





















## Hur regleras uppmärksamhetsinformation

Det grundläggande regelverket för behandling av personuppgifter inom EU är EU:s dataskyddsförordning (GDPR)<sup>1</sup>. I patientdatalagen (2008:355), PDL, finns bestämmelser som kompletterar GDPR. PDL innehåller bestämmelser om personuppgiftsbehandling och journalföring inom hälso- och sjukvården. Bestämmelser om journalföring finns också bl.a. i Socialstyrelsens föreskrifter på området. För att personuppgifter ska få behandlas krävs det att förutsättningarna i det personuppgiftsrättsliga regelverket är uppfyllda.

Informationsspecifikationen för uppmärksamhetsinformation är i sig inte ett juridiskt reglerat dokument. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården finns en viss reglering gällande varningsinformation. Där framgår det att vårdgivaren ska säkerställa att patientjournaler innehåller en markering som ger en varning om att en patient har visat intolerans eller har en överkänslighet som innebär en allvarlig risk för hans eller hennes liv eller hälsa. Markeringen ska göras på ett sådant sätt att den är lätt att uppmärksamma (5 kap. 5 § tredje stycket HSLF-FS 2016:40).

---

<sup>1</sup> Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning).

# Socialstyrelsens arbete med informationsspecifikationen

Bedömningen av vilken information som är uppmärksamhetsinformation baseras framför allt på tidigare arbeten, *Varningsinformation Etapp 2 Slutrapport* [4], *Informationsspecifikation Varningsinformation Etapp 2* [5] och information från det norska arbetet med uppmärksamhetsinformation, *Kjernejournal - Kritisk informasjon* [6]. Därutöver har sakkunniga representanter från regionerna bidragit med kunskap, erfarenhet och kvalitetssäkring i utvecklingen av informationsspecifikationen.

Informationsspecifikationen version 3.0 har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av medicinskt sakkunniga, informatiker och terminologer och även i detta arbete har en referensgrupp med sakkunniga representanter för regionerna deltagit. Referensgruppen nominerades av hälso- och sjukvårdsdirektören i respektive region och har träffats vid två heldagsmöten. Därutöver har avstämningar skett via e-post. Samverkan har också skett med Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och Inera för att säkerställa att den uppdaterade informationsspecifikationen kan implementeras i den nationella tjänsten för uppmärksamhetsinformation i NPÖ. Arbetet har genomförts inom regeringsuppdraget (S2018/02496/FS) enligt metodstödet *Strukturera och koda information för elektronisk hantering version 2.0* [7]. I den aktuella versionen 3.1 har en begränsad uppdatering av informationsspecifikationen genomförts efter en sammanvägd bedömning av myndigheten. Resultatet innebär att hotbild mot medpatient och vårdpersonal inte inkluderas som informationsmängd i informationsspecifikationen. Endast informationsmängden blodsmitta hos gravid kvinna vilken riskerar att överföras till barnet har lagts till i undergruppen *smittsam sjukdom*.

## Förändringar i specifikationen

Informationsspecifikationen för uppmärksamhetsinformation har uppdaterats i modeller och urval i kodverkslistan utifrån uppmärksamhetssymbolen i NPÖ (figur 1 och tabell 1). Den uppdaterade informationsspecifikationen kan då implementeras i Ineras nationella tjänst för uppmärksamhetsinformation och i vårdgivarnas informationssystem i syfte att stödja en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation och presentation av uppmärksamhetsinformation.

Resultatet av anpassningen till uppmärksamhetssymbolen i NPÖ gör att *medicinskt tillstånd* och *behandling* för observandum utgår som urval i kodverkslistan. Allvarlighetsgrad för överkänslighet går från indelningen i två nivåer, allvarlig och mindre allvarlig, till tre nivåer: livshotande, skadlig och besvärande.

I översynen av informationsmängderna i kodverkslistan har målet varit att skapa ett nationellt förankrat och uppdaterat urval som minskar signaltröttheten genom att uppmärksamhetsymbolen inte aktiveras för ofta i patientjournalerna.

Informationsmängderna hotbild mot medpatient och vårdpersonal samt blodsmitta fanns i version 1.0 men lyftes ur version 2.0. De har inte inkluderats i version 3.1, förutom informationsmängden blodsmitta hos gravid kvinna vilken riskerar att överföras till barnet, som har lagts till i informationsspecifikationen.

Förändringar i kodverkslistan (bilaga 3):

- Motiveringar för inklusion av respektive term i kodverkslistan har lagts till.
- Några termer och begrepp har tagits bort och några har lagts till.
- ATC-koder har lagts till för läkemedelsbehandlingar.
- Nivån observandum för undergrupperna *medicinskt tillstånd* och *behandling* har tagits bort eftersom informationsspecifikationen har uppdaterats utifrån uppmärksamhetsymbolen i NPÖ.
- Det norska urvalet för uppmärksamhetsinformation inkluderar även nivån observandum för *medicinskt tillstånd* och *behandling* och har legat som underlag vid uppdateringen. Enstaka termer har inkluderats från nivån observandum till varningsinformation men övriga har exkluderats.
- Undergruppen *överkänslighet för insektsbett* har tagits bort då tillståndet inte förändrar handläggningen vid akut omhändertagande i hälso- och sjukvården.
- Undergruppen *överkänslighet för födoämnen* har tagits bort med motiveringen att matdistribution inte är en akut nödvändig del av den medicinska behandlingen. Matdistribution kan därför ske med hjälp av andra informationsmängder än just uppmärksamhetsinformation. Notera att om ett födoämne är ett hjälpämne för läkemedel fångas det fortfarande upp i undergruppen *överkänslighet kemikalier* i informationsspecifikationen.
- Rubriken ”Annat” som i version 2.0 möjliggjorde tillägg i form av fritextval utanför urvalen i kodverkslistan har tagits bort. Om det finns behov att komplettera med nya termer och begrepp meddelas dessa som ändringsförslagen till Socialstyrelsens förvaltning.
- Undergruppen *Information som kan leda till särskild rutin* har bytt namn till *Information som kan leda till särskild vådrutin* för att tydliggöra att det handlar om rutiner för just vård.
- Uppdatering i version 3.1: Blodsmitta hos gravid kvinna vilken riskerar att överföras till barnet har lagts till i undergruppen *smittsam sjukdom*.

## Specifikationens innehåll

Informationsspecifikationen beskriver uppmärksamhetsinformation på ett standardiserat sätt. Specifikationen innehåller en begreppsmodell, en informationsmodell och en kodverkslista (bilaga 3).

De informationsmängder som beskrivs är:

- medicinskt tillstånd och behandling
- smitta
- överkänslighet
- information som kan leda till särskild vårdrutin.

Informationsspecifikationens innehåll ska ses som en nationell överenskommen grundläggande struktur. Om det finns behov att komplettera de ingående informationsmängderna med nya termer och begrepp skickas dessa in som ändringsförslag till Socialstyrelsens förvaltning. För att uppnå en nationell entydig och ändamålsenlig uppmärksamhetsinformation är det viktigt att de informationsmängder som används i regionernas och privata vårdgivares system inte utökas med kompletterande informationsmängder regionalt och lokalt.

Informationsmängderna i informationsmodellen har mappats till Snomed CT (SCTSE 2020\_1, release 2020-05-30) och till *Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning, svensk version 2019* (ICD-10-SE) [8].

Snomed CT är ett internationellt begreppssystem som är utvecklat för att användas som referensterminologi i elektroniska system. Det kan liknas vid en omfattande ordlista med bakomliggande unika koder som gör det möjligt för hälso- och sjukvårdspersonal att dokumentera information om patienten med hjälp av en gemensam, standardiserad terminologi. När det kliniska innehållet i dokumentationen standardiseras blir informationen entydig, jämförbar och lättare att tolka. Dessutom ges bättre förutsättningar för att informationen kan kommuniceras och överföras med bibehållen betydelse mellan olika informationssystem.

När termerna för uppmärksamhetsinformation togs fram bedömdes Snomed CT vara en lämplig referensterminologi, eftersom Snomed CT innehåller detaljerad information inom olika områden, t.ex. multiresistenta bakterier och pågående behandlingar som kan behöva uppmärksammas i patientjournalen.

Begrepps- och informationsmodellen i informationsspecifikationen har tagits fram enligt Nationell informationsstruktur version 2020:1 (NI). Syftet med NI är att den ska utgöra en grund vid utvecklingen av strukturerad dokumentation om patienter och brukare, så att informationen kan återanvändas och delas i relevant kontext och för olika syften. NI används för att beskriva information inom hälso- och sjukvård genom enhetliga begrepp och termer som gör det möjligt för människa och maskin att förstå varandra utan att informationen måste bearbetas och tolkas.

# Tillämpningsanvisning

## Målgrupp

Informationsspecifikationen riktar sig i första hand till systemägare och systemförvaltare inom offentliga och privata vårdgivare. Hälso- och sjukvårdspersonal som utvecklar dokumentationsriktlinjer kan också tillämpa delar av informationsspecifikationen såsom kodverkslistan.

## Implementering och rutiner

Informationsspecifikationen för uppmärksamhetsinformation gör det möjligt för vårdgivarna att strukturera uppmärksamhetsinformation. Avsikten är att informationen som levereras och presenteras i systemen ska ge en strukturerad och entydig översikt av en patients uppmärksamhetsinformation. Målet är att nå en nationell enhetlig strukturerad dokumentation av uppmärksamhetsinformation vilket ligger i linje med Vision e-hälsa 2025. Huvudmännen ansvarar för implementeringen i vården medan Socialstyrelsen ger användarstöd och förvaltar innehållet i informationsspecifikationen.

Socialstyrelsen bistår med användarstöd till de aktörer som implementerar informationsspecifikationen. Användarstöd kommer kunna ges via regionernas representanter i referensgrupperna för uppmärksamhetsinformation och gemensam informationsstruktur för hälso- och sjukvård. Information kan även fås via Socialstyrelsens webbplats. Framgent kommer även den nationella samverkansgruppen för strukturerad vårdinformation som är en del av nationellt system för kunskapsstyrning att vara en viktig samarbetspartner.

## Implementering av uppmärksamhetsinformation i regionala och lokala dokumentationsrutiner

Uppgifter dokumenteras i patientjournalen enligt bestämmelserna i PDL och Socialstyrelsens föreskrifter (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Bestämmelser i andra författningar kan också aktualiseras. I 5 kap. 5 § tredje stycket HSLF-FS 2016:40 finns, som nämnts ovan, en särskild reglering om varningsinformation i patientjournalen.

Vårdgivare ansvarar bl.a. för att det finns sådana rutiner som behövs för att säkerställa att verksamheten uppfyller de krav som ställs i författning. För att hälso- och sjukvården ska närma sig en mer enhetlig dokumentation tillhandahåller Socialstyrelsen den nationellt framtagna informationsspecifikationen för uppmärksamhetsinformation, som inte i sig är ett juridiskt reglerat dokument.

## Läkemedelsöverkänslighet

Undergruppen *läkemedelsöverkänslighet* anges med ATC-kod (Anatomical Therapeutic Chemical Classification System) för läkemedel som bedöms ha





































## Refererar till : Deltagande

Den roll läkemedelsöverkänslighet har för specifika läkemedel eller läkemedelsgrupper. Detta dokumenteras med hjälp av klassen deltagande i referensmodellen.

Attribut	Kod/Kodverk	Datotyp [Multiplacitet]	Beskrivning
typ	55351000052104   objekt	Referensmodell: CD_CV[1]	Läkemedelsöverkänslighet refererar till läkemedel eller läkemedelsgrupp.

## Refererar till : Deltagande

Den roll som kemikalieöverkänsligheten har i förhållande till den kod som avser den faktiska kemikalien som patienten är överkänslig mot. Detta dokumenteras med hjälp av klassen deltagande i referensmodellen.

Attribut	Kod/Kodverk	Datotyp [Multiplacitet]	Beskrivning
typ	55351000052104   objekt	Referensmodell: CD_CV[1]	Kemikalieöverkänslighet refererar till en kemikalie.

## Uppmärksamhetsinformation:

Den streckade gruppboxen i den tillämpade informationsmodellen är en gruppering av alla typer av uppmärksamhetsinformation som har gemensamma relationer till andra objekt. Ett exempel på detta är förekomst av implantat och läkemedelsöverkänslighet som båda har relationer till patient och författare.

## Verifieringsmetod:

Den streckade gruppboxen i den tillämpade informationsmodellen är en gruppering av de olika metoderna för verifiering av överkänslighet. Ett exempel på detta är lapptest och pricktest som båda har relationer till kemikaliedelsöverkänslighet och läkemedelsöverkänslighet.

Det finns tre visshetsgrader för verifiering av överkänslighet, bekräftad, trolig och misstänkt.

**Bekräftad:** På ett medicinskt vedertaget sätt har visst agens kunnat kopplas till en reaktion.

**Exempel:** Provokationstest, antikroppsprov eller DNA-analys styrker sambandet.

**Trolig:** En klinisk hög sannolikhet som dock inte har kunnat bekräftas på något vedertaget sätt.

**Exempel:** Förnyad reaktion vid samma anamnestiska exponering, dock inte ett kontrollerat provokationstest.

**Misstänkt:** Den lägre graden av visshet, visst agens misstänks kunna orsaka en viss reaktion. **Exempel:** Det har skett en reaktion som det är rimligt att förmoda att visst agens har utlöst, eller det har skett en reaktion där det inte går att särskilja mellan fler agens och det kan vara motiverat att ange fler än ett agens som misstänkt agens.

## Verifieringsmetod blodanalys : Aktivitet

Formaliserat sätt att verifiera en överkänslighet genom ett blodprov.

Anmärkning: Ett blodprov är ett prov på blod, taget t.ex. för analys med syfte att påvisa eller utesluta sjukdom eller annan förändring, för fastställande av faderskap, vid misstänkt rattonykterhet, m.m.

Attribut	Kod/Kodverk	Datatyp [Multiplisitet]	Beskrivning
kod	396550006   blodanalys	Referensmodell: CD_CV[0..1]	Kod som anger att det som utförts är en blodanalys.
status	398166005   utförd	Referensmodell: CD_CV[1]  Specialisering: TS[0..1]	Anger vilket tillstånd en aktivitet befinner sig i. I detta fall är det endast utförda undersökningar som ska uppmärksammas.
tid	TS:{händelsetid}	Referensmodell: TS   IVL(TS)   QSET(TS)[0..1]	Tidpunkt då blodanalysen utfördes.

## Verifieringsmetod lapptest : Aktivitet

Formaliserat sätt att verifiera en överkänslighet genom ett lapptest.

Anmärkning: Ett lapptest är en undersökning av hudens reaktion på eller mot ett visst ämne genom att anbringa det direkt på huden.

Attribut	Kod/Kodverk	Datatyp [Multiplisitet]	Beskrivning
kod	41778007   lapptest	Referensmodell: CD_CV[0..1]	Kod som anger att det som utförts är ett lapptest.
status	398166005   utförd	Referensmodell: CD_CV[1]  Specialisering: TS[0..1]	Anger vilket tillstånd en aktivitet befinner sig i. I detta fall är det endast utförda undersökningar som ska uppmärksammas.
tid	TS:{händelsetid}	Referensmodell: TS   IVL(TS)   QSET(TS)[0..1]	Tidpunkt då lapptestet utfördes.

## Verifieringsmetod pricktest : Aktivitet

Formaliserat sätt att verifiera en överkänslighet genom ett pricktest.

Anmärkning: Det ämne (allergen) som misstänks framkalla allergin kan sättas i en droppe på huden, och hudbarriären skadas genom ett lätt stick genom droppen så att ämnet kommer in i huden (pricktest).

Attribut	Kod/Kodverk	Datatyp [Multiplacitet]	Beskrivning
kod	37968009   pricktest	Referensmodell: CD_CV[0..1]	Kod som anger att det som utförts är ett pricktest.
status	398166005   utförd	Referensmodell: CD_CV[1]  Specialisering: TS[0..1]	Anger vilket tillstånd en aktivitet befinner sig i. I detta fall är det endast utförda undersökningar som ska uppmärksammas.
tid	TS:{händelsetid}	Referensmodell: TS   IVL(TS)   QSET(TS)[0..1]	Tidpunkt då pricktestet utfördes.

## Verifieringsmetod provokationstest : Aktivitet

Formaliserat sätt att verifiera en överkänslighet genom ett provokationstest.

Anmärkning: Ett provokationstest är en undersökning för att fastställa orsaken till ett sjukdomssymtom genom att man under kontrollerade former försöker framkalla symtomet. Till exempel kan man vid misstänkt allergi mot ett födoämne låta patienten äta detta.

Attribut	Kod/Kodverk	Datatyp [Multiplacitet]	Beskrivning
kod	52424002   provokationstest	Referensmodell: CD_CV[0..1]	Kod som anger att det som utförts är ett provokationstest.
status	398166005   utförd	Referensmodell: CD_CV[1]  Specialisering: TS[0..1]	Anger vilket tillstånd en aktivitet befinner sig i. I detta fall är det endast utförda undersökningar som ska uppmärksammas.
tid	TS:{händelsetid}	Referensmodell: TS   IVL(TS)   QSET(TS)[0..1]	Tidpunkt då provokationstestet utfördes.

## Vårdenhet : Organisation

Organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Detta dokumenteras med hjälp av klassen organisation i referensmodellen.

Attribut	Kod/Kodverk	Datotyp [Multiplacitet]	Beskrivning
id	{vårdenhetens id}	Referensmodell: II[0..1]	Vårdenhetens unika identifikation.
namn	{vårdenhetens namn}	Referensmodell: ST[0..1]	Uppgift om vårdenhets namn.
typ	{vårdenhet}	Referensmodell: CD_CV[0..1]	Uppgift om vilken typ av organisation som avses. Observera att vårdenhet alltid ska anges för denna typ av organisation.

## Vårdgivare : Organisation

Statlig myndighet, landsting och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, landstinget eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare). Detta dokumenteras med hjälp av klassen organisation i referensmodellen.

Attribut	Kod/Kodverk	Datotyp [Multiplacitet]	Beskrivning
id	{vårdgivares id}	Referensmodell: II[0..1]	Vårdgivares unika identifikation.
namn	{vårdgivares namn}	Referensmodell: ST[0..1]	Uppgift om vårdgivares namn.
typ	{vårdgivare}	Referensmodell: CD_CV[0..1]	Uppgift om vilken typ av organisation som avses. Observera att vårdgivare alltid ska anges för denna typ av organisation.

**Tabell 3. Datatyper i informationsmodellen.**

Förkortning	Benämning	Beskrivning
ANY	ANY	Abstrakt datatyp som i praktiken instansieras av någon av datatyperna i detta avsnitt.
BL.NONNULL	BL that cannot be null	Datatyp som används för att ange värdena sant eller falskt.
CD_CV	Coded value	Datatyp som används för att beskriva kodade värden.
II	Instance identifier	Datatyp som används för att beskriva unika identifierare av en instans.
IVL(TS)	Interval (Point in time)	Datatyp som används för att beskriva tidsintervall.
TS	Point in time	Datatyp som används för att beskriva tidpunkter.
ST	String	Datatyp som används för att ange text.

**Tabell 4. Multipliciteter i informationsmodellen.**

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

**Tabell 5. Begreppssystem, klassifikationer från Nationellt fackspråk och kodverk.**

Namn	Användningsområde i informationsspecifikationen	OID-nummer
Snomed CT (Systematized Nomenclature of Medicine - Clinical Terms – svensk version)	Används för att beskriva aktiviteter, hälsotillstånd, beslut, samband och deltagande.	1.2.752.116.2.1.1
ICD-10-SE (Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem, systematisk förteckning)	Används för att beskriva hälsotillstånd.	1.2.752.116.1.1.1
ATC (Anatomic Therapeutic Chemical classification system)	Används för att beskriva läkemedel som används i vissa behandlingar.	ATC-koder i undergruppen <i>Behandling</i> 1.2.752.116.3.1.16
ATC (Anatomic Therapeutic Chemical classification system)	Används för att beskriva läkemedel som patienten är överkänslig mot.	2.16.840.1.113883.6.73

Kodverkslistan för uppmärksamhetsinformation, urval och kodverk har OID-nummer 1.2.752.116.3.1.16, se bilaga 3.

## Användning av koder i Snomed CT

Delar av innehållet i informationsmodellen är kopplad till begrepps-id (koder) och svenska rekommenderade termer från Snomed CT. Vid användning av Snomed CT i ett informationssystem är det ett krav att både leverantör och användare (mottagande organisation) har licens till Snomed CT. Socialstyrelsen tillhandahåller licens kostnadsfritt för den svenska och internationella versionen av begreppssystemet Snomed CT.

# Referenser

1. Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation 2016. Stockholm: Socialstyrelsen, 2016.
2. Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation 2017. Stockholm: Socialstyrelsen, 2017.
3. Förbereda implementering av uppmärksamhetsinformation i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen 2019. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2019-6-26.pdf>
4. Sjukvårdsrådgivningen. Varningsinformation Etapp 2 Slutrapport version 1.0. <http://www.nepi.net/res/dokument/Slutrapport-varningsinformation-etapp2.pdf>
5. Sjukvårdsrådgivningen. Informationsspecifikation Varningsinformation Etapp 2 version 1.0. [http://www.nepi.net/res/dokument/Slutrapport\\_Informationsspecifikation\\_Varning2\\_080901\\_ver\\_1\\_0.pdf](http://www.nepi.net/res/dokument/Slutrapport_Informationsspecifikation_Varning2_080901_ver_1_0.pdf)
6. Kjernejournal - Kritisk informasjon. Rapportnummer IE-1006. Oslo: Direktoratet for e-helse, 2017. <https://ehelse.no/publikasjoner/kritisk-informasjon-i-kjernejournal-klinisk-beskrivelse-og-kodeverk>
7. Strukturera och koda information för elektronisk hantering version 2.0. Stockholm: Socialstyrelsen, 2018. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/klassifikationer-och-koder/2018-2-8.pdf>
8. Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälsoproblem – systematisk förteckning, svensk version 2019. Stockholm: Socialstyrelsen, 2019.
9. Informationsspecifikation för uppmärksamhetsinformation 2019. Stockholm: Socialstyrelsen, 2019.



# Bilaga 1. Läsanvisning för tillämpade begrepps- och informationsmodeller

## Tillämpade begreppsmodeller

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

Analysen visar att verksamhetens begrepp förhåller sig på olika sätt till NI:s begrepp, vilket i förlängningen får betydelse för informationsmodelleringen.

Beroende på förhållandet mellan begreppen ser notationen i den tillämpade begreppsmodellen olika ut, till exempel kan en notation för begrepp i verksamheten kategoriseras som ett visst NI-begrepp. Ett exempel på detta är ”Förekomst av implantat : Observerat hälsotillstånd” där förekomst av implantat kategoriseras som ett observerat hälsotillstånd. När begreppsanalysen visar att begreppen i verksamheten överensstämmer med begreppen i NI används dessa benämningar med notationen ”: NI-begrepp”, exempelvis ”: Hälsa- och sjukvårdspersonal”. De flesta begreppen i NI finns definierade i Socialstyrelsens termbank. Att relatera till och korrekt använda vedertaget fackspråk skapar förutsättningar för att förstå modellernas innebörd och användning, oavsett organisatoriska gränser.

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

## Tillämpade informationsmodeller

De två centrala begreppen i referensinformationsmodellen är *klass* och *attribut*.

En klass beskriver information om t.ex. patienter eller observationer. De kännetecknar en klassificering av information som ska hållas tillsammans enhetligt i ett system.

Attributet avser en egenskap i en klass i form av till exempel en id-beteckning för en patient eller registrerad uppgift. Det är också bra att känna till att det i den tillämpade informationsmodellen används en speciell notation för att visa hur en viss företeelse dokumenteras med hjälp av referensinformationsmodellens klasser och attribut. Detta ska inte tolkas som att det som visas i den tillämpade informationsmodellen är nya klasser och attribut utan endast en tillämpning av referensmodellens klasser och attribut för att dokumentera en viss företeelse. I exemplet *Behandling : Aktivitet* (inom hälso- och sjukvården) är behandling den företeelse som dokumenteras med hjälp av klassen *aktivitet* i referensinformationsmodellen. Detta gör det möjligt att utbyta specifik information, exempelvis information om en behandling, med andra vårdgivare strukturerad enligt den nationella referensinformationsmodellen.

I vissa attribut förekommer klammerparanteser (*{, }*). Dessa indikerar data som användare kan ange själva, till exempel ett alternativ från kodverket för behandlingar eller sant/falskt gällande om patient har sekretessmarkerade personuppgifter. I attribut som saknar klammerparantes (*{, }*) signaleras det motsatta, dvs. uppgifter som alltid måste hållas om de angivna uppgifterna utan användarens påverkan. Detta gäller till exempel en behandling som alltid måste anges med kod *pågående*, eftersom det inte är tillåtet att varna för avslutade eller planerade behandlingar.

*Uppmärksamhetsinformation* är central i modellen och knyter samman alla typer av uppmärksamhetsinformation. Varje registrerad uppgift avser en patient i klassen *Patient*, som kan motsvara en person i klassen *Person*. En unik individ kan dock motsvara flera patienter i ett system. Varje registrerad uppgift signeras av en eller flera i klassen *Hälso- och sjukvårdspersonal*. Denna person arbetar på uppdrag av en *Vårdenhet*, som i sin tur är en del av en *Vårdgivare*. Den registrerade uppgiften har också en koppling till *Vårdgivare*, nämligen vilken vårdgivare som ansvarar för uppgiften enligt lag.

Den streckade gruppboxen *Uppmärksamhetsinformation* grupperar följande kategorier av information som ska uppmärksammas: *Behandling, Förekomst av implantat, Förekomst av transplantat, Förekomst av smittämne, Förekomst av smittsam sjukdom, Överkänslighet (Kemikalieöverkänslighet och Läkemedelsöverkänslighet), Annat medicinskt tillstånd och Information som kan leda till särskild vårdrutin*. Gruppboxen illustrerar att samtliga ingående företeelser delar de relationer som är kopplade till gruppboxen. Detta innebär exempelvis att uppgifter i *Behandling* alltid avser en *Patient*. *Information som kan leda till särskild vårdrutin* har en relation till klassen *Beslutsstatus* som innehåller uppgifter om beslutets status, till exempel om det är omprövat, återkallat eller gällande. Observera dock att ett beslut alltid måste vara gällande.

## Bilaga 2: Användarhandledning för information som kan leda till särskild vårdrutin

Här presenteras ett förslag på användarhandledning för undergruppen *Information som kan leda till särskild vårdrutin* i uppmärksamhetsinformation.

### *Läkarbeslut finns om att inte utföra hjärt-lungräddning*

Dokumenteras när det finns ett beslut till att inte utföra hjärt-lungräddning. Även motivet för ställningstagandet att inte utföra hjärt-lungräddning ska finnas dokumenterat i patientjournalen. Datum för beslutet ska registreras. Beslutet ska fortlöpande omprövas. När informationen upphör att gälla ska informationen inte flaggas som uppmärksamhetsinformation.

### *Läkarbeslut finns om att avsluta livsuppehållande behandling*

Dokumenteras när det finns ett beslut till att inte fortsätta livsuppehållande behandling. Bland annat ska grunderna för ställningstagandet att inte fortsätta livsuppehållande behandling finnas dokumenterat i patientjournalen. Datum för beslutet ska registreras. Beslutet ska vid behov omprövas. När informationen upphör att gälla ska informationen inte flaggas som uppmärksamhetsinformation.

### *Läkarbeslut finns från brytpunktssamtal*

Dokumenteras när det finns beslut från brytpunktssamtal. Även motivet för ställningstagandet från brytpunktssamtalet ska finnas dokumenterat i patientjournalen. Datum för beslutet ska registreras. Beslutet ska vid behov omprövas. När informationen upphör att gälla ska informationen inte flaggas som uppmärksamhetsinformation.

### *Förskrivningsrestriktioner*

Dokumenteras när förskrivningsrestriktioner är beslutade. Förskrivningsrestriktionens omfattning ska anges. Informationen initieras av vården. Patienten ska alltid informeras om vad som noterats angående detta. Datum för beslutet ska registreras. När informationen upphör att gälla ska informationen inte flaggas som uppmärksamhetsinformation.

### *Hotbild mot patient*

Dokumenteras när en hotbild råder mot patienten. Det ska anges varifrån hotet kommer och vilka åtgärder som vidtas av vården. Informationen kan initieras av patienten, hälso- och sjukvården eller av båda i samråd. Patienten ska alltid informeras om vad som registreras angående hotbild. Datum för beslutet ska registreras. Beslutet ska fortlöpande omprövas. När informationen upphör att gälla ska informationen inte flaggas som uppmärksamhetsinformation.

### *Hänvisning finns till en specifik vårdenhet*

Dokumenteras när det finns beslut om att en patient ska hänvisas direkt till en specifik vårdenhet. Detta gäller exempelvis om patient tas in direkt på en avdelning eller enhet utan att passera akutmottagningen. Namn och beteckning på den specifika vårdenheten ska anges. Datum för beslutet ska registreras. När informationen upphör att gälla ska informationen inte flaggas som uppmärksamhetsinformation.

### *Deltagare i klinisk läkemedelsprövning*

Dokumenteras när patienten påbörjar studien. Typ av läkemedel, studiens id-nummer samt namn och telefonnummer till den som är ansvarig för studien ska anges. Datum för när studien påbörjas/avslutas ska registreras. Omprövning sätts till studiens slut. När informationen upphör att gälla ska informationen inte flaggas som uppmärksamhetsinformation.

### *Deltagare i klinisk prövning*

Dokumenteras när patienten påbörjar studien. Typ av klinisk studie, studiens id-nummer samt namn och telefonnummer till den som är ansvarig för studien ska anges. Datum för när studien påbörjas/avslutas ska registreras. Omprövning sätts till studiens slut. När informationen upphör att gälla ska informationen inte flaggas som uppmärksamhetsinformation.

### *Patienten accepterar inte blod- eller plasmatransfusion*

Dokumenteras endast på patientens önskemål samt tas bort på patientens begäran. Datum för start och upphörande av information ska läggas in. När informationen upphör att gälla ska informationen inte flaggas som uppmärksamhetsinformation.

### *Patienten accepterar inte autolog blodtransfusion eller cellsaver*

Dokumenteras endast på patientens önskemål samt tas bort på patientens begäran. Datum för start och upphörande av information ska läggas in. När informationen upphör att gälla ska informationen inte flaggas som uppmärksamhetsinformation.

# Bilaga 3: Kodverkslista uppmärksamhetsinformation, urval och kodverk

Kodverkslistan, urval och kodverk, för uppmärksamhetsinformation ligger som en extern bilaga i anslutning till Informationsspecifikationen.

Baseras på:

Internationell statistisk klassifikation av sjukdomar och relaterade hälso-  
problem (ICD-10-SE) med 2019 års ändringar.

Snomed CT (SCTSE 2020\_1, release 2020-05-30)

OID 1.2.752.116.3.1.16