

Potilastiedon arkiston toimintamallit

3.1

Tarja Rätty

1/2023

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos
Institutet för hälsa och välfärd
Finnish Institute for Health and Welfare
PL / PB / P.O. Box 30 • FI-00271 Helsinki, Finland
Puh/tel +358 29 524 6000
www.thl.fi

Sisällys

VERSIONHISTORIA	4
1 JOHDANTO	5
2 MIKÄ ON POTILASTIEDON ARKISTO?	6
2.1 TIEDONHALLINTAPALVELU	6
2.2. TAHDONILMAISUPALVELU	7
2.3 VAIHEITTAINEN KÄYTTÖÖNOTTO	7
3 POTILAAN INFORMOINTI KANTA-PALVELUISTA	8
4 POTILAAN LUOVUTUSLUPA JA SUOSTUMUKSET SEKÄ KIELLOT POTILASTIEDON ARKISTOSSA.....	10
4.1 LUOVUTUSLUPA JA SUOSTUMUKSET	10
4.2 KIELTOJEN ASETTAMINEN.....	11
4.3 POTILASTIETOJEN KÄYTTÖ HÄTÄTILANTEISSA	12
4.4 SUOSTUMUS- JA KIELTOASIAKIRJOJEN SÄILYTYS.....	12
5 INFORMOINNIN VASTAANOTTAMINEN SEKÄ LUOVUTUSLUVAN/SUOSTUMUKSIEN JA KIELLON ANTAMINEN TOISEN PUOLESTA	13
5.1. ALAIKÄISEN ASEMA.....	13
5.2 POTILAAN HUOLTAJA TAI LAILLINEN EDUSTAJA.....	14
5.3 HUOSTAANOTTO- JA SIOITUSTILANTEET	15
5.4 TÄYSI-IKÄINEN HOIDOSTAAN PÄÄTTÄMÄÄN KYKENEMÄTÖN ILMAN LAILLISTA EDUSTAJAA	16
6 POTILASASIAKIRJOJEN LAATIMINEN JA TALLENTAMINEN ARKISTOON	17
6.1 POTILASREKISTERIT	17
6.2 YKSITYISEN TERVEYDENHUOLLON REKISTERINPITÄJYYS.....	17
6.3 POTILASASIAKIRJAMERKINNÄT	18
6.3.1 Käännösten tallentuminen potilaskertomukseen ja näkyminen Omakannassa	18
6.4 MERKINTÖJEN HYVÄKSYNTÄ JA TALLENNUS	18
6.5 MERKINTÖJEN TALLENNUS MÄÄRÄAJASSA	18
6.6 ASIAKIRJOJEN VIIVÄSTÄMINEN OMAKANNASSA	19
6.7 VIRHEELLISTEN MERKINTÖJEN KORJAAMINEN	19
6.8 POTILAAN TILAPÄINEN YKSILÖINTITUNNUS.....	20
6.8.1 Anonyymit potilaskirjaukset	20
6.9 TOISEN HENKILÖN ITSESTÄÄN KERTOMIEN TIETOJEN KIRJAAMINEN	20
6.10 KUOLLEEN POTILAAN TIETOJEN KIRJAAMINEN JA KÄYTTÖ	21
6.11 LÄÄKETIETEELLINEN TUTKIMUS - POTILASKERTOMUSMERKINNÄT/POTILASTIETOJEN KÄYTTÖ	21
6.12 HUUMETESTAUKSIEN KIRJAAMINEN	22
6.13 ENSIHOITOKERTOMUKSEN TIETOJEN KIRJAAMINEN JA KÄYTTÖ	22
7 PALVELUTAPAHTUMA.....	24
7.1 ASIAKIRJAN KIINNITTÄMINEN PALVELUTAPAHTUMAAN	24
7.2 ERITYISPIIRTEITÄ YKSITYISTEN PALVELUNTUOTTAJIEN KIRJAUKSISSA	25
8 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN	27
9 TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA JA TAHDONILMAISUT	28
9.1 TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA	28
9.2 TAHDONILMAISUT	28
10 POTILASASIAKIRJOJEN HAKU JA KATSELU	30

10.1 TIETOJEN HAKU JA KATSELU	30
10.2 HOITOSUHTeen TODENTAMINEN.....	30
10.3 KOOSTEET KESKEISISTÄ TERVEYSTIEDOISTA	30
10.4 ERITYISSUOJATTAVAT TIEDOT	31
11 ASIAKIRJOJEN LUOVUTUS JA VALVONTA	33
11.1 POTILASASIAKIRJOJEN LUOVUTTAMINEN	33
11.1.1 Paikalliset luovutukset ja ostopalvelun tuottajalle luovutettavat potilastiedot	33
11.1.2 Luovutus viranomaisille tai lakiin perustuvan tiedonantovelvollisuuden perusteella tehtävä luovutus.....	33
11.2 LOKIVALVONTA.....	34
11.3 LOKITIEDOT KANSALAISEN NÄKYVILLE	34
12 OMAKANTA-PALVELU KANSALAISTEN KÄYTÖSSÄ	36
13 OSTOPALVELUN VALTUUTUS.....	40
13.1 POTILASASIAKIRJOJEN LAATIMINEN JA KÄSITTELY OSTOPALVELUTILANTEESSA	41
13.2 ALIHANKINTA	41
13.3 KANTAPALVELUIDEN OSTOPALVELUN VALTUUTUS LOMAKE ON PÄIVITTYNYT.....	42

Versiohistoria

Versio	Päiväys	Muutokset
2.0	28.10.2021	- kuvattu kappaleissa 2.1 ja 2.2 tiedonhallintapalvelun ja tahdonilmaisupalvelun sisältämät asiakirjat - Luku 3 Potilaan informointi Kanta-palveluista on päivittynyt uuden Asiakastietolain mukaisesti - Luku 4 Luovutuslupa ja suostumukset sekä kiellot on päivittynyt Asiakastietolain mukaisesti - tarkennettu laajasti kappaletta 4.2 kieltojen asettaminen, mm ammattilaisen oikeudesta tarkastella kieltoja - Luku 5 puolesta-asiointi on päivittynyt Asiakastietolain mukaisesti ja lisätty viitelinkkejä lisätietoihin - tarkennettu kappaletta 6.10 Kuolleen potilaan tietojen kirjaaminen ja käyttö - tarkennettu toimintamallia kappaleessa 9.2 hoitotahdon vastaanotossa ja tarkennettu toimintamallia alaikäisen hoitotahdossa - tarkennettu kappaletta 10.4 Erytyssuojattujen tietojen käsittely - tarkennettu kappaletta 11.1. Asiakirjojen luovutus (mm. viranomaisluovutus ja luovutus ostopalvelun yhteydessä) - tarkennettu kappaletta 11.3 Lokitiedot kansalaisen näkyville - tarkennettu laajasti lukua 12 Omakanta-palvelu kansalaisten käytössä; alaikäisen puolesta-asiointia ja päivitetty - päivitetty Taulukko 12: Potilaskertomustietojen näkyminen Omakannassa - tekstin stilisointia, pvm, linkkien ja lähdeviittausten korjauksia yms
3.0	11/2022	- luku 3 lisätty Kanta informointi Uudenmaan hyvinvointialueen erillisratkaisussa - tarkennettu kappaleen 5.1 alaikäisen puolesta-asiointin toimintamalleja - lisätty kappale 5.2 väliaikainen PTJ ratkaisu alaikäisen huoltajien/laillisen edustajan asettamiin luovutuskietoihin - tarkennettu kappale 6.3.1 Kielikäännösten tallentumista potilastiedon arkistoon - lisätty kappale 6.11 Lääketieteellisen tutkimuksen osallistumisen potilastietojen kirjaaminen - lisätty kappale 6.12 Huumetestauksen tulosten kirjaamisen toimintamallit - lisätty kappale 6.13 Ensihoitokertomuksen tietojen kirjaaminen ja käyttö - päivitetty lukua 12 Alaikäisen huoltajille tietojen näkymistä Omakannassa - päivitetty Taulukko 12 : Potilaskertomustietojen näkyminen Omakannassa - päivitetty lukua 13 Ostopalvelun valtuutus - tekstin stilisointia, pvm, linkkien ja lähdeviittausten korjauksia yms
3.1	1/2023	muutettu lukuun 3 Kela Kantapalveluiden informointimateriaalin linkit

1 Johdanto

Tässä oppaassa kuvataan Potilastiedon arkiston käyttöön liittyviä toimintamalleja toimintokohtaisissa ohjeissa (mm. sähköinen lääkemääräys, todistusten ja lausuntojen välittäminen, alaikäisen päätöskyky ja luovutukset huoltajille, tiedonhallintapalvelun periaatteet, kuvantaminen). Lisäksi järjestelmäkohtaisissa ohjeissa kuvataan, miten eri toiminnallisuuksia toteutetaan kussakin potilastietojärjestelmässä.

Lähtökohtana on, että Potilastiedon arkiston käyttöönotto ei oleellisesti muuta potilastietojärjestelmien käyttöä ja asiakirjojen käsittelyä. Arkiston käytön edellyttämät potilasasiakirjojen käsittelyyn liittyvät toimintamallit ovat olleet jo aiemmin pääosin laissa säädeltyjä vaatimuksia. Arkiston käyttöönoton yhteydessä on kuitenkin syytä tarkistaa, että kyseisten vaatimusten mukaisesti toimitaan myös käytännössä.

Rakenteisen kirjaamisen vaatimus korostuu arkiston käyttöönoton myötä. Rakenteisesti kirjattu potilastieto helpottaa keskeisten hoitotietojen löytämistä ja hyödyntämistä. Toiminnallista muutosta terveydenhuollon ammattilaisille tulee esimerkiksi Kanta-informoinnin, luovutuslupan, suostumusten ja kieltojen hallinnasta. Myös Omakanta-kansalaisten palveluna muuttaa toimintaympäristöä ja on huomioitava kirjaamisessa.

Toimintamalleja päivitetään ja tarkennetaan tarvittaessa Kanta-palveluiden kehitystyön edistyessä. Toimintamallien ylläpidosta vastaa Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitoksen Tieto- ja tiedonhallinnan ohjausyksikkö. Kehittämisehdotuksia toimintamalleihin voi lähettää sähköpostitse osoitteella sotetiedonhallinta@thl.fi

2 Mikä on Potilastiedon arkisto?

Potilastiedon arkisto on osa valtakunnallisia terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluita eli Kanta-palveluita. Potilastiedon arkisto sisältää potilasasiakirjojen arkistointipalvelun, Tiedonhallintapalvelun ja Tahdonilmaisupalvelun. Tiedonhallintapalvelu muodostuu potilaan keskeisistä terveystiedoista sekä informointien hallintapalvelusta, sekä säilytetään potilaan hoidossa syntyvät, ylläpidettävät asiakirjat. Tahdonilmaisupalveluun tallennetaan potilaan tahdonilmaukset, eli hoitotahto ja elinluovutustahto. Reseptikeskuksen kautta toteutetaan sähköisiä lääkemääräyksiä. Kansalaiset pääsevät katsomaan sähköisiä lääkemääräyksiään sekä Potilastiedon arkistoon talletettuja potilastietojaan Omakannan kautta (ks. tarkemmin luku 11). Potilastietojen arkistointi ja säilyttäminen Kanta-palveluihin on lakisääteistä, eikä arkistointia voi kieltää. Kanta-palveluun tallennettuja potilastietoja säilytetään sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä määritellyn ajan. Potilastiedon arkistoon tallennettuja tietoja ei poisteta asiakkaan pyynnöstä, vaan tiedot hävitetään laissa määritellyn säilytysajan päätyttyä.

Minkään erityisen potilasryhmän tietojen tallentumista Kantaan ei estetä, eikä sillä perusteella myöskään niiden näyttämistä Omakannassa.

Potilastiedon arkisto on aktiivisesti käytettävä potilastiedon tietovarasto. Lisäksi se toimii keskitettynä potilastiedon pitkäaikaisarkistona. Arkiston avulla potilaan hoitotiedot ovat laajasti terveydenhuollon ammattihenkilöiden käytössä, mikä parantaa potilasturvallisuutta ja mahdollistaa päällekkäisten tutkimuksien välttämisen. Lisäksi potilastietojen käytettävyyden tukee potilaiden mahdollisuutta valita hoitoyksikkönsä sekä mahdollistaa toimivat hoitoketjut julkisen ja yksityisen palveluntuottajien toimintayksiköiden välillä.

Terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät arkistoa oman potilastietojärjestelmänsä kautta. Arkistonhoitajat käyttävät Potilastiedon arkistoa erillisen arkistonhoitajan käyttöliittymän kautta (selainpohjainen). Arkistonhoitajien käyttöliittymän käytöstä on laadittu erilliset toimintamalliohjeet kts. tarkemmin <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/arkistonhoitajan-kayttoliittyma>.

Potilastietojärjestelmiä käyttävien terveydenhuollon ammattilaisten käyttäjärooleja ja oikeuksia potilastietojen käsittelyyn hallitaan paikallisesti terveydenhuollon organisaatioissa. Potilastiedon arkistoa tai muita Kanta-palveluita käytettäessä potilastietojärjestelmiin kirjaudutaan terveydenhuollon varmentajan myöntämällä ammattitai henkilöstökortilla. Tarkempaa ohjeistusta Digi- ja väestötietoviraston internet-sivuilla <https://dvv.fi/varmenteet>. Terveydenhuollon ja lääketieteen opiskelijat käyttävät henkilöstökorttia ennen kuin saavat ammattikortin. Tarkempaa ohjeistusta Valviran internet-sivuilla <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/opiskelijat>

Oppisopimusopiskelijan toiminnasta vastaava ammattihenkilö arvioi, onko oppisopimusopiskelijan syytä käyttää ammattikorttia vai henkilöstökorttia (esim. jos opiskelijalla on aiempi ammattitutkinto jonka mukaista ammattikorttia hänen on mahdollista käyttää).

Potilastietojen käyttäminen eri organisaatioiden välillä edellyttää, että tiedot on rakenteisesti kirjattu käyttäen yhteisesti sovittuja käsitteitä ja luokituksia. Jo tietoa tallennettaessa on siis otettava huomioon tiedon mahdollinen käyttötarve jatkossa. Rakenteisuuden avulla kertaalleen kirjattua tietoa voidaan hyödyntää muissa organisaatioissa, mikä vähentää tarvetta tietojen manuaaliseen kopiointiin.

2.1 Tiedonhallintapalvelu

Arkistointipalvelussa ylläpidetään Tiedonhallintapalvelua. Tiedonhallintapalvelu koostaa potilasasiakirjoista terveydenhuollon toteuttamisen kannalta keskeiset potilastiedot ja tuottaa niistä yhteenvetoja palvelunantajille potilaan hoidon toteuttamista varten. Tiedonhallintapalvelun tallentuneita keskeisiä potilastietoja voidaan tallentaa ja tarkistaa potilastietojärjestelmän kautta. Potilastietojärjestelmän kautta voidaan keskeisistä terveystiedoista muodostaa erilaisia koosteita. Koosteiden sisältö koostuu rekisterinpitäjäkohtaisista tiedoista. Tiedonhallintapalvelu kokoaa keskeiset tiedot kyselyhetken mukaisista eri rekisterinpitäjäkohtaisista tiedoista

potilastietojärjestelmälle, joka muodostaa niistä yhteenvedon terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. Yhteenvedo koostetaan joka kyselyllä uudelleen, näin taataan tietojen ajantasaisuus kyselyhetkellä.

Tiedonhallintapalvelun keskeisiä rakenteisia hoitotietoja ovat:

1. toimenpiteet ja kuvantamistutkimukset, jotka on kirjattu toimenpiderekordistolla;
2. rokotukset;
3. laboratoriotulokset;
4. keskeiset rakenteisesti kirjatut fysiologiset mittaustulokset asiakastietolain 14 §:ssä tarkoitetun rekordistopalvelun mukaisesti;
5. diagnoosit; (myös käyntisyyt)
6. potilasasiakirja-asetuksen 13 §:n 1 momentissa tarkoitettut tiedot (riskitiedot); sekä
7. potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 4 a §:n mukainen suunnitelma potilaan tutkimuksesta, hoidosta tai kuntoutuksesta tai muu vastaava suunnitelma. (ns. Terveys- ja hoitosuunnitelma)

2.2. Tahdonilmaisupalvelu

Tahdonilmaisupalvelun tallennetaan potilaan antama luovutuslupa tietojensa luovutuksiin muille terveydenhuollon toimijoille, potilaan asettamat mahdolliset luovutuskiekkot ja luovutuskiekkotien peruutukset. Lisäksi palveluun tallennetaan tieto, että potilasta on informoitu Kanta-palveluista.

Tahdonilmaisupalveluun tallennetaan myös potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä tietoja, kuten hoitotahto tai potilaan kanta elimiensä ja kudoksiensa luovutuksiin elinsiirtoon kuolemansa jälkeen toisen ihmisen hoitoa varten.

Kansalainen voi myös Omakannan kautta itse antaa ja peruuttaa tietojen luovuttamista koskevan luovutuslupan sekä antaa ja peruuttaa eri suostumuksia ja kieltoja, sekä ylläpitää hoito- ja elinluovutustahtoaasiakirjojaan.

2.3 Vaiheittainen käyttöönotto

Potilastiedon arkistoa otetaan käyttöön vaiheittain. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista (165/2012) sekä syksyllä 2015 annettu vaiheistusasetus on määritellyt, mitä tietosisältöjä arkistoon on viety eri vaiheissa.

Ensimmäisessä vaiheessa Potilastiedon arkistoon on tallennettu erikoisala- ja palvelukohtaiset sekä ammatilliset näkymät ja hoitotyön yhteenvedo. Rakenteisesti kirjattavista hoitotiedoista arkistoon on tallennettu etenkin riskitiedot, diagnoosit, toimenpiteet, laboratoriotutkimuspyynnöt ja tulokset sekä kuvantamistutkimusten pyynnöt ja lausunnot.

Potilastiedon arkiston tietosisällöt on laajentuneet elinluovutustahdon, hoitotahdon ja suun terveydenhuollon potilasasiakirjojen tallentamiseen. Samoin läheteiden ja hoitopalautteiden, terveys- ja hoitosuunnitelman, todistusten ja lausuntojen sekä ostopalvelussa syntyneiden potilastietojen tallentaminen on käynnistynyt.

Kuvantamistutkimusten kuva-aineistojen tallentaminen Potilastiedon arkistoon on myös aloitettu.

Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä (784/2021) määrittelee Potilastiedon arkiston jatkokehityksen.

3 Potilaan informointi Kanta-palveluista

Asiakastietolain mukaan asiakasta tulee informoida Kanta-palveluiden käytön periaatteista hänen asioidessaan ensimmäistä kertaa terveydenhuollossa. Informoinnin tulee sisältää tietoa Kanta-palveluiden toimintaperiaatteista, tallennettujen tietojen käsittelystä, säilyttämisestä ja luovuttamisen edellytyksistä. Samoin tulee informoida asiakkaan oikeuksista vaikuttaa tietojensa käsittelyyn sekä muista hänen kannaltaan merkityksellisistä seikoista. Annetusta informoinnista tallentuu merkintä Kanta-palveluiden tahdonilmaisupalveluun.

Informoinnin antaminen ja vastaanottamisen kuittaus on edellytys Kanta-palveluiden kautta tapahtuvien asiakas/potilastietojen luovuttamiseen eri sosiaali- ja terveydenhuollon rekisterinpitäjien välillä. Informointimerkinnän puuttuminen ei estä asiakirjojen tallentamista.

Informointi tulee antaa potilaalle henkilökohtaisesti. Informaatio voidaan antaa asioinnin yhteydessä joko suullisesti, kirjallisesti tai sähköisen asiointipalvelun välityksellä. Toimintatavat voivat vaihdella palvelunantajittain. Suullisen informoinnin tueksi on oltava saatavilla ajantasaista kirjallista materiaalia informoinnista. Informointien yhteydessä annettavan infolehtisen voi tulostaa kanta.fi-sivuston materiaalipankin Esitteet-osiosta, <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/esitteet>. Esite on saatavilla suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi

Terveydenhuollon toimintayksiköiden tulee laatia omat, tarkennetut ohjeet informointien toteuttamisesta.

Vuoden 2022 loppuun julkisen terveydenhuollon toimintayksiköissä kirjatut potilastiedot ovat käytettävissä saman sairaanhoitopiirin alueen kunnallisen terveydenhuollon muissa toimintayksiköissä ilman erillistä suostumusta. Tietojen käyttö edellyttää kuitenkin, että potilasta on informoitu sairaanhoitopiirin yhteisestä potilastietorekisteristä. Yhteisrekisteristä informointi perustuu Terveydenhuoltolain 9 §:ään. Tämä informointivelvollisuus säilyy edelleen, koska Terveydenhuoltolain pykälä on voimassa Hyvinvointialueiden aloittamiseen asti.

Hyvinvointialueiden aloittaessa vuonna 2023 poistuu yhteisrekisterialueet muilta alueilta paitsi Uudeltamaalta. Hyvinvointialueet ovat kokonaisuudessaan, niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon, osalta yhtenäistä rekisteriä. Hyvinvointialueen rekisterissä tietojen käsittely on omaa käyttöä, ei luovutusta yli rekisterirajojen.

Poikkeuksen tekee Uusimaa ja HUS-yhtymä. Uusimaa-lain 4 §:n mukaan ensisijainen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuu on Uudenmaan maakunnan neljällä hyvinvointialueella (Itä, Keski-, Länsi-Uudenmaan sekä Vantaan ja Keravan hyvinvointialueilla) sekä Helsingin kaupungilla. HUS-yhtymällä on järjestämisvastuu sille Uusimaa-lain 5 §:ssä säädettyistä tehtävistä ja sille lain 9 §:ssä tarkoitetun HUS-järjestämissopimuksen perusteella siirretyistä tehtävistä. Lainpykälällä 64a säädetään väliaikaisesti tiedonsaantioikeudesta niin, että Uudenmaan maakunnassa potilasta hoitavalla hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän terveyspalveluja järjestävällä ja toteuttavalla viranomaisella ja sen lukuun toimivalla on oikeus salassapitosäätöjen estämättä saada ja käyttää toisen Uudenmaan maakunnan hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän terveyspalvelujen järjestämisestä vastaavan toimivaltaisen viranomaisen potilastietoja potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa. Potilaalla on oikeus kieltää tietojensa luovuttaminen. Potilasta on informoitava kieltämisestä ja siihen liittyvistä menettelytavoista. Potilaan asettama luovutuskielto koskee kaikkea potilastietojen luovutusta, myös Kantapalveluiden ulkopuolella tapahtuvaa luovutusta (kaikessa muodossa, mm. paperiset asiakirjat, kuvantamisen materiaali jne.).

Informointi Kanta-palveluista on luettavissa myös Omakanta-palvelusta. Asiakas voi itse kuitata informaation saaduksi Omakanta-palvelussa. Mikäli informointia ei ole kuitattu Omakannassa tulee potilas informoida terveydenhuollon käynnin yhteydessä. Informointi voidaan merkitä annetuksi, vaikkei potilas kaikilta osin ymmärtäisikään informointia. Myös niiden potilaiden informoinnista on huolehdittava, jotka ovat kotiin annettavien palveluiden piirissä (esim. kotisairaanhoito).

Informointi voidaan antaa alaikäiselle, jos hänet on arvioitu päätöskykyiseksi hoitamaan asiaansa. Kts tarkemmin [puolesta-asioinnin toimintamallit luku 5](#).

Uuden Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn lain myötä informointi muuttuneista toiminnoista annetaan kaikille asiakkaille, vaikka he olisivat saaneet aiemmin Kanta-informoinnin. Jos teknisistä syistä ei pystytä tarkistamaan, onko kanta-informointi annettu, niin potilas informoidaan ja tieto informoinnista tallennetaan siinä vaiheessa, kun se on teknisesti mahdollista.

4 Potilaan luovutuslupa ja suostumukset sekä kiellot Potilastiedon arkistossa

4.1 Luovutuslupa ja suostumukset

Arkistoon tallennetut potilastiedot ovat aina tiedot tallentaneen rekisterinpitäjän käytettävissä. Potilas ei voi estää tietojensa näkyvistä saman rekisterinpitäjän sisällä.

Asiakirjan luovutuksesta on kyse, kun Potilastiedon arkistosta haetaan asiakirjoja, jotka kuuluvat toisen terveydenhuollon toimintayksikön rekisteriin, tai kyse on saman palveluntarjoajan eri rekisteristä (esimerkiksi eri ammatinharjoittajien ylläpitämät potilastiedot yksityisessä terveydenhuollossa tai työterveyshuolto ovat erillisiä rekisterejä).

Potilaan tietojen luovuttaminen arkistosta edellyttää potilaan luovutuslupaa, jos tiedot ovat muun kuin samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan toisen kunnallisen toimintayksikön tai toisen yksityisen terveydenhuollon palveluntarjoajan rekisterissä. Potilastiedon arkisto luovuttaa vain ne potilastiedot, joihin käyttäjällä luvan perusteella on oikeus. Saman sairaanhoitopiirin kunnallisessa terveydenhuollossa luovutus toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle edellyttää, että potilasta on informoitu sairaanhoitopiirin yhteisestä potilastietorekisteristä. Potilastietojen käyttö edellyttää myös hoitosuhdetta tai muuta asiallista yhteyttä potilaaseen.

Luovutuslupan voi antaa tai peruuttaa milloin tahansa. Lupa tietojen luovuttamiseen on voimassa toistaiseksi ja käsittää kaikki Potilastiedon arkistossa jo olevat ja myös siihen myöhemmin tallennettavat potilastiedot. Luovutuslupa annetaan terveydenhuollon toimintayksikössä tai kansallinen antaa luvan sähköisesti Omakannassa.

Luovutuslupa kirjataan asiakkaan pyynnöstä suoraan potilastietojärjestelmään, mistä lupa tallentua Kanta-palveluiden tahdonilmaisupalveluun. Aiemmin käytössä ollut, asiakkaan allekirjoituksen vaatinut suostumuslomake poistuu käytöstä. Asiakkaalle on pyydettäessä tulostettava tallennettu luovutuslupa-asiakirja, tai asiakirja tulee tarvittaessa antaa hänelle muulla saavutettavalla tavalla.

Tärkeää on huomioida, että uudistettu laki määrittelee luovutuskohtaisen suostumuksen vaadittavaksi tietojen luovutuksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon rekisterien välillä. Ja että toistaiseksi Sosiaalihuollon asiakastiedot ovat Sosiaalihuollon asiakastiedon arkistosta vain tiedon tallentaneen palvelunjärjestäjän ja sen lukuun toimivan palveluntuottajan ja toteuttajan käytettävissä. Suunnitelman mukaisesti asiakas- ja potilastietojen hyödyntäminen Kanta-palveluiden kautta on mahdollista 1/2024.

Suostumus tarvitaan edelleen myös ulkomaille toimitettavaan lääkemääräykseen sekä jatkossa hyvinvointitietojen siirtämiseen Omatietovarannosta terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä säättää ainoastaan sähköisistä luovutuksista Kanta-palveluiden kautta. Potilas/asiakastietoja luovutetaan myös muuten kuin Kanta-palveluiden kautta. Asiakastietolain säädös luovuttamisesta koskee ainoastaan tietojen sähköistä käsittelyä ja Kannan kautta luovuttamista. Kannan ulkopuolisissa luovutuksissa (ns. paikalliset luovutukset), esim. paperilla tietojen luovuttamiseen toiselle toimijalle vaatii erillisen suostumuksen. Muut kuin Kanta- ja yhteisrekisteriluovutukset perustuvat potilaslakiin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 13§), ja sen mukaisesti tarvitaan potilaan suostumus tietojen luovutukseen. Mikäli suostumus on allekirjoitettuna paperimuodossa tulee ko. lomakkeet arkistoida ja säilyttää potilasasiakirjojen säilytysajoista annetun lainsäädännön mukaisesti.

4.2 Kieltojen asettaminen

HUOMIOTAVAA:

- Kielto koskee ainoastaan Kanta-luovutuksia ja yhteisrekisteriluovutuksia. Kanta-luovutukset perustuvat asiakastietolakiin. Yhteisrekisteriluovutukset taas terveydenhuoltolain 9 §:n, ja siinä säädetään myös kielto-oikeus. Uuden asiakastietolain HE:n perusteluissa todetaan, että sama kielto toimii myös yhteisrekisteritoteutuksissa. Yhteisrekisterissä on mukana kaikki shp-palvelunantajien asiakirjat, myös ne mitä ei ole Kantaan tallennettu.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas voi rajata tietojensa käytön laajuutta kieltämällä niiden luovutuksen. Kielto voi olla julkisessa terveydenhuollossa palvelunantaja-, rekisteri- tai palvelutapahtumakohtainen. Yksityisessä terveydenhuollossa kielto voidaan tehdä vain palvelutapahtumakohtaisesti (eli käynti- tai osastojaksokohtaisesti). Julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa voi asettaa myös laajan kiellon. Tulee huomioda, että kirjauksen tehneessä organisaatiossa (rekisterissä) tiedot näkyvät kuten ennenkin, asetetusta luovutuskiellosta huolimatta.

Kiellon voi tehdä ja peruuttaa milloin tahansa. Kiellot kirjataan asiakkaan pyynnöstä suoraan potilastietojärjestelmään, mistä ne tallentuvat Kanta-palveluiden Tahdonilmaisupalveluun. Aiemmin käytössä ollut, asiakkaan allekirjoituksen vaatinut kieltolomake poistuu käytöstä. Asiakkaalle on pyydettyä tulostettava yhteenveto asiakkaan asettamista kielloista, tai asiakirja tulee tarvittaessa antaa hänelle muulla saavutettavalla tavalla.

Kiellon kohdistamisessa on eroa julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa:

- Julkisessa terveydenhuollossa kiellon voi kohdistaa rekisterinpitäjä- tai käyntikohtaisesti. Esim. jos julkisella rekisterinpitäjällä on useita potilasrekistereitä kuten erillinen työterveydenhuollon rekisteri, voit kohdistaa luovutuskiellon ainoastaan ko.rekisteriin, jolloin muiden rekistereiden tiedot ovat luovutettavissa.
- Yksityisessä terveydenhuollossa voi tehdä ainoastaan käyntikohtaisia kielloja.
- Yksityisessä terveydenhuollossa voi kieltää työterveyshuollon rekisterin potilastietojen luovuttamisen. (siirtymäaika: toteutus tietojärjestelmiin viimeistään 1/2024)
- Laajan kiellon voi kohdistaa kaikkeen jo olemassa olevaan ja tulevaan terveydenhuollon potilastietoon (julkinen ja yksityinen), jolloin mitään potilastietoja ei luovuteta muille terveydenhuollon palvelunantajille kenenkään toimijan rekisteristä. (siirtymäaika: toteutus tietojärjestelmiin viimeistään 1/2024)
- Mahdollisuus kieltää Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä 55§ mukaisesti biopankkiin tallennetuista tai lääketieteellisen tutkimuksen yhteydessä otetuista näytteistä myöhemmin kliinisesti merkittävän löydöksen perusteella tehtävät yhteydenotot. (siirtymäaika: toteutus tietojärjestelmiin viimeistään 5/2024)

Potilastietojärjestelmillä tulee voida tehdä kielto julkisessa terveydenhuollossa vähintään oman sairaanhoitopiirin alueen (jatkossa Hyvinvointialue) julkisen terveydenhuollon palvelunantajiin, kun kyse on palvelunantaja- tai rekisterikohtaisesta kiellosta tai palvelutapahtumakohtaisesti rekisterinpitäjän omiin palvelutapahtumiin. Muihin palvelunantajiin ja palvelutapahtumiin kielloja voi tehdä Omakannan kautta tai asioimalla ko. palvelunantajan luona.

Asiakasta tulee informoida kiellon merkityksestä. Potilasta on informoitava, että kielto koskee myös tilanteita, joissa potilas on äkillisen henkeä uhkaavan sairauden tai loukkaantumisen vuoksi tajuton ja sen vuoksi kykenemätön peruuttamaan tekemänsä kiellon.

Huomioitavaa on, että asetetut kiellot kohdistuvat terveydenhuollon sisällä tehtäviin luovutuksiin. Kiellot eivät vaikuta terveydenhuollon tietojen luovutukseen sosiaalihuollon palvelunantajalle, jos asiakas on antanut tähän erillisen suostumuksen.

Poikkeustilanteissa, jos potilastietojen luovutukseen ei ole kieltoa tai informointia ei ole voitu antaa, potilastiedot voidaan luovuttaa Kanta-palvelujen kautta potilaslain 13 §:n 3 momentin 3 kohdan tarkoittamissa tilanteissa.

Tällainen tilanne on kyseessä, jos tietoja tarvitaan potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi, mutta potilas ei esimerkiksi kehitysvammaisuuden tai muistisairaudesta takia kykene päättämään hoidostaan.

Tärkeää huomioida kieltojen käsittelystä: Terveystieteiden tutkimuksessa asiakkaan kieltoja ei saa tarkastella, jos asiakas haluaa muuttaa kieltojensa tietoja. Samoin on lupa katsoa asiakkaan kieltoasiakirjan tiedot silloin, kun paperitulosteita luovutettaessa tulee tarkistaa mahdolliset luovutukseen vaikuttavat kiellot sekä silloin kun kyseessä on luovutukseen liittyvän ongelmatilanteen selvitys. Kieltojen katselusta ja muokkaamisesta syntyy automaattisesti käyttölokiin merkintä ja tieto siitä minkä takia kieltoasiakirjaa on tarkasteltu.

Myöskään potilasasiakirjoihin ei saa tehdä merkintää potilaan asettamista luovutuskielloista. Toimintamallin ohjeistus perustuu lainsäädäntöön henkilön perusoikeuksista. Henkilön itsemääräämisoikeus on kiistaton ja esim. Perustuslain 6 §:n 1 momentti ilmaisee vaatimuksen oikeudellisesta, muodollisesta yhdenvertaisuudesta sekä ajatuksen tosiasiallisesta tasa-arvosta ja yhdenvertaisuudesta. Ajatus on siten, että terveydenhuollossa ei saa olla vaaraa, että henkilö joutuu eriarvoiseen asemaan ammattilaisten silmissä, jos käy ilmi että on asettanut kieltoja potilastietojensa näkyvyyteen eli 'piilottanut tietojaan'.

4.3 Potilastietojen käyttö hätätilanteissa

Jos potilas kieltää joidenkin itseään koskevien potilastietojen luovutuksen, tämä tarkoittaa, että näitä tietoja ei saa luovuttaa toiselle terveydenhuollon palveluntajalle missään tilanteessa. Ei edes siinä tapauksessa, että tietojen luovutus olisi tarpeen tajuttoman potilaan hoitamiseksi. Vaikka tietojen luovutus olisi muutoin kielletty, potilas voi sallia tietojen luovutuksen **hätätilanteissa**. Tiedot ovat tällöin saatavissa ns. hätähaun avulla. Myös hätähaun perusteena on voimassaoleva hoitosuhde tai muu asiallinen yhteys potilaaseen. Hätähaun yhteydessä näytetään tietojärjestelmässä ensimmäisenä potilaalle mahdollisesti kirjatut riskitiedot. Näin esim. tahdonilmaisupalveluun kirjattua hoitotahtoa on mahdollista hyödyntää ennen aktiivisen hoidon aloittamista.

Kansalaiselle näytetään, jos hänen tietojaan on haettu terveydenhuollossa hätätilanteessa. Hätähaku voi antaa terveydenhuoltoon enemmän tietoja kuin normaali haku, siksi sen käyttämisestä informoidaan Omakannassa.

4.4 Suostumus- ja kieltoasiakirjojen säilytys

Asiakastietolain (784/2021) mukaisesti ei terveydenhuoltoon kerry enää arkistoitavia luovutuslupa-, suostumus- eikä kieltolomakkeita. Asiakastietolain mukaan ko. lomakkeille ei vaadita henkilön allekirjoitusta ja näin lomakkeiden käyttö poistuu (pl. paikallisten luovutusten suostumukset). Aiemman lain perusteella arkistoituihin lomakkeisiin pätevät edelleen aiemmat arkistoinnin vaatimukset.

Allekirjoitettu suostumus- ja kieltolomake on säilytettävä 12 vuotta suostumuksen antaneen potilaan kuolemasta (tai 120 vuotta syntymästä). Kela on ko. asiakirjojen rekisterinpitäjä, joten arkistointi tapahtuu Kelan lukuun. Terveystieteiden toimintayksikön tulee päättää, millä tavalla lomakkeet yksikössä arkistoidaan. Lomakkeet tulee arkistoida järjestelmällisesti siten, että tietyn henkilön lomake on löydettävissä, ja että lomakkeet voidaan säilytysajan jälkeen hävittää.

Lomakkeet arkistoidaan keskitetysti, eikä niitä arkistoida potilaskertomuksen väliin. Olennaista on, että lomakkeet säilytetään huolellisesti siten, ettei asiattomilla henkilöillä ole niihin pääsyä. Lomakkeiden tulee myös löytyä tarvittaessa helposti. Lomakkeet tulee tuhota asianmukaisella tavalla arkistointivelvoitteen päätyttyä. Allekirjoitetut lomakkeet on säilytettävä, jotta tarvittaessa voidaan osoittaa potilaan todella tehneen suostumuksen tai kiellon. Säilyttämisellä pyritään siis varmistamaan terveydenhuollon toimijoiden oikeusturva mahdollisissa ongelmatilanteissa.

5 Informoinnin vastaanottaminen sekä luovutusluvan/suostumuksien ja kiellon antaminen toisen puolesta

5.1. Alaikäisen asema

Alaikäiselle lapselle annettava informaatio Potilastiedon arkistosta tulee antaa hänen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalle. Tieto alaikäisen potilaan väestötietojärjestelmään merkitystä huoltajasta/huoltajista on yleensä potilastietojärjestelmässä. Potilaan edunvalvojan ja edunvalvojan tehtävän voi osoittaa otteella holhousrekisteristä.

Alaikäinen potilas voi olla ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenevä päättämään hoidostaan itse (potilaslaki 7 § ja 9 §). Jos alaikäinen potilas arvioidaan kykeneväksi päättämään hoidostaan, informaatio annetaan alaikäiselle itselleen. Julkaisussa [Alaikäisen päätöskyvyn ja tietojen huoltajille luovuttamisen kirjaaminen](#) kuvataan tarkemmin alaikäisen päätöskyvyn arviointi ja arvion myötä alaikäisen mahdollisuutta rajoittaa tietojen luovuttamista huoltajilleen.

Jos alaikäinen katsotaan kykeneväksi päättämään hoidostaan, hän voi itse antaa potilastietojensa luovutusluvan ja tehdä suostumuksia (so-te välinen ja rajat ylittävä lääkemääräys) henkilökohtaisesti terveydenhuollon palvelun antajalle. Lisäksi itse hoidostaan päättämään kykenevä alaikäinen voi kieltää potilastietojensa luovutuksen muille terveydenhuollon toimijoille. Luovutuskiellon voi kohdistaa myös huoltajiin. Lisätietoja [Alaikäinen ja Kanta-palvelut -toimintamallit terveydenhuoltoon ja apteekkeille](#).

Jos alaikäisen potilaan eronneilla vanhemmillä on alaikäisen yhteishuoltajuus riittää, että toinen vanhemmista antaa alaikäisen puolesta luovutusluvan ja suostumukset (so-te välinen ja rajat ylittävä lääkemääräys), mikäli alaikäinen ei itse ole kykenevä päättämään hoidostaan.

Jos alaikäiselle tarkoitettu informaatio on annettu huoltajalle tai muulle lailliselle edustajalle, tulee alaikäinen informoida uudestaan viimeistään tämän täyttäessä 18 vuotta. Informoinnin voi tehdä uudestaan jo aiemmin, kun alaikäinen katsotaan kykeneväksi päättämään hoidostaan. Informoinnissa tulee selkeästi kertoa henkilön tiedoissa mahdollisista huoltajien tai muun laillisen edustajan asettamista luovutuskielloista. Tulee informoida, että huoltajat eivät käytä enää puhevaltaa täysi-ikäisen henkilön asioissa, joten hänen tulee täysi-ikäisenä käydä itse lävitse mahdolliset luovutuskieltotietonsa ja tehdä niihin haluamansa muutokset. Tavoitteena on korostaa sitä, että alaikäisen kasvaessa ja kypsyessä hänen mahdollisuutensa ymmärtää potilastietojen käytön merkitys paranee. Siten selvitys tulisi antaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja tarvittaessa alaikäisen kasvaessa ja kypsyessä toistaa informaatiota.

Huomioitavaa on, että vaikka henkilö olisi alaikäisenä jo informoitu, tulee tieto informaatiosta henkilön täysi-ikäistyttyä antaa ja merkitä tietojärjestelmään ja/tai henkilön tulee Omakannassa kuitata uusintainformaatio saaduksi.

Alaikäisen itsenäisen päätöskyvyn arvioinnin tueksi terveydenhuollossa on erillinen ohjeistus [Tutustu ohjeisiin täältä \(thl.fi\)](#).

5.2 Potilaan huoltaja tai laillinen edustaja

Laillisella edustajalla tarkoitetaan potilaan huoltajaa tai potilaan edunvalvojaa, jonka tehtäväksi on määrätty potilaan terveyttä koskevien asioiden hoitaminen. Pelkästään päämiehensä taloudellisia asioita varten määrätty edunvalvoja ei ole oikeutettu antamaan luovutuslupaa eikä tekemään suostumuksia (so-te välinen luovutus ja rajat ylittävä lääkemääräys) tai kieltoja potilaan puolesta. Potilaan edunvalvojan ja edunvalvojan tehtävän voi osoittaa otteella holhousrekisteristä, ellei toimipaikalla ole suoraa Väestörekisteritarkistusta käytössään.

Kirjallinen valtuutus on oikeustoimi, jolla valtuutuksen antaja oikeuttaa toisen toimimaan puolestaan. Koska valtuutus on oikeustoimi, tulee sen tekijän olla oikeustoimikelpoinen. Luonnollinen henkilö saavuttaa Suomessa oikeustoimikelpoisuuden pääsääntöisesti täyttäessään 18 vuotta. Täysi-ikäinen henkilö voi tehdä kirjallisen valtuutuksen jolla valtuuttaa toisen toimimaan puolestaan, mutta **alaikäinen lapsi ei voi tehdä valtakirjaa puolesta-asiointiin terveydenhuollossa tai apteekissa**. Kyse on oikeustoimesta ja alaikäinen lapsi ei ole tässä tapauksessa oikeustoimikelpoinen. Valtakirjan tekeminen, jolla ohitetaan lapsen laillisen edustajan (huoltajan) oikeudet, ei ole lapsen olosuhteisiin nähden tavanomainen tai merkitykseltään vähäinen oikeustoimi. Vajaavaltaisen oikeudesta tehdä valtakirja ei myöskään ole laissa säädetty.

Mikäli hoidostaan päättämään kykenemätön henkilö ei ole itse aikaisemmin tehnyt potilastietojen luovutuskieltoa, laillinen edustaja tai potilaan puolesta valtuutuksella asioiva voi tehdä kielloja, jos sen katsotaan edustavan potilaan tahtoa. Laillinen edustaja voi peruuttaa potilaan aiemmin tekemän kiellon. Kiellon peruutusta voidaan pitää mahdollisena, jos potilaan laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen voi selvittää potilaslain 6 §:ssä tarkoitetulla tavalla kiellon poiston vastaavan potilaan tahtoa. Laillinen edustaja ei myöskään ole oikeutettu perumaan potilaan aiemmin antamaa luovutuslupaa tai tekemiään suostumuksia.

Potilaslain 9§ 4 momentin mukaisesti potilaan huoltajalla ei ole oikeutta kieltää alaikäisen potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa. Koska potilasasiakirjat voivat sisältää alaikäisen hengen tai terveyden kannalta tarpeellista tietoa, on tämän perusteella katsottu, etteivät vanhemmat saa kieltää lasta koskevien tietojen luovutusta Kanta-palveluiden välityksellä **Omakannassa tehtävillä luovutuskieilloilla**. Alaikäisen potilastietojen luovuttamisen voi huoltaja kieltää terveydenhuollossa ammattilaisen ensin arvioidessa alaikäisen kypsyysikänsä päättää itse omista asioistaan. Ammattilainen arvioi myös potilastiedon sisällön, jottei kiellon alle jää alaikäisen hoitoa vaarantavaa potilastietoa. Lainsäädännön mukaisesti hätähakuihin ei huoltajien mahdollisesti asettamat kiellot vaikuta. Näin ollen terveydenhuollossa **tulee aina kirjata hätähaku sallituksi** huoltajan tehdessä alaikäisen puolesta luovutuskieltoa.

Huoltajien tai muun laillisen edustajan asettamat luovutuskieollot alaikäisen potilastietoihin, väliaikainen kieltojen kirjaamisratkaisu potilastietojärjestelmiin 1.1.2024 asti

Asiakastietolaki ei sisällä siirtymäaikaa huoltajien tai muun laillisen edustajan oikeuteen asettaa luovutuskietoja alaikäisen puolesta. Potilastiedon arkiston 1.1.2024 käyttöön otettavassa uudistettavassa kieltolomakkeessa on mahdollisuus kirjata tieto kiellon puolesta asioinnissa asettaneesta henkilöstä kieltokohtaisesti. Sitä ennen käyttöön otettavaksi on luovutuskieilloille sovittu väliaikainen ratkaisu. Ratkaisu on tietojärjestelmissä heti käyttöön otettavissa, mutta vaatii terveydenhuollon ammattilaisilta tarkkuutta ja alaikäisen/ huoltajien oikeuksien tuntemista.

Luovutuskieollot kirjataan nykyisellä kieltolomakkeella vapaamuotoisesti PERUSTE -tietokenttään. Koska kieltolomake on kokonaisuudessaan kunkin henkilön nimissä, näyttäytyy asetettu luovutuskielto tai sen peruutus lomakkeella henkilön itsensä asettamana. Siksi alaikäisen tietoihin kohdistuvia luovutuskietoja vastaan otettaessa tulee aina ensin tarkistaa lomakkeelle mahdolliset aiemmin kirjatut luovutuskieollot.

Nykyisellä kieltolomakkeella ei ole tietokenttää huoltajan tai muun laillisen edustajan henkilötunnuslle. Tietojärjestelmän tekemää automaattista väestörekisteritarkistusta huoltajasuhteesta ja ko. huoltajan oikeuksista hoitaa alaikäisen asioita ei ole. Kieltolomakkeella ei myöskään ole mahdollisuutta tarkistaa alaikäisen tai huoltajien mahdollisia turvakietoja. Luovutuskieollon vastaanottajan tuleekin varmistua henkilön oikeuksista tehdä alaikäistä koskevia päätöksiä muuta kautta tietojärjestelmässä (alaikäisen perustiedot tietojärjestelmässä) tai muulla luotettavalla tavalla (holhousrekisteriote). Tarkistus tulee tehdä joka kerta erikseen, koska huoltajasuhteet ja

huoltajien oikeudet toimia alaikäisen puolesta saattavat muuttua perhetilanteiden mukaan. Tarkistustarve koskee myös mahdollisia turvakielloja.

PERUSTE - kenttään tulee kirjata seuraavat tiedot: päiväys mihin palvelutapahtumaan kiello tai sen peruutus kohdistuu ja kiellon asettajan/ peruuttajan nimi sekä suhde alaikäiseen; huoltaja/ muu laillinen edustaja

On tärkeä huomioida, että ko. tavalla kirjattu ja asetettu luovutuskielto EI purkaannu automaattisesti alaikäisen täyttäessä 18 vuotta. Kun alaikäinen henkilö saavuttaa oman mielipiteen muodostamiseen liittyvät edellytykset tai tulee täysi-ikäiseksi, on hänelle kerrottava oikeudestaan peruuttaa tai muuttaa mahdollisia huoltajien tai muun laillisen edustajan asettamia luovutuskielloja. Tästä on syytä informoida myös huoltajia tai muuta laillista edustajaa aina kun he ovat asettamassa alaikäisen puolesta luovutuskielloja.

Myös väliaikaisessa ratkaisussa huoltajan tai muun laillisen edustajan asettamien luovutuskiellojen yhteydessä **tulee aina kirjata hätähaku sallituksi. (vrt. asiakastietolaki 18§)**

Vaatimukset huoltajien asettamiin luovutuskielloihin

1. Huoltaja tai muu laillinen edustaja voi asettaa/ perua luovutuskielloja huollettavansa potilastietoihin ainoastaan asioidessaan terveydenhuollossa.
2. Luovutuskielloja voi asettaa ainoastaan palvelutapahtumakohtaisesti, johtuen vaatimuksesta arvioida alaikäisen oma kyvykyys päättää hoidostaan terveydenhuollon palvelutapahtuman yhteydessä.
3. Kiellon voi asettaa yksi huoltaja - huoltajilta ei vaadita yhteissopimusta. Kiellon voi peruuttaa vain sama henkilö joka kiellon on asettanut. (mikäli ko. huoltajalla ei ole enää oikeutta huollettavansa asioihin se huoltaja jolla asiointioikeus on)
4. **Poikkeuksena:** Päätöskykyiseksi arvioitu alaikäinen voi peruuttaa huoltajiensa tai muun laillisen edustajansa asettamia luovutuskielloja ennen kuin hänestä tulee täysikäinen
5. **Terveydentilaansa ja hoitoansa koskeviin asiakirjoihin,** joihin päätöskykyiseksi arvioitu alaikäinen on asettanut huoltajille tai muulle lailliselle edustajalle tietojensa näyttämisen/ luovuttamisen kiellon, eivät huoltajat voi kohdistaa luovutuskielloja.

Asiakastietolain muutos siitä, ettei kielloasiakirjaan vaadita enää allekirjoitusta ja siitä, että asiakkaan pyytäessä tulee hänelle tulostaa kiellolomake EI PÄDE ko. väliaikaisratkaisussa. Kanta-palveluista on mahdollista vasta 1.1.2024 jälkeen tulostaa myös huoltajan versio kielloyhteenveto-lomakkeesta, missä ei näy niitä kiellettyjä palvelutapahtumia, joihin tulostushetkellä liittyy vanhemmalle näyttämiskiello.

Mikäli Alaikäisen puolesta-asioinnin-toiminnallisuutta ei ole tietojärjestelmässä käytössä: Organisaatioissa missä Alaikäisen puolesta-asioinnin toiminto ei ole vielä käytössä tulee olla erityisen tarkat toimintamallit. Alaikäisen päätöskyky hoidossaan tulee aina varmistaa ennen huoltajan/edustajan asettaman kiellon vastaanottamista.

- Kiellolomakkeiden tulosteissa tulee huolehtia, ettei niihin tulostu sellaisia käyntitietoja mitä alaikäinen on toivonut huoltajiltaan estettävän.
- PERUSTE- kenttää voi tarvittaessa käyttää myös merkintöihin alaikäisen päätöskyvyn vaikutuksesta kiellolomakkeelle tehtyihin merkintöihin.

5.3 Huostanotto- ja sijoitustilanteet

Huostanotto- tai sijoitustilanteissa huoltajuus säilyy alaikäisten lasten vanhemmilla, jollei vahvistetulla sopimuksella ole sovittu tai oikeuden päätöksellä määrätty toisin. Väestötietojärjestelmään merkityt huoltajuustiedot löytyvät potilastietojärjestelmän kautta. Sijoitusperheen vanhempi, joka ei ole lapsen huoltaja, ei voi asettaa luovutuskielloja tai antaa luovutuslupaa eikä suostumuksia (so-te välinen luovutus ja rajat ylittävä lääkemääräys) lapsen puolesta.

5.4 Täysi-ikäinen hoidostaan päättämään kykenemätön ilman laillista edustajaa

Täysi-ikäisten, hoidostaan päättämään kykenemättömien kohdalla tulee ottaa huomioon potilaslain 6 §, jonka perusteella tällaisen potilaan hoito tulee järjestää tavalla, joka vastaa parhaiten potilaan tahtoa. Potilaan tahdon selvittämiseksi tulee kuulla potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä. Jos potilaan oletetusta tahdosta ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Henkilö, joka ei ymmärrä luovutusluvan, suostumuksen tai kiellon merkitystä, ei voi antaa pätevää lupaa, suostumusta tai kieltä. Jos tällaisella henkilöllä ei ole laillista edustajaa, kukaan ei voi antaa luovutuslupaa, suostumusta (so-te välinen luovutus) tai kieltä hänen puolestaan. Viime kädessä tulee kyseeseen edunvalvojan määrääminen potilaalle terveyttä koskevia asioita varten.

6 Potilasasiakirjojen laatiminen ja tallentaminen arkistoon

Tässä luvussa käsitellään Potilastiedon arkiston käytön kannalta keskeisiä potilasasiakirjojen käsittelyn periaatteita, joiden toimivuus jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön ja ammattihenkilön tulee varmistaa. Potilastietojärjestelmäkohtaisissa käyttöohjeistuksissa kuvataan, millä tavalla vaadittava toiminnallisuus toteutetaan potilastietojärjestelmissä.

Potilasasiakirjojen käsittelystä säädetään useissa eri laeissa. Asiakirjojen käsittelyä ja potilasrekisterien hallintaa ohjeistetaan tarkemmin mm. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa potilasasiakirjaoppaassa.

6.1 Potilasrekisterit

Potilasasiakirjaoppaan (2012) mukaan potilastietoja sisältyy sekä potilaan hoitoa ja tutkimusta dokumentoiviin potilasasiakirjoihin että potilashallinnon asiakirjoihin. Potilasasiakirjoihin eivät kuulu potilashallintoon tai toiminnan kehittämiseen liittyvät asiakirjat.

Potilaskertomus sekä muut potilaan tutkimuksiin ja hoitoon liittyvät potilasasiakirjat tulee tallentaa potilaskohtaisesti joko palvelujen antajan omaan potilasrekisteriin, jos palvelujen antajalla on lakiin tai potilaan kanssa tehtyyn sopimukseen perustuva vastuu järjestää hoito, tai erilliseen ostopalvelujen potilasrekisteriin. Potilasrekisterin käyttötarkoitus on potilaiden terveyden ylläpito sekä hoidon suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta.

6.2 Yksityisen terveydenhuollon rekisterinpitäjäyys

Yksityisessä terveydenhuollossa rekisterinpitäjä voi olla ainoastaan asianmukaisen Valviran toimiluvan omaava terveydenhuollon palvelunantaja tai itsenäinen ammatinharjoittaja. Työterveyshuollossa terveydenhuollon toimintayksikkö, joka vastaa työterveyspalveluiden tuottamisesta, on rekisterinpitäjä.

Jokainen yksityinen terveydenhuollon palvelunantaja on omien potilasasiakirjojensa rekisterinpitäjä. Rekisterinpitäjiä ovat myös lääkäriasemien tiloissa toimivat yritykset ja ammatinharjoittajat, lääkäriasemat sekä itsenäisesti omissa tiloissaan toimivat yritykset ja ammatinharjoittajat.

Yksityisten toimijoiden tietoja ei viedä lainkaan rekisterinpitäjärekisteriin. Rekisterinpitäjätietona asiakirjoilla ja sanomilla käytetään yksityisten toimijoiden palvelunantajatietoa (SOTE-organisaatio-rekisterissä *Sectori 2 Yksityinen palvelunantaja* tai koodiston *Terveydenhuollon itsenäiset ammatinharjoittajat toimija*).

Esimerkiksi yhden ison terveysterveystyöryhtymän sisällä samoissa tiloissa voi olla kolmen tyyppisiä palvelunantajia: yrityksen oma henkilöstö, lääkäripalvelu- tai vastaava yritys sekä yksittäinen ammatinharjoittaja. Tietojen rekisterinpitäjä on yritys silloin, kun palvelun tuottaa oma henkilöstö. Terveysterveystyöryhtymän lukuun toimivat lääkäripalvelu- tai vastaavat yritykset tai itsenäiset ammatinharjoittajat ovat rekisterinpitäjiä omien käyntiensä osalta, vaikkakin käyttävät yleensä yrityksen potilastietojärjestelmää.

6.3 Potilasasiakirjamerkinnät

Potilaan hoitoon liittyvät tiedot kirjataan potilastietojärjestelmissä sähköiseen potilaskertomukseen. Potilaskertomus on potilaskohtainen asiakirjakokonaisuus, joka sisältää tietoa potilaan sairauksista ja niiden hoidosta. Jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pitää jokaisesta potilaasta jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Potilaskertomuksessa on oltava potilaan perustiedot ja siihen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Näistä tiedoista tulee käydä ilmi hoidon eri vaiheet ja keskeiset hoitotiedot.

Asiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Merkintöjä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjojen laatimista koskeissa säännöksissä (potilaslaki ja potilasasiakirja-asetus) kuvataan tarkemmin, mitä tietoja potilasasiakirjoihin tulee merkitä. Lisäksi henkilötietolain säännöksissä esitetään kirjattaville tiedoille asetettuja laadullisia edellytyksiä

6.3.1 Käännösten tallentuminen potilaskertomukseen ja näkyminen Omakannassa

Mikäli halutaan, että potilasmerkinnästä/asiakirjoista tehty käännökset tallentuvat osaksi potilaskertomusta ja siirtyvät näin myös Omakantaan asiakkaalle näkyville on ainoa mahdollisuus tällä hetkellä, että tallennetaan tarvittaessa käännösteksti kertomukseen tai käännös suomenkielisen tekstin perään potilaskertomukseen. Erilliset skannatut liitteet/pdf, jotka on tallennettu paikalliseen potilastietojärjestelmään eivät tallennu Kantaan.

6.4 Merkintöjen hyväksyntä ja tallennus

Potilastiedon arkistoon viedään potilasasiakirja, jonka potilastietojärjestelmä koostaa käyttäjän tekemistä, valmiista merkinnöistä. Keskenäiset tai luonnoksena olevat merkinnät tulee hyväksyä ennen arkistoon tallennusta. Tällaisia ovat esimerkiksi opiskelijan tekemät kirjaukset tai kirjoitetut sanellut. Kirjoitetut sanellut on hyväksyttävä, jotta ne voidaan arkistoida. Potilastietojärjestelmissä voi olla ominaisuus, joka mahdollistaa sanelluiden automaattisen hyväksynnän organisaation määrittämän aikajakson jälkeen. Oppisopimusopiskelijoiden ohjauksesta vastaava henkilö voi arvioida, tarvitseeko ko. opiskelijan merkinnät erikseen toisen ammattihenkilön hyväksyä.

Potilastietojärjestelmä tallentaa hyväksytyt asiakirjat Potilastiedon arkistoon automaattisesti. Erillisjärjestelmistä (esim. laboratoriojärjestelmät, kuvantamisen järjestelmät) tiedot arkistoidaan joko suoraan tai potilastietojärjestelmän kautta. Järjestelmä allekirjoittaa asiakirjat.

6.5 Merkintöjen tallennus määrääjassa

Potilasasiakirja-asetuksen mukaan potilasasiakirjojen merkinnät tulee tehdä viivytyksettä, viimeistään viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun potilas poistuu vastaanotolta tai palvelutapahtuma muutoin päättyy. Sanellut kirjoitetaan luettavaan muotoon ennen arkistoon tallentamista.

Lähete tulee toimittaa jatkohoitopaikkaan viivytyksettä, myös kiireettömässä tilanteessa viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun läheteen tekemisen tarve on todettu. Vaikka lähete ja hoitopalaute tallennetaan Potilastiedon arkistoon, toimitetaan ne edelleen toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön nykyisten lähete-palaute -järjestelmien kautta.

Potilasasiakirja-asetuksen mukaiset aikarajat on syytä huomioida terveydenhuollon toimintaprosesseissa, esimerkiksi sanelujen kirjoittamisen järjestäminen ja näiden asiakirjojen hyväksyminen aikarajojen puitteissa. Terveydenhuollon organisaatioiden tulee ohjeistaa ja valvoa aikarajojen toteutumista.

Suositeltavaa on tallentaa asiakirjat Potilastiedon arkistoon välittömästi merkinnän valmistumisen jälkeen, jotta tiedot saadaan käyttöön potilaan seuraavassa hoitoyksikössä. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi potilaan nopea siirtyminen jatkohoitopaikkaan, jolloin lähetteen lisäksi myös muilla asiakirjoilla voi olla hoidon kannalta merkitystä.

Pääsääntöisesti potilaskertomusasiakirjojen siirtäminen Potilastiedon arkistoon ei edellytä ammattihenkilön allekirjoitusta toimikortilla. Arkistoon tallentuminen tapahtuu järjestelmävarmenteen kautta. Pois lukien todistukset ja lausunnot, resepti ym. asiakirjat mitkä vaativat ammattilaisen sähköisen allekirjoituksen varmennekorttia ja siihen liittyvää PIN-koodia hyödyntäen. Kirjata voi siis paikallisesti käyttäjätunnus/salasana yhdistelmillä mikäli organisaation potilastietojärjestelmä sallii tämän.

6.6 Asiakirjojen viivästäminen Omakannassa

Yleensä asiakirjat näytetään kansalaisille Omakannassa heti, kun asiakirja on tallennettu Potilastiedon arkistoon. Asiakirjan näyttämistä Omakannassa voidaan kuitenkin erityistilanteissa viivästyttää, jos esimerkiksi on tarpeen, että terveydenhuollon ammattihenkilö keskustele potilaan kanssa henkilökohtaisesti ennen asiakirjan näyttämistä. Viivästäminen estää tiedon näyttämisen kansalaiselle itselleen ja myös hänen puolesta asioivalle tai tiedoksisaantioikeutetulle.

Viivästämistä varten asiakirjalle merkitään päivämäärä, mistä lähtien asiakirja voidaan näyttää Omakannassa. Viivästämissämahdollisuus koskee kaikkia merkintöjä, sekä tekstiä että esimerkiksi laboratoriotuloksia. Viivästämiselle ei ole valtakunnallisesti yhteneviä sääntöjä, vaan kukin organisaatio ohjeistaa viivästämisikäytännöt omien prosessiensa mukaisesti. Potilastietojärjestelmiin voidaan toteuttaa viivästäminen organisaatiokohtaisesti määriteltävillä säännöillä. Organisaatio voi esimerkiksi sopia, että tietyt laboratoriotulokset näytetään tietyllä viiveellä. Viivästämisestä toteutus ohjeistetaan tarkemmin järjestelmäkohtaisissa ohjeissa.

Ammattihenkilö arvioi tapauskohtaisesti viivästyksen keston. Asiakirja voidaan erityistilanteissa viivästyttää myös pysyvästi. Pysyvästi viivästettäviä ovat asiakirjat, joiden arvioidaan vaarantavan potilaan terveyttä tai hoitoa, tai jonkun muun oikeuksia. (Asiakastietolaki 24 §)

Ensihoidossa laadittaville potilasasiakirjoille asetetaan automaattisesti 48 tunnin oletusviivästys, jonka jälkeen tiedot näytetään Omakannassa. Tarvittaessa kirjaaja voi viivästyttää tietojen näyttämisen myös arvioimalleen ajalle (määräajaksi/ pysyvä viivästys) tai merkitä ”ei viivästyttää”, jolloin tieto näkyy kansalaiselle heti Omakannassa.

6.7 Virheellisten merkintöjen korjaaminen

Jos potilasasiakirjassa on virheellistä tai tarpeetonta tietoa, on virheelliset tai tarpeettomat tiedot oikaistava, poistettava tai täydennettävä ilman aiheutonta viivytystä oma-aloitteisesti tai potilaan perustellusta vaatimuksesta. Potilasasiakirjojen korjauksia voidaan tehdä teknisten virheiden, kuten kirjoitusvirheiden, tai potilaan vaatimuksen johdosta samalla tavalla kuin ennen Potilastiedon arkiston käyttöönottoa.

Virheelliset palvelutapahtumat pitää mitätöidä, samoin kuin ns. väärälle potilaalle kirjatut tiedot. Ensin pitää poistaa virheelliset kirjaukset ja sen jälkeen poistaa palvelutapahtuma. Palvelutapahtuma poistetaan vasta sen jälkeen, kun asiakirjat tehty oikealle henkilölle. Ennen kuin palvelutapahtuma poistetaan, tulee varmistaa, mitä asiakirjoja siihen on kiinnitetty (esim. tutkimuspyyntöjä, lähete, ajanvaraus). Ks. myös luku 7.2 Asiakirjan kiinnittäminen palvelutapahtumaan. Näin virheelliset tiedot eivät näy enää potilaalle myöskään Omakannassa, ja päivitetty tiedot näkyvät oikein.

Asiakirjan korjaamisesta ja mitätöinnistä vastaa asiakirjan tuottanut terveydenhuollon palvelujen antaja. Lähtökohta on, että korjauksen tekee alkuperäisen merkinnän tehnyt henkilö. Jos se ei ole mahdollista esimerkiksi sen vuoksi, että hän ei ole enää toimintayksikön palveluksessa, tarvittavat muutokset tekevät terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaava henkilö tai hänen kirjallisesti tehtävään valtuuttamansa henkilö. Korjausmerkinnät tulee tehdä siten, että alkuperäinen ja korjattu merkintä ovat myöhemmin luettavissa.

Potilastietojärjestelmä ja Potilastiedon arkisto huolehtivat korjatun asiakirjan tallennuksesta ja versioinnista siten, että asiakirjan uusien, korjattu versio näytetään seuraaville käyttäjille. Arkistossa asiakirjan vanha versio siirretään tausta-arkistoon, mistä arkistonhoitaja voi sen tarvittaessa etsiä.

6.8 Potilaan tilapäinen yksilöintitunnus

Potilastiedon arkistoon viedään myös sellaisten potilaiden potilasasiakirjat, joilla ei ole henkilötunnusta vaan tilapäinen yksilöintitunnus. Tilapäinen yksilöintitunnus on aina organisaatio- ja järjestelmäkohtainen, joten tietoja ei arkistosta voida luovuttaa muille organisaatioille. Tiedot on kuitenkin vietävä arkistoon pitkäaikaisarkistoinnin toteuttamiseksi.

Asiakirjoja, joissa on tilapäinen yksilöintitunnus, ei voida arkistoida Tiedonhallintapalveluun. Tällaisia asiakirjoja ovat informointi-, suostumus- ja kieltoasiakirjoja sekä muut tahdonilmaisut sekä terveys- ja hoitosuunnitelma.

Kun henkilö myöhemmin saa pysyvän henkilötunnuksen, korjataan henkilön tietoihin virallinen henkilötunnus. Siten aiemmin arkistoidut asiakirjat ovat muidenkin organisaatioiden käytettävissä tai luovutettavissa. Potilastietojärjestelmä huolehtii korjatun tiedon tallentamisesta arkistoon.

6.8.1 Anonyymit potilaskirjaukset

Anonyymisti asioivista asiakkaista ei tallenneta kertomustekstiä potilastiedon arkistoon. Anonyymia tilastotietoa voi kirjata paikallisesti, mikäli on tarvetta saada paikallista suoritetilastoa tätä kautta esimerkiksi kuntalaskutukseen.

Potilasasiakirja-asetuksen mukaan asiakirjoihin merkitään aina potilaan henkilötiedot. Periaatteessa potilasta ei siis voida hoitaa anonyymisti, mutta toisaalta terveydenhuollolla on velvollisuus hoitaa myös sellaista avun tarvitsijaa, joka ei suostu ilmoittamaan nimeään henkilötunnustaan. Tällöinkin on käytettävä jonkinlaista potilaan yksilöintitunnusta, jotta samaa potilasta koskevat merkinnät voidaan yhdistää.

Samoin on toimittava, jos hoidettavaksi tuodaan tuntematon potilas, joka ei pysty ilmoittamaan nimeään. Tällöin potilasasiakirjamerkintöihin tulee viedä potilaan tunnistetiedot heti, kun henkilöllisyys on saatu selville.

6.9 Toisen henkilön itsestään kertomien tietojen kirjaaminen

Toisen henkilön itsestään kertomat arkaluonteiset, potilaan hoitoon liittyvät tiedot on erotettava potilaan muusta potilaskertomuksesta kirjaamalla ne potilastietojärjestelmässä erilleen potilaan tiedoista. Potilastietojärjestelmä muodostaa ko. merkinnöistä erillisen asiakirjan (ERAS-näkymä), joka tallennetaan arkistoon aina lisänäkymänä. Erillisasiakirjaan liitetään tiedot kirjaamistilanteen palvelutapahtumasta ja päänäköymästä, jolloin asiakirja voidaan esittää ammattilaisille oikeassa yhteydessä. Erillisasiakirjan merkintöjä ei näytetä potilaalle, eikä toiselle henkilölle Omakannan kautta, eikä muutoinkaan luovuteta potilaalle. Tarkastusoikeus erillisasiakirjoihin on sillä henkilöllä, kenen tiedoista on kyse.

6.10 Kuolleen potilaan tietojen kirjaaminen ja käyttö

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista mukaan lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen tehdyt tutkimukset kuuluvat potilasasiakirjoihin. Obduktion ohessa syntyneet tiedot tulee siten arkistoida. Kuolleen henkilön elinaikaisia potilastietoja saa hyödyntää kuoleman syyn selvittämisen yhteydessä.

On huomioitava kuitenkin, että potilastiedot jaetaan lainsäädännössä elinaikana kertyneisiin ja kuolemansyyn selvittelyn yhteydessä syntyneisiin tietoihin. Obduktiossa syntyneiden tietojen sitominen viimeiseen palvelutapahtumaan (elinaikana kertyneet tiedot) ei ole toimiva ratkaisu. On myös mahdollista, että avaus tehdään vainajalle, jolla ei ole edeltävää hoitosuhdetta kyseiseen organisaatioon. Aiempaa palvelutapahtumaa ei näin ole olemassa. Selkeintä on kirjata obduktion yhteydessä (kuoleman selvittely) kertyneet tiedot omana palvelutapahtumanaan.

Tulee huomioida, että oikeuslääketieteellisen avauksessa kertyneet tiedot eivät ole potilasrekisterin tietoja. *”Oikeuslääketieteellisestä kuolemansyyn selvittämisestä vastaa poliisi, eivätkä siinä syntyneet asiakirjat ole potilasasiakirjoja”*. Joten nämä tiedot tulee arkistoida eri rekisteriin (potilashallinnollinen rekisteri), eikä niitä tallenneta potilastiedon arkistoon.

Potilastietojärjestelmistä ei ole lupaa hakea henkilön tietoja henkilön kuoleman jälkeen. Laki kuolemansyyn selvittämisestä ohjeistaa kuolleen henkilön elinaikaisten tietojen luovuttamisen periaatteista.

Kuolleen henkilön elinaikana annettua hoitoa koskevat potilastiedot ovat samalla tavoin salassa pidettäviä kuin elävänkin henkilön. Yksityisyyden suoja ei lakkaa potilaan kuolemaan, joten myöskään salassapito ei lakkaa. Tietoja voi poikkeustapauksissa saada perustelluista syistä asianosaisen asemassa oleva esim. epäillyn hoitovirheen arviointiin. Pääsääntöisesti näissäkkin tapauksissa tiedot toimitetaan suoraan asiaa käsittelevälle viranomaiselle, esim. hoitovirhe-epäilyssä Potilasvakuutuskeskukseen. Tietoja voidaan luovuttaa vain siinä määrin kun ne ovat välttämättömiä niitä pyytävän henkilön tärkeiden etujen tai oikeuksien selvittämistä tai toteuttamista varten. Tietoja pyytävällä ei ole oikeutta saada nähtäväkseen rajoituksetta vainajan potilaskertomuksia. Pyyntö vainajan potilastietojen saamiseen tulee kohdistaa sille terveydenhuollon palvelunantajalle jonka tuottamista tiedoista on kyse.

6.11 Lääketieteellinen tutkimus - potilaskertomusmerkinnät/potilastietojen käyttö

Lääketieteelliseen tutkimukseen osallistuminen tuskin koskaan on pelkästään tutkimuksen asia (edes terveillä vapaaehtoisilla tehty), vaan sillä on lähes aina vaikutusta myös muuhun hoitoon. Silloin tieto, siitä, että potilas saa **”normaalista” poikkeavaa** hoitoa, pitää olla potilaskertomuksessa. Etenkin (kaksois)sokkotutkimuksissa, missä ei tiedetä mitä hoitoa potilas saa, ennen kuin tutkimusasetelma puretaan. Jos potilas sen sijaan osallistuu ”normaalista hoitoa” saavana tutkimukseen ja tuo hoito on tiedossa (ei ole sokkotutkimus), riittää, että annettu/suunniteltu hoito kirjataan normaaliin tapaan potilastietoihin – tutkimukseen osallistumista ei silloin ole tarpeen kirjata.

Tiedot tutkimukseen osallistumisesta on hyvä kirjata **riskitietoihin silloin, kun tutkimuksen arvioidaan aiheuttavaan kohonneen riskin**. Jos tutkimukseen osallistumista ei tarvitse huomioida muussa hoidossa, ei tietoa tulisi kirjata riskitietoihin. **Harkinta riskitietoihin kirjaamisesta pitää olla tapauskohtainen** ja siihen vaikuttaa sekä tutkimus että potilas. Lopullinen päätös on tutkimuksesta/hoidosta vastaavalla lääkäriellä. Jos riskiä ei ole tai se on hyvin pieni, riittää, että tieto on osana tavallisia potilaskertomusmerkintöjä. Riskitietoja kirjatessa *Selite, riskin huomiointi potilaan hoidossa* -kenttään kirjataan tieto miten tutkimus tulee huomioida potilaan hoidossa. Muut tiedot voi kirjata *Riskiin liittyvä lisätieto* -kenttään. Kun tutkimuksen ei enää katsota aiheuttavan kohonnuttua riskiä, tulee huolehtia, että riskitieto kirjataan päättyneeksi.

Riskitietoihin/potilaskertomukseen kirjaamisesta pitäisi mainita potilaalle annettavassa tutkimuksen informaatioissa, jotta potilas ymmärtää mihin hän antaa luvan, ja pystyy halutessaan kohdistamaan tietoihin luovutuskieltoja.

6.12 Huumetestauksien kirjaaminen

Terveystieteiden tutkimuksessa yhteydessä huumetestit on osa potilastietoa ja tallennetaan potilaskertomukseen vastauksineen. Huumetestit on arkistoitavaa potilaskertomustietoa, jonka luovuttamisen muualle terveydenhuoltoon asiakas voi kieltää.

[THL ohjaus 2/2015 Suositus terveydenhoidollisesta huumetestauksesta. Asianmukaiset menettelytavat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille.](#)

Saadut tulokset tulee merkitä asiakirjoihin yksiselitteisesti. Seulontatulosten varmistamisesta voidaan poiketa ainoastaan erikseen perustellen, ja perustelu on kirjattava potilasasiakirjoihin. Testattavalla tulee olla mahdollisuus kiistää myös varmistettu tulos ja pyytää testauksen suorittavalta taholta näytteen uudelleen analysointia. Huumetestaukseen perehtyneen lääkärin tulee tulkita varmistusanalyysin tulos ja tehdä tulkinnastaan merkintä potilasasiakirjoihin. Varmistuksessa vääräksi positiiviseksi tuloksiksi osoittautuneet ensivaiheen seulontatestin tulokset on merkittävä potilaskertomuksiin niin, ettei tuloksesta myöhemmin voi tulla väärinkäsitystä.

Samoin lait yksityisyyden suojasta työelämässä ja työterveyshuoltolaki näyttäisi siltä, että kaikki työnantajan edellyttämät huumetestit tehdään työterveyshuoltolain mukaisesti, terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa tuloksen tulkinnasta ja todistuksen antamisesta työntekijälle. Lainsäädännöstä ei löydy mitään kohtaa jonka perusteella huumetestiin liittyvät tiedot olisivat jotenkin muista terveydentilaa koskevista tiedoista poikkeavalla tavalla käsiteltäviä.

Erikseen on säännöksiä tietojen toimittamisesta työntekijälle ja työnantajalle ja työnantajan oikeudesta käsitellä tietoja.

HUOM! Poliisin pyytämät tutkimukset ovat osa esitutkinta-aineistoa ja sitä kautta eivät kuulu potilaskertomukseen, vaan poliisiin aineistoihin.

6.13 Ensihoitokertomuksen tietojen kirjaaminen ja käyttö

Ensihoidon tietojen kirjaaminen ja tallentaminen poikkeaa muiden palvelujen tietojen arkistoinnista. Ensihoidon tiedot kirjataan yhteiskäyttöisellä kenttäjärjestelmällä (KEJO) ja tallennetaan suoraan Potilastiedon arkistoon kunkin ensihoidon palvelunantajan rekisteriin. Lisäksi tietyt ensihoitoyksiköiden hälyttämisen tiedot siirtyvät hätäkeskustietojärjestelmästä (ERICA) KEJO:oon ja sieltä edelleen ensihoitokertomukseen Potilastiedon arkistoon. Ensihoitokertomus sisältää pääosin rakenteista tietoa, ja perustuu Koodistopalvelimella julkaistun tietosisältömäärittelyyn (THL/Tietosisältö – ENSIH).

Lisäksi poikkeuksena muuhun terveydenhuoltoon ensihoitokertomus voidaan tallentaa arkistoon myös keskeneräisenä versiona. Tällöin samanaikaisesti potilaan hoitoon osallistuvat osapuolet voivat hyödyntää tietoja, esimerkiksi kun potilaan jatkohoitoon pyydetään hoito-ohjetta lääkäriltä, jolla ei ole KEJO-päätelaitetta käytettävissä ja joka katsoo potilaan tiedot Potilastiedon arkistosta. Lopullinen ensihoitokertomus tallennetaan, kun palvelutapahtuma (ensihoidotehtävä) päättyy, esimerkiksi kun potilas luovutetaan vastaanottavaan laitokseen tai kun potilaan ensihoidotapahtuma päätetään muilla tavoin kuin kuljettamalla terveydenhuollon toimipisteeseen. Arkistoidun merkinnän tietosisällöstä ei pysty kuitenkaan ohjelmallisesti päättämään, onko kyseessä alustava vai lopullinen versio (arkistoidun tietosisällön pakollisuudet ovat kummallekin samat). Tietojen näyttämistä Omakannassa voidaan viivästyä luvun 6.6 mukaisesti.

Ensihoitokertomuksen arkistoituja merkintöjä voidaan korjata jälkikäteen ja tarvittaessa mitätöidä (vrt. luku 6.7). Korjaus voidaan tehdä KEJO-järjestelmästä käsin hoitotilanteessa erikseen määritetyn ajan sisällä, ja sen jälkeen tiedon voi korjata rekisterinpitäjä, jonka potilasrekisteriin tieto on tallennettu Potilastiedon arkistossa. Ensihoidon henkilöstö voi KEJO-järjestelmällä hakea tietoja Reseptikeskuksesta (lääkemääräykset ja toimitustiedot), mutta ensihoidossa ei tehdä reseptejä eikä suoraan määrätä lääkkeitä muuten kuin hoito-ohjeen muodossa. Lisäksi ensihoidon henkilöstö voi hakea ja lukea Potilastiedon arkistoon aiemmin tallennettuja potilasasiakirjoja ja keskeisiä terveystietoja (kuten riskitietoja ja pysyväisdiagnooseja) sekä ylläpidettäviä asiakirjoja (esim. hoito- ja elinluovutustahto) siltä osin kuin ensihoito niitä tehtävässään tarvitsee. Potilastietoja voi hakea Potilastiedon arkistosta ensihoitopalvelunantajan omasta rekisteristä sekä luovutus- ja hätähakuina. Luovutushaussa korostuu hoitosuhteen varmistaminen sekä se, millaisella henkilötunnuksella potilas on yksilöity (ks. tarkemmin luku 6.8).

Ensihoidon KEJO-järjestelmällä ei voi hallinnoida tahdonilmaisuja, kuten luovutuslupia tai -kieltoja tai hoitotahtoja, vaan potilaan pitää huolehtia niiden hallinnasta joko Omakannassa tai terveydenhuollossa asioidessaan.

7 Palvelutapahtuma

Palvelutapahtumalla tarkoitetaan terveydenhuollon palvelujen antajan ja potilaan välistä yksittäisen palvelun järjestämistä tai toteuttamista. Palvelutapahtumaan liittyvät tiedot (palvelutapahtuma-asiakirja ja palvelutapahtuman tunniste) muodostetaan teknisesti potilastietojärjestelmään, kun potilas ottaa yhteyttä esim. varaamalla ajan tai tulemalla päivystysvastaanotolle. Käytännössä palvelutapahtuma alkaa silloin, kun potilas tulee vastaanotolle tai kirjataan sisään osastolle. Palvelutapahtuma päättyy, kun potilas poistuu vastaanotolta tai kirjataan ulos osastolta.

Palvelutapahtuma voi olla:

- avohoidon vastaanottokäynti tai vastaava tapahtuma
- määritellystä syystä tapahtuva hoitosarja (sarjakäynnit)
- osastohoitojakso

Samaan palvelutapahtumaan kirjataan kaikki siihen ajallisesti liittyvät tutkimukset, toimenpiteet ja muut merkinnät. Palvelutapahtumaan liitetään myös esim. käynnin jälkeen valmistuvat asiakirjat, kuten myöhemmin valmistuvat laboratoriotulokset.

Palvelutapahtuma-asiakirja on voimassa kolme kuukautta palvelutapahtuman päättymisestä tai jos päättymispäivää ei ole, kolme kuukautta siitä, kun palvelutapahtuman aktiivikäyttö on päättynyt. Näin palvelutapahtuman alkuaika ei vaikuta hoitosuhteen voimassaoloon. Palvelutapahtuman uudistamista 12 kk välein ei jatkossa enää tarvitse tehdä. Muutos helpottaa esimerkiksi kotihoidon pitkien hoitosuhteiden palvelutapahtumien ylläpitoa.

7.1 Asiakirjan kiinnittäminen palvelutapahtumaan

Jokainen asiakirja on kiinnitettävä johonkin palvelutapahtumaan, jotta potilaalla olisi mahdollisuus halutessaan kieltää asiakirjojen luovuttaminen palvelutapahtumakohtaisesti.

Potilastietojärjestelmä päättelee automaattisesti palvelutapahtuman, johon asiakirja merkintöineen kuuluu. Joissakin tilanteissa järjestelmän tekemä päätelmä on väärin tai tieto puuttuu, jolloin käyttäjän tulee valita joko aiempi palvelutapahtuma tai luotava uusi palvelutapahtuma asiayhteyden mukaan. Esimerkiksi reseptin uusiminen on aina oma palvelutapahtumansa, ellei uusimista tehdä esimerkiksi käynnin yhteydessä.

Palvelutapahtumaan voi sisältyä myös **puhelimitse** tai **sähköisen asiointipalvelun** kautta tapahtuvia yhteydenottoja. Esimerkiksi, jos potilas kysyy puhelimitse laboratoriotuloksia, puhelu kuuluu siihen palvelutapahtumaan, johon laboratoriotuloksen ottaminenkin kuuluu. Jos taas puhelimitse tehdään hoidon tarpeen arviointia, kyseessä on useimmiten uusi palvelutapahtuma.

Yksi palvelutapahtuma voi sisältää useita **ajanvarauksia**. Jos potilaalle varataan aika poliklinikalle ja samaan varaukseen liitetään varaukset röntgeniin, laboratorioon ja ravitsemusterapeutille, kyse on samasta palvelutapahtumasta. Vastaavasti potilaalle voidaan tehdä useita ajanvarauksia, ja ne ovat kaikki erillisiä palvelutapahtumia. Poliklinikkakäynnillä tehdään leikkauksen päätös ja leikkauksen jälkeen varataan samalla jälkitarkastusaika, joten sekä poliklinikkakäynti, leikkaus, että jälkitarkastus ovat omia palvelutapahtumiaan.

Potilaan ollessa **osastojaksolla** palvelutapahtumaan voi liittyä myös sellaisten henkilöiden kirjaamia merkintöjä, jotka työskentelevät muissa sairaalan yksiköissä kuin kyseisellä osastolla, esimerkiksi sairaalan sosiaalityöntekijä käy osastolla olevan potilaan luona. Käynnin tiedot kuuluvat osastojakson palvelutapahtumaan, kun käynti liittyy osastohoidon syyhyyn. Jos käynnin syy on muu, se on oma palvelutapahtumansa.

Kun potilas siirtyy **päivystyksestä** osastolle (saman toimintayksikön sisällä), jatkuu päivystyksessä aloitettu palvelutapahtuma myös osastojakson ajan.

Tiettyjen sairauksien hoidossa käytetään usein toistuvia laboratoriotutkimuspyyntöjä (ns. keistolähteitä). Potilaalla on useita laboratoriotutkimuksia ja hänelle ilmoitetaan tuloksia, mutta varsinaisia vastaanottokäyntejä on harvoin. Tällaiset laboratoriotutkimukset ja niiden vastauksiin liittyvät yhteydenotot liittyvät siihen käyntiin, jonka yhteydessä toistuva laboratoriotutkimuspyyntö on alun perin tehty. Eli kaikista ko. asiaan liittyvistä yhteydenotoista ei tehdä uusia palvelutapahtumia. On suositeltavaa, että toistuva laboratoriotutkimuspyyntö päivitetään vuosittain ja luodaan samalla uusi palvelutapahtuma. Tällöin käyntiin, jossa toistuva laboratoriotutkimuspyyntö on tehty, ei kohdennu huomattava määrä tietoja pitkältä aikaväliltä.

Ensihoidossa ensihoitotehtävä on palvelutapahtuma, johon kirjataan ja tallennetaan samaan ensihoitotehtävään sisältyvät ajallisesti ja asiallisesti liittyvät, useammankin ensihoitoyksikön potilasasiakirjamerkinnät toimenpiteeseen ja tutkimukseen. Jos ensihoitopalvelun jatkona toteutuu esim. sairaalahoito (käynti tai hoitojakso), se muodostaa oman palvelutapahtumansa, kuten myös mahdolliset potilassiirrot ja hoitovastuun siirtymiset.

7.2 Erityispiirteitä yksityisten palveluntuottajien kirjauksissa

Arkistoitavat hoitoasiakirjat liitetään yksityisen palveluntuottajan rekisteriin tallennettuun palvelutapahtumaan. Hoitoasiakirjojen arkistointi vuokralaisen rekisteriin edellyttää, että vuokralaisen rekisterissä on palvelutapahtuma. Kirjaajan on kytkettävä hoitotiedot oikeaan palvelutapahtumaan, jos potilastietojärjestelmä ei sitä päättelee suoraan.

Palvelutapahtumaan voi osallistua useita toimijoita kuten lääkäripalveluyritys tai ammatinharjoittaja sekä lääkäriaseman omaa henkilökuntaa. Tämä toiminta rinnastetaan alihankintaan palvelutapahtumassa. Arkistointi hoidosta vastuullisen rekisterinpitäjän rekisteriin ei edellytä Kanta-palveluiden ostopalveluvaltuutusta, koska kyseessä on lääkäriaseman sisäinen toiminta.

Esimerkiksi päiväkirurgisessa toimenpiteessä potilastietoja kirjaavat anestesialääkäri ja kirurgi (toimivat lääkäriasemalla ammatinharjoittajina) sekä lääkäriaseman leikkaussalihenkilökunta. Toimenpiteestä muodostetaan palvelutapahtuma lääkäriaseman rekisteriin (päävastuullisen toimija). Jokainen osallinen toimija kiinnittää toimenpiteen potilaskirjaukset tähän palvelutapahtumaan.

Laboratorio- ja kuvantamisen tutkimuksissa, missä tutkimuksella on sv-koodi, muodostetaan; yksi palvelutapahtuma, vaikka tutkimukseen liittyisi useita erillisiä ajanvarauksia.

Esimerkiksi allergiatutkimusten ihotesteissä varataan erillinen aika allergiahoitajalle testiä varten ja lääkärille aika testituloksen tulkintaan. Sv-koodillisena laboratoriotutkimuksena siitä kuitenkin muodostuu vain yksi palvelutapahtuma. Mikäli tutkimuspyyntö on tehty vastaanottokäynnillä tutkimuksen suorittavalla lääkäriasemalla, kiinnitetään tutkimus tähän palvelutapahtumaan.

Tutkimukset, kuten laboratorio ja kuvantaminen, kuuluvat pääsääntöisesti siihen palvelutapahtumaan, mistä pyyntö tutkimukseen on tehty. Tutkimuspyynnöt ja vastaukset arkistoidaan pyynnön tekijän rekisteriin.

Potilas voi samalla asiointikerralla käydä useamman ammatinharjoittajan vastaanotolla. Mikäli käynneille tehdään **erilliset ajanvaraukset**, käynnit ovat itsenäisiä palvelutapahtumia. Potilaskirjaukset tallennetaan kunkin ammatinharjoittajan tai lääkäriaseman omaan rekisteriin palvelutapahtumakohtaisesti. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi hammaslääkärin ja suuhygienistin vastaanotot.

Konsultaatiotilanteissa konsultaatiopyyntö ja -vastaus arkistoidaan erikseen sekä pyynnön tekijän että vastaajan rekisteriin. Sama toimintamalli on käytössä lähteiden ja palautteiden arkistoinnissa.

Yksityisessä sairaalatoiminnassa hoitojakso tai polikliininen käynti muodostavat yhden palvelutapahtuman, jossa merkinnät at arkistoidaan **palvelutapahtumasta vastaavan** palveluntuottajan rekisteriin.

Päävastuullisen toimijan rekisteriin kirjatut merkinnät ovat myöhemmin muiden potilaan hoitoon osallistuvien käytössä, jos potilas on antanut suostumuksensa tietojen yhteiskäyttöön lääkäriaseman sisällä. Potilastiedot, joihin ei kohdistu kieltoja, on saatavissa Potilastiedon arkistosta potilaan antaman suostumuksen perusteella muiden terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön.

8 Rakenteinen kirjaaminen

Potilastiedot arkistoidaan Potilastiedon arkistoon palvelutapahtuma- ja rekisterinpitäjäkohtaisesti. Jotta terveydenhuollossa voidaan hyödyntää Potilastiedon arkistossa olevia tietoja, on arkistoon tallennettavan tiedon oltava yhdenmukaista. Yhdenmukaisesti kirjattu potilastieto parantaa tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä erilaisiin käyttötarkoituksiin ja vähentää moninkertaista kirjaamista tai tarvetta tietojen kopiointiin. Tiedonhallintapalvelun avulla keskeiset rakenteiset hoitotiedot voidaan myös koota ja ylläpitää potilaskeskeisesti. Lisäksi yhtenäinen, rakenteinen tieto edistää hakutoimintojen kehittämistä.

Rakenteiseen potilaskertomukseen liittyvät luokitukset, termistöt ja koodistot julkaistaan ja ylläpidetään [THL:n koodistopalvelimella](#). Rakenteiset tiedot ovat keskeisiltä osin yhteneviä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä. Tietosisällöt ovat yhtenevät myös julkisilla ja yksityisillä palvelunantajilla. Potilaskertomus on tarkoitettu laajaan, moniammatilliseen käyttöön ja sen tulee palvella eri ammattiryhmien tarpeita.

Sähköisen potilaskertomuksen merkintöjä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin näkymiä ja lisänäkymiä käyttäen. Lisäksi merkintöjä jäsennetään hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla. Keskeiset potilastiedot kirjataan rakenteisina tietoina tai vapaamuotoisena tekstinä, tai niitä yhdistellen.

Rakenteisen kirjaamisen periaatteet ja tarkemmat menettelytavat on kuvattu THL:n julkaisemassa yleisoppaassa: [Potilastiedon kirjaamisen yleisopas](#).

Kyseisen yleisoppaan lisäksi julkaistaan tarkempia erikois- tai palvelualakohtaisia tai ammattiryhmäkohtaisia kirjaamisoppaita. Julkaisut toteutetaan sähköisessä muodossa sitä mukaa, kun kukin opas valmistuu. Oppaan valmistuminen edellyttää, että sitä koskevat tietosisältömäärittelyt on tehty (ja julkaistu koodistopalvelimella), jonka jälkeen laaditaan ja julkaistaan kirjaamisohje. Uusia oppaita on julkaistu mm. työterveyshuollon, suun terveydenhuollon, lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon, opiskeluterveydenhuollon, hoitotyön ja 116117 Päivystysavun kirjaamisen tueksi.

Lisätietoa kaikista julkaisuista löytyy [THL:n terveydenhuollon kirjaamisohjeista](#).

Potilastietojärjestelmät ohjaavat osaltaan kansallisesti yhtenäisen, rakenteisen kirjaamisen toteutusta omissa ohjeissaan. Niiden avulla organisaatiot linjaavat lopulliset kirjaamiskäytänteensä. Kukin kirjaaja vastaa kuitenkin viime kädessä itse potilasasiakirjaan tehdyistä merkinnöistään.

9 Terveys- ja hoitosuunnitelma ja tahdonilmaisut

9.1 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Tiedonhallintapalveluun tallennetaan jatkuvasti ylläpidettävä terveys- ja hoitosuunnitelma (YHOS), jonka avulla pyritään kehittämään erityisesti pitkäaikais- ja monisairaiden potilaiden avohoitoa. Tavoitteena on, että samassa terveys- ja hoitosuunnitelmassa kuvataan potilaan terveysongelmia koskevat suunnitelmat riippumatta siitä, missä toimintayksikössä tai minkä sairauden vuoksi ne on laadittu. Tämä mahdollistaa potilaan hoidon järjestämisen ja arvioinnin kokonaisuutena. Ylläpidettävää terveys- ja hoitosuunnitelmaa ei laadita kaikille potilaille, vaan ainoastaan heille, joiden arvioidaan hyötyvän yhteisestä avohoidon suunnitelmasta.

Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitetta, periaatteita ja kirjaamista ohjeistetaan tarkemmin Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaassa luvussa [18 Terveys- ja hoitosuunnitelma](#).

Suunnitelma kuuluu aina sen palvelunantajan rekisteriin, joka suunnitelmaa on viimeksi päivittänyt. Potilaan asettamat luovutuskiekkot kuitenkin vaikuttavat suunnitelman hyödyntämiseen: jos potilas on kieltänyt suunnitelmaa päivittäneen palvelunantajan, rekisterin tai palvelutapahtuman tietojen luovuttamisen muille toimintayksiköille, kyseinen versio suunnitelmasta ei näy muille vaan päivitettäväksi tulee viimeisin versio, johon ei kohdistu kieltoa.

9.2 Tahdonilmaisut

Hoitotahto on henkilön tahdonilmaus omasta hoidostaan, jos hän vakavan sairauden, onnettomuuden tai vanhuuden heikkouden vuoksi menettää oikeustoimikelpoisuutensa. Elinluovutuksia koskevassa tahdonilmaisussa potilas ilmaisee, luovuttaako hän elimiään ja kudoksiaan elinsiirtoon kuolemansa jälkeen toisen ihmisen hoitoa varten. Hoitotahdolle ei ole määriteltyä ehdotonta muotomääräystä eli hoitotahdon sisältöä tai pituutta ei voida rajoittaa. Potilaalla on oikeus muotoilla hoitotahto haluamallaan tavalla vapaana tekstinä tai käyttäen apuna valmiita lomakkeita. Tahdonilmaisun voi peruuttaa tai muuttaa milloin tahansa. Tahdonilmaisun kirjaaminen terveydenhuollon yksikössä ei välttämättä edellytä hoitosuhdetta, vaan kansalainen voi pyytää tahdonilmaisun kirjaamista milloin tahansa ja missä toimintayksikössä tahansa - myös oman sairaanhoitopiirinsä ulkopuolella. Tahdonilmaisun voi siis kirjata terveydenhuollon toimintayksikössä joku muukin kuin potilaan hoitoon osallistuva henkilö. Muutettu tahdonilmaisiasiakirja tulostetaan potilaalle.

Potilaan tahdonilmaisut eli hoitotahto (TAH) ja elinluovutustahto (ELIN) ovat tahdonilmaisupalvelussa ylläpidettäviä asiakirjoja. Kansalainen voi toimittaa hoitotahdon henkilökohtaisesti terveydenhuoltoon tai tallentaa hoitotahdon sähköisesti Omakannassa. Hoitotahtoa ei voi toimittaa postitse, vaan toimittamisen tulee tapahtua henkilökohtaisesti, jotta terveydenhuolto voi varmistua asiakkaan henkilöllisyydestä. Pakottavissa syissä, esim. kansalainen ei käytä sähköisiä palveluita eikä halua/pysty itse asioimaan terveydenhuollossa (esim. pandemian takia ikäihmisten liikkumista on rajoitettu valtiovallan suosituksin). Tällaisessa tilanteessa puolesta-asiointi valtakirjalla tulee olla mahdollista. Organisaation toimintatavat hoitotahtojen vastaanottamiseen tulee olla terveydenhuollon toimipaikan ammattilaisilla tiedossa.

Terveydenhuollon ammattilaiset saavat uusimman tahdonilmaisun käyttöönsä aina tahdonilmaisupalvelun kautta. Tahdonilmaisupalvelussa uusi *Hoitotahtomerkintä* päivittää aina aiemmin tehtyä merkintää.

Tiedot tahdonilmaisusta ovat terveydenhuollon toimintayksiköiden käytettävissä ilman kansalaisen erillistä suostumusta. Tahdonilmaisujen katselu edellyttää kuitenkin hoitosuhdetta potilaaseen.

Kun tahdonilmaisupalvelun tallennettavat tahdonilmaukset otetaan käyttöön, on huomioitava mahdolliset aiemmat tahdonilmaukset. Nämä tahdonilmaukset eivät ole tallentuneet Tiedonhallintapalveluun. Jos hoitotahtoa ei voida kirjata sellaisenaan, on Tiedonhallintapalvelun riskitietoihin tallennettava vähintään tieto siitä, että hoitotahto on tehty, ja missä se on sekä ko. yksikön yhteystiedot. ”Hoitotahto paperisena Mämmilän terveyskeskuksessa, puh. 123456” tai ”Hoitotahto paperisena potilaalla itsellään”. Tahdonilmaisupalvelun hoitotahtoon ei ole mahdollista tallentaa skannattuja liitetiedostoja.

Alaikäisen (tai potilaslain 6§:n 2 momentissa tarkoitetun) potilaan huoltajan (tai muun laillisen edustajan) ilmaisema mielipide potilaan hoidon toteuttamiseksi, voidaan kirjata myös tahdonilmaisupalvelun hoitotahtoon. Silloin hoitotahtoon tulee kuitenkin selkeästi kirjata tieto, että kyseessä ei ole potilaan oma tahto vaan huoltajan ilmaisema mielipide. Lisäksi on huomioitava potilaslain 7§:n rajoitus, että huoltajalla ei ole oikeutta rajoittaa potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa hoitoa. Hoitotahdolla tulee aina olla se päivämäärä, jolloin hoitotahto on laadittu (eikä tallennuspäivämäärää, jos se on eri kuin laatimispäivämäärä).

Alaikäinen ei voi tehdä kirjallista hoitotahtoa, ainoastaan ilmaista mielipiteensä hoitoon liittyen. Alaikäisen oikeustoimikelpoisuutta ei voi tarkastella samoin kuin täysi-ikäisen. Myös potilaslain 7 § perustuu tähän ajatukseen: lähtökohtaisesti lapsi ei ole itsemääräävä, mutta tästä poiketaan iän ja kehitystason niin salliessa. Taustalla on ajatus siitä, että lapsella on oikeus saada suojelua ja ratkaisujen lähtökohtana on ratkaisevaa lapsen etu. Kun päätetään lapsen hoidosta tässä ja nyt, ratkaisevaa on tämä suojelunäkökulma ja lapsen oikeus elämään ja kehittymiseen. Terveystieteiden tutkimuksessa ratkaisut on tehtävä *selvittäen lapsen tahto ja kyky määrätä hoidostaan kullakin hetkellä erikseen, eikä painoa voida antaa aiemmin tehdylle hoitotahdolle*.

Potilaan tahdonilmauksien kirjaamista ohjeistetaan tarkemmin Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaassa luvussa [19 Tahdonilmaukset](#).

10 Potilasasiakirjojen haku ja katselu

Tässä luvussa kuvataan Potilastiedon arkistossa olevien potilastietojen hakemiseen ja katseluun liittyviä toiminnallisuksia.

10.1 Tietojen haku ja katselu

Asiakirjoja voidaan hakea Potilastiedon arkistosta joko terveydenhuollon toimintayksikön omaan käyttöön, tai toisen terveydenhuollon toimintayksikön rekisteristä. Jos tietoja haetaan omaan käyttöön, tiedot ovat käytettävissä samalla tavalla kuin ne olisivat omassa potilastietojärjestelmässä.

Asiakirjan luovutuksesta on kyse silloin, kun Potilastiedon arkistosta haetaan asiakirjoja, jotka on tuottanut toinen terveydenhuollon toimintayksikkö tai asiakirja haetaan saman palveluntarjoajan eri rekisteristä. Esimerkiksi julkinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto ovat erillisiä rekisterejä. Samoin yksityisessä terveydenhuollossa lääkärin tiloissa toimiva itsenäinen ammatinharjoittaja on aina erillinen rekisterinpitäjä. (ks. tarkemmin luvut 4, 6.3 ja 7.2)

Terveydenhuoltolain 9§ mukaisesti saman sairaanhoitopiirin alueella potilastietojen luovutus edellyttää, että potilas on informoitu, eikä potilas ole kieltänyt tietojen käyttöä. Muiden sairaanhoitopiirien alueilta, tai saman sairaanhoitopiirin alueella julkisen ja yksityisen toimintayksikön välillä tehtävät luovutukset edellyttävät potilaan lupaa tietojen luovutukseen. Informoinnin, suostumuksen ja kieltojen vaikutus tietojen luovutukseen on kuvattu tarkemmin luvuissa 3-5 sekä luvussa 11.

Potilastietojärjestelmässä voidaan rajata tiedonhakua niihin asiakirjoihin, joilla on potilaan hoidon kannalta merkitystä.

10.2 Hoitosuhteen todentaminen

Tietojen hakeminen Potilastiedon arkistosta edellyttää aina hoitosuhdetta tai muuta asiallista yhteyttä potilaaseen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että potilaalla tulee olla voimassaoleva palvelutapahtuma tietojärjestelmässä. Hoitosuhteen varmistus tehdään automaattisesti potilastietojärjestelmässä. Mikäli hoitosuhdetta ei ole, on annettava erityinen syy katseluun. Luokittelussa on käytettävä kansallista Koodistopalvelussa julkaistua syykoodiluokitusta ja lisäksi kenttään ”muu syy” on liitettävä käyttäjän antama selitys. Tavoitteena on ehkäistä väärinkäytöstilanteita ja helpottaa lokivalvontaa.

Kun voimassa olevaa hoitosuhdetta ei ole (esimerkiksi puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arviointi), tuottaa tuottaa potilastietojärjestelmä automaattisesti käyttäjän rooli- tai tehtäväperusteisesti tallennettavan erityisen syykoodin.

Myös sanelujen purku edellyttää usein erityisen syyn ilmoittamista (hoitosuhdetta ei palveluyksikkötietojen perusteella saada varmistettua). Syykoodina voi käyttää esim. Asiakirja- ja arkistohallinnolliset tehtävät tai Muu syy -luokkaa, organisaation sopiman käytännön mukaisesti. Erityisen syyn käyttö tietojen luovutuksen perustana helpottaa tietojen käytön valvontaa organisaatioissa.

10.3 Koosteet keskeisistä terveystiedoista

Keskeisistä terveystiedoista on mahdollista tuottaa koosteita.

Koostetiedot tuotetaan riskitiedoista, diagnooseista, laboratoriotuloksista, toteutuneista toimenpiteistä, rokotuksista, fysiologisista mittauksista sekä kuvantamisen pyynnöistä ja lausunnoista. Koosteiden avulla ammattilainen saa nopeasti kokonaiskuvan potilaan tilanteesta. Keskeisistä hoitotiedoista riskitiedot, diagnoosit ja rokotustiedot koostuvat kaikista potilastiedon arkistoon kirjatusta merkinnöistä. Muut keskeiset hoitotiedot kertyvät koosteille siitä alkaen kun niitä on kirjattu Kanta määrittelykokonaisuuden vuoden 2016 versiolla.

Keskeisiä rakenteisia tietoja ovat:

1. toimenpiteet ja kuvantamistutkimukset, jotka on kirjattu toimenpidetietokannasta;
2. rokotukset;
3. laboratoriotulokset;
4. keskeiset rakenteisesti kirjatut fysiologiset mittaustulokset asiakastietolain 14 §:ssä tarkoitetun koodistopalvelun mukaisesti;
5. diagnoosit; (myös käyntisyyt)
6. potilasasiakirja-asetuksen 13 §:n 1 momentissa tarkoitetut tiedot (riskitiedot); sekä
7. potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 4 a §:n mukainen suunnitelma potilaan tutkimuksesta, hoidosta tai kuntoutuksesta tai muu vastaava suunnitelma.

Tiedonhallintapalvelu muodostaa potilaan keskeisistä terveystiedoista koosteita, joita terveydenhuollon ammattilaiset voivat katsella potilastietojärjestelmän kautta.

Koosteiden avulla ammattilainen saa nopeasti kokonaiskuvan potilaan tilanteesta. Koostenäkymältä voi poimia merkinnän uuden merkinnän tekemisen pohjaksi. Koosteita voidaan näyttää potilastietojärjestelmissä eri tavoin. Koostenäkymien sisältöä ja käyttöä ohjeistetaan tarkemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaassa.

Lisäksi keskeisten rakenteisten tietojen sisältöä, käsittelyä ja koostamista kuvataan tietojärjestelmien toteuttamista varten julkaisussa [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely - Versio 2021](#).

Koosteista löytyy tietoa myös [Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaan](#) keskeisten terveystietojen kirjaamisohjeita koskeissa luvuissa.

10.4 Erytysuojattavat tiedot

Potilastietoja kirjataan terveydenhuollossa erikoisalakohtaisille näkymille Potilasasiakirja-asetuksen (30.3.2009/298) mukaisesti. Asetuksen 6§ 2 momentti edellyttää psykiatrian ja perinnöllisyyslääketieteen näkymille kirjattujen potilastietojen tarkasteluun potilastietojärjestelmiin toteutettavan erillisen vahvistuspyynnön muiden kuin näiden erikoisalojen palvelutapahtumissa. Käytännössä siis ennen erityisuojaattavan tiedon avaamista käyttäjältä pyydetään vahvistusta, että on tarkoitettu hakea kyseisiä tietoja.

Erytysuojattavien tietojen käytöstä tulee aina erilliset merkinnät käyttölokitehtäviin. (Suojausvaatimus ei kuitenkaan koske näihin tietoihin mahdollisesti sisältyviä lääkitystietoja ja kriittisiä riskitietoja.) Syntyvä lokimerkintä on pystyttävä erottelemaan eli käyttölokiin tulee tallettaa tieto siitä, että on tarkasteltu erillisellä vahvistusvaatimuksella seurattavia potilastietoja. Ennen erityisuojaattavan tiedon avaamista käyttäjältä pyydetään vahvistusta, että on tarkoitettu hakea kyseisiä tietoja. Sitä, millä tavoin tässä mainittu lokimerkintä tarkemmin tehdään ja erotellaan muista lokimerkinnöistä, ei ole kansallisesti määritelty. Vaatimuksen tarkka toteutustapa on siten tietojärjestelmäkohtainen.

Erytysuojaus toimii ainoastaan päänäkökuvan perusteella. Jos psykiatrian (PSY) tai genetiikan (GEN) näkymä on määritelty lisänäkömäksi, erityisuojausta ei ole.

Erityissuojauksen piirissä oleville näkymille ja myös Tiedonhallintapalvelun koosteasiakirjoille kirjattujen erityissuojattujen tietojen katselu edellyttää erillistä käyttäjän vahvistusta.

Toimintayksiköillä on voinut olla itse määriteltynä muitakin tietoja erityissuojattavaksi. Potilastiedon arkistossa erityissuojattavia tietoja ovat vain asetuksen mukaiset tiedot. Jos katsotaan, että myös muiden tietojen tulisi sisältyä erityissuojauksen piiriin, muutokset tulee esittää tehtäväksi potilasasiakirja-asetukseen.

Erityissuojattavien tietojen sisältöä ja käyttöä ohjeistetaan tarkemmin Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaassa luvussa 5 Näkymät

11 Asiakirjojen luovutus ja valvonta

11.1 Potilasasiakirjojen luovuttaminen

Kun potilasasiakirjoja annetaan minne vain rekisterinpitäjän ulkopuolelle, kyse on luovutuksesta. Jokaisesta potilasasiakirja luovutuksesta tulee muodostaa luovutusilmoitus (LILM). Potilastiedon arkiston kautta suoraan tapahtuvassa luovutuksessa sekä eri organisaatioiden välisessä luovutuksessa yhteisrekisterialueella muodostuu automaattisesti luovutuslokimerkintä.

Kansalaiset saavat itseään koskevat potilasasiakirjat nähtäväkseen Omakannan kautta. Lisäksi kansalainen voi pyytää asiakirjojaan terveydenhuollon toimintayksiköstä. Asiakirjaa näin pyydettyessä kukin terveydenhuollon toimintayksikkö/rekisterinpitäjä luovuttaa vain omaan rekisteriinsä kuuluvat asiakirjat. Myös paperikopioita luovutettaessa on huomioitava potilaan tekemät kiellot tietojen luovutukseen. Paperikopioiden luovutustilanteissa potilaan tekemät kiellot voidaan tarkastaa tahdonilmaisupalvelusta.

11.1.1 Paikalliset luovutukset ja ostopalvelun tuottajalle luovutettavat potilastiedot

Kanta-palveluiden automaatti- luovutusilmoituksien ulkopuolelle jääviä luovutuksia ovat luovutukset alueellisen potilastietojärjestelmän välityksellä, tulostetut paperikopiot ja myös tulostaminen potilaalle itselleen, joko tarkastuspyynnön perusteella tai esim. epikriisiä lähettäessä. Luovutusilmoitusta ei tarvitse tehdä silloin, kun henkilökunta tulostaa tietoja oman organisaation käyttöön esim. kotihoidossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation tulee lähettää luovutuksista Potilastiedon arkistoon manuaalisesti tietojärjestelmässä muodostettu luovutusilmoitusasiakirja.

Ostopalvelutilanteessa tuottaja toimii järjestäjän lukuun ja saa oikeudet palvelun tuottamisen kannalta välttämättömiin potilastietoihin. Ostopalveluna tuotettu palvelu on siten rinnastettavissa järjestäjän omaan toimintaan. Silloin kun tietoja tarvitaan rekisterinpitäjän omassa toiminnassa, sitä kutsutaan tietojen käytöksi ei luovutukseksi. Kuitenkin on linjattu, että ostopalvelun yhteydessä tuottajalle toimitetusta potilastiedosta muodostetaan luovutusilmoitus. Kansalaisen on vaikea hahmottaa rekisterien pitoon liittyvää lainsäädäntöä. Omakannasta puuttuvat luovutustiedot saattavat aiheuttaa epätietoisuutta, ettei tuottaja ehkä olisikaan hyödyntänyt aiempia potilastietoja palvelua tuottaessaan.

Tulosteilla tehtävässä luovutuksessa korostuu terveydenhuollon organisaation vastuu henkilökunnan jatkuvasta koulutuksesta ja ajantasaisesta ohjeistuksesta yhtenäisissä käytänteissä. Tulostetaanko oman organisaation käyttöön (ei luovutusilmoitusta) vai ulkopuolelle ml. potilas itse, jolloin on tehtävä luovutusilmoitus. Samoin tulee huomioida mahdolliset kansalaisen asettamat luovutuskiellot sekä luovutuslokitietojen salassapito. Mikäli on tarve viivästyttää kansalaiselle itselleen annettavaa tietoa häntä koskevasta luovutuksesta, voidaan salassapitoaika määritellä määräaikaiseksi tai pysyväksi.

Toimintamallien mukaan toimittaessa potilastiedon arkistoon muodostuu kattavat tiedot potilastietojen luovutuksista.

11.1.2 Luovutus viranomaisille tai lakiin perustuvan tiedonantovelvollisuuden perusteella tehtävä luovutus

Jos potilastietoja luovutetaan muille viranomaisille (mm. AVI tai poliisi. Lisätietoa, Ohje terveydenhuollon ja poliisiin väliseen tiedonvaihtoon <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162048>), terveydenhuollon

organisaatioille tai muille tahoille (mm.vakuutusyhtiöt tai KELA), joilla on oikeus saada tiedot, kukin organisaatio vastaa omaan rekisteriinsä kuuluvien tietojen luovuttamisesta. Luovutettaessa potilastietoja tulosteilla viranomaisille tulee tehdä luovutusilmoitusmerkintä potilasasiakirjoihin kansallisen koodistoluokituksen mukaisesti. Jotta luovutusasiakirja muodostuu, se pitää tallentaa potilasrekisteriin, josta se edelleen tallentuu Kantaan ja näytetään myös Omakannassa. Kantelut/muistutukset ja niihin liittyvät selvitykset tallennetaan potilashallinnolliseen rekisteriin, mutta liitteenä luovutettujen potilasasiakirjojen luovutusmerkintä tallentuu potilasrekisteriin. Kansalliset toiminnalliset vaatimukset luovutusilmoituksen tekoon viranomaisluovutuksissa perustuvat STM:n ko. soveltamisoppaan (2012) luku 2.4. tulkintaan, jonka mukaan näissä tilanteissa potilastietoja tulee käsitellä samoin kuin potilastietoja muuten luovutettaessa.

11.2 Lokivalvonta

Asiakastietolain mukaisesti: ”Palvelujen antajan tulee kerätä asiakasrekisterikohtaisesti kaikesta asiakastietojen käytöstä ja jokaisesta asiakastietojen luovutuksesta seurantaan varten lokitiedot lokirekisteriin.”

Potilastiedon arkistosta luovutettujen potilastietojen käyttöä seurataan lokivalvonnan avulla paikallisissa potilastietojärjestelmissä, samalla tavoin kuin omassa organisaatiossa syntyneiden tietojen käyttöä. Valvontaa toteutetaan organisaation omavalvontasuunnitelman mukaisesti. Erityisesti on hyvä seurata erityisen syyhyn perustuvaa ja erityissuojattujen asiakirjojen käyttöä.

Tietojen luovutuksista Potilastiedon arkistosta muodostuu erillinen loki. Luovutuksen saavalla organisaatiolla on velvollisuus seurata luovutettujen tietojen käyttöä. Toimintayksikön on seurattava myös toiminnassaan syntyneiden potilastietojen luovuttamista muille organisaatioille. Luovutuslokin rekisterinpitäjä on se organisaatio, jonka tietoja on luovutettu. Kela voi luovuttaa luovutuslokirekisterin tietojen ko. rekisterin rekisterinpitäjälle.

Jos väärinkäytöksiä havaitaan, suositeltavaa on ilmoittaa niistä sekä potilaille että niille rekisterinpitäjille, joiden rekisteriin kuuluvia potilastietoja on väärin käytetty.

11.3 Lokitiedot kansalaisen näkyville

Potilastiedon arkistoon liittymisen jälkeen kansalainen voi seurata omien potilastietojensa luovutuksia terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä Omakannan kautta.

Kansalainen voi seurata Omakannassa ainoastaan potilastietojen ja sähköisten reseptien luovutustietoja toimintayksikkötasolla ts. minkä toimintayksikön tietoa on luovutettu ja mihin toimintayksikköön. Tarkemmat luovutustiedot, mm. luovuttajan ja luovutuksensaajan henkilötiedot tallentuvat paikallisesti potilastietotietojärjestelmän käyttölokiin. Paikalliseen käyttölokiin tulee tallentua myös potilastiedoissa käyminen hallinnollisessa tarkoituksessa.

Kansalaiset voivat pyytää potilastietojensa luovutuksia koskevat lokitiedot siltä terveydenhuollon toimintayksiköltä, jonka rekisteriin hänen tietojensa on kirjattu. Kukin terveydenhuollon toimintayksikkö vastaa siitä, että potilaalle toimitetaan tämän kirjallisesti pyytämät lokitiedot. Ohjeet yhteydenottoa varten ja yhteyshenkilön tiedot tulee olla nähtävillä ainakin toimintayksikön potilasrekisterin rekisteriselosteessa. Rekisterinpitäjä voi pyytää luovutuslokitiedot edelleen Kelalta, ja antaa kansalaiselle näin tiedon siitä, mihin toimintayksiköihin tietoja on luovutettu. Luovutuslokipyyntöissä käytettävät lomakkeet on saatavissa Kelan Kanta-extranetistä. Kansalainen voi pyytää tarkempia lokitietoja potilastietojensa käytöstä siitä toimintayksiköstä, jossa epäilee tietoja käytetyn väärin. Kukin terveydenhuollon toimintayksikkö vastaa siitä, että potilaalle toimitetaan tämän pyytämät lokitiedot. Kela ei voi antaa luovutuslokitietoja suoraan kansalaisille.

Kansalaisella on myös oikeus saada pyytäessään tarkasteltavakseen paikallisen tietojärjestelmän käyttölokin tiedot. Tiedot tulee pyytää kyseisestä hoitavasta terveydenhuollon yksiköstä. Paikalliset käyttölokit on tällä hetkellä

organisaatiokohtaisia ja täten niiden tietosisältö voi vaihdella. Riippuen organisaatiosta käyttöloki voi sisältää tietoja mm. käytön tarkoitus: palvelu, hallinto, ylläpito, luovutus, hoitosuhteen peruste ja luovutuksen kohde. Samoin kuin tarkemmat tiedot luovuttajasta: käyttäjän nimi, tehtävänimike ja työyksikkö sekä rekisteri, jossa käyttäjä työskentelee.

12 Omakanta-palvelu kansalaisten käytössä

[Omakanta](#)-palvelussa kansalaiset voivat tarkastella omia terveystietojaan. Omakannassa kansalainen voi myös antaa ja peruuttaa tietojensa luovuttamista koskevia lupia, suostumuksia ja kieltoja, ja ylläpitää hoito- ja elinluovutustaasiakirjojaan sekä lähettää reseptin uusimispyynnön.

Omakanta on henkilökohtainen asiointipalvelu, johon kirjautuminen edellyttää verkkopankkitunnuksia, sähköistä henkilökorttia tai mobiilivarmennetta. Myös alaikäinen voi käyttää Omakantaa, mikäli hänellä on käytössä tarvittavat varmenteet. Lisäksi Omakannassa voi asioida toisen puolesta. Sähköinen puolesta asiointi Omakannassa tulee käyttöön vaiheittain. Lisätietoa: [Asiointi toisen puolesta \(kanta.fi\)](#).

Täysi-ikäinen ja täysivaltainen henkilö voi asioida toisen aikuisen puolesta Omakannassa, jos hänellä on siihen valtuus. Asiointi perustuu sähköiseen valtuutukseen [Suomi.fi-valtuuksilla](#). **Valtuutuksen voi myös tehdä henkilö, jolla ei ole sähköisiä tunnistautumisvälineitä.** Lisätietoa: [Tietoa valtuutuksista, DVV](#)

Toistaiseksi edunvalvojat eivät voi asioida täysi-ikäisen päämiehen puolesta Omakannassa. (DVV työstää ratkaisua, mutta toteutus saattaa olla tuotannossa vasta 2025.)

Myös alaikäisen huoltaja tai laillinen edustaja voi asioida Omakannassa huollettavan puolesta. Alaikäisen huoltaja tai laillinen edustaja on voinut aiemmin asioida Omakannassa ainoastaan alle 10-vuotiaan puolesta. Yli 10-vuotiaiden alaikäisten puolesta asiointi Omakannassa otettiin käyttöön 1.10.2020 alkaen. Käyttöönotto edellyttää tarvittavia muutoksia terveydenhuollon organisaatioiden potilastietojärjestelmiin ja etenee vaiheittain. Muutokset liittyvät päätöskykyisen alaikäisen oikeuteen vaikuttaa tietojensa näkymiseen huoltajalle Omakannassa. Mikäli terveydenhuollon ammattilainen arvioi alaikäisen kyvykkääksi päättämään hoidostaan, alaikäisellä on oikeus sallia tai kieltää resepti- tai hoitotietojensa näkyminen huoltajalle. Arvio tehdään jokaisella käynnillä tai hoitojaksolla sekä reseptikohtaisesti. Mikäli alaikäinen ei ole päätöskykyinen, tiedot näytetään huoltajalle Omakannassa. Jos taas alaikäisen päätöskykyä ei ole voitu (vielä) selvittää, tietoja ei luovuteta huoltajalle. Tieto arvioinnin tuloksesta merkitään rakenteisesti potilastietojärjestelmään, ja sen perusteella Omakanta näyttää tai ei näytä alaikäisen tietoja huoltajalle. Alaikäinen itse näkee tietonsa Omakannassa huoltajakiellosta huolimatta. Kts. lisätietoa [Alaikäinen ja Kanta-palvelut -toimintamalli terveyden-huoltoon ja apteekeille](#)

Alaikäisen puolesta asiointi Omakannassa ei ole mahdollista, jos Kanta-palvelut ei pysty tarkistamaan huoltajan oikeutta asiointiin automaattisesti. Omakanta tarkistaa huoltajuuden voimassaolon ja turvakieltoimerkinnot väestötietojärjestelmästä. Mahdolliset tietojen näkymisen ongelmatilanteet tulee huoltajien selvittää suoraan väestötietojärjestelmän ylläpitäjän (DVV) kanssa. Kanta-palveluiden kautta ei ole pääsyä väestörekisteritietoihin.

Alaikäisen puolesta asiointi Omakannassa on mahdollista huoltajille, joilla on väestötietojärjestelmään kirjattu tieto huollonjakosopimuksesta tai - määräyksestä, jossa on sovittu muustakin kuin lapsen asumisesta. Viranomaiset kirjaavat tiedot yhteishuoltajuudesta väestötietojärjestelmään siten, että Omakanta voi niitä hyödyntää ja näyttää tiedot huoltajille sen mukaan, mitä oikeuksia huoltajilla on. Käyttöönotto alkoi tammikuussa 2022. Mikäli huollonjakosopimus on kirjattu väestötietojärjestelmään koodimuotoon, huoltajien asiointi Omakannassa onnistuu. Mikäli väestötietojärjestelmään ei ole tehty kooditettua kirjausta siitä, mitä lapsen huollosta on sovittu, asiointi Omakannassa onnistuu siten, että kummatkin huoltajat valtuuttavat Suomi.fissä toisensa asioimaan lapsen puolesta Omakannassa. Joissakin tapauksissa viranomaisen on mahdollista kirjata väestötietojärjestelmään vanhoja huollonjakosopimuksia uudelleen kooditettuna. Uudistuksen myötä myös tiedonsaantioikeutetulla on mahdollisuus katsoa alaikäisen tietoja Omakannassa. Tiedonsaantioikeutettu voi olla esimerkiksi lapsen vanhempi, jolla ei ole huoltajuutta tai päätöksenteko-oikeutta terveydenhuollon asioissa.

Turvakielloilla on myös vaikutusta alaikäisen puolesta asiointiin Omakannassa. Jos toisella huoltajista on turvakielto, toinen huoltaja ei voi asioida alaikäisen puolesta elleivät huoltajat valtuuta puolesta asioivaksi huoltajaa, jolla ei ole turvakieltoa. Jos molemmilla huoltajilla on turvakielto, kumpikaan huoltajista ei voi asioida alaikäisen puolesta. **Tällöin huoltajat voivat valtuuttaa joko toisen tai molemmat huoltajat puolesta asioiviksi.** Lapsen turvakielto estää aina puolesta asioinnin Omakannassa. Kts. lisätietoa [Alaikäisen puolesta asioinnista](#) (kanta.fi).

Omakanta-palvelulla ei ole omaa tietovarastoa, vaan se näyttää potilaalle Potilastiedon arkistoon sekä Reseptikeskukseen tallennettuja tietoja. Potilastietojen näkymiseen Omakannassa vaikuttaa siis se, mitä tietoja terveydenhuollosta tallennetaan Potilastiedon arkistoon. Esim. Hoitokertomus-näkymälle kirjattuja hoitotyön päivittäiskirjauksia ei vielä tallenneta Potilastiedon arkistoon, joten ne eivät myöskään näy Omakannassa. Tulevaisuudessa Omakanta näyttää myös sosiaalihuollon palvelujen arkistoituja asiakastietoja.

Potilastietojen näyttäminen Omakannassa perustuu palvelutapahtumaan eli kaikki potilaskertomustiedot näytetään käynti- tai hoitajaksokohtaisesti. Potilasasiakirjat näytetään eri tavalla avo- ja osastohoidossa: avohoitokäynneistä näytetään kaikki merkinnät, mutta osastohoidosta vain yhteenvetotasoinen tieto sekä voimassa oleva lääkitys (VLÄÄ-näkymä). Yhteenvetotasoinen Omakannassa näytettävää tietoa ovat väli- ja loppuarvot sekä myös muut yhteenvedoksi merkityt YHT-näkymälle viedyt merkinnät, kuten hoitotyön yhteenvedo (HOI-näkymä + YHT-lisänäkymä).

Potilaan laboratorio- sekä kuvantamistutkimukset liitetään terveydenhuollossa siihen käyntiin tai hoitojaksoon, johon tutkimus liittyy. Koska Omakannassa tietojen näkyminen perustuu palvelutapahtumaan, tutkimusvastaukset löytyvät sen käynnin tai hoitojakson päivämäärältä, johon tutkimus on sidottu. Päivämäärä voi siis olla eri kuin varsinainen näytteenotto tai tutkimuksen teko päivämäärä.

Asiakirjoja joilla on toista henkilöä koskevia tietoja (ERAS-näkymä), ei näytetä Omakannassa lainkaan. Omakannassa ei myöskään näytetä terveydenhuollossa viivästettyjä asiakirjoja (kts. luku 6).

Alkuvuodesta 2021 alkaen Omakanta on näyttänyt koosteet. Koosteissa näkyvät jatkossa myös mm. rokotukset ja fysiologiset mittaukset. Lisätietoa [koosteista \(kanta.fi\)](#).

Riskitiedoista Omakanta näyttää potilaalle toistaiseksi edelleen vain kriittiset riskitiedot. Tavoite on, että jatkossa voidaan näyttää kaikki riskitiedot (myös Hoidossa huomioitavat) lukuun ottamatta käyttäytymiseen liittyviä riskitietoja. Kriittisten käyttäytymiseen liittyvien riskitietojen näyttäminen on estetty toukokuusta 2022 alkaen.

Toukokuusta 2022 alkaen Omakanta ei myöskään näytä VLÄÄ-näkymän tietoja huoltajille tai muille alaikäisen puolesta asioiville.

Taulukko 12.1 Arkistoitujen potilaskertomustietojen näkyminen Omakannassa

	Avohoitokäynnit	Osastohoitojaksot
Omakannassa näky:	- Kaikki Potilastiedon arkistoon arkistoidut potilaskertomusmerkinnät avohoitokäynneistä - Avohoitokäyntejä koskevat yhteenvetotasoiset merkinnät - kuten Väliarvio- ja Loppuarvio-otsikon alle kirjatut merkinnät - VLÄÄ-näkymän merkinnät, jos lääkitys on merkitty tarkastetuksi - puolesta asioivalle ei näytetä alaikäisen VLÄÄ-näkymää - Koosteet - diagnoosit, toimenpiteet, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, fysiologiset mittaukset, rokotukset - Kriittiset riskitiedot, pl. käyttäytymiseen liittyvät - jatkossa näytetään kaikki riskit mutta ei käyttäytymiseen liittyviä riskejä - Todistukset ja lausunnot - Lähteet ja hoitopalautteet * - Terveys- ja hoitosuunnitelma	- Osastohoitojaksoa koskevat yhteenvetotasoiset merkinnät - kuten Väliarvio- ja Loppuarvio-otsikon alle kirjatut merkinnät - VLÄÄ-näkymän merkinnät, jos lääkitys merkitty tarkastetuksi - puolesta asioivalle ei näytetä alaikäisen VLÄÄ-näkymää - Koosteet - diagnoosit, toimenpiteet, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, fysiologiset mittaukset, rokotukset - Kriittiset riskitiedot, pl. käyttäytymiseen liittyvät - jatkossa näytetään kaikki riskit, mutta ei käyttäytymiseen liittyviä riskejä - Todistukset ja lausunnot - Lähteet ja hoitopalautteet * - Terveys- ja hoitosuunnitelma
Omakannassa EI näy:	- ERAS-näkymän merkinnät - LÄÄ-näkymän merkinnät - Puolesta asioivalle alaikäisen VLÄÄ-näkymä - Käyttäytymiseen liittyvät kriittiset riskitiedot - Hoidossa huomioitavat riskitiedot - Viivästetyt potilasasiakirjat	- Päivittäismerkintä-otsikon alle kirjatut merkinnät - ERAS-näkymän merkinnät - LÄÄ-näkymän merkinnät - puolesta asioivalle alaikäisen VLÄÄ-näkymä - Käyttäytymiseen liittyvät kriittiset riskitiedot - Hoidossa huomioitavat riskitiedot - Viivästetyt potilasasiakirjat

***Lähteet ja hoitopalautteet:**
 Koska sama lähete arkistoidaan sekä lähettävässä että vastaanottavassa organisaatiossa, Omakanta näyttää kansalaiselle läheteestä viimeisimmän version. Hoitopalaute kytketään Omakannassa läheteeseen, jos se on mahdollista. Myös hoitopalautteesta näytetään kansalaiselle aina viimeisin arkistoitu versio, jos hoitopalaute on arkistoitu sekä lähettävässä että vastaanottavissa organisaatioissa.

Omakannan kautta potilas voi tarkastella palvelunantajatasolla lokitietoja Kanta-palveluissa tehdyistä tietojensa katseluista sekä kaikista terveydenhuollossa paperilla tehdyistä terveystietojen luovutuksista (kts. luku 6).

Potilaan tulisi olla ensisijaisesti yhteydessä häntä hoitaneeseen terveydenhuollon yksikköön, jos hän epäilee Omakannasta puuttuvan tietoja tai tiedot ovat virheelliset. Jokaisen potilasta ohjaavan tulee pystyä kertomaan potilaalle, mitä tietoja omasta organisaatiosta Omakannan kautta voi katsoa. Potilaalle selvitetään, miksi tieto ei näy ja milloin se näkyy, esim. jos kyse on tietojen viivästämisestä terveydenhuollossa. Jos kyse on virheestä, esim. tietoja

on kirjattu väärälle potilaalle, tiedot korjataan potilastietojärjestelmään, jonka kautta asia korjaantuu myös Potilastiedon arkistoon ja näkyy oikein Omakannassa.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa on hyvä olla sovittuna toimintamalli, miten potilaan tiedusteluihin Omakannan tiedoista vastataan. Ohjeistus löytyy Kelan Kanta-palvelujen sivustolta, [Omakannan käytön ohjaaminen](#). Ohjeiden avulla terveydenhuolto voi vastata tyypillisimpiin kansalaisten kysymyksiin ja perehdyttää henkilökunnan organisaation Omakantaa koskeviin vastauskäytäntöihin.

13 Ostopalvelun valtuutus

Hankittaessa palveluita ostopalveluina tai muulla vastaavalla tavalla (kuten palvelusetelillä toiselta), on kyseiset potilasasiakirjat liitettävä Palvelusetelilain mukaisesti palvelunjärjestäjän rekisteriin.

Ostopalveluissa syntyvien asiakirjojen arkistoinnin toteuttamiseen eri tapoja. Riippuen siitä millä tavalla asiakirjojen käsittelystä on sovittu palvelunjärjestäjän ja ostopalvelun tuottajan kesken.

- Ostopalvelun tuottajalla voi olla käytössään palvelun järjestäjän/tilaajan potilastietojärjestelmä, jonka avulla potilastiedot voidaan tallentaa suoraan tilaajan rekisteriin, kuten järjestäjän omassa toiminnassa syntyneet asiakirjatkin, ja välittää Potilastiedon arkistoon. Palveluntarjoaja on vastuussa siitä että valtuudet on vain niillä, joilla ne pitää olla ja vain siinä laajuudessa kuin välttämätöntä.
- Ostopalvelun tuottaja voi myös erikseen lähettää sovitut asiakirjat (esim. hoitopalautteet) järjestäjälle, joka tallentaa ne omaan potilastietojärjestelmäänsä ja rekisteriinsä. Vaatimus on, että palveluntuottajan on pystyttävä erottelemaan järjestäjän rekisteriin kuuluvat asiakirjat omassa potilastietojärjestelmässään.
- **Ostopalvelun tuottaja voi arkistoida asiakirjoja myös suoraan järjestäjän rekisteriin Potilastiedon arkistossa Ostopalvelun valtuutus -lomakkeen avulla.**

Ostopalvelun valtuutuksella toteutettavan arkistoinnin edellytys on, että molemmat osapuolet ovat liittyneet Kanta-palveluiden käyttäjiksi. Ostopalveluiden järjestäjä tallentaa Potilastiedon arkistoon ostopalvelun valtuutusasiakirjan, joka voi olla **rekisteritasoinen tai potilaskohtainen**.

- Potilaskohtaista valtuutusasiakirjaa käytetään silloin, kun ostopalvelua tai palvelusetelipalvelua järjestetään yksittäisille potilaille.
- Rekisteritasoinen valtuutus on tarkoitettu niihin tilanteisiin, joissa palvelut koskevat kaikkia kyseisen rekisterin potilastietoja, ja joissa potilaita ei voida etukäteen tietää. Esimerkiksi hyvinvointialue x ulkoistaa ilta/yö päivystyksen tai hyvinvointialue ulkoistaa kuvantamispalvelut toiselle tuottajalle.

Valtuutusasiakirja mahdollistaa tuottajalle pääsyn Potilastiedon arkistossa järjestäjän rekisteriin tallennettuihin potilastietoihin. Järjestäjän rekisteriin kuuluvien, hoidon kannalta tarpeellisten tietojen luovutus arkistosta on mahdollista riippumatta potilaan mahdollisesti asettamista luovutuskielloista.

Palvelunjärjestäjä määrittelee potilaskohtaiseen valtuutukseen, mitä järjestäjän rekisterissä olevia potilaan asiakirjoja palveluntuottaja tarvitsee palvelun tuottamiseen.

Ostopalvelun järjestäjä voi valita luovutettavaksi:

- Kaikki oman rekisterinsä yksilöityä potilasta koskevat asiakirjat,
- Rajatun aikavälin asiakirjat tai
- Potilaan tiettyjä palvelutapahtumia koskevat asiakirjat
- Järjestäjä voi myös määritellä, ettei palvelun tuottamiseen tarvita lainkaan käyttöoikeutta potilasta koskeviin asiakirjoihin
- Palveluntuottajalle on kaikissa tilanteissa annettava kuitenkin arkistointioikeus

Rekisteritason valtuutuksessa voidaan käyttöoikeus antaa vain kaikkeen potilastietoon tai evätä käyttöoikeus kokonaan.

Mikäli tuottaja ei muodosta omaa palvelutapahtumaa palvelun järjestäjän rekisteriin, niin järjestäjä voi ilmoittaa erikseen palvelutapahtuman, johon palveluntuottajan tulee liittää arkistoitava asiakirjat. Esimerkiksi ostettaessa kuvantamisen lausuntoa on lausuntoasiakirja liitettävä siihen palvelutapahtumaan missä kuvantamisen tutkimuspyyntö on arkistoituna.

Ostopalvelun valtuutuksen perusteella ei voida arkistoida potilastietoja järjestäjän rekisteriin, jos potilaalla on tilapäinen yksilöintitunnus. Järjestäjän ja tuottajan pitää keskinäisin sopimuksin sopia miten tilapäisten yksilöintitunnusten kanssa toimitaan.

Myös OSVan nojalla potilastietoja hyödynnettäessä vaaditaan voimassaoleva hoitosuhde tai muu asiallinen yhteys. Kantapalvelut tarkistaa palvelutapahtuman voimassaolon ennen potilastietojen luovuttamista. Tietojen luovuttaminen tallentuu Kanta luovutuslokiin.

Muuta huomioitavaa tiedonhallinnassa!

- HILMO tilastointi vaatimus ulottuu myös ostopalveluna toteuttaviin palveluihin – on sovittava sopimuksin kuka tiedot toimittaa.
- Asiakaslaskutus maksuasetuksen mukaisesti – sovittava sopimuksin kuinka laskutustiedot siirtyvät järjestäjälle.
- Muistettava huomioida oman toiminnanohjauksen raportoinnissa, että aiemmin omassa tietojärjestelmässä kirjatut merkinnät puuttuvat paikallisesta tietojärjestelmästä. Ainoastaan potilasasiakirjamerkinnot siirtyvät järjestäjän rekisteriin.

13.1 Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely ostopalvelutilanteissa

Opas terveydenhuollolle, STM 2012. ohjeistaa potilastietojen käsittelyä ostopalvelutilanteissa seuraavasti: Rekisterinpitäjällä on oikeus määrätä ja velvollisuus kantaa vastuu potilastietojen käsittelystä, joskin potilaslain 12 §:ssä säädetty velvoitteet laatia ja säilyttää potilasasiakirjoja koskevat myös palvelujen tuottajaa ostopalvelutilanteissa. Potilasasiakirja-asetuksen 5 §:n mukaan terveystietojen järjestäjän on sovittava ostopalvelutilanteissa kirjallisesti potilasasiakirjojen rekisterinpitoon ja käsittelyyn liittyvistä tehtävistä ja vastuista. Tässä sopimuksessa on aina syytä todeta, onko palvelun tuottajalla ja/tai toteuttajalla oikeus luovuttaa ostopalvelun yhteydessä syntyneitä potilasta koskevia tietoja. Edellytys tälle on aina, ettei tietojen antamiselle ole laissa säädettyä estettä. Jos palvelun tuottaja oikeutetaan luovuttamaan potilastietoja, sopimuksessa on syytä ilmaista selvästi ne tilanteet ja edellytykset, joiden vallitessa toimeksisaajan on siirrettävä pyyntö rekisterinpitäjän päätettäväksi. Poikkeuksena tästä Palveluntuottaja voi pyydettäessä tulostaa potilaalle ostopalvelun tuottamisen aikana syntyneitä hoitoasiakirjoja (edellyttää hoitosuhteen voimassaoloaika). Palveluntuottajan järjestelmän tulee tuottaa luovutusilmoitus potilaalle luovutetuista tulosteista ja luovutusilmoitus on tallennettava Potilastiedon arkistoon.

13.2 Alihankinta

Potilastiedon arkisto ei tue ostopalveluiden ketjutusta, eli tilannetta, jossa ostopalvelun tuottaja hankkii palvelua alihankintana kolmannelta osapuolelta. Näissä tilanteissa palvelun järjestäjä antaa ostopalvelun valtuutuksen myös alihankkijalle.

Esimerkki 1: työterveyshuollossa lääkäriasema tekee sopimuksen työterveyspalvelun tuottamisesta yrityksen x kanssa, mutta palvelua toteuttaessaan se hankkii lääkäripalveluita alihankintana tiloissaan toimivalta ammatinharjoittajalta tai yritykseltä (tai joissain tapauksissa alihankkija voi toimia jopa muulla paikkakunnalla). Lääkäriasema on päävastuullinen palveluntuottaja, ja se toimii rekisterinpitäjänä kaikille sen omassa ja alihankkijoiden toiminnassa syntyneille potilastiedoille.

Esimerkki 2: kunta z ostaa tai tilaa yritykseltä kuntoutuspalveluita. Kunta vastaa palvelun järjestämisestä ja on tällöin varsinainen rekisterinpitäjä, joten asiakirjat arkistoidaan Potilastiedon arkistoon kunnan rekisteriin.

13.3 Kantapalveluiden Ostopalvelun valtuutus lomake on päivittynyt

Kantapalveluiden Ostopalvelun valtuutus lomakkeesta on tuotannossa ja yhteistestattavana ns. OSVA 2 versio. Muutoksia peruslomakkeen toimintoihin on useita.

- OSVA 2.0 tuottajätieto voidaan jättää ostopalveluvaltuutusta laadittaessa tyhjäksi ja tallentaa OSVA lomake potilastiedon arkistoon. Potilaan valitsema tuottaja lisää tiedot tuottajakenttään sen jälkeen kun on potilaan HETU haulla noutanut arkistosta OSVAn omassa tietojärjestelmässään hyödynnettäväksi.
- OSVA 2.0 tietosisältö mahdollistaa OSV:n erottelun silloin kun palveluntuottajalle on useita OSV:ia samalle henkilölle – järjestäjän rekisterin tietojen käyttöoikeus voidaan rajata per asiakas per OSVA.
- Palvelun tiedot -elementti on toistuva eli yhdellä ostopalvelun valtuutus -asiakirjalla voi täydentää useamman palvelun tietoja, esimerkiksi tilanteessa, jossa ostopalvelun valtuutus kattaa useamman palvelun muodostaman palvelupaketin. Palvelun tiedot -elementissä voidaan tarkentaa ostopalvelun valtuutuksen palvelusisältöä.
- Viite Potilastiedon arkiston asiakirjaan tai merkintään: Ostopalvelun valtuutuksen palvelun sisältöä voidaan tarkentaa viittaamalla olemassa olevaan merkintään tai asiakirjaan Potilastiedon arkistossa, esimerkiksi kuvantamisen pyyntöön. Viittaus kohdentuu asiakirjan viimeisimpään versioon (CDA-asiakirjan setID-viittaus).
- Lisätieto: Lisätietona voidaan antaa esimerkiksi tarkemmat ohjeet palveluntuottajalle. Lisätietokenttä tilatusta palvelusta ja sen mahdollisista lisäehdoista helpottaa tuottajien pääsyä tekemään työtä sujuvoittavia työlistoja (mm. kuvantamisen lausuntojen työjonot).
- OSVA2 sisältää palvelusetelitunnisteen, jota hyödynnetään mm. HILMO tilastoinnissa hoitopääsyn seurannassa.
- OSVA2 sisältää tuen Alaikäisen puolesta-asiointiin. Alaikäisen kieltä -kentässä ilmaistaan alaikäisen tahto kieltää esimerkiksi palvelusetelin näkyminen Omakannassa vanhemmille