

Nationell informationsstruktur 2016:1

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 2016-2-7
Publicerad www.socialstyrelsen.se, februari 2016

Förord

Genom en systematisk metod har den nationella informationsstrukturen vidareutvecklats under 2014–2015. Kontinuerlig förankring har genomförts med organisationerna i Socialstyrelsens e-hälsoråd, e-hälsosamordnarna, landstingen, regionerna, kommunerna och organisationerna i Socialstyrelsens referensgrupper för gemensam informationsstruktur, Inera AB samt Swedish Medtech. Socialstyrelsen har tidigare publicerat två delleveranser (NI 2015:1 och NI 2015:2) för att möjliggöra att resultatet kan användas direkt och har på så sätt fått in återkoppling på det pågående arbetet. Denna rapport beskriver slutleveransen.

Huvudförfattarna till rapporten är Ingela Strandh och Niklas Eklöf. Andra personer som arbetar med uppdraget om gemensam informationsstruktur på Socialstyrelsen har under arbetets gång bidragit med värdefulla synpunkter.

Annemarie Danon, avdelningschef Kunskapsstöd

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Nationell informationsstruktur och semantisk interoperabilitet	8
Nyttan med nationell informationsstruktur.....	11
Tidigare framtagna modeller och behov av vidareutveckling.....	13
Den genomförda vidareutvecklingen	14
Fortsatt förvaltning.....	18
Lista på bilagor.....	19
Bilaga 1 Beskrivning av modellerna.....	21
Bilaga 2 Modeller för vård och omsorg	41
Bilaga 3 Modeller för hälso- och sjukvård.....	67
Bilaga 4 Modeller för socialtjänst	125
Bilaga 5 Metod för att skapa vyer av dokumentation i patientjournal eller personakt....	173
Bilaga 6 Krav på innehåll – perspektiv och angelägenheter.....	183
Bilaga 7 Arkitektur och metodbeskrivning	189
Bilaga 8 Revidering och nyutveckling av modellerna i NI 2016:1.....	197
Bilaga 9 Terminologibindning till nationellt fackspråk.....	201

Sammanfattning

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att vidareutveckla och kvalitetssäkra den gemensamma informationsstrukturen så att den stödjer och leder till målen om en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation i hälso- och sjukvård och socialtjänst. Gemensam informationsstruktur består av nationell informationsstruktur (NI) och nationellt fackspråk (NF).

NI ska användas för att identifiera, beskriva och hantera dokumentationsbehov inom vård och omsorg och är ett viktigt verktyg för att uppnå interoperabilitet inom och mellan olika aktörer. Interoperabilitet definieras som förståelse hos system, organisationer eller verksamhetsprocesser att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra genom att överenskomna regler följs. Socialstyrelsen har ett nationellt samordningsuppdrag för den gemensamma informationsstrukturen, vilket innefattar den del av interoperabiliteten som benämns som semantisk interoperabilitet.

Denna rapport beskriver vidareutvecklingen av NI. Socialstyrelsen har genom vidareutvecklingen avgränsat innehållet i NI enligt tre valda perspektiv. Detta säkerställer en systematik i vad som ingår i modellerna och vad som inte ingår. De tre perspektiven utgår från uppdraget och är *dokumentationskrav enligt författning, statistikuppföljning och bästa tillgängliga kunskap*. Socialstyrelsen har tidigare publicerat två delleveranser (NI 2015:1 och NI 2015:2) för att möjliggöra att resultatet kan användas direkt och har på så sätt fått in återkoppling på det pågående arbetet.

Resultatet av vidareutvecklingen är nio sammanhängande modeller som redovisas tillsammans med beskrivningar i bilagor. Modellerna finns på övergripande vård- och omsorgsnivå och på de specialiserade nivåerna för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Modellerna är av tre typer: process- begrepp och informationsmodell. NI:s vidareutvecklade processmodeller beskriver den individanpassade process som patienter eller brukare genomgår och som löper över organisatoriska gränser inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Av begreppsmodellerna framgår det hur begreppen som identifierats i den individanpassade processen relaterar till varandra. Informationen som finns och skapas i processen måste dokumenteras på ett gemensamt och strukturerat sätt i relation till annan information. Denna struktur beskrivs i de vidareutvecklade informationsmodellerna.

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

Nationell informationsstruktur och semantisk interoperabilitet

Socialstyrelsens arbete med den gemensamma informationsstrukturen ingår i den nationella e-hälsostrategin. Målet med strategin är att genom överenskommelser och krav skapa förutsättningar för en tillgänglig och säker digital informationshantering inom och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Socialstyrelsen har i uppdrag¹ från regeringen att vidareutveckla och kvalitetssäkra den gemensamma informationsstrukturen så att den stödjer och leder till målen om en strukturerad och ändamålsenlig dokumentation inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Den gemensamma informationsstrukturen ska bidra till ökad följsamhet mot gällande lagstiftning, underlätta tillämpningen av bästa tillgängliga kunskap samt ge förutsättningar för informationsöverföring mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst.

I den gemensamma informationsstrukturen ingår nationell informationsstruktur (NI) och nationellt fackspråk (NF). Den nationella informationsstrukturen ska användas för att identifiera, beskriva och hantera dokumentationsbehov inom vård och omsorg och är ett viktigt verktyg för att uppnå 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. Socialstyrelsen har ett nationellt samordningsuppdrag för den gemensamma informationsstrukturen, vilket innefattar den del av interoperabiliteten som benämns som semantisk interoperabilitet (se figur 1).

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 kan läsas uppifrån och ned eftersom varje typ av interoperabilitet är en förutsättning för och avgränsar typen under.

¹ Uppdrag om nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk, S2007/4754/FS.

Figur 1: Interoperabilitet av fyra typer²

"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: ISA, Europeiska kommissionen

Juridisk interoperabilitet

Den första typen av förutsättning är *juridisk interoperabilitet*. Inom 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 den nationella informationsstrukturen 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 den nationella informationsstrukturen. Dessa krav benämns som *dokumentationskrav enligt författning*.

Organisatorisk interoperabilitet

Den andra typen av förutsättning som krävs 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 den nationella informationsstrukturen för att uppnå en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation. Behoven har delats upp i två perspektiv i den nationella informationsstrukturen, *statistikuppföljning* respektive *bästa tillgängliga kunskap* där det sistnämnda innehåller

² Källa: Interoperability Solutions for European Public Administrations (ISA), European Commission

styrande, gemensamma rekommendationer för hur dokumentationen inom vård och omsorg ska struktureras för att kunna återanvändas i flera olika syften, exempelvis för rapportering till kvalitetsregister via NPD i, Nationella Programmet för Datainsamling, eller vid individuell behovsbedömning inom socialtjänsten enligt ÅBIC, Äldres 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 innebär den dokumentation som verksamheterna enligt lag, förordning och föreskrift måste dokumentera och får utbyta inom eller mellan organisationer inom vård och omsorg samt att de gemensamma verksamhetsbehov som har identifierats måste beskrivas på ett sådant sätt att verksamheterna mäter och menar samma sak med de olika begreppen och struktureras på ett sätt som gör det möjligt att återanvända dokumentationen i många olika syften. För att skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation måste den nationella informationsstrukturen 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 den nationella informationsstrukturen.

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. Den nationella informationsstrukturen är, precis som de juridiska och organisatoriska förutsättningarna, lösningsneutral och kan tillämpas oberoende av it-stöd eller teknisk standard.

Samordningsansvar behövs i alla delar

Socialstyrelsen har ett nationellt samordningsansvar för den *semantiska interoperabiliteten*, d.v.s. förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation. För att interoperabilitet ska uppstå i verksamheterna behöver dock samordningsansvar, eller motsvarande funktion, pekas ut även för de övriga tre typerna av interoperabilitet. För att gemensamt arbeta med detta har Sverige en nationell e-hälsostراتيجية som har Socialdepartementet, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Vårdföretagarna och Famna som avsändare.

Nyttan med nationell informationsstruktur

Syftet med nationell informationsstruktur (NI) är att identifiera, beskriva och hantera dokumentationsbehov inom vård och omsorg utifrån en gemensam informationsstruktur och därmed förbättra hanteringen av information genom att skapa en gemensam förståelse för den information som behöver hanteras kring en individ som är föremål för hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst. Utifrån den process som individen genomgår beskriver NI den typ av information som olika aktörer behöver i sin kommunikation inom processen samt hur aktörerna ska strukturera informationen för att kunna återanvända den för olika syften.

Socialstyrelsen konstaterade 2011³ att en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation innebär att varje behov av information är tillgodosett och att den gemensamma informationsstrukturen kan bidra till detta mål.

Dokumentationen ska vara strukturerad så att den kan vara:

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

Genom att använda en gemensam beskrivning utifrån den individanpassade processen 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 behov så att till exempel 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.

2. Underlag för patientens eller brukarens ställningstagande

Med tillgång till relevant och entydig vård- och omsorgsdokumentation får en vård- och omsorgstagare 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 deras resultat och kvalitet. Detta underlättar vård- och omsorgstagarens 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

³ Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation, underlag för nationell samordning och finansiering. Rapport 2011-12-10. Stockholm: Socialstyrelsen 2012.

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 kunskapsunderlag såsom besluts- eller bedömningsstöd är enhetligt strukturerade enligt en gemensam struktur kan dessa kunskapsprodukter möjliggöra en entydighet i information från evidensbaserade kunskapsunderlag till styrning av vårdens och omsorgens kärnprocesser genom en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation.

5. Tillräckligt bra för att utgöra underlag för forskning

Genom att utgå ifrån en nationell 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 har modellerna i NI utgått ifrån *dokumentationskrav enligt författning*. Ett viktigt syfte med dokumentationskrav är att värna om patient- och brukarsäkerhet samt kontinuitet i vården och omsorgen för både brukare och patienter i form av spårbarhet till åtgärder samt den grundläggande rätten till domstolsprövning av förvaltningsbeslut.

NI beskriver inte ett it-stöd, men beskriver vård- och omsorgsverksamheten och den information som behövs i en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation på ett sådant sätt att NI kan användas vid kravställning av it-stöd. 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 den individanpassade processen, 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.

De primära målgrupperna för NI är olika intressenter inom vård och omsorg: beställare och utförare, myndigheter samt de som utformar och tillhandahåller it-stöd och e-tjänster.

Tidigare framtagna modeller och behov av vidareutveckling

Socialstyrelsen tog fram en första version av process-, begrepps- och informationsmodeller för vård och omsorg 2009⁴. För att närma sig verksamheterna har Inera AB (före detta CeHis) parallellt utvecklat Verksamhetens Tillämpade Informationsmodell (V-TIM 2.2), som specifikt gäller hälso- och sjukvård. V-TIM 2.2 överlämnades till Socialstyrelsen 2013⁵. Socialstyrelsen har också tagit fram en mer verksamhetsnära beskrivning av socialtjänst i form av en processmodell och en begreppsmodell⁶. Vidare har Socialstyrelsen haft ett antal särskilda regeringsuppdrag där de olika tidigare modellerna utvärderats mot verkliga dokumentationsbehov, bland annat ett uppdrag att fördela statsbidrag till verksamheter för att bedriva försöksverksamheter⁷ och ett uppdrag att beskriva förutsättningarna för att följa individanpassade processer⁸. De tidigare framtagna modellerna och resultatet från uppdragen har ingått som underlag i vidareutvecklingen.

Enligt regeringsuppdraget ska den gemensamma informationsstrukturen bidra till ökad följsamhet mot gällande lagstiftning, underlätta tillämpningen av bästa tillgängliga kunskap samt ge förutsättningar för informationsöverföring mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Socialstyrelsen har därför identifierat ett behov av att mer systematiskt vidareutveckla modellerna enligt en kvalitetssäkrad metod. Informationsarkitekturstandarden SS-ISO/IEC/IEEE 42010 har använts som grund för vidareutvecklingsmetoden och säkerställt att de vidareutvecklade modellerna är lösningsneutrala och kan tillämpas oberoende av it-stöd eller teknisk standard. Genom att systematiskt relatera NI:s olika delar till en standard av denna typ blir det tydligare hur NI förhåller sig till andra etablerade arkitekturer och hur de olika delarna i NI samverkar med varandra. För en fördjupad beskrivning av NI:s relation till ISO-42010 och vidareutvecklingsmetoden, se bilaga 7.

Genom vidareutvecklingen har verksamhetsbehoven som uttryckts i de tidigare framtagna modellerna enats i en nationell sammanhållen modellarkitektur. Alla vidareutvecklade modeller är framtagna med samma metod, syfte och perspektiv och har en tydlig koppling till varandra och verksamhetens fackspråk. Detta möjliggör en enhetlig tillämpning av de vidareutvecklade modellerna i syfte att uppnå den önskade nyttan i form av ändamålsenlig och strukturerad dokumentation och därigenom semantisk interoperabilitet.

⁴ Nationell Informationsstruktur – ett regeringsuppdrag inom Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen 2009.

⁵ Nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk – Användning och tillgängliggörande, lägesrapport 2013, Stockholm, Socialstyrelsen 2013.

⁶ Verksamhetsbeskrivning av socialtjänsten, underlag för avstämning mot den nationella informationsstrukturen och utveckling av det nationella fackspråket. Rapport 2013-03-29. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

⁷ Uppdrag om nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk, S2007/4754/FS

⁸ Hälsoärende – förutsättningen för ett process-id inom hälso- och sjukvården, delrapport. Rapport 2013-10-2. Stockholm: Socialstyrelsen; 2013.

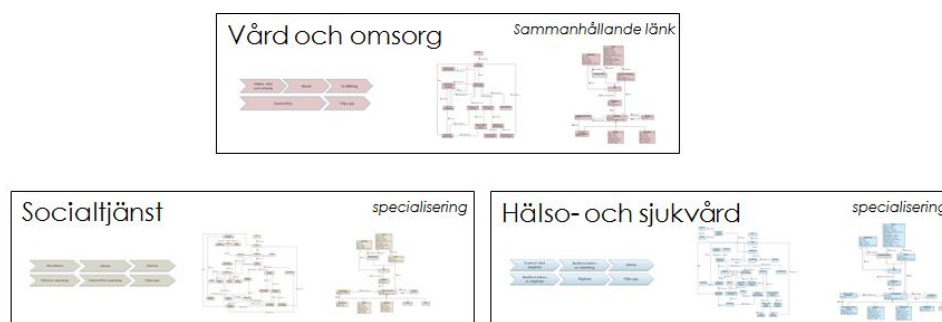
Den genomförda vidareutvecklingen

Genom vidareutvecklingen har NI närmat sig verksamheternas fackspråk genom att vidareutveckla såväl de specialiserade modellerna för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst som de sammanhållande, övergripande vård- och omsorgmodellerna. Informationen beskrivs i form av process-, begrepps- och informationsmodeller och totalt består NI av ett ramverk av nio sammanhängande modeller.

Modellerna beskriver den individanpassade processen

NI:s vidareutvecklade processmodeller beskriver den övergripande processen för vård och omsorg samt specialiseringarna hälso- och sjukvård och socialtjänst. Dessa beskriver i sin tur den individanpassade process som patienter eller brukare genomgår och som löper över organisatoriska gränser inom hälso- och sjukvården respektive socialtjänsten. Av begreppsmodellerna framgår det hur begreppen som identifierats i den individanpassade processen relaterar till varandra. Informationen som finns och skapas i processen måste dokumenteras på ett gemensamt och strukturerat sätt i relation till annan information. Denna struktur beskrivs i de vidareutvecklade informationsmodellerna. För mer information om de olika modelltyperna, se bilaga 1, och för mer information om hur modellerna ska användas, se bilaga 5.

Figur 2: De två beskrivningsnivåerna som NI innehåller



Figur 2 visar överskådligt hur de nio vidareutvecklade modellerna relaterar till varandra och visar de två beskrivningsnivåerna, den för vård och omsorg som innehåller tre modeller samt beskrivningsnivån för hälso- och sjukvård och socialtjänst där de två verksamhetsområdena också beskrivs med tre modeller. Modellerna redovisas i bilaga 2–4.

Socialstyrelsen har tidigare publicerat två delleveranser (NI 2015:1⁹ och NI 2015:2¹⁰) för att möjliggöra att resultatet kan användas direkt och har på så sätt fått återkoppling på det pågående arbetet.

Tre perspektiv som säkerställer en systematik

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 inom den individanpassade processen och 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 kopplat till gemensamma tjänster som utvecklas inom ramen för den nationella e-hälsostrategin.

För en sammanfattning över vilka perspektiv och angelägenheter Socialstyrelsen valt, se tabell 1. För en detaljerad lista på angelägenheter, se bilaga 6.

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

⁹ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2014/2014-12-29>

¹⁰ <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-6-53>

Genomförande av vidareutvecklingen

Genomförandet av vidareutvecklingen har bedrivits genom ett nära samarbete mellan informatiker, jurister och terminologer. Vidareutvecklingsmetoden består av sex steg som redovisas i bilaga 7. För att säkerställa att metoden tillämpades systematiskt och för fortsatt förvaltning av modellerna var det nödvändigt med en fördjupad sammanställning av *dokumentationskrav enligt författning* och rapporteringskrav till Socialstyrelsens register.

Vidareutvecklingen av NI har strävat efter att begreppsmodelleringen ska omfatta såväl informatikperspektivet 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 vidareutvecklingen använt korrekt fackterm och definition enligt Socialstyrelsens termbank som klassnamn och beskrivning. I de fall begreppet inte har överensstämt med liknande begrepp i termbanken, så har begreppet fått en egen benämning och beskrivning.

Uttryckliga dokumentationskrav i författningar

Sammanställningen av författningarna gjordes genom en juridisk genomgång och bedömning av alla författningar inom området. Det finns omkring 200 författningar inom vård- och omsorgsområdet, varav majoriteten reglerar hälso- och sjukvård. Genom att utgå ifrån vilka som innehåller *uttryckliga dokumentationskrav* inom den individanpassade processen återstod 75 författningar. Om det i ett krav på utförande av viss åtgärd inte finns ett motsvarande krav på att åtgärden ska dokumenteras, utgör detta krav enligt Socialstyrelsens uppfattning inte ett dokumentationskrav i NI. Författningar kan även handla om bestämmelser som antingen förbjuder viss dokumentation eller kräver utplåning av dokumentation och dessa bestämmelser har också ingått i *uttryckliga dokumentationskrav*. NI baseras endast på *uttryckliga dokumentationskrav* eftersom det finns en påtaglig risk att myndigheten inför dokumentationskrav som kan komma att uppfattas av verksamheterna som tvingande dokumentationskrav, trots att så inte är fallet.

Dokumentationskraven har sedan åskådliggjorts i modellerna genom ett iterativt arbete. Initialt har varje dokumentationskrav "kategoriserats" mot tänkbara informationsklasser av informatiker. En grund för modelleringen är de tidigare modellerna och deras modelleringsmönster. För varje begreppsområde har noggrannare genomgångar gjorts av alla krav som hör till en relaterad kategori. Bland annat har attribut lagts till baserat på hur dokumentationskravet ser ut, exempelvis kan ett dokumentationskrav beskriva vikten att dokumentera när något sker, vilket ger att informationsklassen behöver ha en tidsstämpel. Parallellt med arbetet att identifiera klasser och attribut har det terminologiska arbetet kring begreppsområdet skett. Detta arbete säkerställer en entydig tillämpning av definitionen eller beskrivningen för varje begreppsområde. Efter färdigställande av arbetet med varje begreppsområde har jurister kvalitetssäkrat mappningen mellan de dokumentationskrav som informatiker och terminologer bedömt ingå.

Statistikuppföljning

Sammanställningen av rapporteringskrav till Socialstyrelsens hälsodata- och socialtjänstregister gjordes genom en genomgång av alla inrapporteringsvariabler tillsammans med de kvalitetsansvariga för registren. Inrapporteringsvariablerna har sedan åskådliggjorts i informationsmodellerna i form av klasser och attribut genom en liknande iterativ metod som för författningarna.

Bästa tillgängliga kunskap

Genom ett nära samarbete med de fem utpekade angelägenheterna (se bilaga 6) inom perspektivet *bästa tillgängliga kunskap* har eventuella ytterligare krav tydliggjorts i modellerna. Angelägenheterna 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. Om kravet redan har stöd från de två tidigare perspektiven har det inte explicit utpekats som ett krav från även detta perspektiv.

Begreppsområden

Vidareutvecklingen har genomförts genom systematisk genomgång av ett begreppsområde i taget. Ett exempel på begreppsområde är ”aktivitet”. I begreppsområdet ingår då alla de typer av aktiviteter som det finns stöd för utifrån de tre valda perspektiven, som beskrivs i tabell 1. Begreppsområden har valts utifrån följande kriterier:

- Att de finns i de delar av de tidigare modeller som används, det vill säga gemensamma verksamhetsbehov. Som stöd i att kontrollera vilka delar som använts av de befintliga modellerna har Inera AB bistått Socialstyrelsen.
- Att det finns ett flertal dokumentationskrav och/eller krav på rapportering till register inom dessa begreppsområden.

De specialiserade modellerna för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst har skapats först för det valda begreppsområdet. Detta är för att det är på de specialiserade nivåerna som dokumentationskraven och verksamheternas fackspråk finns. De gemensamma begreppen och dokumentationskraven har sedan åskådliggjorts i den generiska beskrivningsnivån för vård och omsorg. Den generiska nivåns funktion är att säkerställa spårbarheten mellan de specialiserade modellerna.

Fortsatt förvaltning

Den nationella informationsstrukturen förvaltas sedan 2014 inom ramen för Socialstyrelsens förvaltning av den gemensamma informationsstrukturen. Både genom delleveranserna och genom denna slutleverans från vidareutvecklingsprojektet är modellerna klara för att användas direkt i verksamhetsnära projekt. Nationell informationsstruktur är en förutsättning för nästa steg i utvecklingen av strukturerad och ändamålsenlig dokumentation i hälso- och sjukvård och socialtjänst och ett viktigt steg för att det ska vara möjligt att uppnå en semantisk interoperabilitet i Sverige. Förvaltningsorganisationen tillhandahåller aktuell kunskap om modellerna, hur modellerna kan användas och ansvarar också för att vidareutveckla och ändringshantera modellerna och tillhörande dokumentation utifrån målgruppernas behov.

Socialstyrelsen har som en del av förvaltningsarbetet etablerat rutiner inom myndigheten för att säkerställa att föreskriftsändringar eller förändringar i statistikvariabler som begärs in till Socialstyrelsens hälsodataregister kontrolleras och verifieras med den nationella informationsstrukturen för att möjliggöra att dokumentationen i patientjournal eller personakt också kan användas för juridiska bedömningar och som underlag för uppföljning av grupper av patienter och brukare på olika nivåer.

Lista på bilagor

Bilaga 1 Beskrivning av 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 Modeller för hälso- och sjukvård

Denna bilaga innehåller NI:s processmodell, begreppsmodell och informationsmodell för hälso- och sjukvård med relaterad dokumentation.

Bilaga 4 Modeller för socialtjänst

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

Bilaga 5 Metod för att skapa vyer av dokumentation i patientjournal eller personakt

Denna bilaga beskriver övergripande en metod för att skapa standardiserade vyer utifrån NI.

Bilaga 6 Krav på innehåll – perspektiv och angelägenheter

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

Bilaga 7 Arkitektur och metodbeskrivning

Denna bilaga beskriver vad som legat till grund för vidareutvecklingsmetoden och arkitekturella beslut.

Bilaga 8 Revidering och nyutveckling av modellerna i NI 2016:1

Denna bilaga listar skillnaderna mellan modellerna i delleveransen 2015:2 och denna delleverans, 2016:1.

Bilaga 9 Terminologibindning till nationellt fackspråk

Denna bilaga listar de koder som ingår som Snomed CT-urval för typer av Samband och Deltagande, koder för status för observation och aktivitet samt en översiktlig tabell för koppling mellan nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk.

Nationell informationsstruktur 2016:1

Bilaga 1: Beskrivning av modellerna

Innehåll

Inledning.....	24
Ord och uttryck.....	25
Procesmodeller	26
Begreppsmodeller.....	28
Informationsmodeller.....	31
Färgsättning.....	39
Standardiserad vy	40

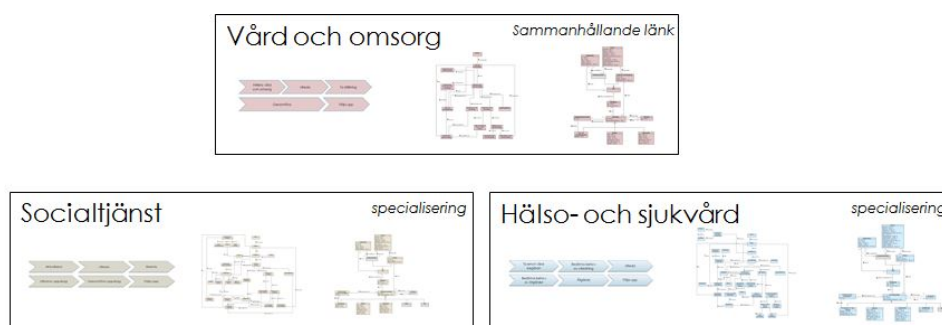
Inledning

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.

Ord och uttryck

Tabell 1. Uttryck som förekommer i läsanvisningen listas alfabetiskt.

Uttryck	Förklaring
Attribut	Specificering av den information som innefattas av en informationsklass i informationsmodellen.
Begreppsmodell	Beskrivning av de begrepp och deras inbördes relation som hanteras inom det område som en processmodell beskriver.
Datatyp	Format för hur attribut ska representeras och dokumenteras.
Informationsklass	Beskrivning av en avgränsad informationsmängd i en informationsmodell. Avgränsningen av informationsmängderna sker utifrån en begreppsmodell.
Informationsmodell	Beskrivning av sambanden mellan olika informationsmängder.
Informationsmängd	Beskrivning av vilken information som ska dokumenteras som en avgränsad och på förhand definierad företeelse.
Interoperabilitet	Förmåga hos system, organisationer eller verksamhetsprocesser att fungera tillsammans och kunna kommunicera med varandra genom att överenskomna regler följs.
Multiplicitet	Antalet tillåtna förekomster av en informationsklass eller attribut inom en informationsklass.
Notation	Symboler som används för att beskriva en verksamhet på ett enhetligt sätt i en viss modelltyp.
Processmodell	Beskrivning av verksamhetsnära processer på en övergripande och generisk nivå.
Relation	Samband mellan informationsklasser.

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 problem samt att följa upp effekten av de aktiviteter som utförts för att hantera problemet. 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.

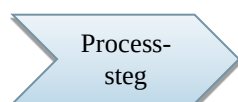
Att läsa processmodellerna i NI

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 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.

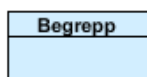
Att läsa begreppsmodellerna i NI

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

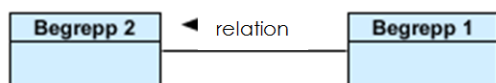
Notation i begreppsmodellerna

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	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentarer enligt NI	Relation till andra modeller
Begreppets benämning.	Begreppets definition enligt Socialstyrelsens termbank.	Beskrivning framtagen i utvecklingen av 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 kommer att behöva 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 de specifika angelägenheterna, se bilaga 6.

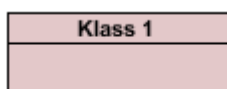
Att läsa informationsmodellerna i NI

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

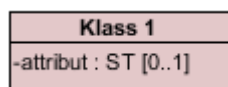
Notation i informationsmodellerna

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

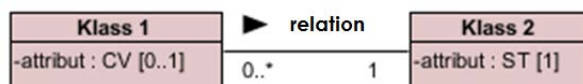


Varje informationsmängd som ska kunna dokumenteras representeras av en klass i informationsmodellen. En klass håller information om en viss typ av information (till exempel Person, Aktivitet, Observation). En klass kan utgå från begrepp i begreppsmodellen som motsvarar samma företeelse.



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*).

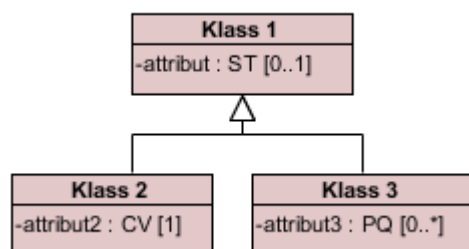
Relation



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	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
Attribut-namn.	Beskrivning av den information attributet avser hålla.	Namn/identitet på den källa som ställer kravet på att informationen i attributet behöver dokumenteras.	Formatet på den information som attributet avser hålla.	Antalet tillåtna förekomster av attributet.

Angelägenheter som motiverar enskilda attribut specificeras i kolumnen *Dokumentationskrav återfinns i*. I bilaga 6 listas alla angelägenheter som har använts i vidareutvecklingen. 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 sjukvårdsinformatik – Harmoniserade datatyper för informationsutbyte*.

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 måtvärden.
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 i 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.

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	Datotyp	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

Datotypen ANY används då datotypen 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.negotiation"

Attribut	Datotyp	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 datotypen, som exempelvis kodtext, också behövas specificeras.

Attribut	Datotyp	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 dataty-

pens 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 hälsoproblem 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)

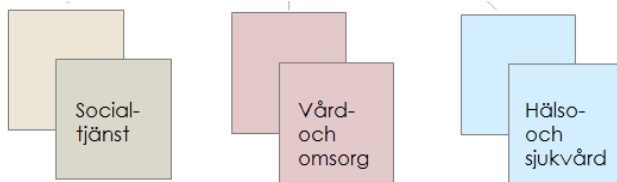
Tidsangivelse i form av ett specifikt datum. I NI finns exempelvis behovet att hålla information om en persons födelsedatum. Tidsangivelsens precision ska vara exakt ett specifikt datum.

Attribut	Datatyp	Beskrivning	Multiplicitet
value	String	Specifikt datum.	1

Färgsättning

De olika modellerna i NI har olika färgsättning. Färgerna indikerar vilken verksamhetsdomän modellerna beskriver.

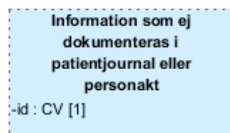
Figur 2. Färgsättning av modellerna



Standardiserad vy

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. Bilaga 5 beskriver en metod för att skapa vyer av dokumentation i patientjournal eller personakt utifrån NI. En vy visar vilken information i patientjournal eller personakt som måste dokumenteras eller återanvändas för att representera det specifika behovet. Detta representeras av informationsklassen *Standardiserad vy* i informationsmodellen. En standardiserad vy måste också terminologibindas tillsammans med det nationella fackspråket för att fullständigt representera verksamhetsbehovet.

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



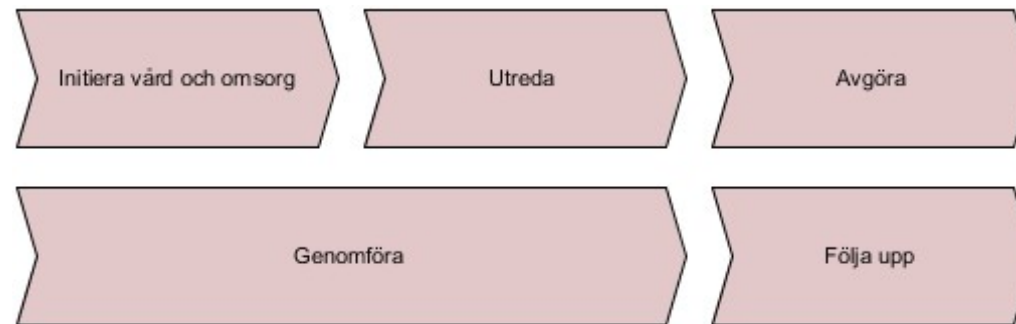
Nationell informationsstruktur 2016:1

Bilaga 2: Modeller för vård och omsorg

Innehåll

Processmodell för vård och omsorg	44
Begreppsmodell för vård och omsorg	46
Informationsmodell för vård och omsorg	54

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 hantera problem 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.

Processteg 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 omsorgs- tagare kontaktar eller blir kontaktad av hälso- och sjukvård eller socialtjänst.	Alternativ • Uppfattat problem (inom vård och omsorg) samt beslut att starta utredning • Uppfattat problem (inom vård och omsorg) samt beslut att inte starta utredning, processen avslutas
Utreda	Uppfattat problem (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 åtgärda problemet och uppnå 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

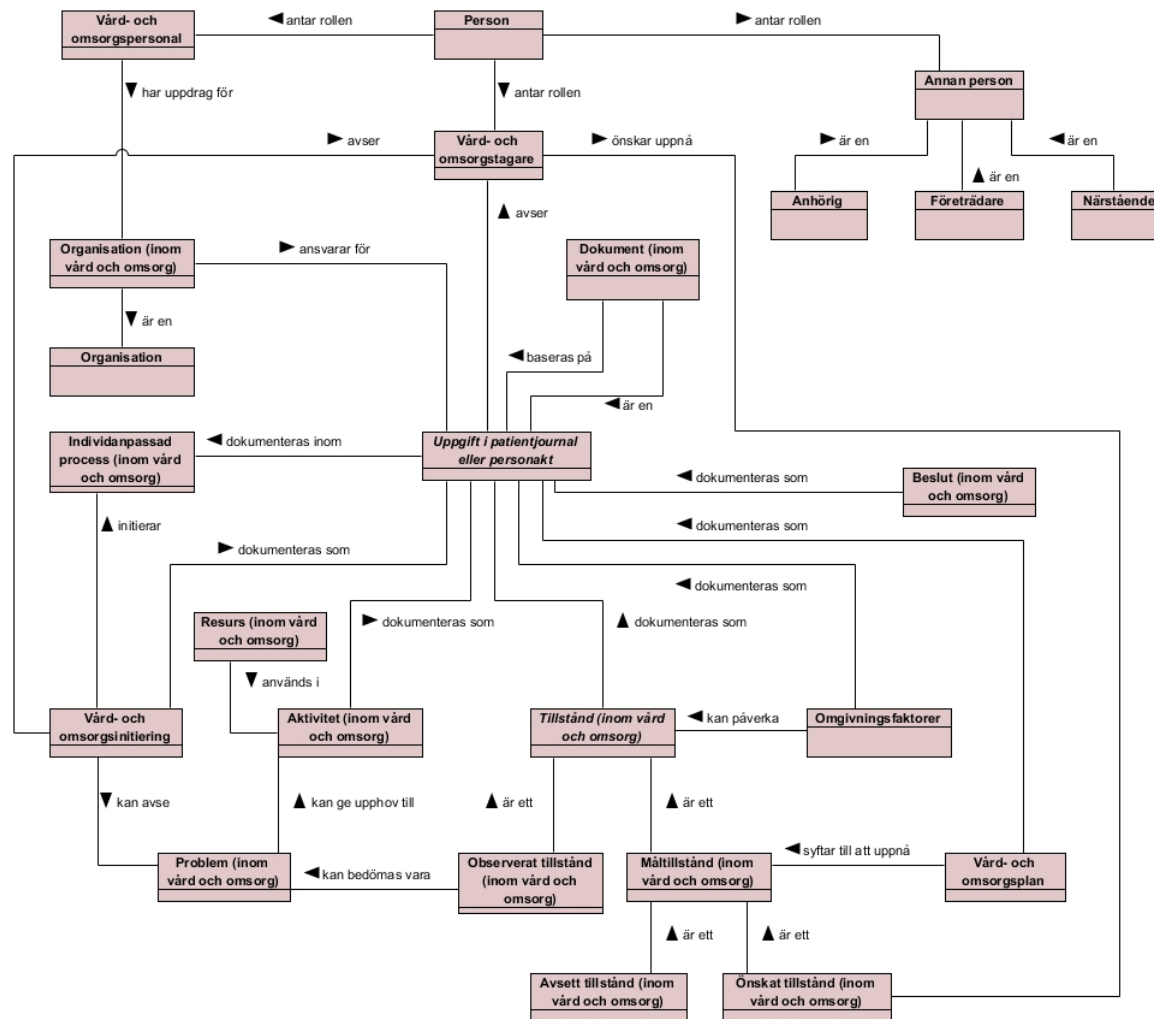
Begreppsmodellen anger vilka begrepp som är centrala att hålla information om inom den individanpassade processen samt den information som informationsmodellen kan uttrycka.

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.

När begrepp i begreppsmodellerna motsvarar begrepp i Socialstyrelsens termbank används term, definition och anmärkning från termbanken. Detta illustreras nedan 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 illustreras i kolumnen *”Beskrivning och kommentar enligt NI”*. Kolumnen används också när Socialstyrelsen behöver göra förtydliganden och ge ytterligare exempel avseende en termbanksdefinition. Socialstyrelsen har också uppmärksammat vissa begrepp i termbanken som kommer att ses över.

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.



Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Aktivitet (inom vård och omsorg)		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.	Representeras i informationsmodellen av: Aktivitet
Anhörig	Definition: person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna Anmärkning: Observera att termerna anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna.		Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ
Annan person		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.	Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ
Avsett tillstånd (inom vård och omsorg)		Det måltillstånd som vård- och omsorgspersonal, oftast i samråd med vård- och omsorgstagaren, har beslutat att försöka uppnå.	Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "mål", attributet värde, vid behov attributet typ och klassen deltagande med attributet typ
Beslut (inom vård och omsorg)		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.	Representeras i informationsmodellen av: Beslut med tillhörande beslutsstatus
Dokument (inom vård och omsorg)		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 myndig-	Representeras i informationsmodellen av: Dokument

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Företrädare		het. 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. 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 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.	Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ
Individanpassad process (inom vård och omsorg)		Den individuellt anpassade process inom vård och omsorg som en vård- och omsorgstagare genomgår med syfte att identifiera och hantera problem och tillstånd. Processen	Representeras i informationsmodellen av:

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		innefattar hela processen från vård- och omsorgsinitiering till uppföljning gentemot måltillstånd. Uppföljningen kan ske både när aktiviteterna har avslutats och kontinuerligt under pågående aktivitet.	Individanpassad process
Måltillstånd (inom vård och omsorg)		Tillstånd som inte har observerats men som vård- och omsorgstagare eller vård- och omsorgspersonal avser eller önskar uppnå. Måltillståndet kan delas upp i avsett tillstånd och önskat tillstånd. Exempel på måltillstånd är att vård- och omsorgstagaren ska bli fri från sjukdom eller kunna bo kvar hemma.	Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "mål" samt attributet värde och vid behov attributet typ
Närstående	Definition: person som den enskilde anser sig ha en nära relation till Anmärkning: Observera att termerna anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna.		Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ
Observerat tillstånd (inom vård och omsorg)		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.	Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid behov attributet typ
Omgivningsfaktorer		Den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar. Omgivningsfaktorerna kan påverka vård- och omsorgstagarens tillstånd. Exempel på omgivningsfaktorer är boendemiljö, arbetsmiljö och psykosocial miljö.	Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid behov attributet typ
Organisation		Verksamhet med ansvar och befogenhet att tillvarata intressen som är gemensamma för de ingående medlemmarna eller intressenterna. Exempel är enskilda verksamheter inom socialtjänst, organisationer inom skolväsende eller polismyndighet.	Representeras i informationsmodellen av: Organisation
Organisation (inom vård och omsorg)		Organisation som beslutar om, har ansvar för och/eller utför aktiviteter inom vård och omsorg.	Representeras i informationsmodellen av: Organisation

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Person		Mänsklig individ.	Representeras i informationsmodellen av: Person
Problem (inom vård och omsorg)		Problem hos en vård- och omsorgstagare som hanteras inom vård och omsorg. Exempel på problem är ledbesvär eller svårighet att försörja sig. Tillstånd som en vård- och omsorgstagare har behöver nödvändigtvis inte bedömas vara ett problem.	Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde samt vid behov attributet typ
Resurs (inom vård och omsorg)		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.	Representeras i informationsmodellen av: Resurs
Tillstånd (inom vård och omsorg)		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.	Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst" eller" mål", attributet värde och vid behov attributet typ
Uppgift i patientjournal eller personakt		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.	Representeras i informationsmodellen av: Uppgift i patientjournal eller personakt
Vård- och omsorgsinitiering		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.	Representeras i informationsmodellen av: Vård- och omsorgsinitiering
Vård- och omsorgspersonal		Person eller personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst.	Representeras i informationsmodellen av: Vård- och omsorgspersonal
Vård- och omsorgsplan	Definition: dokumenterad plan som beskriver plane-		Representeras i informations-

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
	rade 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.		modellen av: 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		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).	Representeras i informationsmodellen av: Vård- och omsorgstagare
Önskat tillstånd (inom vård och omsorg)		Det måltillstånd som vård- och omsorgstagaren själv önskar uppnå.	Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "mål", attributet värde, vid behov attributet typ och klassen deltagande med attributet typ

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

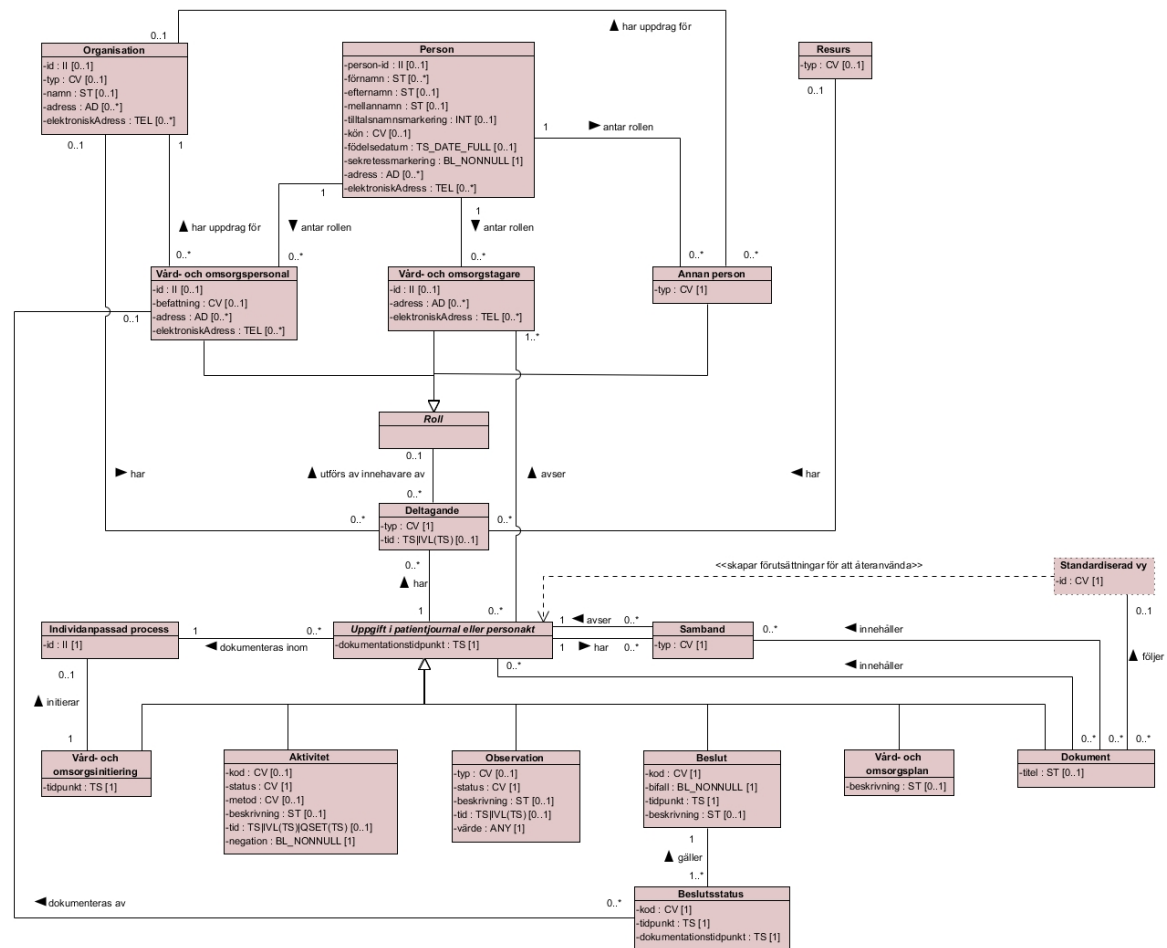
Angelägenheterna inom bästa tillgängliga kunskap skrivs endast ut om de andra två perspektiven inte redan motiverar attributet. För en fullständig lista på refererade angelägenheter i kolumnen *Dokumentationskrav återfinns i*, se bilaga 6.

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*. 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.



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.

Relation till begreppsmodell: Aktivitet (inom vård och omsorg)

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
negation	Flagga som negerar betydelsen av aktiviteten. Den ska användas för att explicit beskriva att en aktivitet inte utförts (trots att den exempelvis var planerad). Om flaggan är satt till sant innebär det att betydelsen av hela instansen av aktivitetsklassen är negerad.	BL_NONNULL	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. Relation till begreppsmodell: Anhörig, Annan person, Företrädare och Närstående

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.

Relation till begreppsmodell: Beslut (inom vård och omsorg)

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_NONNULL	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.

Relation till begreppsmodell: Beslut (inom vård och omsorg)

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
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 vård- och omsorgspersonal deltar i aktiviteten utredning i egenskap av utförare.

Relation till begreppsmodell: Saknas

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 med tillhörande relationer. Exempel är ett dödsorsaksintyg som följer den på förhand fastställda strukturen för denna specifika typ av intyg.

Relation till begreppsmodell: Dokument (inom vård och omsorg)

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.

Relation till begreppsmodell: Individanpassad process (inom vård och omsorg)

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.

Relation till begreppsmodell: Avsett tillstånd (inom vård och omsorg), Måltillstånd (inom vård och omsorg), Observerat tillstånd (inom vård och omsorg), Omgivningsfaktorer, Problem (inom vård och omsorg), Tillstånd (inom vård och omsorg) och Önskat tillstånd (inom vård och omsorg)

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
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
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

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.

Relation till begreppsmodell: Organisation och Organisation (inom vård och omsorg)

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
address	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.

Relation till begreppsmodell: Person

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

Attribut	Beskrivning	Datotyp	Multiplicitet
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
address	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..*

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.

Relation till begreppsmodell: Resurs (inom vård och omsorg)

Attribut	Beskrivning	Datotyp	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.

Relation till begreppsmodell: Saknas

Samband

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

Relation till begreppsmodell: Saknas

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

Standardiserad vy

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

De uppgifter i patientjournal eller personakt med tillhörande relationer som följer en standardiserad vy kan vid behov sammanställas och lagras som ett dokument. För en beskrivning av en metod för att skapa standardiserade vyer se bilaga 5.

Relation till begreppsmodell: Saknas

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för den specifika standardiserade vy som avses. Exempelvis identitetsbeteckningen för den specifika struktur 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.

Relation till begreppsmodell: Uppgift i patientjournal eller personakt

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
dokumentationstidpunkt	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.

Relation till begreppsmodell: Vård- och omsorgsinitiering

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.

Relation till begreppsmodell: Vård- och omsorgspersonal

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 för en organisation. En befattning avser ställning i en verksamhet som innebär vissa befogenheter och ett visst ansvar.	CV	0..1
address	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.

Notera att det finns exempel på en vy över plan i bilaga 5.

Relation till begreppsmodell: Vård- och omsorgsplan

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).

Relation till begreppsmodell: Vård- och omsorgstagare

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
address	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..*

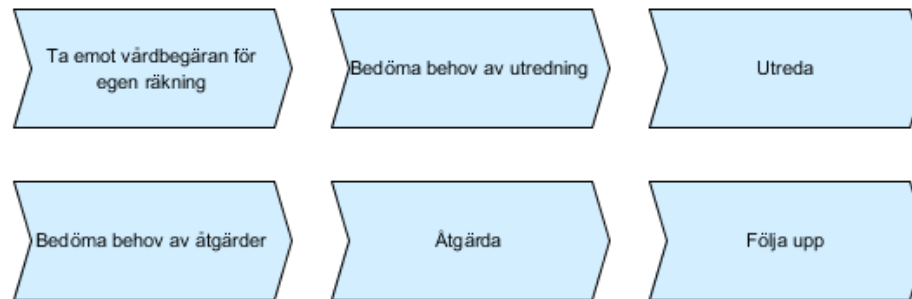
Nationell informationsstruktur 2016:1

Bilaga 3: Modeller för hälso- och sjukvård

Innehåll

Processmodell för hälso- och sjukvård.....	70
Begreppsmodell för hälso- och sjukvård	72
Informationsmodell för hälso- och sjukvård	88

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 behandla hälsoproblem samt följa upp effekterna av dessa. Den faktiska process som individen genomgår kallas för en individanpassad vårdprocess och hålls ihop utifrån patientens ursprungliga kontaktorsak.

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 kontaktsak	Aktivitet som startar den individanpassade vårdprocessen genom att patienten eller företrädare för patienten kontaktar eller blir kontaktad av hälso- och sjukvården.	Egenuppfattat hälsoproblem
Bedöma behov av utredning	Egenuppfattat hälsoproblem	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 och identifierat hälsoproblem Behov av ytterligare utredning för att identifiera hälsoproblemet (upprepa "Utreda")
Bedöma behov av åtgärder	Utrett hälsotillstånd och identifierat hälsoproblem	Aktiviteter där hälso- och sjukvårdspersonal bedömer om utrett hälsotillstånd och identifierat hälsoproblem är åtgärdsmotiverande samt vilka åtgärder som är lämpliga att genomföra för att uppnå måltillstånd.	Alternativ Avgörande för att åtgärda hälsoproblem samt vald metodik för att uppnå måltillstånd Inget behov att åtgärda föreligger och processen avslutas
Åtgärda	Behov av att åtgärda hälsoproblem 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 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.

När begrepp i begreppsmodellerna motsvarar begrepp i Socialstyrelsens termbank används term, definition och anmärkning från termbanken. Detta illustreras nedan 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 illustreras i kolumnen *”Beskrivning och kommentar enligt NI”*. Kolumnen används också när Socialstyrelsen behöver göra förtydliganden och ge ytterligare exempel avseende en termbanksdefinition. Socialstyrelsen har också uppmärksammat vissa begrepp i termbanken som kommer att ses över.

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.

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Aktivitet (inom hälso- och sjukvård)		Något som kan utföras av någon eller något inom hälso- och sjukvård. 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 i tillämpliga fall ska dokumenteras om är vidtagna åtgärder för att förhindra smittspridning och rättsmedicinsk undersökning. Ofta används "åtgärd" för aktiviteter som utförs inom hälso- och sjukvård. Ibland används även "insats", men då ofta i en allmänspråklig mening. Observera att termposterna "åtgärd" och "insats" i Socialstyrelsens termbank som är relaterade till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Aktivitet (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Aktivitet
Anhörig	Definition: person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna Anmärkning: Observera att termerna anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna.	Exempel på anhöriga som särskilt pekas ut som personer som det ska dokumenteras om i tillämpliga fall är make/maka, registrerad partner och sambo.	Relation till överliggande nivå: Anhörig Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ
Annan person		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.	Relation till överliggande nivå: Annan person Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Avsett hälsotillstånd	Definition: det hälsotillstånd som socialtjänstpersonal eller hälso- och sjukvårdspersonal, oftast i samråd med berörd individ, har beslutat att försöka uppnå		Relation till överliggande nivå: Avsett tillstånd (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "mål", attributet värde, vid behov attributet typ och klassen deltagande med attributet typ
Beslut (inom hälso- och sjukvård)		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. Exempel som särskilt pekas ut som beslut som ska dokumenteras explicit i tillämpliga fall 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.	Relation till överliggande nivå: Beslut (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Beslut med tillhörande beslutsstatus
Diagnos	Definition: bestämning och benämning av sjukdom, skada, störning eller förändring i kroppsfunction		Relation till överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet typ satt till "huvuddiagnos" eller "bidiagnos" och attributet värde

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Dokument (inom hälso- och sjukvård)		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.	Relation till överliggande nivå: Dokument (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Dokument
Egenuppfattat hälsoproblem	Definition: hälsoproblem så som den enskilde själv uppfattar det		Relation till överliggande nivå: Problem (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status, samt deltagande med attributet typ
Företrädare		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 är utsedd att företräda en viss person som på grund av	Relation till överliggande nivå: Företrädare Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		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.'	
Hälso- och sjukvårdspersonal	Definition: 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.	Hälso- och sjukvårdspersonal utför hälso- och sjukvård på uppdrag av en organisation. Det är i rollen som hälso- och sjukvårdspersonal man har egenskapen befattning. Det finns många typer av hälso- och sjukvårdspersonal, men det är endast chefsöverläkare och verksamhetschef som särskilt pekas ut som personer vars befattning det 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 specialistkompe-	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgspersonal Representeras i informationsmodellen av: Hälso- och sjukvårdspersonal

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		tens 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.	
Hälsoproblem	Definition: tillstånd karakteriserat av brister i det fysiska, psykiska eller sociala välbefinnandet vid ett visst tillfälle		Relation till överliggande nivå: Problem (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde samt vid behov attributet typ
Hälsotillstånd	Definition: tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande vid ett visst tillfälle		Relation till överliggande nivå: Tillstånd (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: De delar av hälsotillståndet som dokumenteras som observerade eller potentiella hälsotillstånd i klassen observation.
Hälsoärende	Definition: ärende som håller samman vårdokumentation från en eller flera relaterade individanpassade vårdprocesser 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	Hälsoärendet är en gruppering av de individanpassade vårdprocesser som har startat med samma kontaktorsaktyp.	Relation till överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Hälsoärende är en vy över dokumentation från individanpassade vårdprocesser med samma kontaktorsaktyp. Notera att hälsoärende därför inte finns i informationsmodellen.

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
	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.		
Individanpassad vårdprocess	Definition: 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, identifiera, utreda och behandla ett eller flera hälsoproblem eller hälsotillstånd. En individanpassad vårdprocess kan omfatta ett eller flera vårdåtaganden.	Det är en vårdbegäran för egen räkning som startar den individanpassade vårdprocessen.	Relation till överliggande nivå: Individanpassad process (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Individanpassad vårdprocess
Individuell plan (inom hälso- och sjukvård)		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. Observera att termposterna om planer i Socialstyrelsens termbank som relaterar till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsplan Representeras i informationsmodellen av: 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
Kontaktorsak	Definition: orsak till vårdkontakt som patient		Relation till överliggande nivå:

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
	eller företrädare för patient anger		Saknas Representeras i informationsmodellen av: Vårdbegäran för egen räkning med attributen kontaktsak och kontaktsakstyp
Måltillstånd (inom hälso- och sjukvård)		Potentiellt hälsotillstånd som kan delas upp i tillstånd som patienten själv önskar uppnå (önskat hälsotillstånd) och i tillstånd som hälso- och sjukvårdspersonal anser att patienten bör uppnå efter utförda aktiviteter (avsett hälsotillstånd). Exempel på måltillstånd är att patienten ska bli fri från sjukdom eller bli symtomlindrad.	Relation till överliggande nivå: Måltillstånd (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "mål" samt attributet värde och vid behov attributet typ
Närstående	Definition: 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 överliggande nivå: Närstående Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ
Observerat hälsotillstånd		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, allvarlighetsgrad och klassificering av dessa. Även olika typer av mätvärden, till exempel blodtryck, längd och vikt utgör observerade hälsotillstånd.	Relation till överliggande nivå: Observerat tillstånd (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid behov attributet typ
Omgivningsfaktorer		Den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar. Omgivningsfaktorerna kan påverka patientens hälso-	Relation till överliggande nivå: Omgivningsfaktorer

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		tillstånd. Exempel på omgivningsfaktorer är boendemiljö, arbetsmiljö och psykosocial miljö.	Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid behov attributet typ
Organisation		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.	Relation till överliggande nivå: Organisation Representeras i informationsmodellen av: Organisation
Organisation (inom hälso- och sjukvård)		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.	Relation till överliggande nivå: Organisation (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Organisation
Patient	Definition: person som erhåller eller är registrerad för att erhålla hälso- och sjukvård Anmärkning: I den nationella statistiken räknas inte ledsagare och nyfött friskt barn som patient.	Medicinska födelseregistret, men inte patientregistret, räknar nyfödda friska barn som patienter i den nationella statistiken.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgstagare Representeras i informationsmodellen av: Patient
Patientjournal	Definition: en eller flera journalhandlingar som rör samma patient	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 anmärkningen: 'Exempel på journalhandlingar är röntgenbilder, olika former av anteckningar, ljudupptagningar. Endast uppgifter som	Relation till överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Samtliga uppgifter i en patientjournal för en patient

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		är relevanta för en god och säker vård av patienten bör dokumenteras i en patientjournal.'	
Person		Mänsklig individ.	Relation till överliggande nivå: Person Representeras i informationsmodellen av: Person
Person med kompetens att utföra hälso- och sjukvård		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	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgspersonal Representeras i informationsmodellen av: Person med kompetens att utföra hälso- och sjukvård

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		skyldighet att dokumentera vidtagna åtgärder trots att de just då inte agerar inom ramen för en organisation.	
Planerad aktivitet		Aktivitet inom hälso- och sjukvård som är planerad att ske. Exempel är en såromläggning eller en operation som man avser att genomföra.	Relation till överliggande nivå: Aktivitet (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Aktivitet med attributet status
Potentiellt hälsotillstånd		Hälsotillstånd hos en patient som bedöms möjligt i framtiden. Exempel på potentiella tillstånd är måltillstånd och risktillstånd.	Relation till överliggande nivå: Tillstånd (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "mål" eller "i riskzon för" samt attributet värde och vid behov attributet typ
Professionellt uppfattat hälsoproblem	Definition: hälsoproblem hos den enskilde så som det uppfattas av socialtjänstpersonal eller hälso- och sjukvårdspersonal		Relation till överliggande nivå: Problem (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid behov attributet typ samt klassen deltagande med attributet typ
Resurs (inom hälso- och sjukvård)		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 överliggande nivå: Resurs (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Resurs, vid behov med tillhörande resursegenskap

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Risktillstånd		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 överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "i riskzon för" för samt attributet värde och vid behov attributet typ
Uppgift i patientjournal		Uppgift som dokumenteras i patientjournalen. Exempel på uppgift i patientjournal är information om patientens hälsotillstånd, planerade och utförda aktiviteter, uppfattade hälsoproblem och mål.	Relation till överliggande nivå: Uppgift i patientjournal eller personakt Representeras i informationsmodellen av: Uppgift i patientjournal
Utförd aktivitet		Aktivitet inom hälso- och sjukvård som har utförts. Exempel på utförd aktivitet är en genomförd såromläggning eller en genomförd operation.	Relation till överliggande nivå: Aktivitet (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Aktivitet med attributet status
Vårdbegäran för egen räkning		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.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsinitiering Representeras i informationsmodellen av: Vårdbegäran för egen räkning
Vårdenhet	Definition: organisatorisk enhet som tillhanda-		Relation till överliggande nivå:

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
	håller 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.		Organisation (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Organisation med attributet typ
Vårdgivare	Definition: 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		Relation till överliggande nivå: Organisation (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Organisation med attributet typ

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Vårdkontakt	näringsidkare, kan rollerna sammanfalla. Definition: kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs Anmärkning: Exempel på vårdkontakter är vårdtillfälle, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök och telefonkontakt. I den nationella statistiken räknas endast sådana vårdkontakter som har dokumenterats i patientens journal.		Relation till överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Vårdkontakt
Önskat hälsotillstånd	Definition: det hälsotillstånd som den enskilde själv önskar uppnå		Relation till överliggande nivå: Önskat tillstånd (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "mål", attributet värde, vid behov attributet typ och klassen deltagande

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:

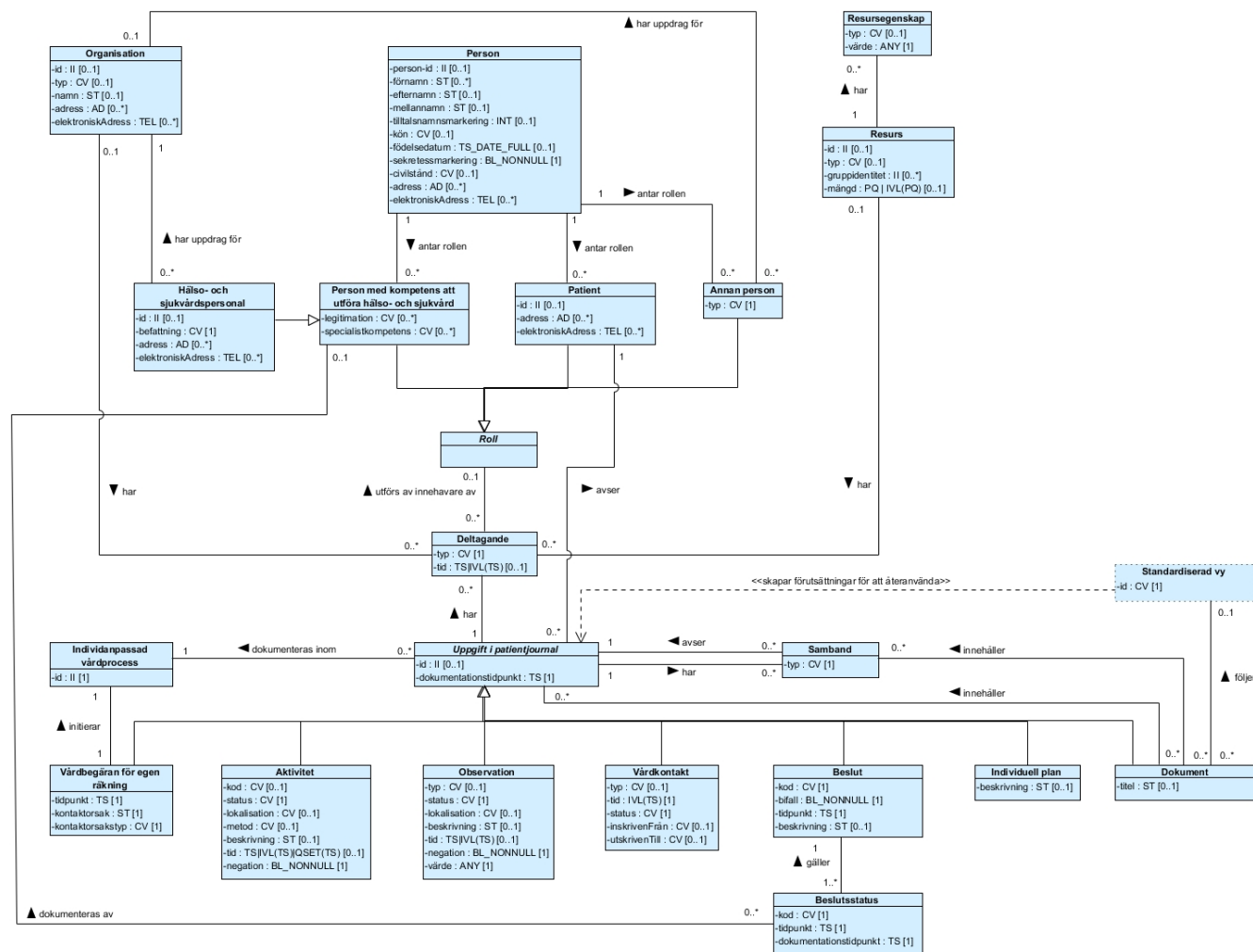
- Dokumentationskrav enligt författning
- Statistikuppföljning
- Bästa tillgängliga kunskap

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 6.

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*. 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.



Aktivitet

Klassen aktivitet håller information om något som kan utföras av någon eller något inom hälso- och sjukvård. 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.

Relation till överliggande nivå: Aktivitet

Relation till begreppsmodell: Aktivitet (inom hälso- och sjukvård), Planerad aktivitet och Utförd aktivitet

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	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.	Författning: 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 §	CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		SOSFS 2007:2, 12 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 § 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 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Medicinska födelseregistret Patientregistret		
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.	Författning: 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 §	CV	1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret		
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.	Statistikuppföljning: Medicinska födelseregistret	CV	0..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.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Medicinska födelseregistret	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.	Författning: 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	ST	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		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 2008:14, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 § 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 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Medicinska födelseregistret		
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 kompile-	Författning: 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 §	TS IVL(TS) QSET(TS)	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
	rade tidsangivelser så som återkommande med viss frekvens användas.	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 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Läkemedelsregistret Medicinska födelseregistret Patientregistret		
negation	Flagga som negerar betydelsen av aktiviteten. Den ska användas för att explicit beskriva att en aktivitet inte utförts (trots att den exempelvis var planerad). Om flaggan är satt till sant innebär det att betydelsen av hela instansen av aktivitetsskylsen är negerad.	Författning: SOSFS 1996:29, avsnitt 5 SOSFS 2005:28, 7 kap. 2 § SOSFS 2006:9, 7 kap. 4 § SOSFS 2008:21, 8 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret Medicinska födelseregistret	BL_NONNULL	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.

Relation till överliggande nivå: Annan person

Relation till begreppsmodell: Anhörig, Annan person, Företrädare och Närstående

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av annan person som avses, exempelvis anhörig eller företrädare.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Medicinska födelseregistret	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.

Exempel som särskilt pekas ut som beslut som ska dokumenteras explicit i tillämpliga fall 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.

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.

Relation till överliggande nivå: Beslut

Relation till begreppsmodell: Beslut (inom hälso- och sjukvård)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
kod	Kod för det beslutet avser, exempelvis avvikelser 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.	Författning: 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, 11 § SOSFS 1996:28, avsnitt 6 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 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 §, 4 kap. 2 §, 4 kap. 3 §, 5 kap. 17 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 § SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 6 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 §	CV	1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		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 2012:14, 7 kap.13 § Statistikuppföljning: Patientregistret		
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.	Författning: SFS 1991:1472, 2 § SOSFS 1996:29, avsnitt 5 SOSFS 2009:30, 6 kap. 5 § SOSFS 2009:32, 4 kap. 13 §	BL_NONNULL	1
tidpunkt	Angivelse av tidpunkt då beslutet fattades.	Författning: SFS 1991:1128, 7 § SFS 1991:1129, 12 a §	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.	Författning: 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 2008:14, 3 kap. 6 §	ST	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		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 2012:14, 7 kap.13 §		

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.

Relation till överliggande nivå: Beslutsstatus

Relation till begreppsmodell: Beslut (inom hälso- och sjukvård)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	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.	Författning: 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 §	CV	1
tidpunkt	Angivelse av vid vilken tidpunkt statusen för ett beslut börjar gälla.	Författning: SFS 1991:1128, 7 §, 9 § SFS 1991:1129, 12 a § SFS 1991:1472, 2 § SOSFS 2000:1, 3 a kap. 15 §	TS	1
dokumentationstidpunkt	Angivelse av den tidpunkt vid vilken statusen lagrats.	Författning: SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 3 kap. 9 §, 3 kap. 17 §	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.

Relation till överliggande nivå: Deltagande

Relation till begreppsmodell: Saknas

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	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.	Författning: 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 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 § 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.	CV	1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datotyp	Multiplicitet
		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.13 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Läkemedelsregistret Medicinska födelseregistret		
tid	Angivelse av tid då en innehavare av roll, organisation eller resurs deltar i ett visst sammanhang.	Författning: SFS 1990:1144, 4 kap. 2 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 § SFS 2008:355, 3 kap. 11 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret	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.

Relation till överliggande nivå: Dokument

Relation till begreppsmodell: Dokument (inom hälso- och sjukvård)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	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.	Författning: 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 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 §	ST	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		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 § Statistikuppföljning: Läkemedelsregistret Medicinska födelseregistret		

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 egenskapen befattning. Det finns många typer av hälso- och sjukvårdspersonal, men det är endast chefsöverläkare och verksamhetschef som särskilt pekas ut som personer vars befattning det i tillämpliga fall ska dokumenteras om.

Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgspersonal

Relation till begreppsmodell: Hälso- och sjukvårdspersonal

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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 vård-	Författning: 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 §	II	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
	denhet, vilket ger att personen har två identitetsbe- teckningar.	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 2011:7, 2 kap. 7 §, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 12 §		
befattning	Kod 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.	Författning: 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 § 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 2008:14, 3 kap. 4 § 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 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret Läkemedelsregistret	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.	Författning: SOSFS 2007:10, 9 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en per- son har i sin roll som hälso- och sjukvårdspersonal i ett	Författning: SOSFS 2007:10, 9 §	TEL	0..*

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
	visst uppdrag i en organisation inom hälso- och sjukvård. Här avses även telefonnummer. Exempel är direktnummer eller personlig e-postadress.	Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret		

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.

Relation till överliggande nivå: Individanpassad process

Relation till begreppsmodell: Individanpassad vårdprocess

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för den individanpassade vårdprocessen.	Bästa tillgängliga kunskap: Hälsöärende, 5.2-15892/2012	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.

Notera att det finns exempel på en vy över plan i bilaga 5.

Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsplan

Relation till begreppsmodell: Individuell plan (inom hälso- och sjukvård)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datotyp	Multiplicitet
beskrivning	Textuell beskrivning för den plan som avses.	Författning: 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 2008:14, 3 kap. 7 § SOSFS 2009:27, 4 kap. 6 § SOSFS 2009:6, 5 kap. 4 § SOSFS 2011:7, 2 kap. 7 §, 2 kap. 8 §	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.

Relation till överliggande nivå: Observation

Relation till begreppsmodell: Avsett hälsotillstånd, Diagnos, Egenuppfattat hälsoproblem, Hälsoproblem, Hälsotillstånd, Måltillstånd (inom hälso- och sjukvård), Observerat hälsotillstånd, Omgivningsfaktorer, Potentiellt hälsotillstånd, Professionellt uppfattat hälsoproblem, Risktillstånd och Önskat hälsotillstånd

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	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.	Författning: 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 §	CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 § 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 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Medicinska födelseregistret Patientregistret		
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.	Författning: 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 §	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.	Statistikuppföljning: Cancerregistret Medicinska födelseregistret	CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
beskrivning	Textuell beskrivning av den observation som avses. Används som komplement till attributet värde i de fall en ytterligare textuell beskrivning krävs.	Författning: 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 2008:14, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 § 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 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Medicinska födelseregistret Patientregistret	ST	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
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.	Författning: SFS 1990:1147, 13 § SFS 2004:168, 3 kap. 9 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 3 § SOSFS 2011:7, 3 kap. 3 §, 4 kap. 4 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Medicinska födelseregistret Patientregistret	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. Om flaggan är satt till sant innebär det att betydelsen av instansen som helhet är negerad.	Författning: SFS 2002:297, 3 kap. 2 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret Medicinska födelseregistret	BL_NON NULL	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 dokumente-	Författning: SFS 1982:763, 3 f § 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, 12 a §, 16 b § SFS 1991:1472, 2 § SFS 1995:831, 11 § SOSFS 1996:28, avsnitt 6 SOSFS 1996:29, avsnitt 4, avsnitt 8	ANY	1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
	ras som fritext använder attributet värde.	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 2008:14, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 § 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 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Medicinska födelseregistret Patientregistret		

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.

Relation till överliggande nivå: Organisation

Relation till begreppsmodell: Organisation, Organisation (inom hälso- och sjukvård), Vårdenhet och Vårdgivare

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för organisationen.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Läkemedelsregistret Patientregistret	II	0..1
typ	Kod för vilken typ av organisation som avses, exempelvis vårdgivare eller vårdenhet.	Författning: 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 §	CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 §, 7 kap.13 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Medicinska födelseregistret		
namn	Angivelse av organisationens namn.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret	ST	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats till organisation, exempelvis besöksadress eller fakturaadress.	Författning: SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret Läkemedelsregistret	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation till organisation. Här avses även telefonnummer. Exempel är telefonnummer till växel, e-postadress eller webbadress.	Författning: SOSFS 2007:10, 9 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret	TEL	0..*

Patient

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

Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgstagare

Relation till begreppsmodell: Patient

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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.	Författning: SOSFS 2002:11, 5 kap. 1 § SFS 2002:297, 4 kap. 4 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 §, 3 kap. 5 § 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 § Statistikuppföljning: Medicinska födelseregistret	II	0..1
address	Angivelse av adressinformation för fysisk plats som en person har i sin roll som patient, exempelvis särskild kallelseadress.	Författning: SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 §	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.	Författning: SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 §	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.

Relation till överliggande nivå: Person

Relation till begreppsmodell: Person

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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).	Författning: SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1147, 13 § SOSFS 2002:11, 5 kap. 1 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 8 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 §, 3 kap. 5 § 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 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning Läkemedelsregistret Medicinska födelseregistret Patientregistret	II	0..1
förnamn	Angivelse av förnamn, som är en persons givna namn och inkluderar tilltalsnamn.	Författning: SFS 1990:1147, 13 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 8 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 § SOSFS 2009:29, 3 kap. 2 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 §	ST	0..*

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
efternamn	Angivelse av efternamn, som är en persons familjenamn eller släktnamn.	Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Författning: SFS 1990:1147, 13 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 8 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 § SOSFS 2009:29, 3 kap. 2 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 §	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.	Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Författning: SFS 1990:1147, 13 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §, 3 kap. 8 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 §	ST	0..1
tilltalsnamnsmarkering	Angivelse av tilltalsnamnsmarkering, som används för att markera vilket av de angivna förnamnen som är persons 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.	Författning: SFS 1990:1147, 13 § SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 §	INT	0..1
kön	Angivelse av vilket kön personen har enligt folkbokföringen.	Författning: SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 § Statistikuppföljning: Läke medelsregistret Medicinska födelseregistret Patientregistret	CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
födelsedatum	Angivelse av vilket datum personen är född.	Författning: SFS 2002:297, 3 kap. 2 § SFS 2006:351, 7 kap. 2 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret Läkemedelsregistret Medicinska födelseregistret	TS_DATE_FUL L	0..1
sekretessmarkering	Angivelse av sekretessmarkering enligt Skatteverket.	Författning: SOSFS 2008:14, 3 kap. 5 §	BL_NONNULL	1
civilstånd	Angivelse av personens civilstånd.	Författning: SFS 2006:351, 6 kap. 1 §, 7 kap. 3 §	CV	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats för en person, exempelvis bostadsadress eller tillfällig adress.	Författning: SOSFS 2005:27, 3 kap. 8 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Läkemedelsregistret Patientregistret	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har. Här avses även telefonnummer. Exempel är telefonnummer eller e-postadress.	Författning: SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret	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.

Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgspersonal

Relation till begreppsmodell: Person med kompetens att utföra hälso- och sjukvård

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
legitimation	Kod för den legitimation inom hälso- och sjukvård som avses.	Författning: SFS 1988:870, 9 § SFS 1990:1144, 4 kap. 2 § SFS 1991:1128, 11 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret Läkemedelsregistret	CV	0..*
specialistkompetens	Angivelse av kod för kompetens inom en medicinsk specialitet som en läkare har.	Statistikuppföljning: Läkemedelsregistret	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.

Relation till överliggande nivå: Resurs

Relation till begreppsmodell: Resurs (inom hälso- och sjukvård)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning på en viss verklig instans av resurs, exempelvis MR-maskinen på avdelning R23, rum 3.	Författning: 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 2008:14, 3 kap. 7 § SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Läkemedelsregistret	II	0..1
typ	Kod för typ av resurs, exempelvis skalpell eller typ av läkemedel (som till exempel kan anges med NPL-id).	Författning: 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 2008:14, 3 kap. 6 § 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 §	CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 § SOSFS 2012:14, 7 kap. 10 § Statistikuppföljning: Dödsorsaksregistret Läkemedelsregistret Medicinska födelseregistret		
gruppidentitet	Angivelse av identitetsbeteckning för en grupp av resurser, t.ex. ett batchnummer eller partinummer.	Författning: SOSFS 2000:1, 4 kap. 9 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 3 §	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.	Författning: SOSFS 2000:1, 3 kap. 7 §	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.

Relation till överliggande nivå: Saknas

Relation till begreppsmodell: Resurs (inom hälso- och sjukvård)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	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 á 500 ml.	Författning: SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 §	CV	0..1
värde	Angivelse av värdet för den typ av egenskap som anges i attributet typ. Exempelvis: "AB+" för resursegenskapen "blodgrupp".	Författning: SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § SOSFS 2009:30, 7 kap. 2 §, 7 kap. 3 § SOSFS 2009:32, 5 kap. 1 §	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.

Relation till överliggande nivå: Roll

Relation till begreppsmodell: Saknas

Samband

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

Relation till överliggande nivå: Samband

Relation till begreppsmodell: Saknas

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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 sambands-typer. Se separat bilaga.	Författning: 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 2008:14, 3 kap. 6 §, 3 kap. 7 § SOSFS 2008:21, 8 § SFS 2008:355, 3 kap. 6 §, 3 kap. 8 §, 3 kap. 11 §	CV	1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		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 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret Medicinska födelseregistret		

Standardiserad vy

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

De uppgifter i patientjournal med tillhörande relationer som följer en standardiserad vy kan vid behov sammanställas och lagras som ett dokument. För en beskrivning av en metod för att skapa standardiserade vyer se bilaga 5.

Relation till överliggande nivå: Standardiserad vy

Relation till begreppsmodell: Saknas

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för den specifika standardiserade vy som avses, exempelvis identitetsbeteckningen för den vy 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, uppfattade hälsoproblem och mål. Endast uppgifter som är relevanta för en god och säker vård av patienten bör dokumenteras i en patientjournal.

Relation till överliggande nivå: Uppgift i patientjournal eller personakt

Relation till begreppsmodell: Uppgift i patientjournal

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för uppgiften.	Författning: SOSFS 2009:29, 5 kap. 1 § Statistikuppföljning: Patientregistret	II	0..1
Dokumentationstidpunkt	Angivelse av den tidpunkt vid vilken uppgiften lagrats.	Författning: 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 §	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.

Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsinitiering

Relation till begreppsmodell: Kontaktorsak och Vårdbegäran för egen räkning

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
tidpunkt	Angivelse av tidpunkt då en vårdbegäran för egen räkning tas emot av hälso- och sjukvården.	Bästa tillgängliga kunskap: Hälsoärende, 5.2-15892/2012	TS	1
kontaktorsak	Angivelse av den orsak till vårdbegäran (kontaktorsak) så som patienten eller någon som företräder patienten anger.	Bästa tillgängliga kunskap: Hälsoärende, 5.2-15892/2012	ST	1
kontaktorsakstyp	Kod för den typ av kontaktorsak som avses.	Bästa tillgängliga kunskap: Hälsoärende, 5.2-15892/2012	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.

Relation till överliggande nivå: Saknas

Relation till begreppsmodell: Vårdkontakt

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av vårdkontakt som avses, exempelvis vårdtillfälle, öppenvårdsbesök eller hemsjukvårdsbesök.	Författning: SFS 1991:1128, 4 § SFS 1991:1129, 12 a § SFS 1991:1472, 2 § SFS 2004:168, 5 kap. 21 § Statistikuppföljning: Medicinska födelseregistret	CV	0..1
tid	Angivelse av under vilken tid en vårdkontakt skett, är planerad att ske eller önskas ske.	Författning: SFS 1991:1472, 2 § SOSFS 2008:14, 3 kap. 4 § Statistikuppföljning: Kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning Medicinska födelseregistret Patientregistret	IVL(TS)	1
status	Angivelse av vårdkontaktens status, för att dokumentera om en vårdkontakt till exempel är utförd, pågående eller planerad.	Statistikuppföljning: Patientregistret	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.	Statistikuppföljning: Patientregistret	CV	0..1
utskrivnaTill	Kod för att ange vart en patient skrivs ut till, exempelvis till sin bostad, annat sjukhus eller särskilt boende.	Statistikuppföljning: Cancerregistret Medicinska födelseregistret Patientregistret	CV	0..1

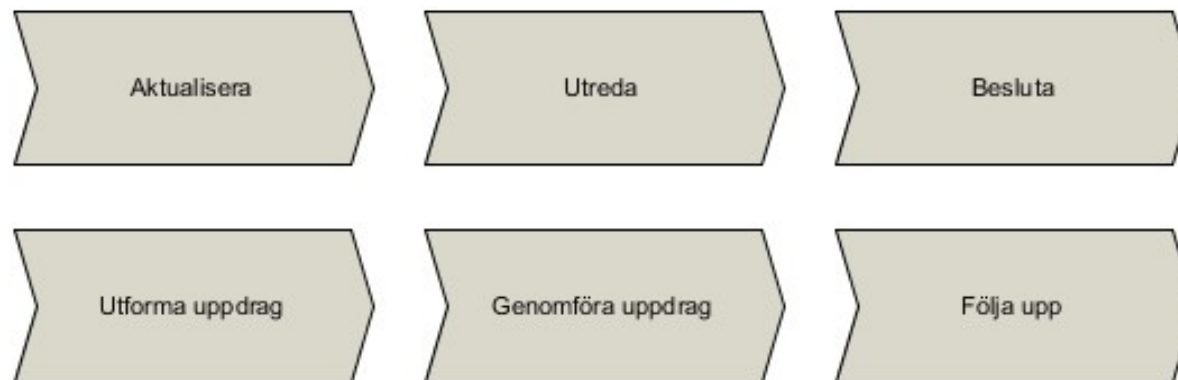
Nationell informationsstruktur 2016:1

Bilaga 4: Modeller för socialtjänst

Innehåll

Processmodell för socialtjänst.....	128
Begreppsmodell för socialtjänst	130
Informationsmodell för socialtjänst	146

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
Aktualisera	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 förhandsbedömningen ska dokumenteras i personakten om beslutet är att ej inleda utredning. Förhandsbedömningen ingår inte i processmodellen.	För ansökan om bistånd eller begäran om LSS-insats • Aktualiserad ansökan eller begäran För anmälan eller information på annat sätt • 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 uppgifter 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
Genomföra uppdrag	Beskrivning av uppdrag	Aktivitet där utföraren mottar, planerar och genomför beskrivet uppdrag. Utföraren följer kontinuerligt upp uppdraget.	Resultat av genomfört uppdrag
Följa upp	Resultat av genomfört 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 fastställda mål som har gjorts tillsammans med den enskilde • Förändrade omständigheter och händelser av betydelse har hanterats	Resultat av genomförd uppföljning

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.

När begrepp i begreppsmodellerna motsvarar begrepp i Socialstyrelsens termbank används term, definition och anmärkning från termbanken. Detta illustreras nedan 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 illustreras i kolumnen *”Beskrivning och kommentar enligt NI”*. Kolumnen används också när Socialstyrelsen behöver göra förtydliganden och ge ytterligare exempel avseende en termbanksdefinition. Socialstyrelsen har också uppmärksammat vissa begrepp i termbanken som kommer att ses över.

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.

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Aktivitet (inom socialtjänst)		Något som kan utföras av någon eller något inom socialtjänst. 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. Ibland används uttrycket "insats" för aktiviteter som nämns ovan och kan förväxlas med begreppet "individuellt inriktad insats", som betyder "insats som en brukare kan få efter en individuell behovsprövning", exempelvis boendestöd, hemtjänst eller missbruksvård. Ibland ser man också att man allmänspråkligt använder uttrycket "åtgärd" för aktiviteterna inom socialtjänst. Observera att termposterna "beviljad insats", "insats" och "åtgärd" i Socialstyrelsens termbank som är relaterade till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Aktivitet (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Aktivitet
Aktualisering		Mottagande av en ansökan, begäran, anmälan eller erhållande av information på annat sätt om en omständighet som föranleder en åtgärd av nämnden. Aktualiseringen kan initiera en individanpassad process inom socialtjänst.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsinitiering Representeras i informationsmodellen av: Aktualisering med attributet typ
Anhörig	Definition: person inom familjen eller bland de närmaste släktingarna Anmärkning: Observera att termerna anhörig och närstående inte används konsekvent i lagtexterna.		Relation till överliggande nivå: Anhörig Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ
Anmälan	Definition: meddelande i vilket någon eller något anmäls Anmärkning: Anmälan inom vård och omsorg		Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsinitiering Representeras i informations-

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
	görs enligt bestämmelser i lag eller förordning.		modellen av: Aktualisering med attributet typ
Annan person		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 (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.	Relation till överliggande nivå: Annan person Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ
Ansökan om bistånd	Definition: 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.		Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsinitiering Representeras i informationsmodellen av: Aktualisering med attributet typ
Avsett tillstånd (inom socialtjänst)		Det måltillstånd som socialtjänstpersonal, oftast i samråd med brukaren, har beslutat att försöka uppnå. Observera att termposten "avsett hälsotillstånd" i Socialstyrelsens termbank som är relaterad till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Avsett tillstånd (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "mål", attributet värde, vid behov attributet typ och klassen deltagande med attributet typ
Begäran om LSS-insats	Definition: begäran till ansvarig nämnd om		Relation till överliggande

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
	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.		nivå: Vård- och omsorgsinitiering Representeras i informationsmodellen av: Aktualisering med attributet typ
Behandlingsplan enligt LVU		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. Observera att termposterna om planer i Socialstyrelsens termbank som relaterar till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsplan Representeras i informationsmodellen av: 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		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.	Relation till överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde samt vid behov attributet typ
Beslut (inom socialtjänst)		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	Relation till överliggande nivå: Beslut (inom vård och om-

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		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.	sorg) Representeras i informationsmodellen av: Beslut med tillhörande beslutsstatus
Brukare	Definition: (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 sam-	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.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgstagare Representeras i informationsmodellen av: Brukare

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
	manhang kan därför andra mer precisa benämningar vara lämpliga att använda i stället, till exempel assistansanvändare, familjehemsplacerat barn, klient, tvångsomhändertagen.		
Dokument (inom socialtjänst)		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 man vill beskriva att en aktivitet har orsak i ett tidigare observerat tillstånd.	Relation till överliggande nivå: Dokument (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Dokument
Enskild verksamhet		Organisation (inom socialtjänst), annan än en nämnd eller Statens institutionsstyrelse, som genomför en individuellt inriktad insats enligt ett uppdrag.	Relation till överliggande nivå: Organisation (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Organisation med attributet typ
Företrädare		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'.	Relation till överliggande nivå: Företrädare Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		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.	
Genomförandeplan vid placering av barn och unga		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. Observera att termposterna om planer i Socialstyrelsens termbank som relaterar till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsplan Representeras i informationsmodellen av: 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
Individanpassad process (inom socialtjänst)		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 aktivering till uppföljning gentemot måltillstånd. Uppföljning kan ske	Relation till överliggande nivå: Individanpassad process

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		både när aktiviteterna har avslutats och kontinuerligt under pågående aktivitet.	(inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Individanpassad process i socialtjänst
Individuell plan (inom socialtjänst)		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. Observera att termposterna om planer i Socialstyrelsens termbank som relaterar till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsplan Representeras i informationsmodellen av: 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	Definition: 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 fortlopande och minst en gång om året omprövas. Den kan beskriva insatser/åtgärder inom ett verksamhetsområde eller samordnade insatser/åtgärder mellan flera verksamhetsområ-	Observera att termposterna om planer i Socialstyrelsens termbank som relaterar till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsplan Representeras i informationsmodellen av: 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

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
	den 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.		
Individuellt inriktad insats		Inom socialtjänsten en insats som en brukare kan få efter en individuell behovsprövning. Kortformen insats kan användas när sammanhanget är klart, det vill säga när det är tydligt att det rör sig om en insats från socialtjänsten som är individuellt inriktad. Annars bör man använda termen individuellt inriktad insats. Individuellt inriktade insatser omfattar både insatser som är frivilligt mottagna av brukaren och insatser som ges med tvång. Exempel på individuellt inriktad insats är försörjningsstöd, hemtjänst, daglig verksamhet och personlig assistans. Observera att termposterna "insats" och "beviljad insats" i Socialstyrelsens termbank som är relaterade till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Aktivitet
Information på annat sätt		Aktualisering genom information på annat sätt än genom en anmälan, ansökan eller begäran, om en omständighet som kan föranleda en åtgärd från nämnden.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsinitiering Representeras i informationsmodellen av: Aktualisering med attributet typ
Måltillstånd (inom socialtjänst)		Tillstånd som inte har observerats men som brukaren eller socialtjänstpersonal önskar uppnå efter utförda aktiviteter. Måltillståndet kan delas upp i avsett tillstånd och önskat tillstånd.	Relation till överliggande nivå: Måltillstånd (inom vård och

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		Exempel på måltillstånd är att brukaren ska kunna klä på sig själv eller vara fri från missbruk.	omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "mål" samt attributet värde och vid behov attributet typ
Nämnd		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 överliggande nivå: Organisation (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Organisation med attributet typ
Närstående	Definition: 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 överliggande nivå: Närstående Representeras i informationsmodellen av: Annan person med attributet typ
Observerat tillstånd (inom socialtjänst)		Tillstånd som uppmärksammats 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 överliggande nivå: Observerat tillstånd (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst" samt attributet värde och vid behov attributet typ
Omgivningsfaktorer		Den fysiska, sociala och attitydmässiga omgivning i vilken människor lever och verkar. Omgivningsfaktorerna kan påverka brukarens tillstånd.	Relation till överliggande nivå: Omgivningsfaktorer

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		Exempel på omgivningsfaktorer är boendemiljö, arbetsmiljö och psykosocial miljö.	Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde samt vid behov attributet typ
Organisation		Verksamhet med ansvar och befogenhet att tillvarata intressen som är gemensamma för de ingående medlemmarna eller intressenterna. Exempel på organisation är organisation inom socialtjänst, skolväsande eller polismyndighet.	Relation till överliggande nivå: Organisation Representeras i informationsmodellen av: Organisation
Organisation (inom socialtjänst)		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 överliggande nivå: Organisation (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Organisation
Person		Mänsklig individ.	Relation till överliggande nivå: Person Representeras i informationsmodellen av: Person
Personakt		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 överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Samtliga uppgifter i personakt för en brukare
Problem (inom socialtjänst)		Tillstånd som är bedömt som en svårighet eller begränsning hos brukaren. Exempel är problem att själv laga mat eller att ha beroendeproblematik. Problemet kan vara bedömt av olika aktörer,	Relation till överliggande nivå: Problem (inom vård och

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		exempelvis socialtjänstpersonal, brukaren eller någon som är relaterad till brukaren. Tillstånd som en brukare har behöver nödvändigtvis inte bedömas vara ett problem. Observera att termposten "hälsoproblem" i Socialstyrelsens termbank som är relaterad till detta begrepp kommer att ses över.	omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde samt vid behov attributet typ
Resurs (inom socialtjänst)		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 överliggande nivå: Resurs (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Resurs
Samordnad individuell plan	Definition: 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 dennas 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.	Observera att termposterna om planer i Socialstyrelsens termbank som relaterar till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsplan Representeras i informationsmodellen av: 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
Socialtjänstpersonal		Person som i sitt yrke utför socialtjänst på uppdrag av en organisat-	Relation till överliggande

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		ion. 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. Exemplet handläggare och föreståndare pekas särskilt ut som personer som det ska dokumenteras om i tillämpliga fall.	nivå: Vård- och omsorgspersonal Representeras i informationsmodellen av: Socialtjänstpersonal
Statens institutionsstyrelse		Organisation (inom socialtjänst) som är statlig och utför en beslutad insats enligt ett uppdrag.	Relation till överliggande nivå: Organisation (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Organisation med attributet typ
Tillstånd (inom socialtjänst)		Tillstånd hos brukaren som hanteras inom socialtjänst. Tillstånd kan delas upp i observerat tillstånd och måltillstånd. Exempel på tillstånd inom socialtjänst är funktionstillstånd. Observera att termposten "hälsotillstånd" i Socialstyrelsens termbank som är relaterad till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Tillstånd (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst" eller "mål", attributet värde och vid behov attributet typ
Uppdrag		En uppgift som ges till en utförare av individuellt inriktade insatser inom socialtjänst. Uppdraget kan avse hela eller delar av en insats.	Relation till överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Aktivitet
Uppgift i personakt		Uppgift som dokumenteras i personakten. Exempel är uppgift om olika bedömningar, uppfattningar av behov, mål och beslut.	Relation till överliggande nivå: Uppgift i patientjournal eller

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Vårdplan inför placering		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. Observera att termposterna om planer i Socialstyrelsens termbank som relaterar till detta begrepp kommer att ses över.	personakt Representeras i informationsmodellen av: Uppgift i personakt Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsplan Representeras i informationsmodellen av: 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
Önskat tillstånd (inom socialtjänst)		Det måltillstånd som brukaren själv önskar uppnå. Observera att termposten "önskat hälsotillstånd" i Socialstyrelsens termbank som är relaterad till detta begrepp kommer att ses över.	Relation till överliggande nivå: Önskat tillstånd (inom vård och omsorg) Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "mål", attributet värde, vid behov attributet typ och klassen deltagande med attributet typ

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:

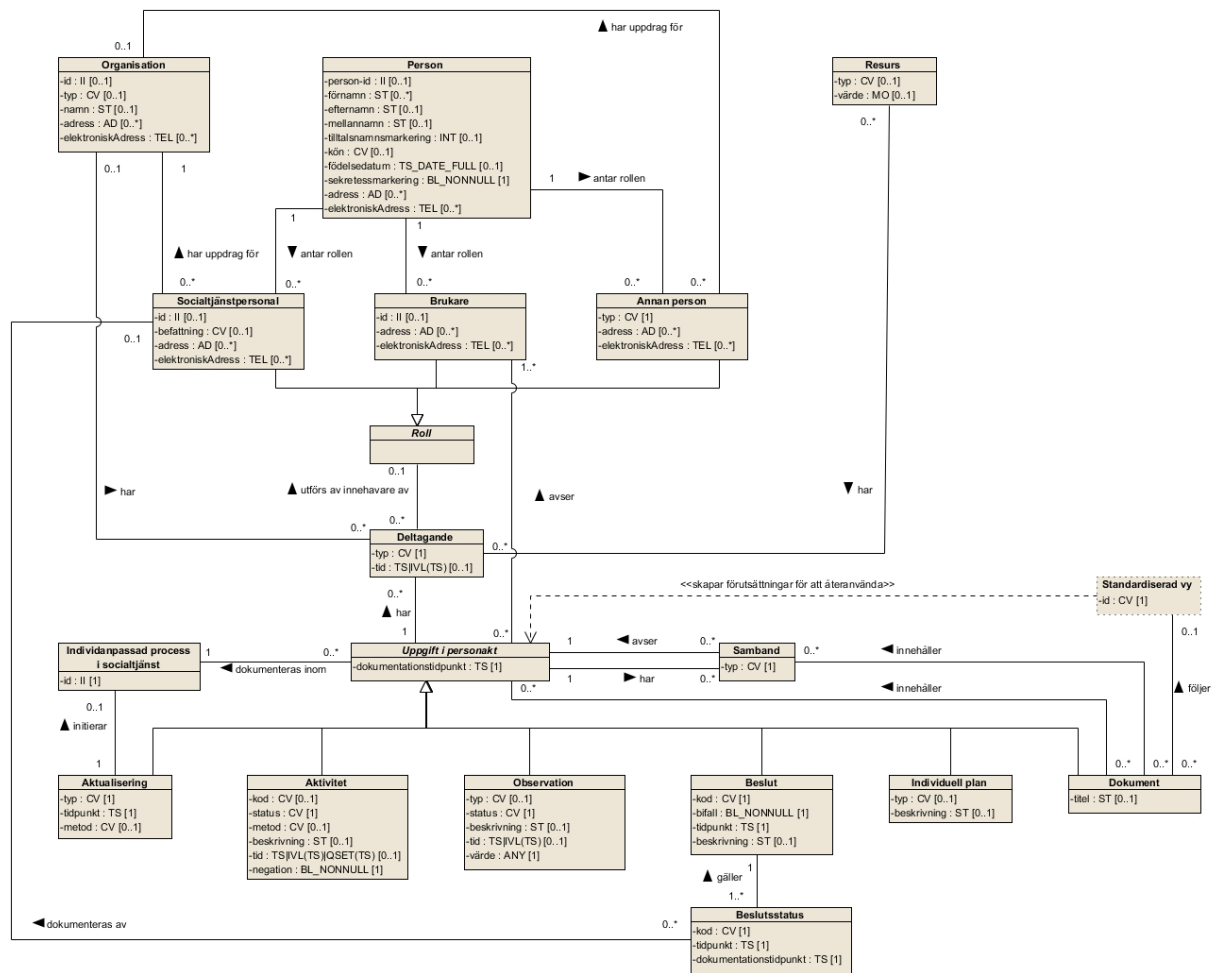
- Dokumentationskrav enligt författning
- Statistikuppföljning
- Bästa tillgängliga kunskap

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 6.

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*. 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.



Aktivitet

Klassen aktivitet håller information om något som kan utföras av någon eller något inom socialtjänst. 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.

Ibland används uttrycket "insats" för aktiviteter som nämns ovan och kan förväxlas med begreppet "individuellt inriktad insats", som betyder "insats som en brukare kan få efter en individuell behovsprövning", exempelvis boendestöd, hemtjänst eller missbruksvård. Ibland ser man också att man allmänspråkligt använder uttrycket "åtgärd" för aktiviteterna inom socialtjänst.

Observera att termposterna "beviljad insats", "insats" och "åtgärd" i Socialstyrelsens termbank som är relaterade till detta begrepp kommer att ses över.

Relation till överliggande nivå: Aktivitet

Relation till begreppsmodell: Aktivitet (inom socialtjänst), Individuellt inriktad insats och Uppdrag

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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.	Författning: 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 §	CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Registret över insatser för barn och unga Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning		
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.	Författning: 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 §	CV	1
		Statistikuppföljning: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning		
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.	Författning: SFS 1990:52, 4 § SFS 2001:937, 5 kap. 1 a § SOSFS 2014:5, 4 kap. 15 §, 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 §	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.	Författning: 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 §	ST	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		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 § Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning		
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.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Registret över insatser för barn och unga Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning	TS IVL(TS) Q SET(TS)	0..1
negation	Flagga som negerar betydelsen av aktiviteten. Den ska användas för att explicit beskriva att en aktivitet inte utförts (trots att den exempelvis var planerad). Om flaggan är satt till sant innebär det att betydelsen av hela instansen av aktivitetsskallen är negerad.	Författning: SOSFS 2014:5, 4 kap. 11 §, 5 kap. 7 §, 5 kap. 15 §	BL_NONNULL	1

Aktualisering

Klassen aktualisering håller information om mottagande av en ansökan, begäran, anmälan eller erhållande av information på annat sätt om en omständighet som föranleder en åtgärd av nämnden. Aktualisering kan initiera en individanpassad process i socialtjänst.

Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsinitiering

Relation till begreppsmodell: Aktualisering, Anmälan, Ansökan om bistånd, Begäran om LSS-insats och Information på annat sätt

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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.	Författning: SOSFS 2014:5, 5 kap. 1 § Statistikuppföljning: Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	CV	1
tidpunkt	Angivelse av tidpunkt då information som låg till grund för aktualiseringen kom till socialnämndens kännedom.	Författning: SOSFS 2014:5, 5 kap. 1 § Statistikuppföljning: Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	TS	1
metod	Kod för hur uppgifterna som låg till grund för aktualiseringen har lämnats till nämnden, exempelvis per telefon eller vid besök.	Författning: SOSFS 2014:5, 5 kap. 1 §	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.

Relation till överliggande nivå: Annan person

Relation till begreppsmodell: Anhörig, Annan person, Företrädare och Närstående

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av annan person som avses.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd Registret över insatser för barn och unga	CV	1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats som en person har i sin roll som annan person.	Författning: SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 5 §	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har i sin roll som annan person, exempelvis telefon eller personlig e-postadress.	Författning: SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 5 §	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.

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.

Relation till överliggande nivå: Beslut

Relation till begreppsmodell: Beslut (inom socialtjänst)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Registret över insatser för barn och unga Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	CV	1
bifall	Flagga som anger huruvida det som avses i attributet kod bifalles eller ej.	Författning: SOSFS 2014:5, 5 kap. 15 §	BL_NONNULL	1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datotyp	Multiplicitet
	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.	Statistikuppföljning: Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare		
tidpunkt	Angivelse av tidpunkt då beslutet fattades.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Registret över insatser för barn och unga Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	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.	Författning: 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 §	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.

Relation till överliggande nivå: Beslutsstatus

Relation till begreppsmodell: Beslut (inom socialtjänst)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	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.	Författning: SFS 1990:52, 23 § SOSFS 2014:5, 5 kap. 14 §, 5 kap. 15 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 18 §, 5 kap. 20 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 § Statistikuppföljning: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade	CV	1
tidpunkt	Angivelse av vid vilken tidpunkt statusen för ett beslut börjar gälla.	Författning: SOSFS 2014:5, 5 kap. 14 §, 5 kap. 17 §, 5 kap. 18 §, 7 kap. 10 §, 7 kap. 11 §	TS	1
dokumentationstidpunkt	Angivelse av den tidpunkt vid vilken statusen lagrats.	Författning: SFS 1993:387, 21 c §, 23 a § SFS 2001:453, 12 kap. 1 § SOSFS 2014:5, 4 kap. 8 §	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.

Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgstagare

Relation till begreppsmodell: Brukare

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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.	Författning: SOSFS 2014:5, 5 kap. 1 §, 5 kap. 3 §, 5 kap. 9 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 21 §, 5 kap. 23 §, 6 kap. 1 § Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd	II	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats som en person har i sin roll som brukare, exempelvis särskild kallelseadress.	Författning: SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 5 kap. 22 § Statistikuppföljning: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har i sin roll som brukare. Här avses även telefonnummer. Exempel är särskilt telefonnummer.	Författning: SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 5 kap. 22 §	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 egen-skap av utförare.

Relation till överliggande nivå: Deltagande

Relation till begreppsmodell: Saknas

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	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.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	CV	1
tid	Angivelse av tid då en innehavare av roll, organisation eller resurs deltar i ett visst sammanhang.	Författning: 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 §	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 patientjournal med tillhörande relationer. Exempel är ett dödsorsaksintyg som följer den på förhand fastställda strukturen för denna specifika typ av intyg.

Relation till överliggande nivå: Dokument

Relation till begreppsmodell: Dokument (inom socialtjänst)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	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.	Författning: 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 §	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.

Relation till överliggande nivå: Individanpassad process

Relation till begreppsmodell: Individanpassad process (inom socialtjänst)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för den individanpassade processen inom socialtjänst.	Bästa tillgängliga kunskap: Hälsöärende, 5.2-15892/2012	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.

Notera att det finns exempel på en vy över plan i bilaga 5.

Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgsplan

Relation till begreppsmodell: Behandlingsplan enligt LVU, Genomförandeplan vid placering av barn och unga, Individuell plan inom LSS, Individuell plan (inom socialtjänst), Samordnad individuell plan och Vårdplan inför placering

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
typ	Kod för den typ av plan som avses. Typ kan exempelvis vara samordnad individuell plan eller vårdplan inför placering.	Författning: 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 §	CV	0..1
beskrivning	Textuell beskrivning av den plan som avses.	Författning: 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 §	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.

Relation till överliggande nivå: Observation

Relation till begreppsmodell: Avsett tillstånd (inom socialtjänst), Behov, Måltillstånd (inom socialtjänst), Observerat tillstånd (inom socialtjänst), Omgivningsfaktorer, Problem (inom socialtjänst), Tillstånd (inom socialtjänst) och Önskat tillstånd (inom socialtjänst)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Registret över insatser för barn och unga Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av	CV	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	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.	missbrukare Författning: 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 § Statistikuppföljning: Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	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.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Registret över insatser för barn och unga Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	ST	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datotyp	Multiplicitet
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
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.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Registret över insatser för barn och unga	ANY	1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datotyp	Multiplicitet
		Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare		

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.

Relation till överliggande nivå: Organisation

Relation till begreppsmodell: Enskild verksamhet, Nämnd, Organisation, Organisation (inom socialtjänst) och Statens institutionsstyrelse

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datotyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för organisationen.	Författning: 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 §	II	0..1
typ	Kod för vilken typ av organisation som avses, exempelvis nämnd eller enskild verksamhet.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	CV	0..1
namn	Angivelse av organisationens namn.	Författning: SFS 1988:870, 10 §, 45 § SFS 2001:453, 2 kap. 7 §, 11 kap. 3 §	ST	0..1

		SOSFS 2014:5, 4 kap. 8 §, 5 kap. 14 §, 5 kap. 19 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §, 7 kap. 10 §		
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats till organisation, exempelvis besöksadress eller fakturaadress.	Författning: SOSFS 2014:5, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §	AD	0..*
		Statistikuppföljning: Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare		
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation till organisation. Här avses även telefonnummer. Exempel är telefonnummer till växel, e-postadress eller webbadress.	Författning: SOSFS 2014:5, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §	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.

Relation till överliggande nivå: Person

Relation till begreppsmodell: Person

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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).	Författning: 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 §	II	0..1
		Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Registret över insatser för barn och unga Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning		

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
		Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare		
förnamn	Angivelse av förnamn, som är en persons givna namn och inkluderar tiltalsnamn.	Författning: 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 §	ST	0..*
efternamn	Angivelse av efternamn, som är en persons familjenamn eller släktnamn.	Författning: 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 §	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.	Författning: 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 §	ST	0..1
tiltalsnamnsmarkering	Angivelse av tiltalsnamnsmarkering, som används för att markera vilket av de angivna förnamnen som är personens tiltalsnamn. Giltiga värden är 10-99 där den första siffran anger vilket av de angivna förnamnen som är tiltalsnamnet (1 motsvarar första namnet osv.) och den andra siffran anger det eventuella andra tiltalsnamnet om dubbelnamn är aktuellt. Om inte är den andra siffran 0.	Författning: 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 §	INT	0..1
kön	Angivelse av vilket kön personen har enligt folkbokföringen.	Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd	CV	0..1
födelsedatum	Angivelse av vilket datum personen är född.	Författning: SFS 1990:52, 22 § SFS 2001:453, 12 kap. 2 § SFS 2001:937, 5 kap. 1 a § SOSFS 2014:5, 5 kap. 3 § Statistikuppföljning:	TS_DATE_FUL L	0..1

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datotyp	Multiplicitet
		Registret över ekonomiskt bistånd Registret över insatser för barn och unga		
sekretessmarkering	Angivelse av sekretessmarkering enligt Skatteverket.	Författning: SOSFS 2014:5, 4 kap. 5 §	BL_NONNULL	1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats för en person, exempelvis bostadsadress eller tillfällig adress.	Författning: SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 5 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 22 § Statistikuppföljning: Registret över tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare	AD	0..*
elektroniskAdress	Angivelse av elektronisk adressinformation som en person har. Här avses även telefonnummer. Exempel är telefonnummer eller e-postadress.	Författning: SOSFS 2014:5, 4 kap. 4 §, 4 kap. 5 §, 5 kap. 5 §, 5 kap. 22 §	TEL	0..*

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.

Relation till överliggande nivå: Roll

Relation till begreppsmodell: Saknas

Samband

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

Relation till överliggande nivå: Samband

Relation till begreppsmodell: Saknas

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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.	Författning: 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 §, 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 § Statistikuppföljning: Registret över insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade Registret över insatser för barn och unga Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning	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 boendestödare.

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

Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgspersonal

Relation till begreppsmodell: Socialtjänstpersonal

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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.	Författning: SOSFS 2014:5, 4 kap. 9 §, 7 kap. 1 §	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.	Författning: 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 §	CV	0..1
adress	Angivelse av adressinformation för fysisk plats som en person har i sin roll som socialtjänstpersonal, exempelvis personlig besöksadress.	Författning: SOSFS 2014:5, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §	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.	Författning: SOSFS 2014:5, 5 kap. 22 §, 6 kap. 1 §, 7 kap. 1 §	TEL	0..*

Standardiserad vy

Klassen standardiserad vy beskriver hur information om en viss företeelse ska struktureras enligt en på förhand fastställd uppsättning uppgifter i personakt med tillhörande relationer. En standardiserad vy skapar därmed förutsättningar för semantisk interoperabilitet. Exempel är den standardiserade vy 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 standardiserad vy kan vid behov sammanställas och lagras som ett dokument.

För en beskrivning av en metod för att skapa standardiserade vyer se bilaga 5.

Relation till överliggande nivå: Standardiserad vy

Relation till begreppsmodell: Saknas

Attribut	Beskrivning	Datatyp	Multiplicitet
id	Angivelse av identitetsbeteckning för den specifika standardiserade vy som avses, exempelvis identitetsbeteckningen för den vy som representerar en 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.

Relation till överliggande nivå: Uppgift i patientjournal eller personakt

Relation till begreppsmodell: Uppgift i personakt, Personakt

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	Multiplicitet
dokumentationstidpunkt	Angivelse av den tidpunkt vid vilken uppgiften lagrats.	Författning: 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 § Statistikuppföljning: Registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning	TS	1

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.

Relation till överliggande nivå: Resurs

Relation till begreppsmodell: Resurs (inom socialtjänst)

Attribut	Beskrivning	Dokumentationskrav återfinns i	Datatyp	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.	Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd	CV	0..1
värde	Angivelse av värdet för det som anges i attributet typ. Exempelvis: värdet "tusen kronor".	Statistikuppföljning: Registret över ekonomiskt bistånd	MO	0..1

Nationell informationsstruktur 2016:1

Bilaga 5: Metod för att skapa vyer
av dokumentation i patientjournal
eller personakt

Innehåll

Inledning	176
Förutsättningar	177
Steg 1 – Relatera dokumentationsbehov till den individanpassade processen ..	178
Steg 2 – Göra urval ur begreppsmodellen och beskriva relationerna	179
Steg 3 – Översätta begreppsmodell till informationsmodell.....	180
Steg 4 – Terminologibinda.....	181
Steg 5 - Förvaltning	182

Inledning

Detta metodstöd syftar till att ge entydigt stöd vid användning av den nationella informationsstrukturen (NI) för att skapa eller återanvända strukturerad information i vård och omsorg utifrån en nationell och gemensam struktur och skapa förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation i patientjournal eller personakt.

NI består av tre olika modelltyper: process-, begrepps- och informationsmodeller. De tre modelltyperna återfinns i två olika beskrivningsnivåer, en generaliserad nivå för vård och omsorg samt en specialiserad nivå för hälso- och sjukvård respektive socialtjänst. Det är de specialiserade nivåerna som ska användas för att beskriva information i patientjournal eller personakt, den överordnade beskrivningsnivån för vård och omsorg är en sammanhängande länk däremellan men används inte i verksamheterna idag.

Processmodellerna visar den process som alla vård- och omsorgstagare, det vill säga patienter eller brukare, genomgår oavsett vilket behov de har. Processmodellerna är också organisationsoberoende. Den process som en patient eller brukare genomgår benämns som en *individanpassad vårdprocess* respektive en *individanpassad process inom socialtjänst*.

Begreppsmodellerna i NI visar de begrepp som förekommer i de individanpassade processerna där det finns ett dokumentationsbehov. Begreppen kan förekomma och återkomma i olika delar inom patientens eller brukarens individanpassade process. Begreppsmodellerna visar hur begreppen relaterar till varandra och begreppen definieras både terminologiskt och utifrån sina relationer till andra begrepp i begreppsmodellerna. När målgrupperna beskriver sina egna dokumentationsbehov eller behov av att återanvända strukturerad dokumentation från patientjournal eller personakt måste ett urval göras ur NI:s begreppsmodeller och relationerna mellan begreppen anpassas för att illustrera det verksamhetsbehov som målgrupperna vill beskriva.

Varje begrepp som återfinns i begreppsmodellerna måste dokumenteras entydigt och strukturerat. Informationsmodellerna i NI visar vilken information som behöver hållas om begreppen i begreppsmodellerna och hur de ska dokumenteras för att informationen ska kunna återanvändas i flera syften inom de individanpassade processerna för att kunna jämföras och utbytas enligt en nationell, gemensam struktur. När målgrupperna beskriver sina egna dokumentationsbehov eller behov av att återanvända strukturerad dokumentation från patientjournal eller personakt måste ett urval göras ur NI:s informationsmodeller och relationerna mellan informationsklasserna beskrivas för att representera det verksamhetsbehov som målgrupperna vill illustrera. Resultatet är en vy över vilken information i patientjournal eller personakt som måste dokumenteras eller återanvändas för att representera det specifika behovet. Detta representeras av informationsklassen *Standardiserad vy* i informationsmodellen. En standardiserad vy måste också terminologibindas tillsammans med det nationella fackspråket för att fullständigt representera verksamhetsbehovet.

Förutsättningar

Den verksamhet som har ett behov av att uttrycka ett specifikt dokumentationsbehov med hjälp av nationell informationsstruktur (NI) måste avgränsa vilken del av behovet som rör dokumentation i patientjournal eller personakt. Det är den informationen som kan struktureras enhetligt och standardiserat med hjälp av NI och kodas med hjälp av de olika delarna av Nationellt fackspråk (NF) i syfte att skapa eller återanvända strukturerad information i patientjournal eller personakt.

Behovet kan omfatta en större eller mindre del av hälso- och sjukvårds- eller socialtjänstverksamheten. Avgränsningen av behovet bestämmer verksamheten själva.

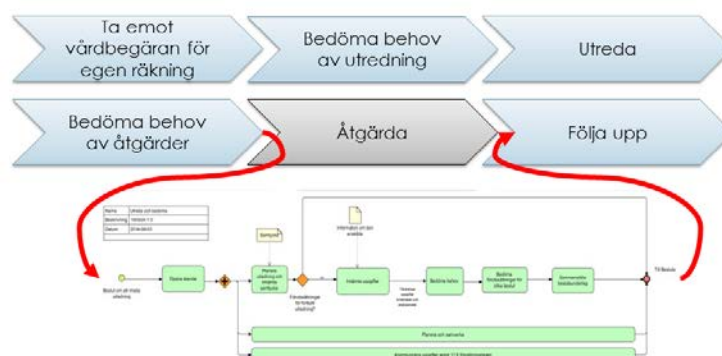
Följande förutsättningar bör vara uppfyllda:

- Att det finns ett behov att strukturera innehållet för elektronisk hantering på ett nationellt standardiserat sätt utifrån gemensam informationsstruktur.
- Att behovsanalysen har indikerat i vilken del av den individanpassade processen som behovet föreligger.
- Att verksamheten har möjlighet att påverka och utveckla dokumentationen kring patienten eller brukaren utifrån de framtagna urvalen ur modellerna.
- Att det finns en förvaltning av resultatet.

Såväl produkterna inom gemensam informationsstruktur som grunddokumentationen i den aktuella vård- och omsorgsverksamheten kan behöva ändringshanteras för att uppnå målet. För den gemensamma informationsstrukturen finns det en etablerad ändringshantering och motsvarande funktion behöver finnas även för grunddokumentationen. Vid strukturering och kodning av informationen i patientjournal eller personakt kan det uppstå behov av att ändra i sitt grundmaterial ("städa i källan"), exempelvis:

- Företeelser kan behöva struktureras på annat sätt för att kunna representeras med hjälp av NI.
- Företeelser kan behöva uttryckas på annat sätt för att kunna representeras med hjälp av nationellt fackspråk.

Steg 1 – Relatera dokumentationsbehov till den individanpassade processen

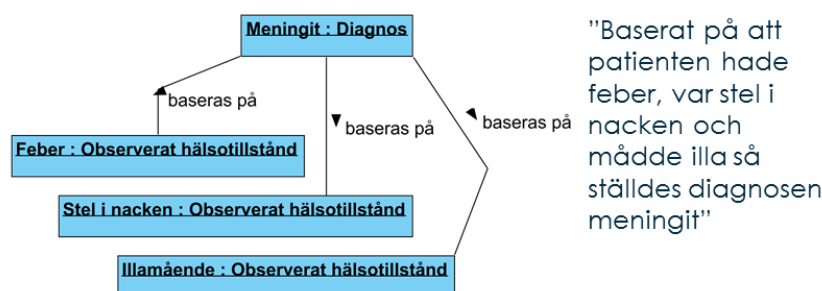


Det första steget innebär att utifrån NI:s generiska processmodeller identifiera var i patientens eller brukarens individanpassade process inom hälso- och sjukvård eller socialtjänst som verksamhetsbehovet föreligger. Baserat på vilken process som utgör grunden för verksamhetsbehovet avgörs också vilka specialiserade begrepps- och informationsmodeller som sedan kommer att användas, de för hälso- och sjukvård eller de för socialtjänst. Beskrivningstexten för varje processteg i NI:s modell ger stöd för att relatera behoven till patientens eller brukarens individanpassade process, oavsett vilken verksamhet som beskriver sitt informationsbehov. Resultatet blir en framtagen processmodell som visar det aktuella informationsbehovet i form av funktionalitet relaterat till den individanpassade processen.

Den framtagna processmodellen kan ge stöd i att identifiera vilka begrepp som är centrala att hålla information om utifrån det aktuella verksamhetsbehovet samt ge stöd i att identifiera vilken information som redan kan ha dokumenterats tidigare i den individanpassade processen och därmed kan återanvändas istället för att dokumenteras på nytt.

Eventuella ändringsförslag på NI:s generiska processmodeller rapporteras till förvaltningsorganisationen på Socialstyrelsen.

Steg 2 – Göra urval ur begreppsmodellen och beskriva relationerna



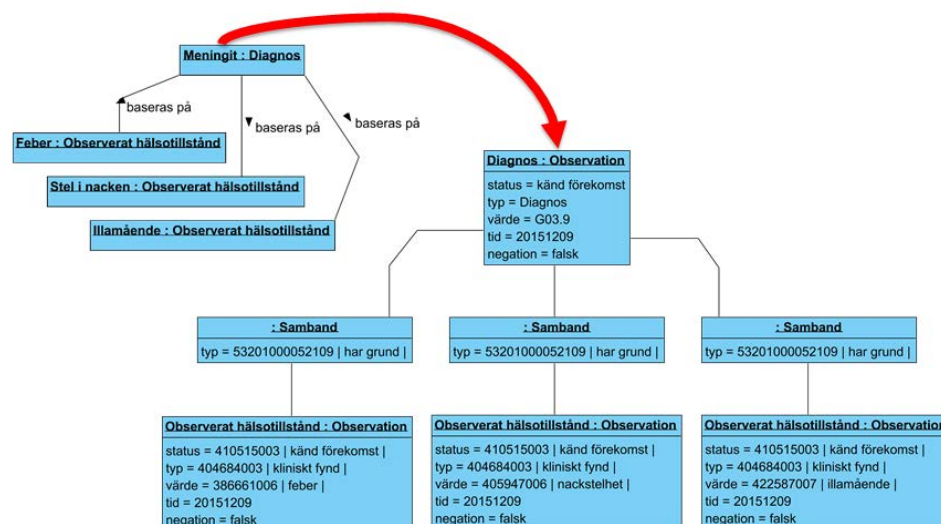
Utifrån den framtagna processmodellen ska begrepp som det måste hållas information om för det aktuella verksamhetsbehovet identifieras och beskrivas. Detta görs genom att göra urval av de begrepp som återfinns i NI:s generiska begreppsmodeller. Begreppens definition eller beskrivning ger stöd för att säkerställa att rätt begrepp används för att beskriva verksamhetsbehovet på ett entydigt sätt. De flesta begreppen i NI:s begreppsmodeller återfinns också i Socialstyrelsens termbank.

Här behöver målgruppen ta ställning till vad som bör uttryckas med hjälp av begrepp i begreppsmodellen och vad som istället kan uttryckas som ytterligare, detaljerade beskrivningar av begreppen med de klassifikationer och begreppssystem som Socialstyrelsen eller någon annan aktör tillhandahåller.

Utifrån de identifierade begreppen måste också de specifika relationerna mellan dessa beskrivas för att representera den efterfrågade funktionaliteten och verksamhetsbehovet. De relationer som finns beskrivna i NI:s begreppsmodeller är till för att åskådliggöra begreppen och beskriva hur ett begrepp relaterar till andra begrepp och företeelser, inte för att uttrycka specifika verksamhetsbehov. Endast de begrepp som behövs för representera det specifika verksamhetsbehovet behöver ritas ut. Resultatet är ett urval från NI:s begreppsmodell med beskrivna relationer som visar det aktuella verksamhetsbehovet.

Eventuella ändringsförslag på NI:s begreppsmodeller rapporteras till förvaltningsorganisationen på Socialstyrelsen.

Steg 3 – Översätta begreppsmodell till informationsmodell



För att beskriva hur de identifierade, beskrivna begreppen ska kunna dokumenteras i eller sökas fram ur patientjournal eller personakt för att kunna återanvändas är nästa steg att översätta den framtagna begreppsmodellen till en informationsmodell genom att göra instanser från NI:s informationsmodell. Instansmodellen visar en vy över den dokumentation i patientjournal eller personakt som kan representera verksamhetsbehovet.

NI:s begreppsmodeller ger stöd i övergången från begrepp till informationsklass genom att beskriva hur de olika begreppen i begreppsmodellerna representeras i informationsmodellerna.

Informationsstrukturen som finns beskriven i NI:s informationsmodell visar de totala dokumentationskraven utifrån de perspektiv som NI utvecklas utifrån. Endast de attribut och informationsklasser som är aktuella för det specifika verksamhetsbehovet ska inkluderas i informationsmodellen för det specifika verksamhetsbehovet. Multipliciteterna och datatyperna kan också behöva ändras eller detaljeras ytterligare för att representera det specifika verksamhetsbehovet.

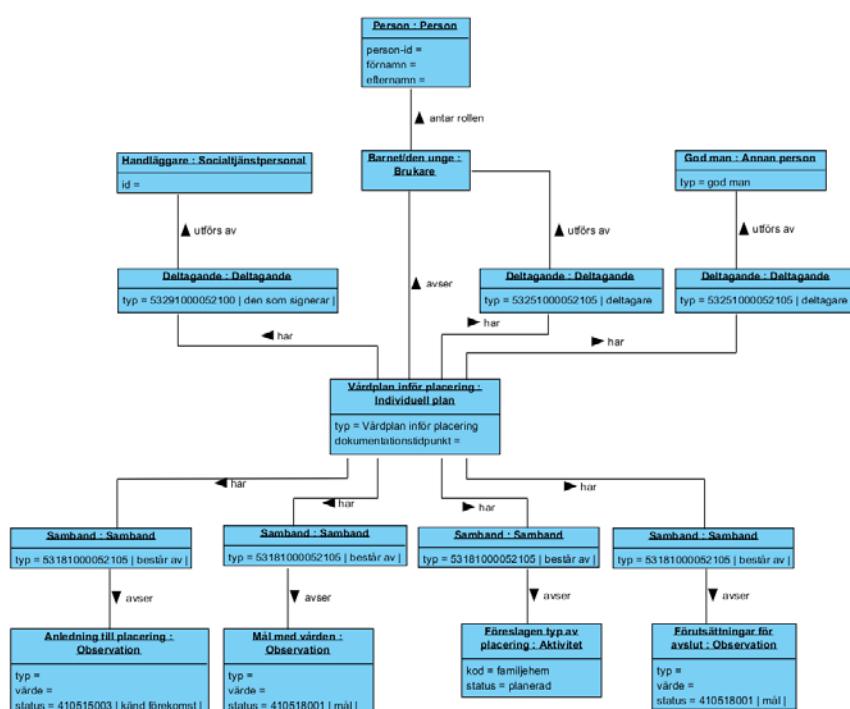
De specifika relationer som identifierats i den framtagna begreppsmodellen hanteras i instansmodellen genom informationsklasserna *samband* och *delta-gande*. Genom att beskriva och rita ut mellan vilka informationsklasser som det finns relationer i form av samband eller deltagande, och ge varje relation ett kodat värde, blir det möjligt att illustrera funktionaliteten på ett sätt som också är maskinläsbart elektroniskt.

Eventuella ändringsförslag på NI:s informationsmodeller eller kodverken för deltagande eller samband rapporteras till förvaltningsorganisationen på Socialstyrelsen.

Steg 4 – Terminologibinda

Den framtagna informationsmodellen måste också terminologibindas för att, förutom att beskriva vilken typ av information som måste dokumenteras, också beskriva hur informationen ska dokumenteras med hjälp av NF. Varje attribut i informationsmodellen kan begränsas genom att de tillåtna värdemängderna anges för det specifika användningsfallet. Exempelvis är det en annan uppsättning Snomed CT-begrepp som används för att dokumentera en kärlkrampskirurgi och för att dokumentera en leverbiopsi, även om de båda informationsmängderna kan uttryckas med informationsklassen *aktivitet*. Begränsningarna av värdemängder för de enskilda attributen är också specifika för de olika användningsområdena, exempelvis kanske inte det som ska rapporteras in till Socialstyrelsens nationella, lagstadgade statistikregister såsom patientregistret är tillräckligt detaljerat för journaldokumentationen hos vårdgivaren.

För en översiktlig vägledning av hur NI och kodverken i det nationella fackspråket kan terminologibindas, se bilaga 9.



Exempel på en vy över information från patientjournalen som kan återanvändas för att representera en individuell plan för en specifik patient.

Steg 5 - Förvaltning

Generellt gäller att resultatet förvaltas av den som tagit fram det. Den som förvaltar resultatet har ansvar för att bevaka uppdateringar av de ingående delarna av NI och NF som har använts för att säkerställa att de egna framtagna modellerna är aktuella.

Nationell informationsstruktur 2016:1

Bilaga 6: Krav på innehåll
– perspektiv och angelägenheter

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 2008:14) 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 SOSFS 2008:14 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 läkarvårdersättning
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 födelseregister 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 över barn som vistas i familjehem eller annat enskilt hem

Typ	SFS/SOSFS-nummer	Namn
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 2008:14	Föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården
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

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.

Namn/dnr	Specificerade behov
S2007/4754/FS	Äldres Behov i Centrum (ÄBIC)
S2007/4754/FS	Barns Behov i Centrum (BBIC)
S2013/9047/SAM	Hälsoärende och process-id – Förutsättningar 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

Nationell informationsstruktur 2016:1

Bilaga 7: Arkitektur och metodbeskrivning

Nationell informationsstruktur – arkitektur och metodbeskrivning

Nationell informationsstruktur (NI) ska bestå av sammanhängande modeller, vilket innebär att NI:s olika modeller och modelltyper ska referera och relatera till varandra på ett tydligt sätt så att det blir tydligt för användarna hur de olika delarna hänger samman.

Standarder inom informatik

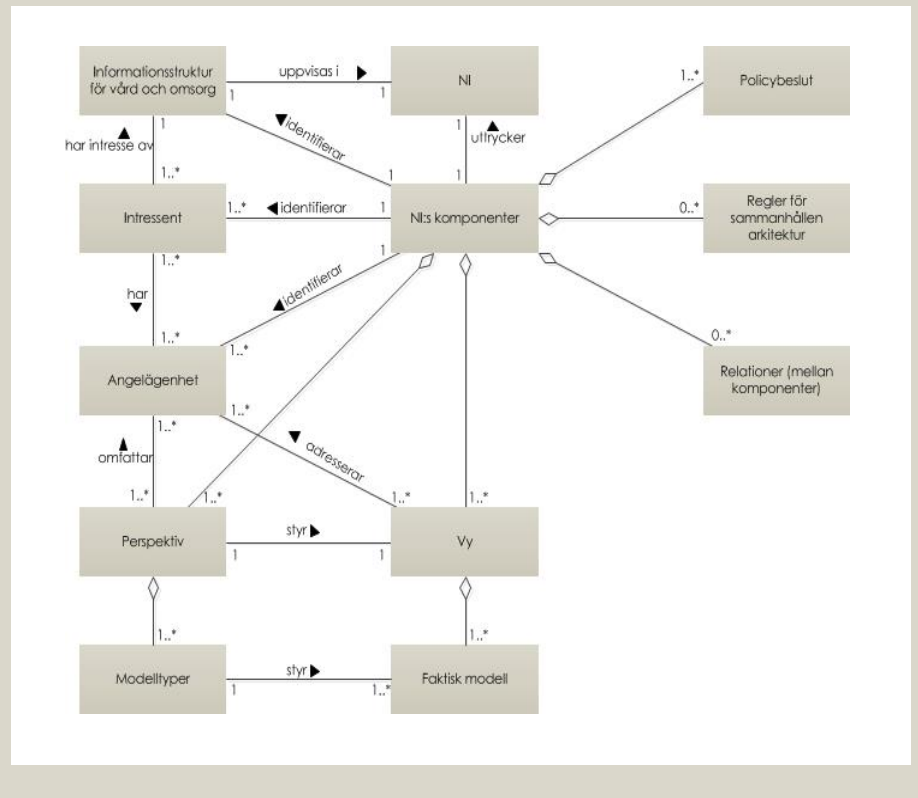
Socialstyrelsen har utvärderat både de tidigare modellerna och den notations-teknik som användes för att skapa dessa i syfte att öka tillämpbarheten av NI och säkerställa att de nya versionerna av modellerna är lösningsneutrala. Inför utvärderingen gick Socialstyrelsen igenom tillämpbara standarder, och standarden SS-ISO/IEC/IEEE 42010 bedömdes vara den som bäst motsvarande de uppsatta kriterierna. SS-ISO/IEC/IEEE 42010 är en internationell standard för system- och programvarukvalitet som specificerar på vilket sätt en systemarkitektur bör vara organiserad och uttryckt i form av arkitekturvyer, ramverk och notationssätt för att den ska kunna användas som en arkitekturbeskrivning av ett system. Genom att systematiskt relatera NI:s olika delar till en standard av denna typ blir det tydligare hur NI förhåller sig till andra etablerade arkitekturer och hur de olika komponenterna som utgör produkten NI samverkar med varandra. Att använda en etablerad internationell standard ökar möjligheten att utbyta information och kunskap om informationsstrukturer med andra aktörer samt att få vägledning av vilka delar av NI som ska vidareutvecklas av Socialstyrelsen framöver.

Begreppet *system* motsvarar inte ett it-stöd, utan hänvisar till den definition som finns i ISO/IEC 15288. Denna definierar system som det område en arkitekturbeskrivning avser att beskriva, inklusive processer och resurser. När det gäller NI står alltså begreppet system för informationshantering inom vård och omsorg. En beskrivning av begreppen i ISO 42010 finns i avsnittet *NI relaterat till ISO 42010* i denna bilaga.

NI relaterat till ISO 42010

NI har gemensamma kännetecken med standarden SS-ISO/IEC/IEEE 42010:2012, IDT, System- och programvarukvalitet – Beskrivning av arkitektur. Hur NI beskrivs utifrån ISO 42010 illustreras i figur 1.

Figur 1. Standarden ISO 42010 och dess olika delar relaterat till NI och Socialstyrelsens övriga verksamhet.



Relationen mellan NI och ISO 42010 åskådliggörs begrepp för begrepp med en tillhörande beskrivning i tabell 1.

Tabell 1. Standarden ISO 42010 och dess olika delar relaterat till NI och Socialstyrelsens övriga verksamhet

ISO 42010-termer	Beskrivning	NI-termer	Beskrivning
Stakeholder	Individer, team, organisation, eller klasser av dessa, som har intresse av systemet som ska beskrivas med hjälp av arkitekturen.	Intressent	Intressent som på något sätt har ett intresse av att tillämpa NI. Exempel på intressenter: Socialstyrelsen, landsting, regioner, kommuner, privata vårdgivare och kvalitetsregister.
System concern	Intresse för system som är relevant för en eller flera av dess intressenter.	Helhetsangelägenhet	Olika verksamheters intressen i att tillämpa NI påverkar dess utformning på olika sätt.
Purpose	ISO/IEC 15288:2008, ett system är en kombination av samverkande element organiserade för att uppnå ett eller flera angivna ändamål.	Syfte	Syftet med NI. Syftet beskrivs i huvuddokumentet i Socialstyrelsens publikation <i>NI 2016:1</i> .
System	ISO/IEC 15288:2008, artificiella system som kan konfigureras med en eller flera av följande: hårdvara, programvara, data, människor, processer, rutiner, utrustning, material och enheter.	Informationshantering inom vård och omsorg	Det område en arkitekturbeskrivning avser att beskriva, inklusive processer.
System-of-Interest	Hänvisar till det system vars arkitektur övervägs vid utarbetandet av en arkitekturbeskrivning.	Informationsstruktur för vård och omsorg	Dokumentationsbehovet för information inom vård och omsorg.
Concern	Påverkan från en eller flera intressenter.	Angelägenhet	Specifika dokument eller motsvarande som beskriver ett krav eller behov hos någon intressent.
Architecture Framework	Upprättar en gemensam metod för att skapa, tolka, analysera och använda arkitekturbeskrivningar inom en viss domän eller ett visst område.	Metod för att skapa vyer av dokumentation i patientjournal eller personakt	Metod för hur NI ska användas för att beskriva målgruppernas dokumentationsbehov på ett gemensamt sätt för att uppnå semantisk interoperabilitet.
Architecture Viewpoint	Etablerar konventionerna för att konstruera, tolka och analysera påverkan. Kan innehålla notationssätt, modelltyper, designregler och metoder och analystekniker.	Perspektiv	Vypunkter som representerar de tre perspektiven som NI beskrivs utifrån. NI:s perspektiv är dokumentationskrav enligt författning, statistikuppföljning och bästa tillgängliga kunskap.
Architecture View	Uttrycker ett eller flera av de lösningar som eftersträvas av systemets intressenter.	Vyer	En eller flera komponenter av NI som representerar en eller flera angelägenheter, utifrån från ett eller flera definierade perspektiv.

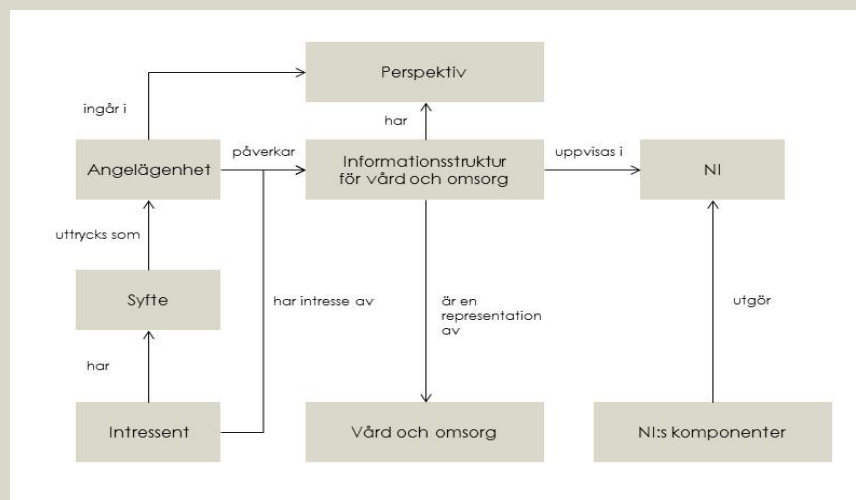
ISO 42010-termer	Beskrivning	NI-termer	Beskrivning
Model Kind	För varje modelltyp beskrivs dess syfte, regelverk, språk och modelleringsteknik.	Modelltyper	De modelltyper som används i NI.
Architecture Model	Använder lämplig modelleringsteknik för att eftersträva lösningar ska kunna visualiseras.	Faktisk modell	De faktiska modellerna som bygger upp NI.
Architecture Rationale	Ger en förklaring, en motivering eller ett resonemang om beslut kring arkitekturen.	Policybeslut	Ger en förklaring, en motivering eller ett resonemang om beslut kring arkitekturen. Exempelvis kan detta innefatta kvalitetskriterier och avgränsningar.
Correspondence Rule	Används för att uttrycka och verkställa arkitekturs relationer, såsom sammansättning, förfining, konsekvens, spårbarhet, beroende, tvång och skyldigheter.	Regler för sammanhållen arkitektur	Beskriver regler för relationer mellan de olika komponenterna som utgör NI.
Correspondence	Definierar en relation mellan arkitekturbeskrivningar.	Relationer mellan komponenter	Definierar relationer mellan olika modeller, modelltyper och andra komponenter av NI samt relationen till andra informationsstrukturer, exempelvis relationen mellan NI och andra informatikstandarder eller mellan NI och tillämpande modeller.
Environment	Det sammanhang som ger förutsättningar för och påverkar ett system.	Verksamhet	Den verksamhet som hanterar informationen som NI beskriver strukturen för.
Architecture	Grundläggande begrepp och egenskaper hos ett system i sin omgivning där det utgörs av dess beståndsdelar, relationer, och principerna för sin design och utveckling.	Nationell informationsstruktur (NI)	NI som helhet, består av NI:s komponenter.
Architecture Description	Beskrivning som används för att uttrycka en arkitektur.	NI:s komponenter	De komponenter som tillsammans utgör NI.

Metod för att vidareutveckla NI

Standardens olika delar har relaterats till NI och Socialstyrelsens övriga verksamhet. Utifrån resultatet av kopplingen till standarden har Socialstyrelsen tagit fram en vidareutvecklingsmetod. Resultatet ligger även till grund för det notationssätt som använts vid vidareutvecklingen av modellerna. Metoden används av Socialstyrelsen vid vidareutveckling av NI, men metoden kan också användas av målgrupperna för att vidareutveckla modellerna lokalt för lokala behov. Om metoden behöver kompletteras ytterligare kan detta rapporteras till Socialstyrelsen som sedan vid behov kan revidera metoden och säkerställa att den är ändamålsenlig.

Förankring mot ISO/IEC/IEEE 42010

Figur 2. Prioriterade delar ur standarden ISO 42010 i vidareutvecklingen av NI



Socialstyrelsens vidareutvecklingsmetod för NI utgår från standarden ISO 42010. Översiktligt kan metoden beskrivas enligt figur 2.

Metodens arbetssteg

Steg ett – Beställning

Steg ett i att vidareutveckla NI börjar med att förvaltningen, eller en annan intressent, beställer vidareutveckling utifrån ett prioriterat behov. Intressenten ska beskriva det prioriterade behovet i text med förslag på vilken specialisering och/eller nivå som behovet påverkar. Detta innebär att beskrivningen av intressentens behov ska innehålla förslag på om behovet kan tillgodoses på vård- och omsorgsnivå eller i specialiseringarna hälso- och sjukvårds- respektive socialtjänstnivå. Efter detta beslutar Socialstyrelsen om man ska börja arbetet med detta behov och ifall det ska ske inom Socialstyrelsens förvaltning för gemensam informationsstruktur. Behovet kan eventuellt också uppfyllas genom att tillämpa NI:s modeller i kombination med andra produkter som ingår i förvaltningsobjektet *Gemensam informationsstruktur*.

Steg två – Preliminär modellering

Nästa steg är att ta fram preliminära begrepps- och informationsmodeller där man tagit hänsyn till de perspektiv och angelägenheter som rör behovet. Dessa modeller ska visualisera behovet på den valda ingångsnivån, till exempel socialtjänst, och de parallella specialiseringar som kan finnas på samma nivå, till exempel hälso- och sjukvård samt på den ovanliggande nivån där indelningen i klasser är utförd. Klassernas ska ha en skriftlig beskrivning av den informationsmängd man vill illustrera med klassen. De preliminära modellernas struktur utformas i detta steg för att de ska harmonisera med befintliga standarder inom hälsoinformatikområdet, där detta är möjligt.

Detta steg innehåller också en terminologisk begreppsanalys, som utförs parallellt och i nära samarbete med modelleringen. Om begreppsanalysen visar att det begrepp som man avser hålla information om helt överensstämmer med ett väldefinierat begrepp i fackområdet, så ska korrekt fackterm och definition enligt Socialstyrelsens termbank användas som klassnamn och beskrivning. Om begrepp i begreppsmodellen inte motsvarar begrepp i termbanken så ska begreppet få en egen benämning och beskrivning.

De preliminära modellerna ska presenteras för NI-förvaltningen som ska godkänna dessa.

Steg tre – Perspektivet dokumentationskrav enligt författning

Steg tre är en juridisk utredning. Syftet med den juridiska utredningen är att identifiera juridiska krav på modellerna utifrån ett dokumentationsperspektiv. Detta kan exempelvis innebära information som utifrån patientdatalagen måste dokumenteras för just det aktuella behovet.

Detta metodsteg förutsätter att det finns en interdisciplinär kompetensgrupp som kan representera juridik, terminologi och informatik.

När steg tre är klart ska man kunna ange krav på attribut och eventuellt ytterligare klasser för varje nivå eller specialisering som krävs för att representera behovet i NI. Resultatet är kompletterade preliminära modeller utifrån perspektivet *dokumentationskrav enligt författning*.

Steg fyra – Komplettering från övriga perspektiv

I det fjärde steget ska man utvärdera modellerna från steg 3 mot de angelägenheter som har identifierats ur övriga perspektiv. De två perspektiven *bästa tillgängliga kunskap* och *statistikuppföljning* ska alltid beaktas. Resultatet av det här steget är krav utifrån ytterligare angelägenheter från övriga perspektiv som måste tillföras de preliminära modellerna i form av klasser eller attribut.

Steg fem – Detaljerad modellering

Steg fem innebär en mer detaljerad modellering kring behovet. Detta ska integreras i NI:s modeller komplett med attribut, korrekt namnsättning och kompletta skriftliga beskrivningar av klasser. Informatiker, jurister och terminologer ska granska dokumentationen samt val av attributnamn.

Steg sex – Överlämning till förvaltning

Det sista steget i metoden är att förse förvaltningen med färdiga modeller och en skriftlig redovisning som beskriver hur behovet kan hanteras med hjälp av NI. I detta steg ingår validering mot de angelägenheter som ingår i NI för att säkerställa att modellerna täcker de behov som specificerats i de tre perspektiven *dokumentationskrav enligt författning*, *statistikuppföljning* och *bästa tillgängliga kunskap*. Se specificering av perspektiven i bilaga 6 ”Krav på innehåll – angelä-

genheter”. Därefter kan förvaltningen med detta som underlag remittera den kompletta nya versionen av NI där behovet uppfylls enligt den rutin som gäller.

Översikt av arbetsstegen för att utveckla NI

Tabell 2. Översikt av arbetsstegen för att vidareutveckla NI

Steg	Beskrivning	Indata	Utdata
1	Beställning	- Behov som inkommit till och prioriterats av förvaltningen	- Beskrivning av behovet
2	Preliminär modellering	- Beskrivning av behovet	- Preliminära modeller på alla aktuella nivåer med indelning i klasser och relationer mellan dessa - Resultatet av den terminologiska begreppsanalysen i form av förslag på klassnamn och beskrivningar i modellerna
3	Perspektivet <i>dokumentationskrav enligt författning</i>	- Preliminära modeller	- Preliminära modeller kompletterade utifrån perspektivet <i>dokumentationskrav enligt författning</i>
4	Komplettering från övriga perspektiv	- Preliminära modeller kompletterade utifrån perspektivet <i>dokumentationskrav enligt författning</i>	- Resultatet av kompletteringen från övriga perspektiv i form av eventuella ytterligare krav på attribut och klasser som behövs
5	Detaljerad modellering	- Preliminära modeller kompletterade utifrån perspektivet <i>dokumentationskrav enligt författning</i> - Resultatet av kompletteringen från övriga perspektiv i form av eventuella ytterligare krav på attribut och klasser som behövs	- Detaljerade modeller integrerade i NI:s modeller - Redovisning av hur behovet i beställningen uppfylls
6	Överlämning till förvaltning	- Redovisning av hur behovet i beställningen tillgodoses - Detaljerade modeller i överenskommet filformat	- Validering av behovet mot NI:s angelägenheter - Publicering av resultatet som del i efterföljande release

Nationell Informationsstruktur 2016:1

Bilaga 8: Revidering och nyutveckling
av modellerna i NI 2016:1

Modeller för vård och omsorg

Modell	Typ av ändring	Ändring i 2016:1	Motivering
Processmodell	Revidering	Namn på processteg " <i>Ta ställning</i> " ändrat till " <i>Avgöra</i> "	Ändrat namn efter nyutvecklingen av <i>Beslut</i> -begreppsområden
Begrepps-greppsmodell	Ny-utveckling	Begreppet <i>Vård- och omsorgsplan</i> med tillhörande relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Begrepps-greppsmodell	Ny-utveckling	Begreppet <i>Beslut (inom vård och omsorg)</i> med tillhörande relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Begrepps-greppsmodell	Ny-utveckling	Begreppet <i>Resurs (inom vård- och omsorg)</i> med tillhörande relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Begrepps-greppsmodell	Ny-utveckling	Begreppet <i>Dokument</i> med tillhörande relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Begrepps-greppsmodell	Revidering	Begreppen <i>Vårdnadshavare</i> , <i>God man</i> och <i>Förvaltare</i> borttagna	Tagit bort begreppen efter genomgången ändringshantering
Begrepps-greppsmodell	Revidering	Namn på relation mellan <i>Observerat tillstånd (inom vård och omsorg)</i> och <i>Problem (inom vård och omsorg)</i> ändrat till <i>kan bedömas vara</i>	Ändrat namn på relation efter genomgången ändringshantering
Begrepps-greppsmodell	Revidering	Relation, <i>i förhållande till</i> , mellan <i>Annan person</i> och <i>Person</i> borttagen	Tagit bort relation efter genomgången ändringshantering
Begrepps-greppsmodell	Revidering	<i>Tillstånd (inom vård och omsorg)</i> samt <i>Uppgift i patientjournal eller personakt</i> visualiserade tydligare	Tydliggjort vilka begrepp som ej ska instansieras
Informati-onsmodell	Ny-utveckling	Klassen <i>Vård- och omsorgsplan</i> med tillhörande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informati-onsmodell	Ny-utveckling	Klasserna <i>Beslut</i> och <i>Beslutsstatus</i> med tillhörande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informati-onsmodell	Ny-utveckling	Klassen <i>Resurs</i> med tillhörande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informati-onsmodell	Ny-utveckling	Klasserna <i>Dokument</i> och <i>Standardiserad vy</i> med tillhörande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informati-onsmodell	Revidering	Relation, <i>har uppdrag för</i> , tillagd mellan <i>Annan person</i> och <i>Organisation</i>	Tillagd relation efter genomgången ändringshantering
Informati-onsmodell	Revidering	Relation, <i>i förhållande till</i> , mellan <i>Annan person</i> och <i>Person</i> borttagen	Tagit bort relation efter genomgången ändringshantering

Modeller för hälso- och sjukvård

Modell	Typ av Ändring	Ändring i 2016:1	Motivering
Begrepps-grepps-modell	Ny-utveckling	Begreppet <i>Individuell plan (inom hälso- och sjukvård)</i> med tillhörande relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Begrepps-grepps-modell	Ny-utveckling	Begreppet <i>Beslut (inom hälso- och sjukvård)</i> med tillhörande relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Begrepps-grepps-modell	Ny-utveckling	Begreppet <i>Dokument</i> med tillhörande relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Begrepps-grepps-modell	Revidering	Namn på begrepp <i>Resurs</i> ändrat till <i>Resurs (inom hälso- och sjukvård)</i>	Ändrat namn efter nyutvecklingen av <i>Resurs</i> -begreppsområden
Begrepps-grepps-modell	Revidering	Begreppen <i>Standardiserad vårdprocess</i> , <i>journalhandling</i> , <i>remiss</i> , <i>vårdbe-gäran</i> borttagna	Tagit bort begreppen efter genomgången ändringshantering
Begrepps-grepps-modell	Revidering	Begreppen <i>Vårdnadshavare</i> , <i>God man</i> , och <i>Förvaltare</i> borttagna	Tagit bort begreppen efter genomgången ändringshantering
Begrepps-grepps-modell	Revidering	Namn på relation mellan <i>Observerat hälsotillstånd</i> och <i>Hälsoproblem</i> ändrat till <i>kan bedömas vara</i>	Ändrat namn på relationen efter genomgången ändringshantering
Begrepps-grepps-modell	Revidering	Namn på relation mellan <i>Professionellt uppfattat hälsoproblem</i> och <i>diagnos</i> ändrat till <i>kan bestämmas och be-nämnas som</i>	Ändrat namn på relation efter genomgången ändringshantering
Begrepps-grepps-modell	Revidering	Relation, <i>i förhållande till</i> , mellan <i>Annan person</i> och <i>Person</i> borttagen	Tagit bort relation efter genomgången ändringshantering
Begrepps-grepps-modell	Revidering	Begreppen <i>Hälsoärende</i> , <i>Hälsotillstånd</i> och <i>Uppgift i patientjournal</i> visualiserade tydligare	Tydliggjort vilka begrepp som ej ska instansieras
Informat-ionsmodell	Ny-utveckling	Klassen <i>Individuell plan</i> med tillhörande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informat-ionsmodell	Ny-utveckling	Klassen <i>Resursegenskaper</i> med tillhö-rande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informat-ionsmodell	Ny-utveckling	Attributet <i>mängd</i> tillagt i klassen <i>Resurs</i>	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informat-ionsmodell	Ny-utveckling	Klasserna <i>Beslut</i> och <i>Beslutsstatus</i> med tillhörande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informat-ionsmodell	Ny-utveckling	Klasserna <i>Dokument</i> och <i>Standardise-rad vy</i> med tillhörande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informat-ionsmodell	Revidering	Relation, <i>har uppdrag för</i> , tillagd mel-lan <i>Annan person</i> och <i>Organisation</i>	Tillagd relation efter genomgången ändringshantering
Informat-ionsmodell	Revidering	Relation, <i>i förhållande till</i> , mellan <i>Annan person</i> och <i>Person</i> borttagen	Tagit bort relation efter genomgången ändringshantering

Modeller för socialtjänst

Modell	Typ av Ändring	Ändring i 2016:1	Motivering
Processmodell	Revidering	Förtydligat innehåll i in- och utvärde	Förtydligat innehåll efter genomgången ändringshantering
Begrepps-greppsmodell	Ny-utveckling	Begreppet <i>Individuell plan (inom socialtjänst)</i> med tillhörande relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Begrepps-greppsmodell	Ny-utveckling	Begreppet <i>Beslut (inom Socialtjänst)</i> med tillhörande relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Begrepps-greppsmodell	Ny-utveckling	Begreppet <i>Resurs (inom Socialtjänst)</i> med tillhörande relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Begrepps-greppsmodell	Ny-utveckling	Begreppet <i>Dokument</i> med tillhörande relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Begrepps-greppsmodell	Revidering	Begreppen <i>Ärende</i> och <i>Journal</i> borttagna	Tagit bort begreppen efter genomgången ändringshantering
Begrepps-greppsmodell	Revidering	Begreppen <i>Vårdnadshavare</i> , <i>God man</i> , <i>Ombud</i> och <i>Förvaltare</i> borttagna	Tagit bort begreppen efter genomgången ändringshantering
Begrepps-greppsmodell	Revidering	Begreppet <i>Beviljad insats</i> ändrat till <i>Individuell inriktad insats</i>	Ändrat begreppet efter genomgången ändringshantering
Begrepps-greppsmodell	Revidering	Namn på relation mellan <i>observerat tillstånd (inom socialtjänst)</i> och <i>problem (inom socialtjänst)</i> ändrat till <i>kan bedömas vara</i>	Ändrat namn på relationen efter genomgången ändringshantering
Begrepps-greppsmodell	Revidering	Relation mellan <i>Omgivningsfaktorer</i> och <i>Problem (inom socialtjänst)</i> borttagen	Tagit bort relation efter genomgången ändringshantering
Begrepps-greppsmodell	Revidering	Relation, <i>i förhållande till</i> , mellan <i>Annan person</i> och <i>Person</i> borttagen	Tagit bort relation efter genomgången ändringshantering
Begrepps-greppsmodell	Revidering	Begreppen <i>Aktualisering</i> , <i>Tillstånd (inom socialtjänst)</i> och <i>Uppgift i personakt</i> visualiserade tydligare	Tydliggjort vilka begrepp som ej ska instansieras
Informati- onsmodell	Ny-utveckling	Klass <i>Individuell plan</i> med tillhörande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informati- onsmodell	Ny-utveckling	Klasserna <i>Beslut</i> och <i>Beslutsstatus</i> med tillhörande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informati- onsmodell	Ny-utveckling	Klassen <i>Resurs</i> med tillhörande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informati- onsmodell	Ny-utveckling	Klasserna <i>Dokument</i> och <i>Standardiserad vy</i> med tillhörande attribut och relationer	Vidareutveckling av nya begreppsområden
Informati- onsmodell	Revidering	Relation, <i>har uppdrag för</i> , tillagd mellan <i>Annan person</i> och <i>Organisation</i>	Tillagd relation efter genomgången ändringshantering
Informati- onsmodell	Revidering	Relation, <i>i förhållande till</i> , mellan <i>Annan person</i> och <i>Person</i> borttagen	Tagit bort relation efter genomgången ändringshantering

Nationell informationsstruktur 2016:1

Bilaga 9: Terminologibindning till nationellt fackspråk

Inledning

Denna bilaga listar 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.

Speci- alise- ring	Namn	Snomed CT begrepps- ID	Beskrivning enligt NI
Båda	består av	5318100005 2105	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	5319100005 2107	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	5320100005 2109	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.
Hälso- och sjuk- vård	har villkor	5321100005 2106	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	5322100005 2103	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	5323100005 2101	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	5324100005 2107	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 <i>person</i> som har det huvudsakliga ansvaret i en viss situation. Deltagandetypen 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. Deltagandetypen ansvarig kan sammanfalla med deltagandetypen 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 <i>person</i> eller <i>organisation</i> som fattar ett beslut i en viss situation. Exempelvis en nämnd som beslutar om att en brukare har rätt till vissa insatser eller en chefsöverläkare som beslutar om rättspsykiatrisk tvångsvård.
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.
Häls- och sjukvård	den som signerar	53291000052100	En <i>person</i> 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.
Häls- och sjukvård	donator	105455006	En <i>person</i> vars biologiska material tillvaratas i en viss situation. Exempelvis en blodgivare som lämnar blod.
Båda	författare	53321000052107	En <i>person</i> 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.
Båda	Informationsmottagare	53301000052101	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.

Specialisering	Namn	Snomed CT begrepps-ID	Beskrivning enligt NI
Häls- och sjukvård	registrerare	53331000052109	En <i>person</i> som nedtecknar information i patientjournal från en annan källa, exempelvis från diktat.
Båda	utförare	53261000052108	En part som faktiskt och huvudsakligen står för genomförandet i en viss situation. Exempelvis en AT-läkare som utför en undersökning under överinseende av en handledare (som deltar som ansvarig), eller en enskild verksamhet som utför ett uppdrag beslutat av en nämnd.
Båda	vittne	53341000052103	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.
Häls- och sjukvård	det som produceras		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 tvångsvården.
Häls- och sjukvård	objekt		Det huvudsakliga föremålet för en aktivitet eller observation. Exempelvis deltar resursen laboratorieprov som objekt kopplat till en observation som innehåller resultatet av en laboratorieanalys.
Båda	det som används		<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		<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: chefsöverläkaren efterfrågar hos förvaltningsrätten ett beslut om den önskade aktiviteten att rättspsykiatriskt 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

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
Häls- och sjukvård	i riskzon för	410519009	Kan användas för risktillstånd

Kodade värden för attributet status i informationsklassen Aktivitet

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

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	Bedömningsfaktor, kategori och värde i Observation.värde	
Snomed CT från hierarkin Kliniskt fynd	Observation.värde	
Snomed CT från hierarkin Observerbar företeelse	Observation.typ	Mätvärde och måtenhet (exempelvis 184 cm) anges i Observation.värde
KVÅ	Aktivitet.kod	
Snomed CT från hierarkin Åtgärd	Aktivitet.kod	
KSI	Aktivitet.kod	