

# Strukturera och koda information för elektronisk hantering

Metodstöd för användning av Gemensam informationsstruktur

Version 2.0

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](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2018-2-8

Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2018

# Förord

Socialstyrelsen har reviderat metodstödet för hur den gemensamma informationsstrukturen kan användas inom ett verksamhetsområde för att uppnå ändamålsenlig och strukturerad dokumentation.

Metodstödet beskriver ett arbetssätt med separata arbetssteg för att strukturera och koda information för elektronisk hantering. I anslutning till arbetsstegen finns ett antal stöddokument för att underlätta användningen. Metodstödet finns samlat på Socialstyrelsens webbplats. Här finns också kontaktuppgifter för användarstöd och ändringsförslag.

Den primära målgruppen är verksamhetsutvecklare och informatiker inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Beslutsfattare och it-leverantörer är andra viktiga intressenter.

Anna Aldehag, enhetschef Informationsstruktur och e-hälsa  
Lars Söderdahl, enhetschef Klassifikationer och terminologi



# Innehåll

<b>Förord .....</b>	<b>3</b>
<b>Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation .....</b>	<b>7</b>
<b>Om metodstödet .....</b>	<b>8</b>
Syfte, mål och innehåll .....	8
Målgrupp .....	9
Förvaltning av metodstödet .....	9
<b>Grundläggande förutsättningar .....</b>	<b>10</b>
Första förutsättningen: Ett behov av att strukturera information har identifierats...	10
Andra förutsättningen: NI har valts som referensmodell.....	11
Tredje förutsättningen: Lämpliga kodverk ur fackspråket har identifierats .....	11
Fjärde förutsättningen: Verksamheten kan påverka och utveckla dokumentationens innehåll och struktur .....	14
Femte förutsättningen: Det finns en tydlig mottagare .....	15
Resultat av det förberedande arbetet .....	15
<b>Översikt – arbetssteg och resultat samt stöddokument .....</b>	<b>16</b>
<b>Beskrivning av enskilda arbetssteg .....</b>	<b>17</b>
1. Identifiera informationsbehovet .....	17
2. Analysera begreppen .....	18
3. Beskriva hur begreppen ska dokumenteras .....	19
4. Uttrycka innehållet med termer och koder .....	20
<b>Slutresultatet av arbetet .....</b>	<b>22</b>
Förvaltning av slutresultatet .....	22
<b>Ordförklaringar .....</b>	<b>23</b>
<b>Förkortningar .....</b>	<b>24</b>
<b>Bilaga 1 Kodverk .....</b>	<b>25</b>



# Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation

En ändamålsenlig och strukturerad dokumentation bygger på gemensamma semantiska standarder så att information kan återsökas och extraheras i olika syften och tolkas entydigt. Informationens betydelse och sammanhang går inte förlorad när den återanvänds. Socialstyrelsens beskrivning av strukturerad dokumentation utgår ifrån behovet av att kunna återanvända information som dokumenterats kring den enskilda individen, i kontakter med vård och omsorg.

Informationen ska vara strukturerad på ett sådant sätt att den vid senare tillfällen kan återsökas och tillgängliggöras i sitt rätta sammanhang, dvs. kopplad till den enskilda individens process (hälsoärende) i vård och omsorg<sup>1</sup>. Denna process löper ofta över flera organisatoriska gränser. Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation ska kunna vara utgångspunkt för vård och omsorg av enskild individ, underlag för patientens och brukarens ställningstagande, fullvärdig som underlag för uppföljning på olika nivåer för grupper av patienter och brukare, lämplig som kompletterande underlag för beslutsstöd, av kvalitet som kan utgöra underlag för forskning samt tillräckligt specifik för juridisk bedömning av den enskilda processen.

Information som skapas i samband med individens olika kontakter med vård och omsorg (t.ex. om en insats eller åtgärd), måste kunna kopplas till individens process/hälsoärende, oavsett vid vilken tidpunkt eller organisatorisk enhet informationen skapades. Processen är det sammanhang som måste framgå i dokumentationen – vad har planerats för individen, när genomfördes en viss insats, av vem, i vilket syfte, vad blev resultatet?

Det övergripande målet för Socialstyrelsens arbete med nationell informationsstruktur (NI) och nationellt fackspråk är att skapa förutsättningar för ändamålsenlig och strukturerad dokumentation inom vård och omsorg. Förutsättningarna består i ett gemensamt ramverk för hur innehållet (informationen) i dokumentationen ska uttryckas och hur informationen ska struktureras. Ett sådant ramverk är en viktig förutsättning för huvudmännen i utvecklingen av it-stöd som ska kunna hantera och tillgängliggöra informationen på ett effektivt sätt, i hela individens process och för olika syften. Den största vinsten görs när vård- och omsorgsgivare i Sverige följer samma struktur och beskrivning av det innehåll som är gemensamt.

---

<sup>1</sup> Hälsoärende och process-id, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-2-2>

# Om metodstödet

## Syfte, mål och innehåll

### **Strukturera och koda information**

Att **strukturera information** innebär att

- dela in information i informationsmängder, och
- beskriva informationsmängdernas inbördes relationer.

När detta är klart har man skapat en informationsstruktur.

Därefter kan **informationsinnehållet kodas**, dvs. informationsmängderna i informationsstrukturen förses med koder ur kodverk.

För att uppnå ändamålsenlig och strukturerad dokumentation måste informationsbehovet beskrivas enhetligt och entydigt. Socialstyrelsen har därför tagit fram detta metodstöd för att strukturera och koda information för elektronisk hantering. Metodstödet visar hur Gemensam informationsstruktur kan användas för att beskriva informationsbehovet. Syftet är att stödja användarna att strukturera och koda information om patienter och brukare som behövs i individens process i vård och omsorg och som dokumenteras i patientjournal eller personakt. Målet är att informationen ska bli ändamålsenlig och strukturerad så att den kan återanvändas och utbytas inom och mellan olika verksamheter inom vård och omsorg, och därigenom bidra till semantisk interoperabilitet.

Metodstödet omfattar:

- Nationell informationsstruktur (NI)
  - processmodell
  - begreppsmodell
  - informationsmodell
- Följande delar av Nationellt fackspråk
  - Hälsorelaterade klassifikationer
  - Begreppssystemet Snomed CT

Metodstödet består av en beskrivning av arbetssteg och kompletterande stöddokument i form av metoder och anvisningar som finns publicerade på Socialstyrelsens webbplats.



## Målgrupp

Den primära målgruppen är verksamhetsutvecklare och informatiker inom hälso- och sjukvård och socialtjänst som arbetar med att strukturera innehållet i olika typer av it-system. Beslutsfattare och it-leverantörer är andra viktiga intressenter.

## Förvaltning av metodstödet

Socialstyrelsen tar gärna emot erfarenheter från användning av metodstödet för att kunna vidareutveckla och säkerställa att metodstödet är ändamålsenligt. Dessutom vidareutvecklar Socialstyrelsen stöddokument för att underlätta användningen.

För frågor och ändringsförslag på metodstödet och dess stöddokument se kontaktuppgifter på Socialstyrelsens webbplats.

# Grundläggande förutsättningar

Innan ett arbete startar, där metodstödet är tänkt att användas, bör ett antal grundläggande förutsättningar vara uppfyllda:

- Ett behov av att strukturera information har identifierats
- NI har valts som referensmodell
- Lämpliga kodverk ur fackspråket har identifierats
- Verksamheten kan påverka och utveckla dokumentationens innehåll och struktur
- Det finns en tydlig mottagare/förvaltare av resultatet

## Första förutsättningen: Ett behov av att strukturera information har identifierats

Här avgränsar du informationen som ska struktureras

Den information som ska struktureras måste avgränsas och beskrivas, vilket kan göras genom exempelvis målmodeller, intressentanalyser, användningsfall eller användarberättelser.

Som ytterligare stöd att specificera informationsbehovet, dess mål, intressenter och avgränsningar, kan följande frågor ställas:

- Ska informationen vara utgångspunkt för vård och omsorg av en enskild individ?
- Ska informationen utgöra underlag för patientens eller brukarens ställningstagande?
- Ska informationen utgöra underlag för att följa upp grupper av patienter och brukare på olika nivåer?
- Ska informationen utgöra kompletterande underlag för beslutsstöd?
- Ska informationen utgöra underlag för forskning?
- Ska informationen möjliggöra en juridisk bedömning av den individanpassade processen?

Här hittar du exempel på källor för informationen

Informationen som behöver struktureras kan identifieras i källor som professionens verksamhetskunskap, processbeskrivningar, vårdprogram, riktlinjer och föreskrifter samt i eventuella uppföljningskrav inom området, t.ex. registervariabler. Den sammanställda informationen som identifieras utifrån olika källor kallas framöver i detta dokument för ”grundmaterialet”.

Användaren ansvarar för att aktuell version av nationell informationsstruktur (NI), hälsorelaterade klassifikationer och Snomed CT används samt att regler, metoder och anvisningar följs. Användaren bör även tillgodose att det i arbetet finns tillräcklig sakkompetens om både det aktuella verksamhetsområdet, om NI och om relevanta delar av nationellt fackspråk.

## Andra förutsättningen: NI har valts som referensmodell

NI är en referensmodell som beskriver verksamheten inom vård och omsorg på en generisk nivå och består av modeller för processer, begrepp och information. NI:s modeller beskriver verksamheten ur patientens och brukarens perspektiv. Modellerna ska användas för att identifiera, beskriva och strukturera information som ska dokumenteras i patientens eller brukarens kontakter med vård respektive omsorg.

Här använder du NI som referensmodell

Innehållet i NI är avgränsat utifrån tre valda perspektiv:

- Dokumentationskrav enligt författning  
Kraven på patient- och brukarsäkerhet kommer till uttryck i lagar förordningar och föreskrifter. NI innehåller dokumentationskrav enligt författning som bedömts vara uttryckliga dokumentationskrav.
- Statistikuppföljning  
Det finns ett flertal krav i författningar om att vård och omsorg ska lämna uppgifter till nationella register. NI innefattar de författningskrav som finns i Socialstyrelsens hälsodata- och socialtjänstregister.
- Bästa tillgängliga kunskap  
NI har också inkluderat informationskrav och behov kopplade till Socialstyrelsens regeringsuppdrag inom Gemensam informationsstruktur samt vissa prioriterade nationella behov inom e-hälsoområdet.

Genom att utgå ifrån NI, en nationellt överenskommen informationsstruktur, uppnås en enhetlig och stabil beskrivning av informationen. NI är lösningsneutral och kan tillämpas oberoende av it-system eller teknisk standard.

## Tredje förutsättningen: Lämpliga kodverk ur fackspråket har identifierats

En del i arbetet med att strukturera och standardisera den information som ska dokumenteras är att uttrycka den med enhetliga och entydiga begrepp, termer och koder. För det kan ett eller flera av kodverken i det nationella fackspråket användas. Med kodverk avses här hälsorelaterade klassifikationer och begreppssystemet Snomed CT. Se bilaga 1 för närmare beskrivning av kodverken som Socialstyrelsen förvaltar.

Verksamheten behöver alltså välja vilket eller vilka kodverk som är lämpliga att använda för att uttrycka innehållet för det aktuella behovet, vilket kan påverkas av flera faktorer. Att välja kodverk ur fackspråket sker som ett förberedande arbete men även som del i arbetssteg i metodstödet.

Här identifierar du lämpligt kodverk

Ett angreppssätt i det förberedande arbetet är att ta ställning till följande frågor:

- **Finns det krav på informationsinnehållet, i lagar, föreskrifter och allmänna råd?**

Ställningstagande  
1

För hälso- och sjukvård finns föreskrifter om patientjournalens innehåll i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården, HSLF-FS 2016:40. Här finns regler om att vårdgivaren ska säkerställa att uppgifterna i en patientjournal är entydiga. Enligt de allmänna råden bör hälsorelaterade klassifikationer, begreppssystemet Snomed CT och Socialstyrelsens termbank användas när de är tillämpliga.

För dokumentation i verksamhet som bedrivs med stöd av SoL, LVU, LVM och LSS, finns föreskrifter i SOSFS 2014:5 om bland annat struktur och innehåll i personakt. Här finns allmänna råd om användning av hälsorelaterade klassifikationer och Socialstyrelsens termbank.

- **Vilka krav finns kopplade till återanvändning av informationsinnehållet?**

Ställningstagande  
2

Informationen som dokumenteras ska kunna återanvändas i ett eller flera särskilda syften, t.ex. rapportering till Socialstyrelsens socialtjänstregister och hälsodataregister, kvalitetsregister eller visas i Nationell patientöversikt. Det kan också gälla verksamhetens egen verksamhetsuppföljning. Det är viktigt att känna till om det finns specificerade krav på hur informationen ska vara strukturerad och kodad för att överföringen ska fungera, t.ex. vilket kodverk som ska användas som indata hos mottagaren. Det kan ha betydelse för vilket/vilka kodverk som ska väljas.

- **Vilken typ av information behöver dokumenteras och hur ska den användas?**

Ställningstagande  
3

Hälsorelaterade klassifikationer och referensterminologier, så som begreppssystemet Snomed CT, är olika typer av kodverk som används för att representera kunskap och beskriva information inom vården och omsorgen. Eftersom terminologier och klassifikationer tagits fram med olika metoder, för delvis olika syften och för att svara mot olika typer av informationsbehov hos användarna, har de också olika struktur. Gemensamt är dock att koderna som kopplas till termer och beskrivningar är en hjälp för att sortera och bearbeta informationen på olika sätt.

För dokumentation i individens journal eller personakt bör termerna och koderna motsvara det aktuella informationsbehovet till innehåll och detaljeringsgrad. Beroende på vilket behov som finns att sortera och aggregera information med hjälp av koder, ger terminologier och klassifikationer delvis olika möjligheter. Kännedom om vilka möjligheter som ges, och hur de sva-

rar mot behoven är en viktig förkunskap vid ett utvecklingsarbete där man behöver göra olika val.

Både hälsorelaterade klassifikationer och begreppssystemet Snomed CT behövs för att information inom vården ska kunna fångas och följas upp på ett effektivt sätt, och för de syften och behov som verksamheterna har av strukturerad information. Hälsorelaterade klassifikationer och begreppssystemet Snomed CT kompletterar därmed varandra.

## Hälsorelaterade klassifikationer

Med de hälsorelaterade klassifikationerna kan personal i vård och omsorg dokumentera information om patienter och brukare på ett systematiskt och enhetligt sätt i it-system. Klassifikationerna behövs för att man ska kunna följa orsakerna till att människor kontaktar vården eller socialtjänsten, vilka åtgärder som vidtas och vilka resultat de ger samt hur spridda olika sjukdomar är. Målet är att olika professioner och verksamheter i vård och omsorg ska använda gemensamma klassifikationer, begrepp och termer så långt det är möjligt.

Gemensamt för klassifikationerna är att de kan användas för olika typer av jämförelser och uppföljningar på lokal, regional eller nationell nivå samt för nationella och internationella jämförelser och statistik.

En del klassifikationer har även ett annat primärt syfte – att utgöra ett gemensamt språk vid dokumentation i vård och omsorg. De har därmed motsvarande syfte som en referensterminologi.

Klassifikationerna består i regel av en indelning av företeelser inom ett specifikt kunskapsområde. Indelningen är oftast hierarkisk, så att de mer övergripande klasserna delas upp i undergrupper i flera nivåer med successivt ökande detaljeringsgrad. Koderna är konstruerade så att de avspeglar hierarkin. Kodens funktion är att identifiera gruppen men också att ange platsen i hierarkin. Det finns möjlighet att välja olika detaljeringsnivå.

Socialstyrelsen förvaltar hälsorelaterade klassifikationer för sjukdomar och andra hälsoproblem, funktionstillstånd, åtgärder och insatser.

## Snomed CT som referensterminologi

Begreppssystemet Snomed CT brukar benämnas som en referensterminologi inom hälso- och sjukvården. Det betyder att den kan användas som gemensam källa eller referens för de lokala termlistor och kodverk som används i svensk hälso- och sjukvård, genom att knyta de lokala termerna till Snomed CT-koder. Om koderna används vid informationsöverföringen möjliggör det att mottagaren tolkar informationen på samma sätt oavsett vilka termer som används i de olika it-systemen eller i de olika verksamheterna.

Tanken med Snomed CT är att den ska användas i strukturerad dokumentation och ersätta delar av den information som idag dokumenteras i fritext eller med lokala kodverk för att ge bättre förutsättningar för jämförbarhet. Kodning av data med Snomed CT ska aldrig göras manuellt utan hanteras automatiskt av it-systemet, eftersom koderna i sig integreras i dokumentationssystemen och inte syns för användaren. Termerna kan däremot användas i it-systemens användargränssnitt. Eftersom Snomed CT tillåter tillägg

Här hittar du information om klassifikationer

Exempel på klassifikationer är ICD-10-SE, KVÅ, ICF och KSI

Här hittar du information om Snomed CT

av synonymer finns det ibland flera termer att välja mellan för ett och samma begrepp. Snomed CT möjliggör en mer strukturerad och ordnad användning av synonymer i dokumentationen, som ger bättre förutsättningar för semantisk interoperabilitet.

Innehållet i Snomed CT är omfattande och detaljrikt och medger att t.ex. anamnestiska uppgifter, kliniska fynd och åtgärder kan dokumenteras utifrån respektive professions behov och med den detaljeringsgrad som önskas. I och med att Snomed CT har en mycket stor innehållslig bredd, kan terminologin exempelvis användas för att i detalj dokumentera rökvanor, beskriva sjukdomsorsaker samt redovisa undersökningsresultat vid till exempel EKG-tagning och blodgrupstypning.

Sammanfattningsvis kan Snomed CT utgöra den gemensamma basen för lokala terminologier och delar av den information som idag dokumenteras i fritext. Snomed CT kan även användas som en referensterminologi internationellt eftersom ett obegränsat antal termer på olika språk kan knytas till varje Snomed CT-kod.

## Sammanfattning

Denna genomgång indikerar att det ofta finns olika kodverk som kan uttrycka samma typ av information, på delvis olika sätt. De olika behov som finns och det specifika sammanhanget behöver vägas in vid val av kodverk. Valet av kodverk styrs alltså till stor del av *vad* informationen ska användas till i ett senare skede och även *hur* den ska användas.

Fritext kan användas för vissa delar av informationen – strukturerad dokumentation utesluter inte att informationen kan vara icke-strukturerad på de ställen där verksamheten anser det vara relevant eller det mest lämpliga.

Användningen av informationen styr valet av kodverk

## Fjärde förutsättningen: Verksamheten kan påverka och utveckla dokumentationens innehåll och struktur

Om målet med ändamålsenlig och strukturerad dokumentation ska kunna uppnås är det viktigt att verksamheten vid behov kan utveckla och anpassa innehållet i den. Sådan anpassning kan innebära möjligheten att

- strukturera centrala begrepp på ett sådant sätt att de kan representeras med hjälp av NI
- uttrycka informationen på ett sådant sätt att den kan representeras med hjälp av hälsorelaterade klassifikationer, Snomed CT eller andra kodverk
- utveckla befintligt innehåll med nya företeelser, som kan struktureras och uttryckas med hjälp av NI och hälsorelaterade klassifikationer eller Snomed CT
- utveckla aktuella it-system så att de kan tillgodose dokumentationsbehovet.

Här anpassar och utvecklar du innehållet

## Femte förutsättningen: Det finns en tydlig mottagare

Det behöver finnas en utpekad ägare och förvaltare av resultatet från struktureringen och kodningen av informationen, eftersom detta i nästa steg ska implementeras i en teknisk lösning. De delar som bygger på NI, hälsorelaterade klassifikationer och Snomed CT (modeller och kodverk/kodverksurval) behöver uppdateras i samband med att Socialstyrelsen uppdaterar den gemensamma informationsstrukturen. På motsvarande sätt kan verksamhetens behov och kunskaper förändras vilket påverkar innehållet i den strukturerade informationen, vilket i sin tur kan leda till att de modeller och kodverk/kodverksurval som ingår behöver uppdateras för att spegla ändringarna.

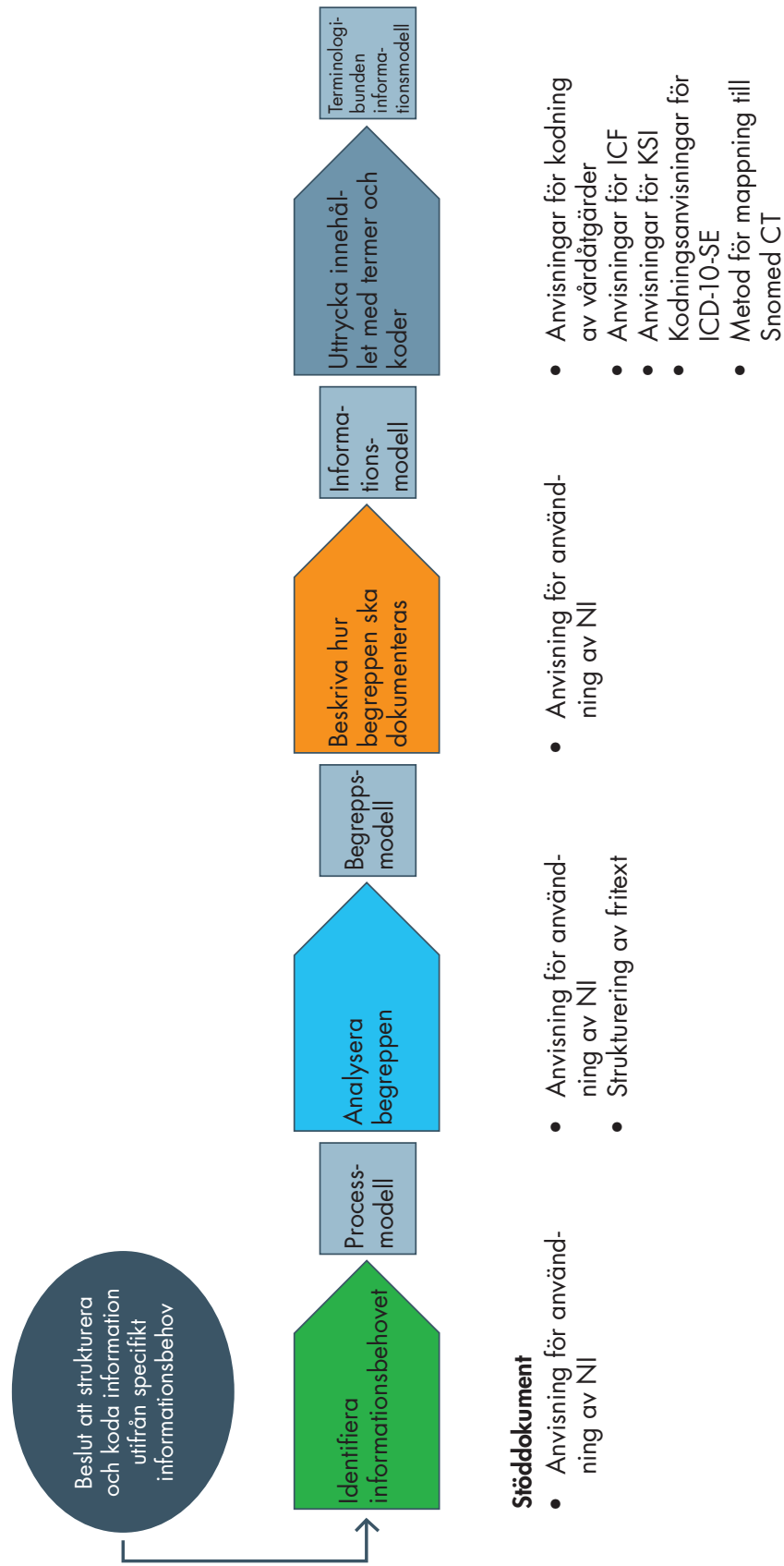


Här väljs ägare  
och förvaltare av  
resultatet

## Resultat av det förberedande arbetet

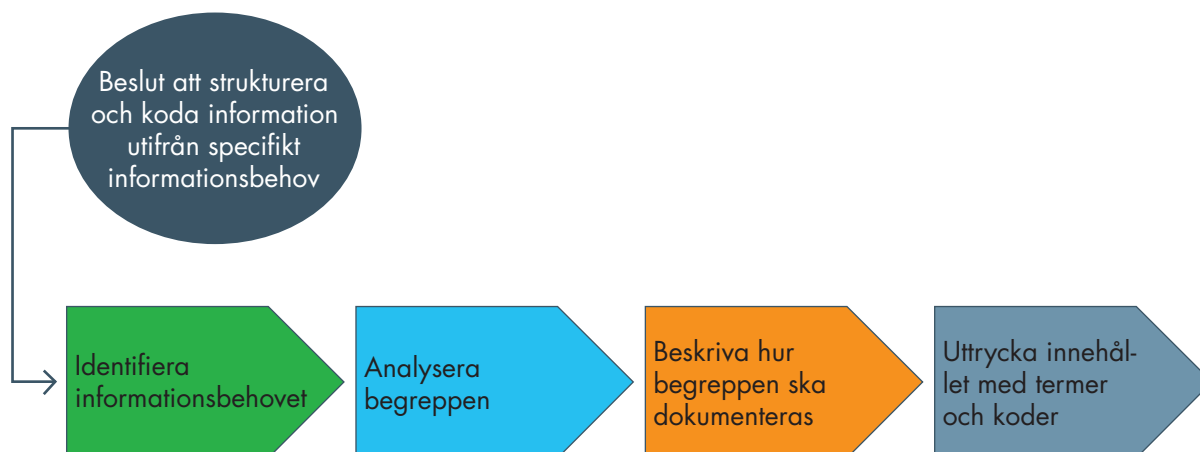
Det förberedande arbetet, som beskrivs ovan, resulterar i en behovsanalys, en sammanställning av det material som ligger till grund för informationen, förberedande val av kodverk samt en utpekad mottagare av resultatet. Det bör också framgå vilket mandat verksamheten har när det gäller att påverka innehållet i det som ska dokumenteras samt vilka andra beslut om t.ex. arbetssätt och dokumentationsmallar som har fattats. Allt detta ligger sedan till grund för det beslut som verksamheten fattar om att strukturera och koda sitt informationsbehov enligt metodstödet och med hjälp av Gemensam informationsstruktur.

# Översikt – arbetssteg och resultat samt stöddokument





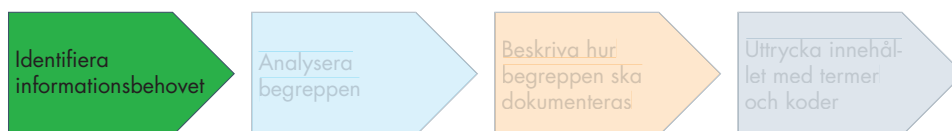
# Beskrivning av enskilda arbetssteg



## De enskilda arbetsstegen – översikt

I detta avsnitt beskriver vi de olika stegen i metodstödet. Om resultaten från varje arbetssteg inte är de förväntade, kan det finnas anledning att gå tillbaka i metodstegen.

## 1. Identifiera informationsbehovet



Använd stöddokument:

- Anvisning för användning av NI  
[www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-8](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-8)

För att uppnå ändamålsenlig och strukturerad dokumentation är första steget att beskriva den aktuella verksamhetens processer. I detta arbete kan processmodellerna i nationell informationsstruktur (NI) användas som utgångspunkt och stöd. Beroende på verksamhetsområde används processmodellen för socialtjänst eller hälso- och sjukvård.

Det är viktigt att särskilja vad som sker i processen och vad som dokumenteras utifrån behovet. Med hjälp av processmodellen är det möjligt att identifiera i vilket eller vilka processsteg som behov av dokumentation finns. Samtidigt synliggörs vilka delar av dokumentationsbehovet som inte omfattar vård- och omsorgstagarens process, exempelvis sådant som gäller ledning och styrning eller resurssättning av personal, vilket inte kan struktureras utifrån NI.

Här använder du NI:s processmodell

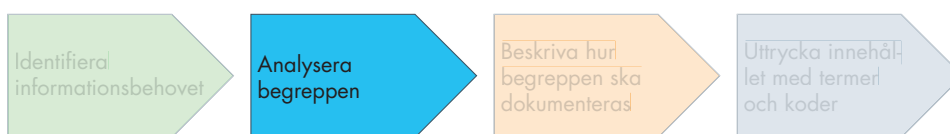
Identifiera var i processen dokumentationsbehovet finns

I processmodelleringen identifieras vilka begrepp som är centrala och som det måste hållas information om utifrån det aktuella dokumentationsbehovet. Samtidigt identifieras vilken information som bör eller kan ha dokumenterats tidigare i den individanpassade processen och som därmed kan återanvändas istället för att dokumenteras på nytt.

## Resultat

Processmodell som visar var i processen som informationsbehovet finns.

## 2. Analysera begreppen



Använd stöddokument:

- Anvisning för användning av NI
  - Strukturering av fritext
- [www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-8](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-8)

Här använder du NI:s begreppsmodell

Begreppen som identifierats i tidigare steg måste analyseras vidare för att säkerställa att de tolkas och används på ett entydigt sätt. NI omfattar generiska begreppsmodeller för socialtjänst respektive hälso- och sjukvård, som modeller att utgå ifrån. Begreppen i dessa modeller är så långt möjligt utredda och definierade enligt terminologiläran och återfinns i Socialstyrelsens termbank. Där det inte varit möjligt och rimligt med termbanksdefinitioner har beskrivningar tagits fram inom ramen för utvecklingen av NI.

Jämför de centrala begreppen med NI:s

Utifrån NI:s begreppsmodeller samt den framtagna beskrivningen av den aktuella processen analyseras de centrala begrepp som det ska vara möjligt att hålla information om utifrån det aktuella verksamhetsbehovet. Det innebär att de centrala begreppens innebörd jämförs med begreppsbeskrivningarna i NI så att man vet att de överensstämmer sinsemellan, alternativt går att mappa (översätta semantiskt). I arbetet inkluderas endast de begrepp i NI:s begreppsmodell som är relevanta för det specifika informationsbehovet. Verksamheten måste också analysera och beskriva hur de identifierade begreppen relaterar till varandra. Resultatet blir en begreppsmodell som är specifik för det aktuella verksamhetsområdet, en så kallad tillämpad begreppsmodell. Beroende på omfattningen kan en eller flera tillämpade begreppsmodeller tas fram.

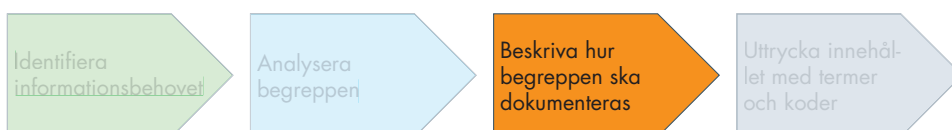
Beskriv de centrala begreppens relationer

Efter genomförd begreppsanalys kan det finnas kvarstående företeelser som inte kan representeras av NI:s begreppsmodell men som ändå behöver beskrivas. Dessa begrepp kan finnas i Socialstyrelsens termbank, och om möjligt bör dessa termer och definitioner användas. Eventuella önskemål om tillägg och ändringar i NI:s begreppsmodell överlämnas till Socialstyrelsen.

## Resultat

Tillämpad(e) begreppsmodell(er) baserade på NI:s begreppsmodell, med beskrivna relationer som representerar de centrala begreppen för det aktuella informationsbehovet.

### 3. Beskriva hur begreppen ska dokumenteras



Använd stöddokument:

- Anvisning för användning av NI  
[www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-8](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-8)

Nästa steg är att visa vilken information om begreppen från det tidigare steget som ska dokumenteras och hur detta ska göras. Informationen beskrivs med klasser och attribut i en informationsmodell. Begreppsmodellerna i NI ger stöd i övergången från begrepp till informationsklass genom att beskriva hur de olika begreppen i begreppsmodellerna representeras i informationsmodellerna. Vanligtvis motsvaras en (1) begreppsmodell av en (1) informationsmodell.

Endast de attribut (egenskaper) och informationsklasser i NI:s informationsmodell som är aktuella för det specifika verksamhetsbehovet inkluderas i de tillämpade informationsmodellerna. Icke obligatoriska attribut kan utelämnas, men inte obligatoriska.

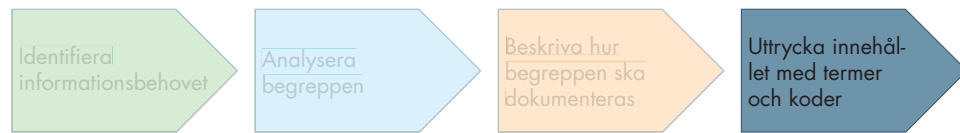
Här använder du NI:s informationsmodell

Översätt de centrala begreppen till informationsklasser

## Resultat

Tillämpad(e) informationsmodell(er) baserade på NI:s informationsmodell med beskrivna relationer som uttrycker strukturen för det detaljerade innehållet i det som ska dokumenteras.

## 4. Uttrycka innehållet med termer och koder



Använd stöddokument:

- Anvisningar för kodning av vårdåtgärder
  - Anvisningar för ICF
  - Anvisningar för KSI
  - Kodningsanvisningar för ICD-10-SE
  - Metod för mappning till Snomed CT
- [www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-8](http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-2-8)

Här använder du klassifikationer eller Snomed CT


Det detaljerade innehållet i de olika klasserna i informationsmodellerna måste uttryckas med verksamhetsnära termer och tillhörande koder. Detta görs med de kodverk som verksamheten valde under de inledande faserna i arbetet – se avsnittet om lämpliga kodverk i början av detta dokument. Attributen i informationsklasserna ska alltså kompletteras med kodade begrepp ur fackspråket eller annat kodverk. Arbetet med att ta fram koder för de relevanta attributen i klasserna i informationsmodellen kan göras på följande sätt:

Koda det detaljerade innehållet

- Mappa de detaljerade företeelserna i grundmaterialet till hälsorelaterade klassifikationer alternativt till Snomed CT. Använd regler och anvisningar för klassificering respektive mappningsmetoden för Snomed CT.
- Hantera eventuella luckor i kodningen.
  - Företeelser i grundmaterialet som inte har en motsvarighet i kodverket kan ofta uttryckas på andra sätt, till exempel genom att man kombinerar attribut i informationsmodellen med koder ur något av kodverken.
  - Företeelser i grundmaterialet kan behöva uttryckas med en kombination av koder ur samma kodverk. I Snomed CT finns möjligheten att skapa nya uttryck genom postkoordinering. I klassifikationerna finns ibland motsvarande möjlighet i form av användning av flera koder i en given ordning.
  - Det går även att lägga till nya företeelser i hälsorelaterade klassifikationer och Snomed CT, förutsatt att behoven ligger inom ramen för kodverkets område och kan passas in i den befintliga strukturen. Eventuella önskemål om tillägg och ändringar överlämnas till Socialstyrelsen.

Resultatet av kodningen/klassificeringen blir ett urval av koder. Urvalen kan sparas som en lista i lämpligt format (med eller utan unikt id-nummer t.ex. en OID, beroende på behov) eller som ett Snomed CT-urval i form av ett refset med tillhörande refset-id.

Det finns en del befintliga urval som har tagits fram i andra sammanhang, på både nationell och internationell nivå. Exempel på detta är ICF<sup>2</sup> core sets och olika Snomed CT-refsets. Sådana befintliga urval kan användas som en utgångspunkt för den som vill ta fram egna urval.



...eller använd ett redan framtaget urval av koder

## Resultat

Urval ur kodverk som anger vilka termer och koder som ska användas för det detaljerade innehållet i det som ska dokumenteras.

---

<sup>2</sup> Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa

# Slutresultatet av arbetet

Arbetet resulterar i följande tillämpade modeller och urval:

1. Beskrivet dokumentationsbehov med centrala begrepp som visar var i den individanpassade processen som behovet finns.
2. En eller flera tillämpade begreppsmodeller baserade på NI:s begreppsmodell, som motsvarar de centrala begreppen för det som ska dokumenteras.
3. En eller flera tillämpade informationsmodeller baserade på NI:s informationsmodell, som uttrycker strukturen för det detaljerade innehållet i det som ska dokumenteras.
4. Ett eller flera urval ur ett eller flera kodverk som anger vilka termer och koder som ska användas för det detaljerade innehållet i det som ska dokumenteras.

En informationsmodell i kombination med urval ur kodverken (punkt 3–4 ovan) utgör en så kallad terminologibunden informationsmodell som kan dokumenteras i en informationsspecifikation. Denna uttrycker det samlade dokumentationsbehovet och ska användas som underlag för implementering i verksamhetens it-system.

## Förvaltning av slutresultatet

Slutresultatet måste förvaltas. De delar som bygger på NI, hälsorelaterade klassifikationer och Snomed CT behöver uppdateras i samband med att Socialstyrelsen uppdaterar den gemensamma informationsstrukturen. På motsvarande sätt kan verksamhetens behov och kunskaper förändras vilket påverkar innehållet i den strukturerade informationen, vilket i sin tur kan leda till att de modeller och kodverk/kodverksurval som ingår behöver uppdateras för att spegla ändringarna.

Uppdateringar av modeller och urval i samband med versionshantering och vidareutveckling görs av den förvaltningsorganisation som tar emot resultatet. Förvaltningsorganisationen ansvarar för att

- bevaka uppdateringar av den gemensamma informationsstrukturen för att säkerställa att den egna beskrivningen är aktuell
- bevaka uppdateringar i det identifierade informationsbehovet t.ex. uppdaterade processbeskrivningar, föreskrifter och uppföljningskrav som kan påverka modeller och kodverksurval.

# Ordförklaringar

Tabell 1 Uttryck som förekommer i metodstödet

Uttryck	Förklaring
Attribut	Specificering av den information som innefattas av en informationsklass i informationsmodellen.
Begrepp	Kunskapsenhet som skapats genom en unik kombination av kännetecken
Begreppsmodell	Beskrivning av de begrepp som hanteras inom det område som en processmodell beskriver och deras inbördes relation.
Dokumentation	Systematisk hantering av kunskap som finns i dokument, t.ex. klassificering, indexering, referering, sökning, spridning, urval.
Gemensam informationsstruktur	Samlingsnamn för nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk
Individanpassad process	Vård- eller omsorgsprocess som är anpassad för en enskild patient eller brukare
Informationsklass	Beskrivning av en avgränsad informationsmängd i en informationsmodell. Avgränsningen av informationsmängderna sker utifrån en begreppsmodell.
Informationsmodell	Beskrivning av sambanden mellan olika klasser.
Informationsmängd	Beskrivning av vilken information som 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.
Koda information	Tillföra koder till informationsmängderna i en informationsstruktur.
Kodverk	Här: De kodverk som förvaltas som en del av Gemensam informationsstruktur hos Socialstyrelsen; hälsorelaterade klassifikationer och Snomed CT.
Mapping	Etablering av samband mellan företeelser som inte tillhör samma system eller kodverk.
Nationell informationsstruktur (NI)	Nationell informationsstruktur är en referensmodell som beskriver verksamheten inom vård och omsorg på en generisk nivå och består av modeller för process, begrepp och information.
Nationellt fackspråk	Samlingsnamn för Socialstyrelsens hälsorelaterade klassifikationer, begreppssystemet Snomed CT och termbanken.
Object identifier (OID)	Ett unikt id-nummer som används för att identifiera objekt, t.ex. kodverk och urval, och dess ägare.
Processmodell	Visuell beskrivning av verksamhetsnära processer på en övergripande och generell nivå.
Referensterminologi	Begreppssystem som kan användas som gemensam källa eller referens för de lokala termlistor och kodverk som används i svensk hälso- och sjukvård <sup>3</sup> .
Refset	Urval med Snomed CT-koder som läggs till som en egen komponent i Snomed CT och får ett unikt id-nummer, ett så kallat refset-id.
Relation	Samband mellan begrepp eller informationsklasser.
Strukturera information	Organisera information genom att dela in den i informationsmängder och beskriva deras relationer till varandra.
Termbanken	Termbanken innehåller begrepp som har analyserats enligt terminologilärens metoder och principer och förankrats internt på Socialstyrelsen samt i bred remiss till kommuner, landsting, privata vårdgivare, myndigheter och andra organisationer. Begreppen rekommenderas för användning inom fackområdet vård och omsorg. Termbanken innehåller till största delen begrepp av administrativ karaktär.

<sup>3</sup><http://bok.ahima.org/doc?oid=61537>

# Förkortningar

**Tabell 2 Förkortningar inom den gemensamma informationsstrukturen**

Ord/förkortning	Förklaring
ICD-10-SE	Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (svensk version av WHO:s ICD-10).
ICF	Klassifikationer av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa.
KSI	Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter.
KVÅ	Klassifikation av vårdåtgärder (innehåller Klassifikation av kirurgiska åtgärder + Klassifikation av medicinska åtgärder).
NI	Nationell informationsstruktur.
Snomed CT	Systematized Nomenclature of Medicine, Clinical Terms.



# Bilaga 1 Kodverk

Kodverk	Beskrivning
REFERENSTERMINOLOGI	
Snomed CT	Snomed CT är ett internationellt begreppssystem som är utvecklat för att användas som referensterminologi i elektroniska dokumentationssystem. Snomed CT ger förutsättningar för att information som dokumenteras, framför allt i hälso- och sjukvården, kan kommuniceras och överföras mellan olika system med bibehållen betydelse.
HÄLSORELATERADE KLASSIFIKATIONER	
Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem (ICD-10-SE)	ICD är en statistisk klassifikation med diagnoskoder för att gruppera sjukdomar och relaterade hälsoproblem på ett standardiserat sätt. ICD är en internationell de-facto standard som gör det möjligt att registrera hälsoproblem och vårdkontakter på ett entydigt sätt, för att kunna göra jämförelser, statistiska sammanställningar och analyser.
Klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ):	Klassifikation för att beskriva patientrelaterade åtgärder i hälso- och sjukvård. Systemet gör det möjligt att göra jämförelser, statistiska sammanställningar och analyser. KVÅ är gemensam för olika verksamhetsområden och yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården.
Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF):	Klassifikation som erbjuder en struktur och ett standardiserat språk för att beskriva funktionstillstånd och funktionshinder i relation till hälsa utifrån en biopsykosocial modell. Klassifikationen kan användas för att beskriva och strukturerat dokumentera aktuellt funktionstillstånd, sätta mål, bedöma behov och följa resultat inom olika områden inom vård och omsorg. ICF kan också användas för att samla in och sammanställa data för olika ändamål.
Klassifikation av socialtjänstens insatser och aktiviteter (KSI):	Klassifikation som kan användas för att på ett entydigt sätt beskriva socialtjänstens insatser och aktiviteter som kan och bör dokumenteras på individnivå. KSI kan också göra det lättare att på ett entydigt sätt dela, jämföra och följa upp de aktiviteter och insatser som beslutas planeras och genomförs inom socialtjänsten.