enligt den internationella standarden ISO 6709 med grader och decimalgrader där +/- anger nordlig/sydlig latitud.	REAL	1
altitud	Angivelse av en plats läge över havsytan. Anges i meter över havet enligt den internationella standarden ISO 6709 där +/- anger positiv/negativ höjd.	REAL	0..1

Remiss

Klassen remiss håller information om vårdbegäran som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av medicinskt ansvar för en patient.

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, implantat och läkemedel.

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	Datatyp	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).	CD_CV	0..1
gruppidentitet	Angivelse av identitetsbeteckning för en grupp av resurser, t.ex. ett batchnummer eller parti-nummer.	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. Det finns även möjlighet att ange en textuell beskrivning av mängd. Ett exempel på detta kan vara "en golfbolls storlek" då resursklassen används för att representera mängden salva som skall appliceras i en läkemedelsordination.	ANY	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 ett läkemedels läkemedelsform eller särskilda egenskaper hos de vävnader eller celler som har använts.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	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 å 500 ml.	CD_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.

Roll för plats

Klassen Roll för plats håller information om den roll som en plats kan ha. Exempelvis kan en viss plats fungera både i rollen som sjukhus (för patient) och i rollen som arbetsplats (för hälso- och sjukvårdspersonal). Exempel som särskilt pekas ut som roll för plats som det i tillämpliga fall ska dokumenteras om är sjukhus, särskilt boende och ordinärt boende.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av roll som avses, exempelvis sjukhus, ordinärt boende, arbetsplats eller skola.	CD_CV	0..1

Samband

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

Attribut	Beskrivning	Datotyp	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. Notera att det finns ett kodverk framtaget för sambandstyper. Se separat bilaga.	CD_CV	1

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	Datotyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för den specifika tillämpade modell som avses, exempelvis identitetsbeteckningen för den struktur som representerar ett dödsorsaksintyget.	CD_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.

Attribut	Beskrivning	Datotyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för uppgiften.	II	0..1
dokumentationstidpunkt	Angivelse av den tidpunkt vid vilken uppgiften lagrats.	TS	1

Vårdbegäran

Klassen vårdbegäran håller information om begäran om erhållande av hälso- och sjukvård.

Attribut	Beskrivning	Datotyp	Multiplicitet
tidpunkt	Angivelse av tidpunkt då en vårdbegäran framställs.	TS	1
orsak	Angivelse av orsak till vårdbegäran som uttrycks i en textuell beskrivning.	ST	0..1

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
	För remiss benämns detta vanligtvis frågeställning. För vårdbegäran för egen räkning benämns detta kontaktorsak.		
prioritet	Kod för hälso- och sjukvårdens prioritering av vårdbegäran.	CD_CV	0..1

Vårdbegäran för egen räkning eller från tredje part

Klassen vårdbegäran för egen räkning eller från tredje part håller information om vårdbegäran från patient, företrädare för patient eller tredje part.

Vårdbegäran för egen räkning eller från tredje part initierar den individanpassade vårdprocessen. I denna klass dokumenteras även orsaken till vårdbegäran.

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	Datatyp	Multiplicitet
orsakskod	Kod för den orsak som avses. Om det är en vårdbegäran för egen räkning används kod för kontaktorsak.	CD_CV	0..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 distanskontakt. I den nationella statistiken räknas endast sådana vårdkontakter som har dokumenterats i patientens journal.

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av vårdkontakt som avses, exempelvis vårdtillfälle, öppenvårdsbesök eller hemsjukvårdsbesök.	CD_CV	0..1
tid	Angivelse av under vilken tid en vårdkontakt skeft, 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.	CD_CV	1
inskrivenFrån	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.	CD_CV	0..1
utskrivnaTill	Kod för att ange vart en patient skrivs ut till, exempelvis till sin bostad, annat sjukhus eller särskilt boende.	CD_CV	0..1