

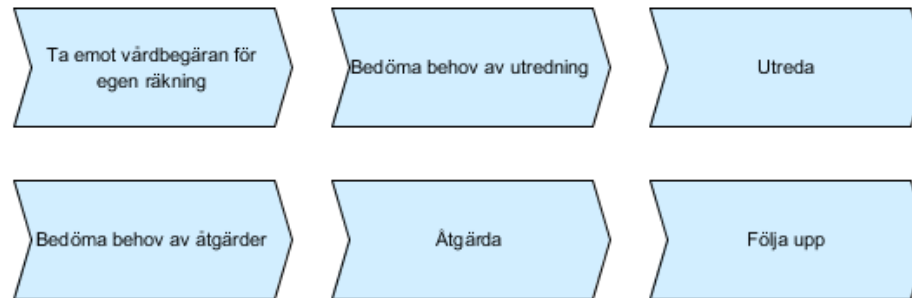
Nationell informationsstruktur 2016:1

Bilaga 3: Modeller för hälso- och sjukvård

Innehåll

Processmodell för hälso- och sjukvård	4
Begreppsmodell för hälso- och sjukvård	6
Informationsmodell för hälso- och sjukvård	22

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
Avsett hälsotillstånd	Definition: det hälsotillstånd som socialtjänstpersonal eller hälso- och sjukvårdspersonal, oftast i samråd med berörd		Relation till överliggande nivå: Avsett tillstånd (inom vård och omsorg)

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
	individ, 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 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
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	Relation till överliggande nivå: Dokument (inom vård och omsorg) Representeras i informations-

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		samman som en enhet och tillföras olika typer av meta-data, 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.	modellen 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 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.'	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 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 specialistkompetens inom någon av dessa psykiatriska specialiteter. Tidigare kallades den läkare som inom slutenvården hade ledningsansvaret för isolering enligt smittskyddslagen för chefsöverläkare, men i dag används benämningen verksamhetschef.	Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgspersonal Representeras i informationsmodellen av: Hälso- och sjukvårdspersonal
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 om-

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
			sorg) 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 vårddokumentation från en eller flera relaterade individanpassade vårdprocesser Anmärkning: Hälsoärendet bidrar till att vårddokumentation från patientens olika vårdprocesser kopplas samman och bildar underlag till en helhetsbild av patientens problem och behov. Det kan avse genomförd, pågående och planerad vård och behandling. Hälsoärendet gör det möjligt för behörig hälso- och sjukvårdspersonal och patienten själv att följa den individanpassade vårdprocessen och hitta relevant information om genomförd och planerad vård och behandling både inom och över organisatoriska gränser och/eller vårdgivargränser enligt gällande lagar. Exempelvis cancervård inbegriper ofta vård på flera vårdnivåer och kan ges av	Hälsoärendet är en gruppering av de individanpassade vårdprocesser som har startat med samma kontaktorsakstyp.	Relation till överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Hälsoärende är en vy över dokumentation från individanpassade vårdprocesser med samma kontaktorsakstyp. Notera att hälsoärende därför inte finns i informationsmodellen.

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
	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
Kontaktersak	Definition: orsak till vårdkontakt som patient eller företrädare för patient anger		Relation till överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Vårdbegäran för egen räkning med attributen kontaktersak

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
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 symtomlinad.	och kontaktorsakstyp 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. Omgivningsfaktorer kan påverka patientens hälsotillstånd. Exempel på omgivningsfaktorer är boendemiljö, arbetsmiljö och psykosocial miljö.	Relation till överliggande nivå: Omgivningsfaktorer Representeras i informationsmodellen av: Observation med attributet status satt till "känd förekomst", attributet värde och vid behov attributet typ

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
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 är relevanta för en god och säker vård av patienten bör dokumenteras i en patientjournal.'	Relation till överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Samtliga uppgifter i en patientjournal för en patient
Person		Mänsklig individ.	Relation till överliggande nivå: Person Representeras i informationsmodellen av:

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
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 skyldighet att dokumentera vidtagna åtgärder trots att de just då inte agerar inom ramen för en organisation.	Person Relation till överliggande nivå: Vård- och omsorgspersonal Representeras i informationsmodellen av: Person med kompetens att utföra hälso- och sjukvård
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	Relation till överliggande nivå: Tillstånd (inom vård och om-

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
		risktillstånd.	sorg) 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
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 informations-

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Utförd aktivitet		Aktivitet inom hälso- och sjukvård som har utförts. Exempel på utförd aktivitet är en genomförd såromläggning eller en genomförd operation.	modellen av: Uppgift i patientjournal 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 tillhandahåller hälso- och sjukvård Anmärkning: Bedömningen av vad som anses vara en vårdenhet sker idag inte med enhetliga nationella principer utan varje huvudman avgör avgränsningen i det enskilda fallet. Vårdenhet kan vara t.ex. vårdcentral, sjukhus, klinik, basenhet, mottagning, vårdavdelning eller motsvarande.		Relation till överliggande nivå: 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,		Relation till överliggande nivå: Organisation (inom vård och omsorg)

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
	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 sjukvårdverksamhet kan antingen bedrivas av juridisk person (t.ex. ett aktiebolag såsom en privat vårdcentral, en förening eller en stiftelse) eller av en enskild näringsidkare (t.ex. en läkarmottagning som förestås av en läkare utan annan personal). Hälso- och sjukvårdspersonal är oftast anställd av en vårdgivare. En vårdgivare kan ha anställd hälso- och sjukvårdspersonal, och ibland, som t.ex. för enskild näringsidkare, kan rollerna sammanfalla.		Representeras i informationsmodellen av: Organisation med attributet typ
Vårdkontakt	Definition: kontakt mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal då hälso- och sjukvård utförs Anmärkning: Exempel på vårdkontakter är vårdtillfälle, öppenvårdsbesök, hemsjukvårdsbesök och telefonkontakt.		Relation till överliggande nivå: Saknas Representeras i informationsmodellen av: Vårdkontakt

Begrepp	Definition enligt Socialstyrelsens termbank	Beskrivning och kommentar enligt NI	Relation till andra modeller
Önskat hälsotillstånd	I den nationella statistiken räknas endast sådana vårdkontakter som har dokumenterats i patientens journal. 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, Förvaltare, God man, Närstående och Vårdnadshavare

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 avvikelse från behandlingsrekommendation så som att i ett visst fall inte utföra en operation. Ett annat exempel är ändring av individuellt utformade förhållningsregler enligt 4 kap. 2 och 3 §§ i smittskyddslagen 2004:168. I tillämpliga fall ska det kodade värdet även innehålla referens till författning.	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	Datotyp	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	Datotyp	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	Datotyp	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	Datatyp	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	Datatyp	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 § Statistikuppföljning: Cancerregistret Dödsorsaksregistret	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.	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.

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