

Termer och begrepp i vårdinformationssystem

Innehåll

Syfte och omfattning	1
Begreppsförklaringar	2
Terminologiarbete	2
1. Identifiera dokumentationsbehov	3
2. Begreppsanalys	3
Detaljerad begreppsanalys	4
3. Val av termer	5
Principer för termer	5
Strukturella principer	6
Innehållsbaserade principer	7
Språkliga principer	8
Nationella och internationella terminologier	10
4. Terminologibindning	11
5. Validering och förvaltning	12
Ta fram informationsspecifikation	12
Mappa värden till koder	13
Återanvändning av terminologibindning	14
Referenser	14
Dokumenthistorik	14

Syfte och omfattning

Detta är en instruktion för att arbeta med terminologi i regionens vårdinformationssystem. Instruktionen syftar primärt till vårddokumentation, men kan även användas för annat terminologiarbete.

Begreppsförklaringar

Begreppsförklaringar:

- **Begrepp:** En abstraktion eller idé om någon verklig företeelse, t.ex. en viss medicinsk behandling.
- **Term:** Ett språkligt uttryck för att beskriva ett begrepp. Ett begrepp kan beskrivas med flera olika termer (synonymer), och en och samma term kan också förekomma i olika sammanhang för att beskriva olika begrepp.
- **Begreppssystem:** En uppsättning begrepp inom ett fackområde och deras inbördes relationer. Varje begrepp är uttryckt i minst en term.
- **Underbegrepp:** Begrepp som är underordnat ett annat begrepp i ett begreppssystem. Begreppet behöver inte nödvändigtvis vara på närmaste nivå, utan i nedanstående exempel är både "Socialt" och "Närstående" termer för underbegrepp till "Anamnes":
 -  Anamnes
 -  Socialt
 -  Närstående
- **Överbegrepp:** Begrepp som är överordnat ett annat begrepp i ett begreppssystem. I exemplet ovan är "Anamnes" och "Socialt" bägge termer för överbegrepp till "Närstående".

Terminologiarbete

Arbete med termer och begrepp i vårdinformationssystem inleds alltid med att det finns ett behov av att förbättra dokumentationen i systemet på något sätt – i fortsättningen benämnt ett dokumentationsbehov. Det kan handla om en vårdverksamhet som behöver stöd för att dokumentera ny typ av information, eller att en översyn görs av befintliga dokumentationssätt. Omfattningen av dokumentationsbehovet kan också variera från ett enskilda begrepp till att omfatta all dokumentation vid flera verksamheter.

De grundläggande stegen i terminologiarbetet är:

1. Identifiera dokumentationsbehov
2. Begreppsanalys
3. Val av termer
4. Terminologibindning
5. Validering och förvaltning

Respektive steg beskrivs i följande avsnitt.

1. Identifiera dokumentationsbehov

Att identifiera dokumentationsbehov innebär att analysera vilken information som behöver registreras i vårddokumentationen, för vilket syfte och i vilken form. Inom terminologiarbetet handlar det om att säkerställa att relevanta begrepp och termer finns tillgängliga, är standardiserade och kan användas konsekvent i journalsystemet. Detta skapar en gemensam förståelse, underlättar kommunikation och möjliggör återanvändning av data för vård, uppföljning och forskning.

Genom att tidigt identifiera dokumentationsbehov kan man undvika dubbelarbete, minska risken för informationsluckor och stärka kvaliteten i vårdens informationshantering. Det bidrar också till att vårdpersonalens dokumentation blir mer enhetlig och att patientens vårdhistoria kan följas på ett tydligare sätt.

2. Begreppsanalys

En begreppsanalys syftar till att definiera vilket/vilka kliniska begrepp som dokumentationsbehovet avser. Olika verksamheter och yrkesutövare använder ofta olika termer för att beskriva samma sak, och begreppsanalysen är till för att inte "fastna i ordval" utan att definiera rätt begrepp innan man går in på val av termer.

Begreppsanalysen görs olika omfattande beroende på dokumentationsbehovets natur, men en grundläggande analys består av följande frågor:

- Var i den övergripande vårdprocessen hör dokumentationen? (T.ex.: Vad är det för typ av vårdkontakt? Är det dokumentation vid nybesök eller uppföljning?)
- Var i den övergripande dokumentationsstrukturen hör dokumentationen? (T.ex.: Är det observationer av hälsotillstånd, eller uppgifter om utförda åtgärder?)

Många företeelser inom hälso- och sjukvård kan uttryckas på flera olika sätt, t.ex. som en observation eller en aktivitet. Begreppsanalysen behöver komma fram till vad som är relevant att dokumentera i det aktuella fallet (vill man t.ex. kunna dokumentera att aktiviteten "fallriskutredning" har utförts, och/eller vill man kunna dokumentera resultatet i form av observationen "fallrisk"?). Man behöver också vara vaksam på att dokumentationsbehov kan uttryckas med snarlika ordval men ändå syfta på helt olika begrepp.

För de flesta dokumentationsbehov räcker en grundläggande begreppsanalys för att gå vidare till Val av termer, se avsnitt 3 "Val av termer". Vid behov kan man dock göra en mer detaljerad begreppsanalys, vilket beskrivs nedan.

Detaljerad begreppsanalys

En detaljerad begreppsanalys görs i följande steg:

- Sammanställ **kännetecken**, egenskaper för det aktuella begreppet som gör att det går att särskilja från andra, närliggande begrepp.
 - Exempelvis kännetecknas en "inskrivningsanteckning" av att den skrivs vid inskrivning, medan en "daganteckning" skrivs under pågående vårdtillfälle, mellan in- och utskrivning.
- Rita ett begreppsdiagram som visar hur det aktuella begreppet förhåller sig till andra, närliggande begrepp. Genom att placera begreppet i ett sammanhang synliggör man vad det har för innebörd och om det i själva verket är ett underbegrepp eller identiskt med ett annat begrepp. Det finns olika typer av begreppsdiagram och flera olika typer kan också kombineras i ett större diagram. Här nedan beskrivs de olika typerna:

Generiskt begreppsdiagram	<pre> graph TD A[slutenvårdsanteckning] --> B[inskrivnings- anteckning] A --> C[daganteckning] </pre>	Vanligaste diagramtypen, underbegrepp "är en typ av" överbegreppet, dvs. de har samma kännetecken men underbegreppet har minst ett till kännetecken som särskiljer det från andra begrepp på samma hierarkiska nivå.
Partitivt begreppsdiagram	<pre> graph TD A[vårdtid] --> B[vård dag] A --> C[permission] </pre>	Diagramtyp som visar att underbegrepp "är en del av" överbegreppet.
Associativt begreppsdiagram	<pre> graph LR A[inskrivning] -- "påbörjas vid" --> B[vårdtid] B -- "avslutas vid" --> C[utskrivning] </pre>	Friare diagramtyp som visar andra relationer mellan begrepp, typen av relation kan skrivas ut vid associationspilen.

- Skriv en terminologisk definition för begreppet. En klassisk terminologisk definition ställs upp på följande sätt:
 - [term för överbegrepp] [kännetecken]
- Exempelvis skulle definitioner för det generiska begreppsdiagrammet ovan kunna se ut så här:

slutenvårdsanteckning	journalanteckning som upprättas i samband med slutenvård
inskrivningsanteckning	slutenvårdsanteckning vid inskrivning i slutenvård

daganteckning	slutenvårdsanteckning under pågående vårdtillfälle mellan in- och utskrivning
---------------	---

- Terminologiska definitioner ska vara precis så utförliga att begreppet kan särskiljas från närliggande begrepp, men inte mer utförliga än så. Annan information kring begreppet kan vara användbar som en tillhörande hjälptext (rutinbeskrivningar, exempel, bakgrundskommentarer) men är strikt sett inte en del av definitionen av begreppet. Även sådant som lagtexter kan vara relevanta referenser men hör inte till en terminologisk definition, som beskriver själva begreppet i sig själv oberoende av formulering i lagen.

3. Val av termer

Figurerna visar begreppsanalys till terminologibindning

När man har fastställt vilka kliniska begrepp som avses med dokumentationsbehovet är det läge att välja lämpliga termer. Detta görs enligt följande process:

- Stäm av med berörda verksamheter vilka termer de själva anser är lämpliga
- Använd ITM (Intelligent Taxonomy Manager) för vårdinformation (användarnamn "Uppsala", lösenord "mondeca2") och undersök om föreslagna termer redan finns rekommenderade för dessa begrepp.
- Om en föreslagen term är avrådd i termbanken, välj istället den term som rekommenderas.
- Om det finns en snarlik rekommenderad term i termbanken, överväg att lägga in den föreslagna termen som avrådd och hänvisa till den redan rekommenderade termen.
- Om termen helt saknas i termbanken, välj ut en ny term - se nedan. Lägg sedan in den nya termen i termbanken.

När en ny term ska väljas ut behöver den följa ett antal principer för termer, se avsnitt 3 "Principer för termer", och behöver också stämmas av mot nationella och internationella terminologier. De två följande delavsnitten går igenom detta.

Principer för termer

Principerna är numrerade och uppdelade i tre huvudavsnitt:

1. [Strukturella principer](#) för termval i relation till begreppssystem
2. [Innehållsbaserade principer](#) för termval baserat på begreppens innehåll
3. [Språkliga principer](#) för termval utifrån skrivregler för medicinskt fackspråk

Strukturella principer

Varje begrepp ska uttryckas med endast en term

Denna princip innebär att alternativa termer för att beskriva ett begrepp (synonymer) inte ska förekomma i regionens begreppssystem.

När ett standardiserat bedömningsinstrument eller liknande läggs in i sin helhet i ett begreppssystem ska termerna alltid stämma överens med instrumentets terminologi. Undantag kan då behöva göras från denna princip om vissa av instrumentets begrepp uttrycks med andra termer än i regionens begreppssystem i övrigt.

Besläktade termer ska så långt som möjligt vara konsekventa genom ett helt begreppssystem

Om t.ex. termen "Synskärpa" förekommer i ett begreppssystem snarare än "Visus", bör följaktligen termen "Närsynskärpa" väljas istället för "Närvisus". Undantag kan behöva göras för standardiserade bedömningsinstrument eller liknande, se princip "*Varje begrepp ska uttryckas med endast en term*".

Upprepning av del av en term för ett underbegrepp ska undvikas

Ett exempel ges nedan:

Rekommenderat:

Status:

- Ögon
- Tänder

Ej rekommenderat:

Status:

- Ögonstatus
- Tandstatus

En bakomliggande princip är att enstaka termer inte behöver innehålla komplett information om begreppets betydelse, utan att denna framgår av begreppets sammanhang i begreppssystemet.

Attribut hörande till begrepp bryts om möjligt ut till egna underbegrepp

Med attribut avses beskrivande begrepp som är beroende av ett sammanhang, t.ex. "Sittande", "I vila", "I rörelse", "Höger", "Vänster", vilka bör hanteras som i exemplet nedan:

Rekommenderat:

Ögon

- Vänster
- Höger

Ej rekommenderat:

- Höger öga
- Vänster öga

Innehållsbaserade principer

Termer ska återspegla begreppens innebörd

Så långt det är möjligt bör termer ha en uppenbar betydelse. Det innebär exempelvis att resultatet av en fallriskutredning bör dokumenteras på termen "fallrisk", medan termen "fallriskutredning" är lämpligare om det är utförandet av själva aktiviteten som åsyftas.

Rubriktermer ska vara så korta som möjligt

Långa termer för rubriker som t.ex. sökord i patientjournal kan ofta undvikas genom att bryta ut delar av det refererade begreppet i underbegrepp med egna termer (se princip *Uppprepning av del av en term för ett underbegrepp ska undvikas*). Det är också ofta möjligt att korta ner sökordstermer genom att merparten av informationsinnehållet i stället läggs som fasta valalternativ, som i exemplet nedan:

Rekommenderat:

Fallhändelse:

Ja, fallhändelse sedan senaste bedömning

Nej, ingen fallhändelse sedan senaste bedömning

Ej Rekommenderat:

Fallhändelse sedan senaste bedömning:

Ja

Nej

Termer för breda begrepp som "Övrigt" och "Sammanfattning" ska undvikas

Sammanfattande och övrig information som ska dokumenteras bör i möjligaste mån hanteras med andra mer specifika rubriktermer, t.ex. "Bedömning" eller "Status".

Språkliga principer

Svenska termer väljs i regel framför lånade termer från andra språk

T.ex. "sköldkörtel" och inte "tyreoidea", "poäng" istället för "score". Undantag kan behöva göras om en term på annat språk är vanligare förekommande inom en verksamhet, men svenska termer bör föredras särskilt för allmänna begrepp som många olika specialiteter kommer i kontakt med. Försvenskade lånord är också att föredra framför rena lånord (t.ex. "mediaotit" istället för "otitis media", "skanner" istället för "scanner").

Förkortningar skrivs så långt som möjligt ut

Den viktigaste orsaken till denna princip är att många förkortningar har olika betydelser inom olika medicinska specialiteter. När en verksamhet ändå önskar använda en förkortning kan man använda en kombinerad term där förkortningen skrivs först, varpå hela namnet skrivs i parentes (t.ex. "ISI (Insomnia Severity Index)"). Undantag från principen kan göras för vissa välkända förkortningar, t.ex. "EKG".

Tautologiska sammansättningar som "VAS-skalan" och "ECT-behandling" är tillåtna om de gör det tydligare vad som avses.

Grekiska bokstäver skrivs ut i text

T.ex. skrivs "betakaroten" och inte "β-karoten".

Sammansättningar av termer skrivs ihop som en enda term

Denna princip omfattar sammansättningar med egennamn eller mellan svenska och lånade termer (t.ex. "röntgenkamera" och inte "röntgen-kamera", "aortaaneurysm" och inte "aorta-aneurysm"). Det finns dock ett antal undantag där bindestreck ska användas:

- Sammansättningar med förkortningar ("arbets-EKG").
- Sammansättningar med bokstäver ("C-vitamin").
- Sammansättningar med siffror ("1-årsåldern").
- Sammansättningar med uttrycket "icke" ("icke-inflammatorisk").
- Förled med flera ord ("in vitro-diagnostik").
- Begreppspar ("framåt-nedåt").

I begreppspar som beskriver förhållande mellan två begrepp som t.ex. "syra-bas" ska om möjligt ett tankstreck användas, och annars bindestreck. När sådana uttryck står som förled i en sammansättning används om möjligt formen "syra-bas-balans",

och om tankstreck inte finns tillgängligt används formen "syra-basbalans".
Snedstreck används inte i sådana sammansättningar (alltså t.ex. "hjärt-lungräddning" och inte "hjärt/lungräddning").

Namn på sjukdomar, diagnoser, metoder etc. skrivs med liten begynnelsebokstav

T.ex. "diabetes mellitus" och inte "Diabetes mellitus". Undantag är termer som härrör från egennamn, t.ex. "Alzheimers sjukdom". Kortformer och sammansättningar med egennamn bör undvikas (t.ex. "alzheimer", "parkinsondemens").

Tal upp till och med tjugo kan skrivas ut i text, annars skrivs tal i siffror

Sammanhanget styr när det är lämpligt att skriva ut tal i text. Siffror ska användas vid uppräknings av flera taluppgifter och alltid när talet följs av en måttenhet. Siffror används också i de flesta fasta uttryck (t.ex. "diabetes mellitus typ 2").

Ordningstal skrivs alltid ut i text

T.ex. "tredje", aldrig "3:e" eller "3e".

Måttenheter kan förkortas så länge det inte leder till otydlighet

T.ex. "Hz" istället för "hertz". Rätt förkortningar för tidsangivelser ska användas ("h" och inte "tim" för "timmar", "s" och inte "sek" för "sekunder"). "Procent" skrivs alltid ut i text i sammansatta termer, t.ex. "procenthalt" och aldrig "%-halt".

Sammansatta måttenheter kan använda snedstreck (t.ex. "m/s") men bör använda "per" om måttenheterna är utskrivna (t.ex. "meter per sekund" och inte "meter/sekund").

Måttenheter som härrör från egennamn skrivs med liten begynnelsebokstav

T.ex. "hertz" och inte "Hertz". Två undantag finns, "Celsius" och "Fahrenheit", som skrivs med stor begynnelsebokstav.

Mellanrum sätts mellan tal och måttenhet

T.ex. "20 m" och inte "20m".

Kommatecken används som decimaltecken

T.ex. "1,5 ml" och inte "1.5 ml".

Nationella och internationella terminologier

Nya termer som väljs bör om möjligt stämma överens med nationella och internationella terminologier. Här listas ett antal olika terminologier som kan användas som jämförelse. Exakt vilka terminologier som är relevanta varierar beroende på termens kliniska kontext.

Nationellt fackspråk Dessa terminologier och klassifikationer rekommenderas av Socialstyrelsen och förvaltas i svensk utgåva av dem. De är därför tungt vägande när källor ställs mot varandra. Observera dock att termer från dessa källor inte alltid kan implementeras rakt av i ett vårdinformationssystem, utan kan behöva "omtolkas" för att passa i t.ex. en journalkontext.	
Snomed CT (ICNP)	Den mest heltäckande kliniska terminologin. Begrepp definieras utifrån sina relationer till andra begrepp vilket ger ett bra sammanhang, men mängden begrepp gör ändå hela terminologin svåröverskådlig. Det finns inga textuella beskrivningar av begreppens innebörd. ICNP är en internationell omvårdnadsterminologi som i svensk översättning förvaltas av Sektionen för omvårdnadsinformatik, SOI. Sedan 2021 ingår ICNP också som en del av den svenska översättningen av Snomed CT. För vissa delar av terminologin finns dock en viss betydelseglidning mellan ICNP och Snomed CT vilket innebär att begreppen inte är helt och hållet ensade. I dessa fall bör Snomed CT prioriteras.
ICF (ICF core sets)	Klassifikation över kroppsfunktioner, kroppstrukturer samt aktiviteter och delaktighet. Mindre detaljerad än Snomed CT men mer lättöverskådlig och ligger närmare en dokumentationsmodell i sin uppbyggnad. Relativt välkänd hos vårdpersonal, särskilt inom paramedicin. "ICF Core sets" är ett antal urval av ICF-koder framtagna för olika specifika hälsotillstånd, som en vägledning i dokumentationsstruktur och kodmappning.
Socialstyrelsens termbank	Innehåller vårdadministrativa begrepp och är anpassad efter svensk hälso- och sjukvård. Nationell informationsstruktur har en begreppsmodell som också i möjligaste mån är anpassad efter termbanken.
Andra terminologier Dessa källor är inte lika hårt styrande som de ovanför, men är värdefulla som jämförelsematerial.	
Lindskog, B. (2015). <i>Medicinsk terminologi</i>. Studentlitteratur AB, Lund.	Bra textuella beskrivningar av ett flertal medicinska begrepp. Finns i bokform på EPJ.
Belfrage, E. (2013). <i>Medicinsk fickordbok</i>. Belfrage Förlag, Lund.	Komplement till Medicinsk terminologi, lite mindre utförlig. Finns tillgänglig online.
Egidius, H. (2008). Psykologilexikon. Natur och Kultur, Stockholm.	Komplement till Medicinsk terminologi med inriktning på psykologiska begrepp. Finns tillgänglig online.

Rikstermbanken	Nationell termbank för inte bara medicinska termer utan även andra domäner, förvaltas av Institutet för språk och folkminnen. Sammanställer termposter från flera olika källor och ger en bra lägesbild i situationer där till synes samma begrepp faktiskt definieras på olika sätt, och vilken definition som då är vanligast.
NCPT / DRF	NCPT är en internationell nutritionsterminologi, Dietisternas riksförbund DRF förvaltar en svensk översättning av den och har även tagit fram ett eget komplement till denna. Terminologierna är väletablerade bland dietister. NCPT är licensskyddad, för frågor om den kan man inom regionen kontakta AS/Klinisk nutrition eller vända sig direkt till Karolinska sjukhuset.
Dokumentationsmodeller Dessa är framtagna specifikt för sökord i vårdinformationssystem och är därmed inte strikt sett "terminologier", utan har ett mer praktiskt fokus på en struktur som passar för dokumentation för en viss yrkesgrupp. Det är de mest väletablerade och kända standarderna hos vårdpersonalen. De fungerar i regel bra som en övergripande sortering av sökordsstruktur, medan underliggande, mer detaljerade sökord och fasta val kan mappas mot standarderna i Nationellt fackspråk.	
VIPS	Dokumentationsstandard för sjuksköterskor som är väletablerad i regionen, dock med vissa avsteg. Utgår från patientens omvårdnadsbehov som princip för att sortera dokumentationen, vilket stämmer ungefär med kroppsfunktioner enligt ICF men i vissa fall samlat i bredare överkategorier.
Spri grundjournal (sid. 27)	De facto-dokumentationsstandard för läkare i hela Sverige. Utgår från kroppsstrukturer som princip för att sortera dokumentationen, men även om rubriken är t.ex. "Lungor" dokumenteras även tillhörande kroppsfunktioner som t.ex. andning där. Vissa av de ursprungliga sökordstermerna är ersatta med synonymer men samma sorteringsprincip kvarstår.

4. Terminologibindning

I vissa specifika fall finns det behov av att de framtagna termerna struktureras i en formell informationsmodell och binds till koder i olika kodverk. Detta bör endast göras när:

- En [detaljerad begreppsanalys](#) har gjorts så att de framtagna begreppens innebörd är väldefinierade
- Det finns ett tydligt syfte med att göra en terminologibindning, t.ex. att göra uppföljning av data baserat på semantisk kodning eller att data ska föras över till ett annat system i enlighet med en informationsspecifikation

Terminologibindning är i dagsläget enbart möjligt för COSMIC, och nedanstående beskrivning utgår därför från det systemet.

5. Validering och förvaltning

Efter att begrepp och termer har identifierat, analyserat, valt och strukturerat följer validering och förvaltning som avslutande steg. **Validering** innebär att granska och kvalitetssäkra terminologin, så att den är korrekt, entydig, kliniskt relevant och följer gällande standarder. Detta sker ofta i samråd med experter, vårdpersonal och ibland nationella instanser.

Förvaltning handlar om att långsiktigt underhålla, uppdatera och utveckla terminologin. Eftersom vård, teknik och regelverk ständigt förändras krävs rutiner för att säkerställa att termerna förblir aktuella och användbara. På så sätt bevaras enhetlighet i vårddokumentationen och terminologin fortsätter att stödja både vårdens dagliga arbete och sekundära ändamål som statistik, kvalitetsuppföljning och forskning.

Ta fram informationsspecifikation

En informationsspecifikation bör beskriva syftet med terminologibindningen samt beskriva en tillämpad informationsmodell som visar vilka informationsklasser informationen tillhör, vilka värden som hör till vilka attribut och relationer mellan klasserna. Detta kan ske utifrån eller någon annan informationsmodell beroende på syfte och sammanhang, till exempel:

- [Startsida - Nationell informationsstruktur \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/startside)
- [openEHR Home](https://openEHR.org/)

Om det handlar om terminologibindning för ett nationellt kvalitetsregister bör det redan från registrets sida finnas en framtagen informationsspecifikation som man följer i det fortsatta arbetet.

Informationsmodellen är styrande för hur den fortsatta mappningen till koder ska utföras. Man behöver avväga hur mer komplexa samband ska uttryckas, t.ex. negation, att ett visst värde *inte* gäller, eller status för en aktivitet, om den är planerad, utförd etc. Den typen av samband går att uttrycka i exempelvis Snomed CT med postkoordinerade uttryck, vilket har fördelen att man bibehåller relationerna mellan olika begrepp i terminologin och möjliggör aggregerade sökningar. Det blir dock fort komplext att hantera den typen av uttryck och det kan vara smidigare att hantera det som särskilda attribut i informationsmodellen har stöd för bägge varianterna [Startsida - Nationell informationsstruktur \(socialstyrelsen.se\)](https://socialstyrelsen.se/startside).

Det är också värt att notera att befintliga tekniska lösningar för integrationer etc. kan ha begränsningar i vad som är möjligt vilket påverkar hur informationsmodellen måste utformas.

Mappa värden till koder

När man har lagt in alla värden i en tillämpad informationsmodell är det möjligt att mappa värdena till koder i olika kodverk. Den som utför en mappning måste vara uppmärksam på att den kontext i vårdinformationssystemet där informationen dokumenteras verkligen kan garanteras motsvara den betydelse som tillskrivs med vald kod: Termen "Ja" kan inte rimligtvis mappas till en kod helt oberoende av kontext, utan mappningen måste göras på termen i kombination med sin specifika kontext, t.ex. ett visst journalsökord. Andra exempel är mindre uppenbara, t.ex. kanske termen "MRT (magnetresonanstomografi)" inte utan vidare kan mappas till en kod för åtgärden MRT, eftersom termen kanske i vissa sammanhang används för att beskriva resultatet av utförd MRT snarare än själva åtgärden. I sådana lägen behöver mappningen göras inte bara på termen i kombination med ett journalsökord, utan också i sin kontext inom en större vårdprocess (t.ex. i en specifik journalmall).

Mappning kan göras till flera olika kodverk, men det är kanske vanligast och också mest avancerat att utföra mappning till [SNOMED International Browser \(ihtsdotools.org\)](https://ihtsdotools.org). Vid mappning till Snomed CT rekommenderar Socialstyrelsen att man är tre personer: Två personer som oberoende av varandra jobbar med att mappa samma innehåll, och en mappningsledare som jämför resultatet och tar beslut vid olikheter. Genom detta upplägg menar man att det är lättast att upptäcka oklarheter i informationen som ska mappas eller i kodverket. Vid behov kan man också behöva en referensgrupp med sakkunniga inom aktuellt kliniskt område.

Det är viktigt att skilja på de olika huvudhierarkierna i Snomed CT, som ofta innehåller snarlika termer men knutna till begrepp med helt olika betydelse. "Furosemid" ger exempelvis träff både som "Substans" och som "Farmaceutisk eller biologisk produkt". De kanske mest snarlika hierarkierna är "Kliniskt fynd" och "Observerbar företeelse":

Snomed CT-hierarki	Vårdinformation
Kliniskt fynd	Observationer (hälsoproblem, utredningsresultat, åtgärdsresultat, bedömningar). Kan förenklat sägas motsvara <i>fasta värden</i> i journal.
Observerbar företeelse	Något som kan besvaras med ett kliniskt fynd eller med ett specifikt numeriskt värde, datum etc. Kan förenklat sägas motsvara <i>sökord</i> i journal.

Genom att filtrera sökning efter Snomed CT-begrepp på enbart den hierarki som passar för aktuell vårdinformation undviker man fel som annars lätt uppstår.

Har man svårt att hitta rätt begrepp kan man också prova att söka med en synonym eller motsvarande term på engelska.

Återanvändning av terminologibindning

När en tidigare utförd terminologibindning ska användas för ett nytt syfte, bör man göra en överprövning av att den gamla lösningen är lämplig i det nya sammanhanget. Här är det värdefullt att kunna gå tillbaka till syftesbeskrivningen av den tidigare terminologibindningen. Man bör särskilt vara vaksam på i vilken grad tidigare utförd mappning till koder är beroende av en specifik informationsmodell.

Referenser

[Terminologi - Socialstyrelsen](#)

[Mappning mellan Klassifikation av medicinska åtgärder och Snomed CT - Socialstyrelsen](#)

[Uppföljningsmodell för gemensam informationsstruktur - Socialstyrelsen.](#)

[Socialstyrelsens handledning för arbete med begrepp och termer - Socialstyrelsen](#)

[Medicinskt fackspråk i skrift - Socialstyrelsen](#)

Spri och TNC. (1999). Metoder och principer i terminologiarbetet. Hämtat från [pdf481](#)

Dokumenthistorik

2019-06-04 Ändrad titel, dokumentet har utökats innehållsmässigt. Författare Tomas Lundqvist och Maria Berggren

2021-05-11 Maria Berggren. Eftersom Cambio inte har implementerat stöd för postkoordinerade uttryck och inte heller negation i sin integration till nationella kvalitetsregister så har detta avsnitt tagits bort.

2023-06-16 Tomas Lundqvist. Länkar är uppdaterade och mindre språkliga korrigeringar är gjorda. Förtydligat att principen "Termer ska vara så korta som möjligt" avser termer som används som rubriker, till exempel sökord. Flyttat avsnitt om ICNP till huvudrubriken "Nationellt fackspråk", ingår numera Snomed CT.

2024-06-27 Tillgänglighetsanpassad

2025-06-26 Siri Rinman. Gått igenom dokumentet och ändrat felaktiga hyperlänkar och referenser. Tagit bort grafiska modeller och ersatt dessa med löpande text, uppdaterat innehållsförteckningen och utökat dokumentets innehåll.

2025-07-20 Arooj Amer. Gått igenom dokument. Listade om grundläggande stegen för terminologiarbete. Ändrat rubriken "Beskrivning" till "Terminologiarbete". Lagt om relevanta referenser och markerat inaktiva referenser. Lagt in beskrivning och vikt under ny rubriken "Identifiera dokumentationsbehov". Lagt in beskrivning och vikt under ny rubriken "Validering och förvaltning".