Kirjaamisopas

Potilastiedon kirjaamisen yleisopas

Taina Jokinen ja Heikki Virkkunen (toim.)

4.0

05 / 2021

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Versionhallinta

Versio ja julkaisua-jankohta	Muutokset
1.0 2013	Oppaan ensimmäinen versio.
2.0 2015	Oppaan toinen versio
3.0 2018	Oppaan kolmas versio
4.0 2021	Luku 3: Päivitetty lainsäädäntöä koskevat muutokset. VRK muutettu Digi- ja väestötietovirastoksi (DVV). Luku 5: Lisätty uudet näkymät kuvaan 5.1 ja tarkennettu palvelu- ja ammattikohtaisten sekä erityissuojattujen näkymien käyttöä. Luku 6: Tarkennettu Lääkehoito-otsikon käyttöä. Luku 9: Taulukkoon 9.1 lisätty lisätietoa sarake ja tulevia luokituksia. Luku 10: Riskitietojen Omakannassa näyttäminen muuttunut. Taulukko 10.2, Ryhmää R laajennettu hoitolinjauksilla ja hoitopoikkeamilla. Luku 10.2.3 Lisätty luokka S4. Luku 10.2.8 Luokan R2 termejä tarkennettu (saattohoito ja palliatiivinen hoito ovat hoitolinjauksia) lisätty luokka R3. Luku 10.2.9, Omakannassa näyttäminen muuttunut. Luku 12. Kuva-aineistojen arkiston tilanne päivitetty. Lisätty luku 12.3.5 (myöhempien lukujen numerointi muuttunut 12.3.5 -> 12.3.6 ja 12.3.6–> 12.3.7) Luku 13.1 Lisätty koodirajoitus komplikaatioiden kirjaamiseen. Luku 14. Luku kirjoitettu uudelleen vastaamaan nykysuunnitelmien mukaista tilannetta. Luku 15.2 Lisätty rokotussuostuksista poikkeamisen kirjaamisen ohje. Luku 16: Tarkennettu todistusten ja lomakkeiden käyttöönottoa Potilastiedon arkistossa. Luvut 20-22: poistettu. Lukujen 20-21 ohjeet kuvataan jatkossa Potilastiedon arkiston toimintamalleissa. Luku 22 ohjeistetaan Potilastiedon arkiston toiminnallisissa ja teknisissä määrittelyissä. Liite 1: poistettu erilliset käsitekuvaukset ja lisätty linkki Sote-sanastoihin.

Sisällys

Versionhallinta 2
Lukijalle versio 2021 8
Lukijalle versio 2018 9
Lukijalle versio 2015 10
Lukijalle 11
Tiivistelmä 12
1 Oppaan tausta ja tavoite 13
1.1 Oppaan tavoite 13
1.2 Oppaan suhde muihin oppaisiin ja rajaukset 14
1.3 Oppaan käyttö ja rakenne 15
2 Rakenteistamisen hyödyt 16
2.1 Hyötyä ammattihenkilöille ja organisaatioille 16
2.2 Hyötyä potilaalle 17
3 Lainsäädännön asettamat puitteet 18
3.1 Potilasasiakirjamerkinnät 18
3.2 Yleistä potilastietojen käsittelystä 18
3.3 Kanta-palvelut ja niiden käyttöönotto 20
3.3.1 Keskeiset valtakunnalliset toimijat ja vastuut 20
3.3.2 Potilastiedon arkisto ja alueellinen yhteinen potilasrekisteri 21
3.3.3 Resepti-palvelu 21
3.3.4 Tiedonhallintapalvelu ja Omakanta 21
4 Potilasasiakirjat ja potilaskertomuksen rakenteet 23
4.1 Yleistä potilasasiakirjoista 23
4.2 Rakenteisen tiedon periaatteet 24
4.3 Sähköisen potilaskertomuksen rakenteet 24
4.4 Erikois- ja palveluala- sekä ammattikohtaisten potilastietojen käyttö 26
5 Näkymät 28
5.1 Lisänäkymät 29
5.2 Erikoisalakohtaiset näkymät 30
5.3 Palvelukohtaiset näkymät 31
5.4 Ammatilliset näkymät 32
5.5 Yleiset näkymät 33
5.6 Koosteet 34
5.7 Erityissuojatut näkymät 35
5.8 Lomaketyyppiset näkymät 35
5.9 Tekniset näkymät 35

6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot 36
6.1 Hoitoprosessin vaiheet 36
6.2 Otsikot ja lisäotsikot 37
6.3 Otsikoiden käyttäminen eri vaiheissa 39
7 Potilaan perustiedot 48
7.1 Henkilön yksilöintitiedot 48
7.2 Henkilön yhteystiedot 49
7.3 Yhteyshenkilö 51
7.4 Vakuutusyhtiö 51
7.5 Turvakielto 51
7.6 Henkilötietolomake 52
7.7 Henkilötietojen jatkokehitys 52
8 Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tiedot 53
8.1 Merkinnän tekijän ja hoidon antajan tunnistetiedot 53
8.2 Palvelutapahtuman tunnistetiedot 54
9 Tulosyyt, käyntisyyt ja diagnoosit 56
9.1 Tulosyy 58
9.2 Käyntisyy 58
9.3 Diagnoosi 59
9.4 Diagnoosin ja käyntisyyn tietosisällöt 59
9.4.1 Diagnoosi- ja käyntisyykoodit 59
9.4.2 Diagnoosin tai käyntisyyn ensisijaisuus 60
9.4.3 Diagnoosin tai käyntisyyn pysyvyys 61
9.4.4 Diagnoosin tai käyntisyyn varmuusaste 61
9.4.5 Tiedon lähde 62
9.4.6 Diagnoosin tai käyntisyyn toteamishetken tiedot 62
9.4.7 Diagnoosin päättymisen tiedot 63
9.4.8 Hoitoepisodi ja diagnoosin tai käyntisyyn episoditunnus 63
9.5 Aiempien diagnoosi- ja käyntisyymerkintöjen hyödyntäminen 64
9.5.1 Aiemmin kirjattujen diagnoosien ja käyntisyiden poimiminen 64
9.5.2 Diagnoosin tai käyntisyyn tarkentaminen 65
9.6 Diagnoosien ja käyntisyiden koostetiedot 65
10 Riskitiedot 67
10.1 Riskitietojen tietosisältö 68
10.1.1 Riskitiedon tyyppi ja riskin koodi 68
10.1.2 Riskitiedon nimi ja vapaamuotoiset tarkenteet 69
10.1.3 Riskitiedon aste 70
10.1.4 Riskin rakenteiset tarkennetiedot 71
10.1.5 Riskin toteamisen tiedot 71

10.1.6 Riskin päättymisen tiedot 71
10.2 Eri riskityyppien kirjaaminen 72
10.2.1 Lääkereaktiot ja -allergiat 72
10.2.2 Muut allergiat 72
10.2.3 Riskitaudit ja - hoidot 72
10.2.4 Verituotteiden annossa huomioitavat asiat 73
10.2.5 Erityishuomiointia vaativat hoidot 73
10.2.6 Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit 74
10.2.7 Mikrobit ja eristystarve 74
10.2.8 Hoidon rajaukset, hoitolinjaukset ja hoitopoikkeamat 75
10.2.9 Käyttäytymiseen liittyvät riskit 75
10.2.10 Muut riskit 76
10.2.11 Raskaustiedon kirjaaminen 76
10.3 Riskitietojen kooste 76
11 Terveyteen vaikuttavat tekijät 78
11.1 Terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen 79
11.2 Terveyteen vaikuttavat tekijät ja niiden mittarit 80
11.2.1 Tupakointi 80
11.2.2 Päihteet ja huumaavat aineet 81
11.2.3 Liikunta 81
11.2.4 Ravitsemus 81
11.2.5 Suun ja hampaiden kunto 82
11.2.6 Raskaus 82
12 Tutkimukset ja mittaukset 83
12.1 Fysiologiset mittaukset 84
12.1.1 Fysiologisten mittaustietojen kirjaaminen 84
12.1.2 Fysiologisten mittausten koostetiedot 85
12.2 Laboratoriotutkimukset 86
12.2.1 Laboratoriotutkimusten pyynnöt 86
12.2.2 Laboratoriotutkimusten tulokset ja lausunnot 86
12.2.3 Laboratoriotutkimusten koostetiedot 87
12.3 Kuvantamistutkimukset 88
12.3.1 Kuvantamistutkimusten pyynnöt 88
12.3.2 Toteutuneet kuvantamistutkimukset 88
12.3.3 Kuvantamistutkimusten lausunnot 89
12.3.4 Näkyvän valon kuvat 89
12.3.5 Mittauslaitteiden tuottamat kuvat, videot ja biosignaalit 90
12.3.6 Säteilyaltistus 90
12.3.7 Kuvantamistutkimusten koostetiedot 91

13 Toimenpiteet 92
13.1 Toimenpiteiden kirjaaminen 93
13.2 Toimenpiteiden kooste, toimenpidekertomus ja yhteenvetotiedot 94
13.3 Toimenpiteisiin liittyvät valokuvat ja muut kuvat 95
14 Lääkehoito 96
14.1 Lääkitystiedot ja niiden kehittäminen 2015–2030 96
14.2 Lääkitystietojen kirjaaminen potilaskertomukseen 97
14.2.1 Lääkemerkintöjen rakenteinen kirjaaminen 97
14.2.2 Lääkemerkintöjen kirjaaminen kertomusnäkymille 98
14.3 Lääkemääräysten rakenteinen kirjaaminen 99
14.3.1 Lääkemääräyksen perustiedot ja potilaan tiedot 99
14.3.2 Lääkkeen määrääjän ja lääkemääräyksen käsittelijän tiedot 99
14.3.3 Lääkkeen tiedot 99
14.3.4 Lääkkeen määrätty määrä reseptillä 100
14.3.5 Lääkkeen annostustiedot 100
14.3.6 Käyttötarkoitus 102
14.3.7 Reseptin muut tiedot 102
14.4 Reseptin korjaaminen ja mitätöinti 102
14.5 Lääkehoidon tarkistaminen 103
14.5.1 Lääkitystarkistusten tyypit 104
14.5.2 Lääkehoidon tarkistusten kirjaaminen 105
14.6 Lääkehoidon muut kirjaukset 108
14.6.1 Lääkkeen antokirjaus 108
14.6.2 Lääkkeen haittavaikutusten kirjaukset 109
14.6.3. Lääkitykseen liittyvien riskitietojen kirjaukset 109
14.6.4 Lääkehoidon ohjeistus 109
15 Ennaltaehkäisy ja rokotukset 110
15.1 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto 110
15.2 Rokotustiedot 111
15.3 Rokotusyhteenveto ja rokotusrekisterit 113
16 Lausunnot ja todistukset 114
16.1 Vakioidut lomakerakenteet 114
16.2 Vapaamuotoiset lausunnot 115
16.3 Virka-apupyynnöt ja muut erityistilanteet 115
17 Yhteenveto- ja päivittäismerkinnät 117
17.1 Palvelutapahtuman yhteenveto 117
17.2 Loppu- ja väliarviot 117
17.3 Päivittäismerkintä 118
18 Terveys- ja hoitosuunnitelma 119

18.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoite 119
18.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman periaatteita 120
18.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman täyttäminen 120
18.3.1 Hoidon tarve 121
18.3.2 Hoidon tavoite 121
18.3.3 Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot 121
18.3.4 Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi 122
18.3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot 122
18.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman esimerkki 122
19 Tahdonilmaukset 124
19.1 Hoitotahto 124
19.2 Elinluovutustahto 124
Lähteet 126
Liite 1: Keskeiset käsitteet 128
Liite 2 Kertomusesimerkki 129

Lukijalle versio 2021

Tämän kirjaamisoppaan vuoden 2021 versiossa on muutettu oppaan nimeä Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaaksi eikä siinä enää käytetä lisäystä "osa 1". Muutos johtuu siitä että oppaalle ei tulla julkaisemaan jatko-osaa 2, vaan julkaisemme kunkin tarkemman kirjaamisoppaan jatkossa erillisjulkaisuna tarkentamaan tätä yleisopasta.

Suurimmat muutokset oppaassa on tehty lukuun 14, jossa ohjataan lääkehoidon kirjaamista sekä lukuun 3, jossa kuvataan lainsäädäntöä. Muiden lukujen päivitykset ovat pienempiä, kuten lukuun 10 Riskitiedot sekä lukuun 5 Näkymät tehdyt muutokset. Useassa kohtaa on tarkistettu käsitteitä sekä linkkejä.

Oppaasta on poistettu luvut 20 (Ostopalveluvaltuutus) ja 21 (Potilastietojen luovutus), koska niitä koskevien asiakirjojen käytön ohjeistus kuvataan Potilastiedon arkiston toimintamalleissa. Lisäksi poistettiin luku 22 (Kirjaamisen standardeista), koska siinäkään ei ollut varsinaisesti ohjeita potilastiedon kirjaajille. Liite 1 sisältää suoran linkityksen Sote-sanastoihin.

Tähän oppaaseen tehdyt muutokset on kuvattu tarkemmin osiossa Versionhallinta.

Kirjaamisoppaan päivitys on tuotettu THL:n sisäisenä työnä.

Toukokuussa 2021

Toimittajat

Lukijalle versio 2018

Rakenteisen kirjaamisen oppaan (osa 1) vuoden 2018 versiossa on poistettu vanhentuneita ohjeita tai havaittuja virheitä. Lisäksi joitain kirjaamisohjeita on tarpeen mukaan tarkennettu tai muutoin päivitetty. Opas on päivitetty vastaamaan pääosin vuosien 2017–2020 tilannetta painottuen tietorakenteisiin, jotka ovat tuolloin saatavilla Potilastiedon arkiston käyttäjien tietojärjestelmiin potilastiedon kirjaamisen ja arkistoinnin tueksi. Oppaassa on pyritty huomioimaan myös Kanta-palvelujen uusimpien ja tulevien tietosisältöjen julkaisusuunnitelma ja aikataulua. Kirjaamisohjeita on päivitetty käytännössä kaikissa luvuissa. Osassa on tehty laajempia ja osassa pienempiä päivityksiä. Joidenkin lukujen tietoja on yhdistetty ja esimerkiksi 2015 version luku 6 on eriytetty lukuihin 4, 5 ja 6. Kokonaan uusi on luku 20, joka kuvaa ostopalvelun valtuutuksen laatimista ja sen oikeutuksella toteutuvaa potilastietojen käyttöä ja kirjaamista.

Tätä opasta kirjoitettaessa on valmistelussa potilastiedon käsittelyyn ja kirjaamiseen liittyvää lainsäädäntöä, joka huomioidaan seuraavassa päivityksessä (2019). Myös kansallisiin hoitoilmoitustietoihin (HILMO) on tulossa muutoksia. Lisäksi potilaskertomustiedoissa on meneillään useita tietomäärittelyjä, jotka vaikuttavat tämän oppaan nykyisiin kirjaamisohjeisiin (esimerkiksi valtakunnallinen lääkityslista) mahdollistaen jatkossa potilastietojen aiempaa paremman rakenteisen kirjaamisen ja hyödyntämisen.

Tarkempia erillisohjeita laaditaan jatkossa niin erikoisala-, palveluala- ja ammattiryhmäkohtaiseen kirjaamiseen kuin tiettyjen potilasryhmien hoidon rakenteiseen kirjaamiseen. Julkaistavat ohjeet liittyvät esimerkiksi suun terveydenhuollon, työterveyshuollon, ensihoitopalvelun, raskauden ajan ja äitiyshuollon, lastenneuvolan, kouluterveydenhuollon, opiskeluterveydenhuollon, kuntoutuksen ja toimintakyvyn, hoitotyön päivittäismerkintöjen sekä psykiatrian tietomäärittelyihin. Näitä kirjaamisohjeita on tarkoitus julkaista sitä mukaa, kun ne valmistuvat (ns. oppaan osa 2 julkaisut).

Rakenteisen kirjaamisen oppaan ensimmäisen osan päivitys on tuotettu pääosin THL:n sisäisenä työnä. Lisäksi päivitystyöhön on osallistunut muista organisaatioista eri alojen asiantuntijoita. Kaikille isot kiitokset yhteistyöstä. Erityiskiitokset Tuija Savolaiselle, Outi Lehtokarille, Jonna Saloselle ja Kauko Hartikaiselle.

Helsingissä kesäkuussa 2018

Toimittajat

Lukijalle versio 2015

Rakenteisen kirjaamisen oppaan vuoden 2015 päivitysversiossa on tarkennettu kirjaamisen ohjeistusta. Opas on päivitetty vastaamaan 2017-2018 tilannetta painottuen kirjaamisrakenteisiin, joita suunnitellusti ovat silloin käytettävissä. Kirjaamisohjeita on päivitetty laajasti luvuissa 6 ja 14 ja muissa luvuissa on tehty pienempiä päivityksiä.

Lisäksi aikaisempi luku 17 Apuvälineet, toimintakyky ja kuntoutus on kokonaisuudessaan siirretty oppaan osaan kaksi, jossa sen osuutta laajennetaan ja syvennetään. Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen oppaan toinen osa kattaa erityis- ja ammattialakohtaisen kirjaamisen sekä mm. tiettyjen tautiryhmien kirjaamista. Oppaan toinen osa on THL:n valmistelussa ja julkaistaan vuoden 2015 kuluessa.

Oppaan toimittajien lisäksi Jari Numminen tarkensi terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamista käyttäjän näkökulmasta ja osallistui luvun 11 Terveyteen vaikuttavat tekijät tarkentamiseen.
Rakenteisen kirjaamisen ensimmäisen osan päivitys on tuotettu THL:n sisäisenä työnä, mutta tahdomme kiittää päivitettyä sisältöä toimittanutta Jari Nummista Hämeenlinnan terveyspalveluista. Lisäksi päivitykseen ovat antaneet palautetta Mikko Härkönen ja Anna Kärkkäinen, THL sekä Tuija Savolainen Kuntaliitosta.

Helsingissä huhtikuussa 2015

Toimittajat

Lukijalle

Rakenteisen kirjaamisen oppaan tavoitteena on kuvata valtakunnallisesti yhtenäisten rakenteisten potilastietojen kirjaamista ja käyttöä potilastiedon kirjaajan tai käyttäjän näkökulmasta. Opas sisältää esittelyn potilaskertomuksen yhtenäisistä rakenteista, näkymistä, otsikoista ja hoitoprosessin vaiheistuksesta. Aihekohtaiset kuvaukset sisältävät myös rakenteisiin liittyvien luokitusten ja koodistojen esittelyä.

Jotta terveydenhuollossa voidaan hyödyntää valtakunnallisessa Potilastiedon arkistossa olevia tietoja, on arkistoon tallennettavan tiedon oltava yhdenmukaista. Yhdenmukainen potilastieto parantaa tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä eri käyttötarkoituksiin, ja näin vähentää moninkertaista kirjaamista.

Tämä julkaisu korvaa oppaan *Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt* luvut 1 – 6 (Ydintieto-opas, 2009). Rakenteisen kirjaamisen opas koostuu kahdesta osasta. Osa I sisältää Ydintieto- oppaan alkuosan päivitetyt luvut 1-6 ja myöhemmin ilmestyvä osa II yksityiskohtaisemmat eri ammatti- ryhmien käyttämät ja erikoisalakohtaiset tiedot. Tässä oppaan versiossa kuvataan rakenteista kirjaamista vuonna 2014 edellytettävien valtakunnallisten kertomusrakenteiden mukaisesti.

Opas on tarkoitettu ensisijaisesti terveydenhuollon potilastietojärjestelmien pääkäyttäjille sekä esimerkiksi potilastiedon kirjaamisen koulutuksia järjestäville tai organisaatio- ja järjestelmäkohtaisia ohjeita laativille sekä tarpeen mukaan myös muille terveydenhuollon ammattihenkilöille. Potilastietojärjestelmien toimittajille oppaasta on hyötyä muun muassa arvioitaessa määritysten mukaisten muutosten vaikutuksia.

Oppaan sisältö tuotettiin toimituskunnassa, johon kuuluivat:

Jorma Komulainen Duodecim

Tuija Savolainen Kuntaliitto

Kauko Hartikainen Kuntaliitto

Jari Numminen Hämeenlinnan terveyspalvelut

Jukka Lehtovirta THL

Heikki Virkkunen THL

Riikka Vuokko THL

Taina Jokinen THL

Kiitämme Marja Rahkolaa ja Outi Töytäriä heidän kuntoutusluvun kehittämiseksi tekemästään työstä. Lisäksi kiitämme arvokkaasta palautteesta lokakuussa 2013 valtakunnallisella palautekierroksella oppaan sisältöä kommentoineita asiantuntijoita sekä oppaan esilukijoina toimineita Päivi Mäkelä-Bengsiä, Mikko Härköstä ja Ulla-Mari Kinnusta arvokkaasta palautteesta sekä Virpi Kalliokuusta oppaan oikoluvusta. Kommentointikierroksella saatiin lisäksi tärkeitä kehitysehdotuksia, joita voidaan ottaa huomioon oppaan tulevissa päivityksissä.

Helsingissä marraskuussa 2013

Toimittajat

Tiivistelmä

Jokinen, Taina ja Virkkunen, Heikki (toim.) Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki, 2021. (sähköinen julkaisu).

Potilaskertomukseen kirjataan kaikki sairauksien ennaltaehkäisyn ja terveyden seurannan, diagnostiikan sekä hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kannalta tarpeellinen tieto potilaasta. Tässä yleisoppaassa kuvataan keskeisiä kertomusrakenteita ensisijaisesti potilastiedon kirjaajan näkökulmasta. Potilastiedon rakenteilla tarkoitetaan tässä oppaassa tietoa, joka kirjataan ja tallennetaan valtakunnallisesti yhtenäisten tietorakenteiden avulla. Rakenteista tietoa voidaan useimmiten tarkentaa vapaamuotoisella tekstillä.

Kirjaamisen yhtenäisyys perustuu terveydenhuollon valtakunnallisten sähköisten palveluiden järjestämisen vaatimuksiin. Potilastiedon arkistoon tallennettu tietosisältö on moniammatillisesti käytettävissä terveyden ja sairauden hoitoon palvelunantaja- ja järjestelmäriippumattomasti potilaan suostumuksen ja kieltojen määrittelemissä rajoissa. Potilaskertomuksen tietosisältöä voidaan hyödyntää potilastiedon dokumentoinnin lisäksi esimerkiksi hoidon saavutettavuuden ja laadun seurantaan, toiminnan vaikuttavuuden arviointiin ja vertailuun sekä valtakunnalliseen tilastointiin ja tutkimukseen. Oppaassa esitellään lainsäädännön puitteet potilastiedon moniammatilliseen kirjaamiseen, tallentamiseen ja käsittelyyn.

Rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaisesti hoitotiedot ovat keskeisiltä osiltaan yhteneviä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä. Samoin keskeiset tietorakenteet ovat yhtenevät sekä julkisella että yksityisellä palvelunantajalla. Sähköinen potilaskertomus sisältää näkymiä, joille terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa potilastietoa jäsentäen asiakokonaisuuksia hoidon eri vaiheilla ja otsikoilla. Otsikon alle kirjattavaa tietoa voidaan rakenteistaa edelleen käyttämällä kirjaamiseen määriteltyjä koodistoja ja luokituksia. Potilastietojärjestelmä voi tuottaa joitakin tietoja automaattisesti, kuten tiedon hoitoprosessin vaiheesta, jolloin järjestelmä avustaa kirjaamista eikä kirjaajan tarvitse merkitä kertomukseen kaikkea tietoa itse. Tiedonhallintapalvelu voi muodostaa eri palvelunantajien kirjaamista keskeisistä potilastiedoista koosteita, jotka näytetään käyttäjälle hänen omassa potilastietojärjestelmässään.

Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaassa kuvataan tarkemman asiakohtaisen kirjaamisen tasolla seuraavia kokonaisuuksia: potilaan perustiedot, hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetiedot, tulosyy, käyntisyy ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, ennaltaehkäisy ja rokotukset, lausunnot ja todistukset, yhteenvetotiedot sekä terveys- ja hoitosuunnitelma. Lisäksi opas ohjeistaa potilaan tahdonilmausten kirjaamista.

Opas sisältää potilastietojen kirjaamiseen ja tietojen koostamiseen liittyviä esimerkkejä. Liitteissä on lisäksi linkitys uusiin Sote-sanastoihin sekä esimerkki hoitoyhteenvedosta.

Avainsanat: Terveydenhuolto, sähköinen potilaskertomus, potilastieto, Kanta-palvelut, tietorakenne, luokitus, koodisto, näkymä, otsikko, hoitoprosessin vaihe, yhtenäisyys.

1 Oppaan tausta ja tavoite

1.1 Oppaan tavoite

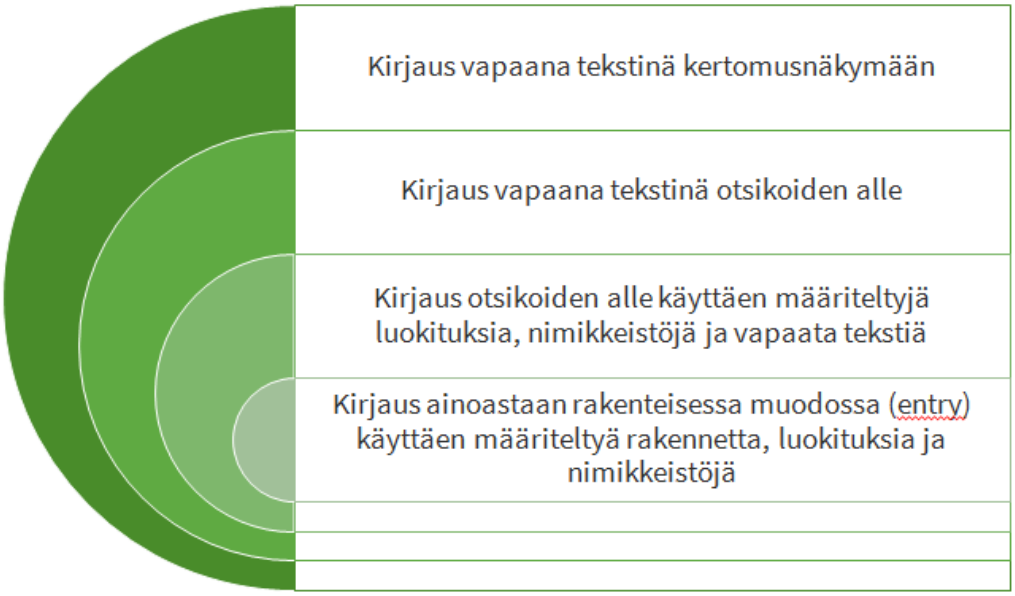
Tämän oppaan ensisijainen tarkoitus on tukea ja ohjeistaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä potilastietojen kirjaamisessa ja edistää potilaskertomukseen tehtävien hoidollisten merkintöjen yhdenmukaisuutta. Potilastiedon kirjaamista tullaan tarkentamaan erikoisala- tai palvelu- ja ammattiryhmäkohtaisilla ohjeilla tässä oppaassa julkaistavien yleisluontoisten ohjeiden tueksi. Rakenteisten tietosisältöjen yhtenäistämistä ja hyödyntämistä kehitetään yhteistyössä ja moniammatillisesti eri toimijoiden kesken.

Potilaskertomusmerkintöjen kirjaamista ohjaavat useat lait ja asetukset sekä näiden soveltamisesta laaditut ohjeet ja oppaat. Esimerkiksi Potilasasiakirjaoppaassa (STM 2012) annetaan säädöksiin perustuvaa yleistä ohjeistusta, joka koskee potilaskertomustiedon tuottamista sekä potilasasiakirjojen käsittelyä ja säilyttämistä. Tässä kirjaamisoppaassa tarkennetaan, miten kirjaajan tulee soveltaa lakisääteisiä ohjeita ja käyttää valtakunnallisesti sovittuja tietosisältöjä kirjatessaan tietoja potilaan kertomukseen.

Jokaisen potilaan hoidossa kirjataan tarpeelliset ja riittävät tiedot terveyden- ja sairaanhoidosta sekä muita potilaan hoidon kannalta välttämättömiä tietoja. Potilastiedon kirjaamisessa hyödynnetään valtakunnallisesti yhtenäisiksi sovittuja tietorakenteita. Tässä oppaassa niillä tarkoitetaan sähköisen potilaskertomuksen rakenteita, kuten näkymiä ja otsikoita sekä muita koodistoja, luokituksia ja termistöjä.

Potilasasiakirjojen yhtenäisten tietorakenteiden käyttö helpottaa kirjaamista ja tehostaa tiedon löytämistä. Kertaalleen kirjattua tietoa voidaan myös hyödyntää uudestaan eri toimijoiden tarpeisiin. Potilastiedon rakenteisuus vähentää tarvetta kopioida manuaalisesti tietoa järjestelmästä, asiakirjasta tai näytöstä toiseen, kun esimerkiksi pelkkä tiedon linkitys riittää. Potilastietojärjestelmä voi tarjota käyttäjälle oletusarvona tiettyä tietorakennetta, kuten hoitoprosessin vaihetta tai otsikkoa. Rakenteista tietoa voidaan hyödyntää myös erilaisissa päätöksentuen prosesseissa tai sovelluksissa. Lisäksi rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa kertakirjauksen periaatteiden hyödyntämisen tulevaisuudessa valtakunnallisen tilasto- ja rekisteritiedon tuottamisessa.

Potilasasiakirjoihin määritellyt yhtenäiset tietorakenteet ovat edellytyksenä valtakunnallisten sähköisten tietojärjestelmäpalvelujen (Kanta-palvelut) käyttöön ja hyödyntämiseen. Tiedon rakenteisuudessa voidaan erotella eri asteita (kuva 1.1). Potilastietoja voi kirjata kulloinkin riittäväksi arvioidulla rakenteisuudella.



Kuva 1.1. Rakenteisuuden asteita

1.2 Oppaan suhde muihin oppaisiin ja rajaukset

Rakenteista kirjaamista ja siihen liittyviä vaatimuksia opastetaan tämän oppaan lisäksi muissakin ohjeissa ja julkaisuissa. Monilla viranomaisilla on omia oppaitaan, jotka osaltaan mm. tarkentavat potilastiedon käsittelyä tietystä, erityisestä näkökulmasta (esimerkiksi haittavaikutuksista tai vaaratapahtumista ilmoittaminen). Viranomaistoiminnan ohjeilla tarkennetaan myös terveydenhuollon alaan liittyvää valvontaa ja ilmoitusvelvollisuutta.

Muita kirjaamiseen liittyviä oppaita ovat eri rakenteiden tai luokitusten käyttöön liittyvät ohjekirjat. Tällaisia ovat esimerkiksi ICD- ja ICPC -luokitusten sekä THL-Toimenpideluokituksen käyttöoppaat ja Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja (2012). Näiden lisäksi on laadittu erikois- tai palvelualakohtaisia ja ammattiryhmäkohtaisia kirjaamisohjeita koodistojen, luokitusten tai nimikkeistöjen käyttöön. Myös monet ammatilliset yhdistykset tai liitot ovat laatineet suosituksia kirjaamisen tueksi.

Lisätietoa: Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla/ Kirjaaminen ja tarkemmin Terveydenhuollon kirjaamisohjeet

Tässä oppaassa ei kuvata tarkemmin tietojärjestelmien toiminnallisia tai vaatimusmäärittelyjä, jotka koskevat Potilastiedon arkistoon tallennettavia tietoja tai käyttöä. Niitä kuvataan omissa julkaisuissaan THL Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla/ Määräykset ja määrittelyt sekä Kelan Kanta-palvelut/ Määrittelyt -sivustoilla. Oppaassa ei myöskään arvioida sellaista rakenteisen tiedon käytettävyyttä, jota ei ole määritelty valtakunnallisella tasolla. Käytettävyys on pitkälti riippuvainen potilastietojärjestelmätoteutuksesta.

Tässä oppaassa ei myöskään ohjeisteta rakenteisesti kirjatun potilastiedon toissijaista käyttöä tilasto- ja rekisteritarkoituksiin. Niihin löytyy ohjeita THL Tiedonkeruun ohjeista.

1.3 Oppaan käyttö ja rakenne

Potilastiedon kirjaamisen yleisopas versio 2021 täydentää tämän oppaan aiempia julkaisuja sekä muuta potilastiedon kirjaamisen ja käytön ohjeistusta. Opas on jatkoa vuonna 2009 julkaistun (Ydintieto)oppaan Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt luvuille 1- 6. Muut julkaistut kirjaamisoppaat täydentävät ko. julkaisun muita lukuja ja aiempia ydintietomäärityksiä. Lisätietoa julkaisuista: Terveydenhuollon kirjaamisohjeet

Sähköinen potilaskertomus käsittää potilaskertomustiedon lisäksi useiden muiden järjestelmien, kuten kuvantamisen, päivystyksen, ensihoidon ja tehohoidon tietojärjestelmien sekä digitaalisten mittalaitteiden tuottamaa tietoa. Myös näihin (erillis)järjestelmiin kirjattavien tietojen merkinnöistä, tallentamisesta Potilastiedon arkistoon ja käytöstä julkaistaan tarkemman tason kansalliset määrittelyt ja kirjaamisohjeet.

Potilasasiakirjaoppaassa (STM, 2012) on lisäksi kuvattu säädöksiin perustuvaa yleistä ohjeistusta, joka koskee potilaskertomustiedon tuottamista sekä potilasasiakirjojen käsittelyä ja säilyttämistä. Rakenteiseen kirjaamiseen liittyviä kirjaamiskäytäntöjä tulee tarkentaa myös organisaatiokohtaisesti ja tietojärjestelmien käyttöoppaiden avulla.

Tämä opas on tarkoitettu etenkin terveydenhuollon ammattihenkilöille tai alan opiskelijoille, jotka päivittäisessä työssään käyttävät ja kirjaavat potilastietoa ja tallentavat sitä Potilastiedon arkistoon. Opasta voivat hyödyntää myös potilastiedon kirjaamista kouluttavat (esim. oppilaitokset) sekä tietojärjestelmien pääkäyttäjät tai tietohallinnon edustajat, jotka vastaavat sähköisten potilaskertomusten käyttöönotosta, kouluttamisesta ja kertomustiedon hyödynnettävyydestä potilaiden hoidossa. Lisäksi opas toimii apuna järjestelmätoimittajille, jotka suunnittelevat rakenteisen kirjaamisen toteutuksen omissa tietojärjestelmissään. Opasta voivat hyödyntää myös sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamistehtävissä toimivat, tutkijat tai muut potilastietoa työssään tarvitsevat tahot.

Tähän yleisoppaaseen on koottu sähköisten potilaskertomusten valtakunnallinen, yhtenäiseksi sovittu rakenne; näkymät, hoitoprosessin vaiheet, otsikot sekä tietosisällöt keskeisimmille potilasasiakirjojen tiedoille ja niiden kirjaamiselle. Oppaan ensimmäiset luvut (1-4) kuvaavat rakenteisen tiedon käytöstä saatavia hyötyjä, potilastiedon kirjaamista ja käsittelyä ohjaavaa lainsäädäntöä sekä potilasasiakirjojen rakenteiden käytön ja hyödyntämisen yhteisiä periaatteita. Luvuissa 5 ja 6 esitellään tarkemmin sähköisen potilaskertomuksen perusrakenteet, joita ovat näkymät, hoitoprosessin vaiheet ja otsikot. Luvuissa 7 ja 8 kuvataan potilaan, hoidon antajan ja palvelutapahtumien perus- ja tunnistetietoja.

Näiden lukujen jälkeen oppaassa käydään läpi potilastiedon kirjaamista aihealueittain luvuissa 9-18 seuraavasti: tulosyy, käyntisyy ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, ennaltaehkäisy ja rokotukset, lausunnot ja todistukset, yhteenveto- ja päivittäismerkinnät sekä terveys- ja hoitosuunnitelma. Luvussa 19 kuvataan potilaan tahdonilmaisujen kirjaamista. Aiemmat luvut 20-22 on tästä versiosta poistettu, koska niitä koskevien potilasasiakirjojen laadintaa ja hallintaa kuvataan muissa dokumenteissa, kuten Potilastiedon arkiston toimintamalleissa. Opas sisältää lisäksi kaksi liitettä. Liitteessä 1 kuvattiin aiemmin keskeisiä käsitteitä, mutta nyt se sisältää linkityksen Sote-sanastoihin, joiden kattavuus laajenee koko ajan uusien päivitysten myötä. Liitteessä 2 on kertomusesimerkki loppuarviosta.

2 Rakenteistamisen hyödyt

HYVÄ TIETÄÄ

Potilaskertomuksen rakenteistamisella on tarkoitus helpottaa potilastiedon käyttöä, hakua ja hoidon seurantaa sekä yhtenäistää kirjaamista. Vapaamuotoisena tekstinä kirjatun tiedon hyödynnettävyys on rajallisempaa kuin rakenteisen tiedon, erityisesti silloin, kun tietoa halutaan hakea nopeasti ja tarkasti tai kun tietoa yhdistellään esimerkiksi toisella näytöllä tai yhteenvedolla. Rakenteisen kirjaamisen suurin hyöty tulee siitä, että tietoa ei tarvitse kirjata kuin kerran, minkä jälkeen se on uudelleen käytettävissä omassa sekä toisessa organisaatiossa tai tietojärjestelmässä. Tämä edistää myös potilasturvallisuutta. Rakenteinen tieto tukee terveydenhuollon ammattihenkilön päätöksentekoa esimerkiksi hoito-ohjeiden, muistutteiden sekä virhe- ja vaarailmoitusten muodossa. Lisäksi tietojen kirjaaminen yhtenevällä tavalla parantaa potilastiedon laatua. Kantapalveluihin kuuluvan Omakanta-palvelun avulla potilas voi katsella omia tietojaan. Lisäksi Potilas voi vastaisuudessa aktiivisemmin osallistua hoitoonsa tuottamalla itse tietoa, jota on mahdollista hyödyntää hoidossa. Potilaan itsensä tuottamat hyvinvointitiedot tallennetaan Omatietovarantoon.

2.1 Hyötyä ammattihenkilöille ja organisaatioille

Terveydenhuollon ammattihenkilön omassa organisaatiossa tai potilastietojärjestelmässä rakenteisen kirjaamisen odotetaan parantavan potilastiedon laatua, kun tiedon kirjaaminen on aiempaa yhdenmukaisempaa. Yhteisesti sovittujen tietorakenteiden käyttö helpottaa tiedon löytymistä ja jatkohyödyntämistä. Sähköisen potilaskertomuksen ja valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden avulla ajantasaista tietoa voidaan hyödyntää eri toimipaikoissa tai terveydenhuollon organisaatioissa ja eri potilastietojärjestelmissä riippumatta siitä, kuka tiedon on tuottanut.

Tietojen hyödynnettävyyttä ja yhteiskäyttöisyyttä ovat aikaisemmin vaikeuttaneet esimerkiksi useat potilastietojärjestelmät ja saman potilastietojärjestelmän eri versiot, kun niiden toteuttamisessa ja kehittämisessä on käytetty monenlaisia tietomalleja ja -rakenteita. Kun tiedon rakenteisuuden aste on ollut vähäisempää tai kun potilastietoa on kirjattu pääasiallisesti vapaana tekstinä, tiedon yhteis- ja jatkokäyttömahdollisuudet ovat olleet vähäisempiä.

Rakenteisesti kirjattua tietoa voidaan hyödyntää etenkin päivittäisessä potilastyössä, mutta myös laajemmin, tehtiinpä sitten sähköisiä lääkemääräyksiä, lähetteitä, hoitopalautteita, hoitoilmoituksia tai lakisääteisiä rekisteri-ilmoituksia. Rakenteisen tiedon käyttö mahdollistaa myös esimerkiksi hoito-ohjeita tarjoavan ja mahdollisista virhe- tai vaaratilanteista varoittavan päätöksenteontuen liittämisen sähköiseen potilaskertomukseen.

Lisäksi rakenteista potilastietoa voidaan hyödyntää organisaatioissa toisissa käyttötarkoituksissa kuin välittömään potilaan sairauden tai terveyden hoitoon. Organisaatiotasolla rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa palvelujen toteutumisen arvioinnin sekä toiminnan ohjauksen ja seurannan aikaisempaa paremmin, kun raportointia voidaan automatisoida. Samoin lakiperustaiset, valtakunnan tason valvonta- ja seurantatehtävät helpottuvat. Tietoa voidaan käyttää toissijaisesti myös kliiniseen tutkimukseen, laadun arviointiin ja kustannusten seurantaan.

2.2 Hyötyä potilaalle

Sähköisen potilaskertomuksen rakenteisuus parantaa potilaan hoidon laatua, kun potilaan tiedot ovat aiempaa yhtenäisempiä ja vertailukelpoisempia sekä paremmin haettavissa ja löydettävissä. Hoidon laatua edistää, jos kirjaaminen samalla ohjaa noudattamaan hoitoprosessia tai -suosituksia.

Ajantasaisen tiedon nopea saatavuus hoitavasta organisaatiosta riippumattomasti lisää potilasturvallisuutta. Potilastietojen saattaminen sähköiseen muotoon parantaa myös potilaan oikeusturvaa, sillä tietojen käyttöä voidaan seurata tarkemmin kuin paperikertomuksessa. Lisäksi tiedon kirjaajien ja käyttäjien yhteinen käsitteistö vähentää tulkintaepäselvyyksiä.

Potilas voi katsella omia potilastietojaan sekä reseptejään Omakanta-palvelun kautta ja samalla potilas voi varmistaa kertyvän tiedon oikeellisuutta. Rakenteisesti kirjatusta tiedosta voidaan tuottaa myös potilaalle itselleen tiivistetympää tietoa yhteenvetojen muodossa.

Tulevaisuudessa potilas voi itse tuottaa terveystietojaan esimerkiksi ennen hoitokäyntiä Omatietovarantoon. Terveydenhuollon ammattihenkilö hyväksyy tällöin aina hoitopäätöksen perusteena olevat potilaan tuottamat tiedot potilaskertomukseen. Potilaan osallistuminen sähköisen asioinnin avulla tietojen tuottamiseen voi sekä voimaannuttaa potilasta tai sitouttaa häntä paremmin hoitoon. Lisäksi osallistuminen voi parantaa hoitoprosessin joustavuutta potilaan näkökulmasta ja välillisesti lisätä terveydenhuollon tuottavuutta.

3 Lainsäädännön asettamat puitteet

HYVÄ TIETÄÄ

Suomessa on lainsäädännöllä määritelty, miten potilaskertomusmerkintöjä tehdään, kuinka asiakirjoja on säilytettävä ja kenellä on oikeus lukea niitä. Lainsäädäntö ohjaa myös potilasrekisterien hallintaa. Asiakastietolaki (159/2007) ohjaa Kanta-palvelujen käyttöönottoa, jota toteutetaan vaiheistetusti. Tätä opasta kirjoitettaessa useat lait, kuten asiakastietolaki, jonka valmistumista on odotettu pitkään, ovat muuttumassa. Merkittäviä vaikutuksia potilastietojen käsittelyyn ja hallintaan tulee olemaan myös SOTE-uudistukseen liittyvillä laeilla. Lakien odotetaan tulevan voimaan vuonna 2021. Tätä lukua päivitetään lainsäädännön muutosten voimaantulon myötä. Uutena säädöksenä julkaistiin vuonna 2019 laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä.

3.1 Potilasasiakirjamerkinnät

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään. Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009, jäljempänä *potilasasiakirja-asetus*) on säädetty potilaskertomukseen kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä.

Potilasasiakirja-asetus asettaa vaatimuksia potilasasiakirjojen sisällölle. Potilasasiakirjoihin on terveydenhuollon ammattihenkilön tai hänen ohjeistuksensa mukaisesti muun hoitoon osallistuvan henkilön merkittävä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä on käytettävä yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä.

Jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pitää jokaisesta potilaasta jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Potilaskertomuksessa on oltava potilaan perustiedot, esimerkiksi potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot, ja siihen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Näistä tiedoista tulee käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppuarvio. Sosiaali- ja terveysministeriö on julkaissut potilasasiakirja-asetukseen perustuvan soveltamisoppaan (STM 2012). Siinä kuvataan tarkemmin potilasasiakirjojen laatimista ja muuta potilastietojen käsittelyä sekä rekisterinpitoa.

3.2 Yleistä potilastietojen käsittelystä

Henkilötietoja ovat kaikki sellaiset tiedot, jotka liittyvät tunnistettuun tai tunnistettavissa olevaan henkilöön. Potilastiedot ovat henkilötietoja, ja niiden käsittely perustuu nykyisin EU:n yleiseen tietosuoja-asetukseen (2016/679, GDPR) ja tietosuojalakiin (1050/2008) sekä muuhun kansalliseen lainsäädäntöön. Tietosuoja-asetuksessa ja tietosuojalaissa säädetään henkilötietojen käsittelystä kumotun henkilötietolain sijaan. Yleisessä tietosuoja-asetuksessa

säädetään yleisistä henkilötietojen käsittelyä ohjaavista periaatteista sekä keskeisistä rekisterinpitäjän velvoitteista ja rekisteröidyn oikeuksista. Tietosuojalaki täydentää yleistä tietosuoja-asetusta.

Terveydenhuollossa henkilötietojen käsittelyä ohjaa myös erityislainsäädäntö. Potilastietojen käsittelyyn, hallinnointiin ja rekisterinpitoon sovelletaan myös mm. lakia potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), lakia sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000), lakia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007, jäljempänä *asiakastietolaki*) ja lakia viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999).

Henkilötietojen käsittely tarkoittaa muun muassa henkilötietojen keräämistä, säilyttämistä, käyttöä ja luovuttamista. Kaikki henkilötietoihin kohdistuvat toimenpiteet henkilötietojen käsittelyn suunnittelusta poistamiseen ovat henkilötietojen käsittelyä. Henkilötietojen käsittelyssä on noudatettava tietosuojalainsäädännön mukaisia tietosuojaperiaatteita. Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus on suunniteltava ja määritettävä selkeästi ennen käsittelyn aloittamista. Henkilötietoja saa kerätä vain tiettyä, nimenomaista ja laillista tarkoitusta varten. Tietoja ei saa käsitellä alkuperäisten tarkoitusten kanssa yhteensopimattomalla tavalla myöhemmin. Henkilötietojen käsittelyn tarkoitus on yksilöitävä, dokumentoitava ja kerrottava rekisteröidyille. Rekisterinpitäjän tulee informoida rekisteröityä hänen tietojensa käsittelystä ja käsittelyn tulee olla rekisteröidylle läpinäkyvää.

Henkilötietojen käsittely edellyttää aina laista löytyvää käsittelyperustetta. Erityisten henkilötietoryhmien, kuten terveyttä koskevien tietojen käsittely on lähtökohtaisesti kiellettyä. Käsittely on kuitenkin mahdollista silloin, kun käsittelykieltoon on säädetty poikkeus tietosuoja-asetuksessa tai kansallisessa lainsäädännössä. Tietosuoja-asetus edellyttää, että rekisterinpitäjä pystyy osoittamaan, että henkilötietojen käsittelyssä noudatetaan tietosuojasääntelyä. Ns. osoitusvelvollisuus tarkoittaa käytännön tasolla esimerkiksi riittävää tietosuojadokumentaatiota, riskien arviointia ja henkilökunnan kouluttamista.

Tarkempaa ohjausta ja ohjeistusta henkilötietojen käsittelystä ja tietosuojasta on löydettävissä tietosuojavaltuutetun toimiston sivuilta.

Potilasasiakirjat muodostavat loogisen henkilörekisterin. Samaan henkilörekisteriin kuuluvat kaikki ne potilasta koskevat tiedot, jotka ovat rekisterinpitäjän hallussa ja joita käytetään samaan käyttötarkoitukseen riippumatta tietojen tallentamistavasta, -ajankohdasta tai -paikasta.

Potilastietojen käsittelyyn liittyy kolme keskeistä tahoa. Rekisterinpitäjä määrittää käsittelyn tarkoituksen ja keinot. Rekisterinpitäjänä toimii terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö (Potilasasiakirjaopas, STM 2012). Henkilö eli potilas, johon tiedot liittyvät, on rekisteröity. Rekisterinpitäjän puolesta tietoja voi käsitellä myös käsittelijä. Potilas- tai asiakastiedon käyttö edellyttää aina asiakas- tai hoitosuhdetta tai muulla tavoin perusteltua asiayhteyttä tai muuta lakiin perustuvaa oikeutta.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä astui voimaan heinäkuussa 2007 ja sitä on muutettu sen jälkeen useamman kerran, viimeksi vuonna 2015 (255/ 2015). Laki sisältää säännökset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista mm. potilastiedon käyttöä säätelevien potilaan informoinnin, suostumuksen ja kieltojen suhteen. Sen tarkoituksena on turvata näiden tietojen käytettävyys, eheys ja säilyminen sekä asiakkaan yksityisyyden suoja. Asiakastietojen käsittelylle asetettavien yleisten vaatimusten avulla luodaan perusta asianmukaiselle sähköiselle tietojenkäsittelylle, jossa edellytetään yhtenäisen tietoturvatason toteutumista kaikissa asiakkaan tietojen käsittelyn vaiheissa.

Vuonna 2019 tuli voimaan kaksi uutta lakia: laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019) ja laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta (906/ 2019). Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä pyrkii mahdollistamaan mm. sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa sekä tutkimus- ja tilastotarkoituksessa tallennettujen henkilötietojen tehokkaan

ja tietoturvallisen käsittelyn sekä tietojen yhdistämisen Kansaneläkelaitoksen (Kela), Digi- ja väestötietoviraston (DVV), Tilastokeskuksen ja Eläketurvakeskuksen henkilötietoihin. Laki pyrkii myös turvaamaan yksilön luottamuksensuojan, sekä oikeudet ja vapaudet henkilötietoja käsiteltäessä. Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta puolestaan kokoaa, uudistaa ja yhtenäistää sääntelyä julkisuuslaista, arkistolaista ja tietohallintolaista.

Asiakastietolakiin (159/2007) ollaan parhaillaan tekemässä muutoksia. Muutosten toimeenpanoa on valmisteltu pitkään ja tätä opasta kirjoitettaessa se on eduskunnan käsittelyssä. Muutoksissa on ehdotuksia mm. Kanta-palveluja koskevien suostumusten ja kieltojen hallintaan. Lisätietoa: Eduskunta/ HE 212/2020 vp

Valmisteilla on myös edelleen SOTE-uudistuksen lainsäädäntöä koskevat muutokset. Lisätietoa: SOTE-uudistus

3.3 Kanta-palvelut ja niiden käyttöönotto

Potilastiedon arkisto on osa valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja, Kanta-palveluja. Potilastiedon arkistoon sisältyvät potilasasiakirjojen arkistointipalvelu ja Tiedonhallintapalvelu. Muita Kanta-palveluja ovat Reseptipalvelu, Lääketietokanta, Omakanta ja Sosiaalihuollon asiakastiedon arkisto. Lisäksi palveluihin sisältyy Omatietovaranto, jonne kansalainen voi halutessaan tallentaa hyvinvointitietojaan. Uusimpia Kanta-palveluja ovat myös mm. vanhojen potilastietojen arkistointi - palvelu, todistusten ja lausuntojen kysely- ja välityspalvelu sekä valtakunnallinen kuva-aineistojen arkistopalvelu Kanta-palveluiden käyttöönottoaikataulua on kuvattu vaiheistusasetuksessa (1257/2015). Etenemisestä on myös saatavilla tarkempi, ajantasainen Kanta-julkaisusuunnitelma.

3.3.1 Keskeiset valtakunnalliset toimijat ja vastuut

Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden toteuttamisessa keskeiset toimijat ovat STM, THL, Kela, DVV ja Valvira. Valtakunnallisten toimijoiden keskeiset vastuualueet ovat seuraavat:

- **Sosiaali- ja** terveysministeriö (STM) vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan strategisesta ohjauksesta, lainsäädännöstä sekä kansainvälisestä ja poikkihallinnollisesta yhteistyöstä. Asetuksessa (VNA 683/2007) säädetään sosiaali- ja terveysministeriön yhteydessä toimivasta sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon neuvottelukunnasta, jonka tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen toteutuksen ja kehittämisen sekä palvelujen käyttäjien tietojärjestelmien yhtenäistämisen ja kehittämisen edistäminen.
- **Kansaneläkelaitos** (Kela) hoitaa tietojärjestelmäpalveluita, joiden avulla potilastietojen sähköinen säilytys, käyttö ja luovuttaminen voidaan toteuttaa valtakunnan tasolla yhtenäisin perustein ja tietoturvallisesti. Kela hoitaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen antajien lukuun kaikkia Kanta-palveluja Potilastiedon arkistoa, Tiedonhallintapalvelua, Omakantaa ja Reseptipalvelua sekä Sosiaalihuollon asiakastiedon arkistoa ja Kuva-aineistojen arkistoa. Kela vastaa myös luovutuslokirekisterien säilytyksestä osana arkistointipalvelua ja Koodistopalvelun teknisestä ylläpidosta.
- **Terveyden ja hyvinvoinnin** laitos (THL) vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon sähköisen käsittelyn, siihen liittyvän tietohallinnon, 14 §:ssä tarkoitettujen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ja yhteisten hallinnonalakohtaisten tietovarantojen käytön ja toteuttamisen suunnittelusta, ohjauksesta ja seurannasta (Asiakastietolaki 20§).

- **Digi- ja väestötietovirasto** (DVV) toimii terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja terveydenhuollon muun henkilöstön, terveydenhuollon palvelujen antajien sekä näiden palvelujen antamiseen osallistuvien organisaatioiden, niiden henkilöstön ja tietoteknisten laitteiden vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista annetussa laissa tarkoitettuna varmentajana.
- **Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto** (Valvira) ylläpitää rooli- ja attribuuttitietopalvelua sekä palveluihin liittyviä koodistoja.

SOTE-uudistuksessa näihin eri toimijoihin ja niiden vastuualueisiin on mahdollisesti tulossa muutoksia. Muutokset kuvataan tässä luvussa tarkemmin niiden varmistuttua.

3.3.2 Potilastiedon arkisto ja alueellinen yhteinen potilasrekisteri

Kanta-palvelut perustuvat keskitettyyn potilastiedon säilytys- ja välityspalveluun sekä laissa säädettyyn liittymisvelvollisuuteen. Potilastiedon arkisto on aktiivisesti käytettävä potilastiedon varasto, joka samalla toimii keskitettynä potilastiedon pitkäaikaisarkistona. Arkistosta saatavia asiakirjoja ja tietoja tulee voida katsoa ja hyödyntää samalla tavalla kuin käyttäjä käyttää omassa potilastietojärjestelmässään olevia tietoja. Potilastiedon arkisto otetaan käyttöön vaiheittain asetuksen (1257/2015) mukaisesti.

Asiakastietolain (159/2007) lisäksi terveydenhuoltolain (1326/2010) tarkoituksena on mahdollistaa se, että potilasta hoitavalla henkilökunnalla on hoitosuhteen yhteydessä käytettävissä mahdollisimman ajantasaiset ja kattavat tiedot potilaan terveydentilasta ja hänelle tehdyistä tutkimuksista. Nykymuodossaan terveydenhuoltolain 9 §:ssä on säädetty sairaanhoitopiirin alueen kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä. Yhteisen potilasrekisterin tietojen käyttö ja luovutustenhallinta voidaan toteuttaa Kanta-palveluiden avulla. Tietojen käyttö edellyttää potilaan informointia yhteisrekisteristä, mutta se ei vaadi erillistä suostumusta. Potilas voi rajoittaa tietojensa luovuttamista kielloin. Kielto estää tiedon luovuttamisen sekä Potilastiedon arkistosta että sairaanhoitopiirin yhteisen potilasrekisterin sisällä.

SOTE-uudistuksen yhteydessä terveydenhuoltolain 9 § esitetään kumottavaksi.

3.3.3 Resepti-palvelu

Resepti-palvelun toteutusta ja käyttöä ohjaa ja tarkentaa oma lainsäädäntö. Resepti-palvelu on käytössä perustuen lakiin sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) sekä sellaisena kuin se on laissa (251/2014) kuvattu. Paperi- tai puhelinreseptin voi jatkossa tehdä vain poikkeuksellisesta syystä, kuten sähköisen järjestelmän käyttökatkosta johtuen. Reseptit tallennetaan Reseptikeskukseen, jonka rekisterinpitäjä on Kela. Reseptikeskus sisältää kaikki reseptit ja apteekkien niihin tekemät toimitusmerkinnät. Ks. lisätietoa lääkitystietojen kehittämisestä tämän oppaan luvusta 14.

3.3.4 Tiedonhallintapalvelu ja Omakanta

Osana Kanta-palveluita ylläpidetään lisäksi Tiedonhallintapalvelua (Virkkunen ym. 2016). Tiedonhallintapalvelun avulla Potilastiedon arkistosta palautetaan terveydenhuollon ammattihenkilölle keskeiset, hoidossa tarvittavat tiedot valmiiksi koostettuina yhteenvetoina ja viimeisin terveys- ja hoitosuunnitelma. Palautetut koostetiedot näytetään ammattihenkilölle hänen oman potilastietojärjestelmän toteutuksen mukaisesti.

Tiedonhallintapalvelu sisältää lisäksi merkinnät potilaan Kanta-palveluja ja yhteisrekisteriä koskevasta informaatiosta sekä hänen tietojensa käyttöä tai luovutusta koskevasta suostumuksesta ja mahdollisista kielloista. Tiedonhallintapalvelu sisältää myös muita potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä tahdonilmaisuja, kuten elinluovutustahto tai hoitotahto.

Potilaan tiedonsaantia helpotetaan Omakanta-palvelun avulla. Potilas voi Omakannan kautta katsoa Potilastiedon arkistoon tallennettuja potilastietojaan sekä reseptejään ja niiden käyttöön liittyviä luovutuslokitietoja, sekä antaa suostumuksensa potilastietojensa käyttöön ja/tai tehdä tietojen käyttöä tai luovutusta rajoittavia kieltoja. Lisäksi potilas voi tehdä Omakannassa elinluovutusta koskevan tahdonilmaisun tai hoitotahdon ja pyytää reseptin uusimista. Myös alaikäisen huoltajat tai lailliset edustajat voivat nykyisin nähdä alaikäisen lapsensa hoitotietoja Omakannasta. Omakannassa näytettävää hoitotietoa laajennetaan vaiheittain samalla kun Potilastiedon arkistoon tallennettava tietosisältö laajenee. Omakannan käytettävyys paranee rakenteisen tiedon lisääntymisen myötä.

4 Potilasasiakirjat ja potilaskertomuksen rakenteet

HYVÄ TIETÄÄ

Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu eritasoisista tietokokonaisuuksista, joita jäsennetään näkymien, hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla. Koodistojen tai luokitusten avulla kirjattavia, potilaan hoidon kannalta keskeisimpiä tietoja ovat muun muassa diagnoosit, toimenpiteet, lääkitys- ja riskitiedot sekä tärkeimmät potilaan tilaa kuvaavat fysiologiset mittaukset kuten verenpaine, paino ja pituus. Yhteisiksi määriteltyjä ja hyväksyttyjä tietosisältöjä, kuten lomakerakenteita, koodistoja, luokituksia ja termistöjä ylläpidetään kansallisella Koodistopalvelimella, josta ne ovat ladattavissa potilastietojärjestelmiin. Yhdenmukaiset koodistot perustuvat kansallisiin ja kansainvälisiin määrittelyihin ja standardeihin, jotka on valittu käytettäviksi suomalaisissa potilastietojärjestelmissä ja Kanta-palveluissa. Sähköiseen potilaskertomukseen tallennetaan kattavasti hoidon suunnittelun, toteutuksen ja seurannan kannalta oleelliset tiedot. Tietoa voidaan kirjata rakenteisessa muodossa käyttäen sitä varten määriteltyjä valtakunnallisia tietorakenteita, koodistoja ja luokituksia. Lisäksi on mahdollista täydentää rakenteista kirjausta vapaamuotoisella tekstillä.

4.1 Yleistä potilasasiakirjoista

Potilasasiakirjoihin sisältyvät potilasasiakirja-asetuksen (298/2009) mukaan jatkuvan potilaskertomuksen lisäksi siihen liittyvät lähetteet, laboratorio- ja kuvantamistutkimusten sekä muiden tutkimusten asiakirjat ja lausunnot, konsultaatiovastaukset sekä tutkimuksen tai hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot. Myös lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat ja muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat ovat potilasasiakirjoja. Potilasasiakirjojen käsittelyä kuvataan tarkemmin Potilasasiakirjaoppaassa (STM, 2012).

Lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen tehdyt tutkimukset kuuluvat potilasasiakirjoihin ja tiedot arkistoidaan myös Potilastiedon arkistoon. On kuitenkin huomioitava, että lainsäädännön mukaan potilastiedot jaetaan elinaikana kertyneisiin ja kuolemansyyn selvittelyn yhteydessä syntyneisiin tietoihin. Lääketieteellisessä obduktiossa syntyneitä tietoja ei tule arkistoida mahdolliseen viimeiseen elinaikaiseen palvelutapahtumaan (esimerkiksi päivystyskäyntiin tai hoitojaksoon). On myös mahdollista, että avaus tehdään vainajalle, jolla ei ole edeltävää hoitosuhdetta eikä aiempaa palvelutapahtumaa organisaatioon, jossa kuolemansyytä selvitetään. Selkeintä on kirjata ja arkistoida lääketieteellisen obduktion (kuoleman selvittelyn) yhteydessä kertyneet tiedot omana palvelutapahtumanaan.

Sen sijaan *oikeuslääketieteellisessä* avauksessa kertyneet tiedot eivät ole potilasrekisteriin kuuluvia tietoja, eikä niitä välitetä Potilastiedon arkistoon. Oikeuslääketieteellisen kuolemansyyn selvittämisestä vastaa poliisi, joka vastaa myös selvittämisessä syntyneiden tietojen arkistoinnista.

Potilastietojärjestelmistä ei ole lupaa hakea tai päivittää henkilön tietoja henkilön kuoleman jälkeen, mutta **kuolinsyyn selvityksen aikana** hakuja ja päivityksiä voidaan tehdä. Laki kuolemansyyn selvittämisestä (459/1973) ohjeistaa tietojen luovuttamisen periaatteista. Kanta-

palveluiden jatkokehityksessä kuolleiden henkilöiden tiedot tullaan siirtämään ns. passiivisten tietojen arkistoon, mistä ne ovat luovutettavissa lainsäädännön puitteissa.

4.2 Rakenteisen tiedon periaatteet

Keskeisiin rakenteisiin terveystietoihin liittyvät luokitukset, termistöt ja koodistot on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella. Keskeisten rakenteisten terveystietojen sekä erikoisala- ja ammattikohtaisten rakenteisten tietojen perusperiaatteet ovat seuraavat:

1. Rakenteiset tiedot ovat keskeisiltä osin yhteneviä perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä.

2. Potilaskertomuksen tietosisällöt ovat yhtenevät sekä julkisilla että yksityisillä palvelun antajilla.

3. Potilaskertomus on moniammatillinen ja palvelee potilaan hoito- ja palveluprosessin asianmukaista toteutusta sekä hoitoon ja palveluiden tuottamiseen osallistuvien eri ammattiryhmien tarpeita.

4. Potilaskertomukseen kirjataan potilaan / asiakkaan terveyden seurannan sekä hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kannalta kaikki tarpeellinen tieto. Kaikkiin rakenteisten tietojen tietokenttiin ei tule välttämättä kirjausta potilaan jokaisen hoitokontaktin yhteydessä. Rakenteista tietoa voidaan täydentää vapaamuotoisella tekstillä.

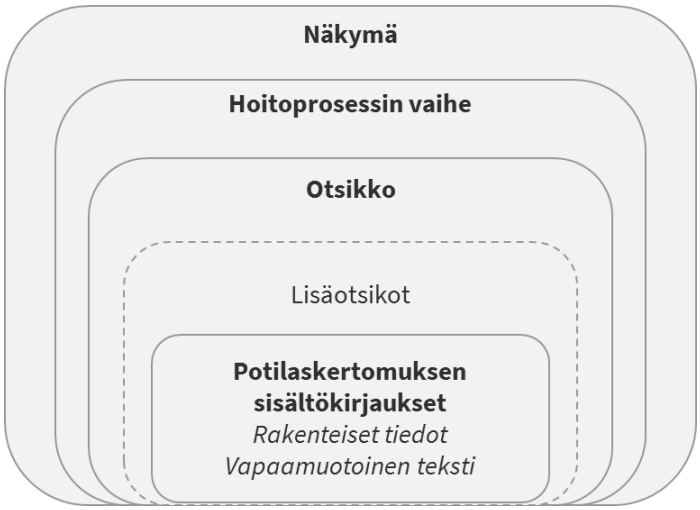
5. Valtakunnallisesti on määritelty yhtenäiset hoidon kannalta keskeiset tietosisällöt ja hoidon lisäksi potilashallintoon tai muuhun hoidon järjestämiseen, kuten ajanvaraukseen, liittyviä tietorakenteita.

6. Potilaskertomuksen tietosisältöä voidaan hyödyntää myös hoidon saatavuuden ja laadun seurannassa, toiminnan sujuvuuden, vaikuttavuuden ja vertailtavuuden arvioinnissa sekä muissa valtakunnallisissa tilastoinneissa ja tutkimuksissa.

7. Rakenteisten tietojen hyödyntämistä eri toimintatilanteissa ja eri potilastietojärjestelmissä sekä niihin liittyvissä ohjelmistoissa kehitetään valtakunnallisesti muun muassa osana Kantapalvelujen kehittämistä, ja niiden käyttöönottoa ja toimivuutta arvioidaan käyttöönottojen yhteydessä ja esimerkiksi alueellisissa pilottihankkeissa.

4.3 Sähköisen potilaskertomuksen rakenteet

Terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa potilastietoa tietojärjestelmään rakenteisesti ja/tai vapaamuotoisesti (narratiivi). Kirjaaja voi useimmiten täydentää rakenteisia tietoja vapaamuotoisella tekstillä. Tietosisältö voi muodostua myös yksinomaan rakenteisiin kenttiin tehdyistä kirjauksista. Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu eritasoisista hierarkkisista tietokokonaisuuksista, joita jäsennetään näkymien ja lisänäkymien, sekä hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla (kuva 4.1).



Kuva 4.1 Sähköisen potilaskertomuksen rakenteita hierarkkisesti kuvattuna. Näkymät, hoitoprosessin vaiheet, otsikot ja rakenteiset tiedot noudattavat määriteltyjä rakenteita. Lisäotsikot ja vapaamuotoinen teksti ovat käyttäjän tuottamaa vapaata tekstiä.

Sähköisen potilaskertomuksen merkintöjä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin käyttäen eri näkymiä. Esimerkiksi lääkärit käyttävät pääsääntöisesti päänäkyminään erikoisalakohtaisia näkymiä, ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt palvelukohtaisia tai ammatillisia näkymiä. Samalle merkinnälle voidaan valita lisänäkymiä, jolloin kirjaus näkyy kaikkien valittujen näkymien tiedoissa. Organisaatiossa voi olla käytössä myös omia organisaatiokohtaisia näkymiä, mutta niille kirjatut tiedot tulee potilastietojärjestelmissä linkittää valtakunnallisiin näkymiin ennen kuin tieto lähetetään Potilastiedon arkistoon.

Hoitoprosessin vaiheella kerrotaan liittyykö käynnin kirjaus tulotilanteeseen, hoidon suunnitteluun, toteutukseen vai arviointiin. Pääsääntöisesti merkintä kirjataan yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta merkinnässä voi tarvittaessa eritellä eri hoitoprosessin vaiheisiin liittyvät tiedot. Järjestelmä voi tuottaa hoitoprosessin vaiheen automaattisesti otsikoiden perusteella. Tekstiä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin otsikoilla ja tarvittaessa vapaamuotoisilla lisäotsikoilla. Tekstiä voi rakenteistaa edelleen käyttämällä valtakunnallisesti määriteltyjä tietorakenteita, luokituksia ja koodistoja.

Potilaskertomuksen rakenteiset sisältökirjaukset tehdään aina käyttäen valtakunnallisesti määriteltyjä rakenteita, jotta tiedot ovat yhtenäisesti kaikkien käytettävissä potilastietojärjestelmästä riippumatta. Rakenteisissa tiedoissa voi olla runsaasti yksityiskohtaista tietoa, josta tietojärjestelmä tuottaa automaattisesti osan ja käyttäjä kirjaa vain sen hoidollisesti merkityksellisen tiedon, mitä tietojärjestelmä ei pysty päättelemään. Rakenteiset terveystiedot kirjataan pääsääntöisesti otsikoiden alle vapaan tekstin oheen. Osa rakenteisista tiedoista kirjataan omille kirjausalustoille, esimerkiksi lääkitys ja riskitiedot.

Rakenteiset tiedot eivät ole sidoksissa otsikoihin ja teknisesti niitä voi kirjata minkä tahansa otsikon alle. Sisällöllisesti ne kuitenkin kuuluvat usein tiettyyn tai tiettyihin otsikoihin ja sen vuoksi ne on ohjeistettu kirjaamaan niiden alle. Rakenteisia tietoja kuvataan tarkemmin omissa luvuissaan (ks. luvut 7 - 19).

Esimerkki kertomusrakenteesta on esitetty alla kuvassa 4.2. Rakenteisia tietoja täydennetään potilaskertomuksessa tarvittaessa vapaalla tekstillä – tai tilannetta kuvataan pelkästään vapaalla tekstillä. Teksti kirjataan aina otsikoiden (ja tarvittaessa lisäotsikoiden) alle. Rakenteiset tiedot ja vapaamuotoinen teksti voivat olla otsikoiden alla vapaassa järjestyksessä.

PAIV Päivystys	[päänäkymä]
NEU Neurologia	[lisänäkymä]
KIR Kirurgia	[lisänäkymä]
Tulotilanne	[hoitoprosessin vaihe]
Tulosyy	[otsikko]
Tänään kaatunut, kun oikea puoli kehosta mennyt voimattomaksi. Vasemman lonkan kipu.	[teksti]
Esitiedot (anamneesi)	[otsikko]
91-vuotias nainen, jolla sepelvaltimotauti ja dieettihoitoinen diabetes. Aiemmin 11/03 basaalinen collummurtuma hoidettu DHS-ruuveilla. Potilas kotiutunut omatoimiseksi ja pärjännyt kotona.	[teksti]
Nykytila (status)	[otsikko]
Yleistila hyvä. Asiallinen. Vasemmassa lonkassa kipua. Jalka lämmin, perifeeriset pulssit palpoituvat. Oikean jalan ja oikean käden voimat selvästi heikentyneet.	[teksti]
Fysiologiset mittaukset	[otsikko]
Lämpö, kainalo 36,8	[rakenteinen tieto]
Verenpaine 161/79	[rakenteinen tieto]
Diagnoosi	[otsikko]
I63.5 Aivoinfarkti, epäilty, päädiagnoosi	[rakenteinen tieto]
S72.0 Reisiluunkaulan murtuma, epäilty	[rakenteinen tieto]
Suunnitelma	[otsikko]
Otetaan aivojen magneettikuva… Lisäksi	[teksti]

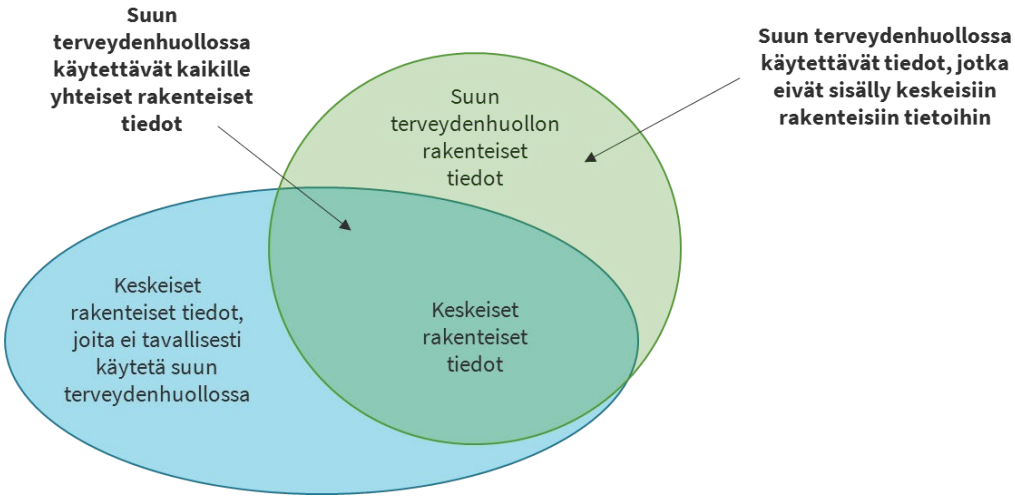
Kuva 4.2 Esimerkki kertomusrakenteista

4.4 Erikois- ja palveluala- sekä ammattikohtaisten potilastietojen käyttö

Keskeisten potilastietojen lisäksi valtakunnallisesti on määritelty erikois- ja palveluala- sekä ammattikohtaisia rakenteisia tietoja. Määrittelyt sisältävät kunkin erikoisalan, palvelun tai toiminnon keskeisiä tietoja, eikä näillä tiedolla välttämättä ole keskeistä merkitystä muilla osa-alueilla.

Erikois- ja palveluala- sekä ammattikohtaisten tietojen määrittelytyötä on tehty laajojen asiantuntijaryhmien ja erikoisalayhdistysten tukemana, kuten kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden, ensihoidon ja päivystyksen, työterveyshuollon, suun terveydenhuollon, keuhkosairauksien, äitiyshuollon, lasten kasvun ja kehityksen seurannan, psykiatrian sekä diabeteksen ja valtimosairauksien ehkäisyn rakenteisten potilaskertomustietojen määrittelyhankkeissa. Näissä määrittelyissä on huomioitu asianomaisen alan erityispiirteitä, jotka tulee huomioida sähköistä potilaskertomusta kehitettäessä.

Erikois- ja palveluala- sekä ammattikohtaiset tiedot käsittävät kyseisen osa-alueen edellyttämiä rakenteisia tietoja, jotka eivät sisälly keskeisiin potilastietoihin. Keskeinen rakenteinen potilastieto on erikoisalasta riippumatonta hoidon kannalta keskeistä tietoa, kun taas esimerkiksi suun terveydenhuollossa on tarpeen välittää yksityiskohtaista rakenteista tietoa hampaiden ja suun alueen tilasta muille suun terveydenhuollon yksiköille (ks. kuva 4.3). Hoitotyön, kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden sekä erikoisala- ja ammattikohtaisten tietojen yhdenmukaistaminen mahdollistaa jatkossa näiden tietojen tehokkaamman yhteiskäytön sähköisessä potilaskertomuksessa ja tietojen toissijaisessa käytössä mm. tilasto- rekisteri ja tutkimustoiminnassa. Näitä tietorakenteita ja -määrityksiä kuvataan tarkemmin muissa erillisjulkaisuissa.



Kuva 4.3 Esimerkki keskeisten rakenteisten tietojen ja erikoisalakohtaisten tietojen suhteesta. Esimerkkinä suun terveydenhuolto

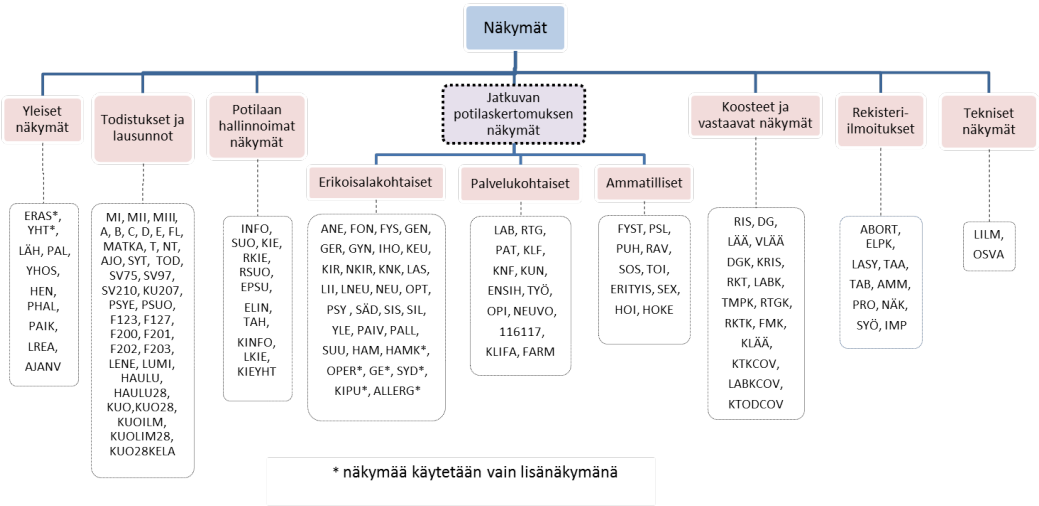
5 Näkymät

HYVÄ TIETÄÄ

Sähköisen potilaskertomuksen merkintöjä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin eri näkymiä käyttäen. Lääkärit käyttävät pääsääntöisesti erikoisalakohtaisia näkymiä, ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt käyttävät palvelukohtaisia tai ammatillisia näkymiä. Osa näkymistä on moniammatillisessa käytössä. Samalle merkinnälle voidaan valita useita näkymiä, jolloin kirjaus näkyy kaikkien valittujen näkymien tiedoissa. Organisaatiossa voi olla käytössä myös omia paikallisia tai organisaatiokohtaisia näkymiä, vaikka suositus on käyttää vain valtakunnallisia näkymiä. Organisaatiokohtaiselle näkymälle kirjattu tieto tulee potilastietojärjestelmissä linkittää valtakunnallisesti määriteltyyn näkymään, ennen kuin tieto lähetetään Potilastiedon arkistoon.

Näkymällä tarkoitetaan terveydenhuollon tietokokonaisuutta tai asiayhteyttä, jolla tiettyyn sisältö- ja hoitokokonaisuuteen kuten lääketieteen erikoisalaan, ammattialaan tai palveluun kuuluvia tietoja voidaan sitoa toisiinsa potilaskertomuksessa. Yhteen näkymään liittyvä tietokokonaisuus voi näin ollen sisältää potilastietojärjestelmän eri näytöissä tai "välilehdillä" esiintyviä tietoja. Toisaalta näkymä voi olla hyvin lähellä potilastietojärjestelmässä näytettävää yksittäistä näyttöä. Esimerkiksi useiden lomakkeiden ulkoasut muistuttavat näyttöä samoin kuin jotkut erikoisalanäkymät.

Sähköisen potilaskertomuksen näkymät voidaan jakaa jatkuvan potilaskertomuksen näkymiin, lomaketyyppisiin näkymiin, koostenäkymiin ja teknisiin näkymiin. Jatkuvan potilaskertomuksen näkymiä ovat lääketieteen erikoisalakohtaiset, palvelukohtaiset ja ammatilliset näkymät sekä osa yleisistä näkymistä. Lomaketyyppisiä näkymiä ovat muun muassa todistukset, rekisteri-ilmoitukset, potilaan hallinnoimien asiakirjojen näkymät sekä osa yleisistä näkymistä. Koostenäkymiä ovat tiedonhallintapalvelun koosteiden näyttämiseen tarkoitetut näkymät. Teknisiä näkymiä ovat näkymät, joita käytetään asiakirjateknisten tietojen välittämiseen potilastietojärjestelmien ja Potilastiedon arkiston välillä. (ks. kuva 5.1). Ajantasainen luettelo näkymistä on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella koodistona *AR/YDIN - Näkymät*.



Kuva 5.1 Sähköisen potilaskertomuksen näkymät. Ryhmittely vain havainnollistamista varten

5.1 Lisänäkymät

Perinteisesti potilaskertomusmerkinnät on kirjattu tietylle, yksittäiselle näkymälle. Jos sama tieto on haluttu useammalle näkymälle, tieto on kopioitu muille näkymille. Vastaava toiminnallisuus voidaan toteuttaa käyttämällä apuna lisänäkymiä. Jatkuvan potilaskertomuksen näkymät, lukuun ottamatta erillisinä asiakirjoina tallennettavia näkymiä, voivat pääsääntöisesti esiintyä sekä päänäkyminä että lisänäkyminä. Erillisinä asiakirjoina tallennettavat näkymät, koosteet, lomaketyyppiset näkymät ja arkistoasiakirjojen näkymät, voivat esiintyä vain päänäkyminä eikä niillä voi olla lisänäkymiä. *AR/YDIN - Näkymät* - luokituksessa on määritelty näkymäkohtaisesti, mitkä näkymät voivat esiintyä päänäkyminä, mitkä lisänäkyminä ja mitkä molempina.

Lisänäkymien avulla

- kirjaus voidaan liittää samanaikaisesti useaan näkymään, kun merkinnän tekijä valitsee päänäkymän lisäksi lisänäkymiä
- yhteen päänäkymään liittyviä merkintöjä voidaan ryhmitellä suppeampiin osakokonaisuuksiin
- voidaan toteuttaa tietyt ratkaisut teknisesti
    - teknisistä syistä määriteltyjä lisänäkymiä ovat HAMK, YHT ja ERAS

Kun kirjaaja haluaa tiedon näkyvän usean erikoisalakohtaisen, palvelukohtaisen tai ammatillisten näkymän tiedoissa, hän kirjaa oman näkymänsä päänäkymäksi ja muut tarvittavat näkymät lisänäkymiksi. Esimerkiksi, kun konsultaatiopyyntö ja -vastaus halutaan näkyvän sekä pyytäjän että vastaajan näkymillä, konsultaation pyytäjä kirjaa oman näkymänsä päänäkymäksi ja vastaajan näkymän lisänäkymäksi (esim. SIS+KIR). Konsultaatioon vastaaja käyttää vastaavasti omaa näkymäänsä päänäkymänä ja pyytäjän näkymää lisänäkymänä (KIR+SIS). Tiedot näkyvät silloin samalla tavalla molemmilla näkymillä, vaikka niissä on eri päänäkymät.

Tiettyjen erikoisalojen tai erityispätevyyksien näkymät, joiden sisältämät hoitokirjaukset liittyvät usein kiinteästi toisten erikoisalojen aloittamaan tai jatkamaan hoitoon, on määritel-

ty vain lisänäkymiksi. Määrittely on tehty sen vuoksi, että samaan (erikoisalakohtaisen) hoidon jatkumoon liittyvä tieto ei ”pirstaloituisi” usealle eri näkymälle, vaan tieto löytyisi aina myös hoidon jatkumisen kannalta muulta merkitykselliseltä näkymältä. Tällainen lisänäkymä on esimerkiksi Kivunhoidon (KIPU) näkymä. Kirjaaja valitsee päänäkymäksi potilaan sairauden mukaisen näkymän (esim. NEU) ja kirjaajan näkymää (esim. KIPU) käytetään lisänäkymänä. Aiemmin myös Päivystyksen/ akuuttilääketieteen (PAIV) ja Palliatiivisen hoidon (PALL) näkymiä sai käyttää vastaavalla tavalla vain lisänäkyminä, mutta tätä rajoitusta ei nykyisin enää ole.

On myös lisänäkymiä, joiden tiedot liittyvät kiinteästi moneen erikoisalaan. Esimerkiksi toimenpidekertomukset ovat aina johonkin erikoisalaan liittyviä. Tällaisten tietojen päänäkymäksi kirjaaja valitsee oman erikoisalanäkymänsä (esim. KNK) ja lisänäkymäksi OPER-näkymän (toimenpidekertomus). Vastaava yhdistelmä voisi olla esimerkiksi IHO+ALLERG.

Vaikka tavoite on, että potilaskertomuksissa käytetään vain valtakunnallisessa näkymäluokituksessa määriteltyjä näkymiä, voi terveydenhuollon organisaatioissa olla alueellisesti ja/tai paikallisesti käytössä erilaisia näkymiä, jotka rajaavat kirjattavaa tietokokonaisuutta valtakunnallisia näkymiä suppeammalle tasolle. Tällainen voi olla esimerkiksi Sisätautien (SIS) näkymälle kuuluva, paikallisesti käytetty Reumatologian (REU) näkymä. Kun paikallisia näkymiä käytetään, kirjataan päänäkymäksi valtakunnallisen luokituksen mukainen näkymä, johon tiedot järjestelmätasolla linkitetään, ja lisänäkymäksi paikallinen näkymä, esimerkiksi SIS+REU. Näin paikallisille ja suppeiden osakokonaisuuksien (lisä)näkymille kirjatut tiedot näkyvät Potilastiedon arkistossa niihin linkitetyillä päänäkymillä.

5.2 Erikoisalakohtaiset näkymät

Erikoisalakohtaiset näkymät ovat pääasiassa lääkäreiden tuottamien potilaskertomusmerkintöjen kirjaamista varten. Poikkeuksena esimerkiksi Hammas-, suu- ja leukasairauksien (SUU) ja Työlääketiede ja työterveyshuollon (TYÖ) näkymät, joihin kirjataan moniammatillisesti. Erikoisalakohtaisia näkymiä voidaan käyttää myös muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden merkinnöillä lisänäkymänä, kun tiedot on tarpeen näyttää myös erikoisalakohtaisten tietojen yhteydessä. Esimerkiksi terveysaseman lääkärikäynnin korvaavan hoitajakäynnin merkintään hoitaja voi kirjata käyttämänsä päänäkymän, eli HOI-näkymän lisänäkymäksi YLE-näkymän.

Lääketieteen erikoisalakohtaiset näkymät on määritelty pääasiassa HILMO - Terveydenhuollon erikoisalaluokituksen karkeimman tason mukaan. Joiltain osin ko. luokituksesta on poikettu, jotta potilaan saman sairauden hoitoon liittyvät tiedot eivät tarpeettomasti jakautuisi eri näkymille esimerkiksi potilaan iän vuoksi (esimerkiksi lasten- ja nuorisopsykiatrian erillisnäkymistä on luovuttu). Useita erikoisaloja käsittävien kertomustietojen kirjaamista varten on lisäksi määritelty omia lisänäkymiä mahdollistamaan tietojen helpompaa löytämistä (vrt. luku 5.1).

Perusterveydenhuollossa näkymänä käytetään pääsääntöisesti YLE-näkymää. Toisaalta, esimerkiksi terveyskeskuksen lääkäri käyttää vastaanottokäynneillä pääsääntöisesti YLE-näkymää, mutta joiltain osin myös palvelukohtaisia näkymiä, esimerkiksi neuvolatoiminnassa NEUVO-näkymää. Sosiaalihuoltoon liittyvien, esimerkiksi kehitysvammahuollon palveluyksiköistä saapuneiden potilaiden potilaskertomusmerkintöjen näkymänä käytetään tilanteesta ja lääkärin erikoisalasta riippuen parhaiten sopivaa erikoisalakohtaista tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön kohdalla palvelukohtaista tai ammatillista näkymää, esimerkiksi LAS-, NEU-, YLE- tai KUN-näkymää.

5.3 Palvelukohtaiset näkymät

Palvelukohtaiset näkymät eivät ole ammattiryhmäkohtaisia, kuten esimerkiksi erikoisalakohtaiset tai ammatilliset näkymät, vaan ne ovat pääsääntöisesti kyseisen palvelutoiminnan kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tuottamien potilaskertomusmerkintöjen moniammatillista kirjaamista varten.

Palvelukohtaisiin näkymiin kuuluvat Patologian (PAT), Kliinisen fysiologian (KLF), Kliinisen neurofysiologian (KNF), Laboratorion (LAB) ja Radiologian (RTG) erikoisalojen näkymät. Näillä erikoisaloilla ei ole varsinaista hoitovastuuta potilaan hoidosta ja ne tuottavat palveluja potilaasta hoitovastuussa oleville erikoisaloille. Näitä näkymiä käytetään, kun tehdään kyseisille erikoisaloille kuuluvien tutkimusten tutkimuspyyntöjä tai lähetteitä, tai kirjataan näiden erikoisalojen tutkimusten vastauksia tai lausuntoja.

Kuntoutusnäkymä (KUN) on kuntoutuksen ammatilliseen palveluun kuuluvien potilaskertomustietojen kirjaamisessa käytettävä näkymä. Näkymää käyttävät eri kuntoutustyöntekijäryhmät, kuten kuntoutuslääkärit, kuntoutusohjaajat, kuntoutussuunnittelijat, ja apuvälineasiantuntijat kuntoutustutkimus- ja apuvälineyksiköissä sekä muissa vastaavissa kuntoutusyksiköissä. KUN-näkymää voidaan käyttää myös laitoshoidossa, niin sanotuilla kuntoutusosastoilla ja muissa vastaavissa asiayhteyksissä kuntoutuksen koordinoituja moniammatillisia palveluita toteutettaessa. Myös fysio- ja toimintaterapeutit sekä muut vastaavat kuntoutus- ja terapiatyötä tekevät ammattiryhmät käyttävät päänäkymänä KUN-näkymää toimiessaan osana edellä kuvattua kuntoutuksen palvelua, ja lisänäkymänä he käyttävät oman ammatillisen palvelunsa kirjaamiseen tarkoitettua näkymää.

Ensihoitokertomus (ENSIH) on ensihoitopalveluun kuuluvien potilaskertomustietojen kirjaamisessa käytettävä näkymä. Siihen kirjaavat sekä ensihoitajat että ensihoitolääkärit. Vuonna 2018 näkymäluokitukseen lisättiin uusi näkymä 116117, jonne tallennetaan jatkossa Päivystysapu 116117 -palvelun potilasasiakirjamerkinnät (kts. tarkempia kirjaamisohjeita Päivystysapu 116117 palvelun kirjaamisoppaasta) sekä oma näkymä kliiniselle farmakologialle (KLIFA). KLIFA-näkymän sekä vuonna 2021 julkaistun FARM (farmasia) -näkymän käyttöä ohjeistetaan tarkemmin luvussa 14 Lääkehoito.

Neuvolatoiminnan (NEUVO), koulu- ja opiskeluterveydenhuollon (OPI) sekä työterveyshuollon (TYÖ) näkymiä käytetään pääasiassa terveyttä edistävän ja sairauksia ennaltaehkäisevän terveydenhuollon toiminnoissa. NEUVO-näkymälle tehdään myös perhetyön kirjaukset, jos ne tehdään osana neuvolatoimintaa. Perusterveydenhuollossa toimiva erikoislääkäri voi käyttää NEUVO-näkymän lisänäkymänä oman alansa erikoisalakohtaista näkymää toimiessaan neuvolassa erikoisalansa mukaisessa roolissa. Kun neuvolakäynnillä tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnillä hoidetaan sairautta, käytetään lisänäkymänä YLE-näkymää tai muuta erikoisalakohtaista näkymää – tai hoitajien kirjauksissa HOI-näkymää. Myös jos terveyskeskuksessa tai esimerkiksi opiskeluterveydenhuollossa hoidetaan selvästi neuvolatoimintaan liittyvää asiaa, esimerkiksi annetaan ehkäisyn aloittamiseen liittyvää ohjausta, käytetään NEUVO-näkymää vastaavasti lisänäkymänä.

Työterveyshuollossa vakiintunut käytäntö on ollut kirjata kaikkien ammattiryhmien käyntimerkinnät, myös sairaanhoidolliset, TYÖ-näkymälle, jotta työterveyshuollon tiedot voidaan erotella muista potilastiedoista. Ammatillisia tai erikoisalakohtaisia näkymiä voi tarvittaessa käyttää lisänäkyminä, jos tieto on oleellista näkyä myös näissä kokonaisuuksissa. Kun työterveyshuolto pyytää konsultaatiota työterveyshuollon ulkopuolelta, kirjataan konsultaatiovastaus konsultaation antajan omalle näkymälle ja TYÖ-näkymä lisänäkymäksi. Jos potilas hakeutuu työterveyslääkärin yksityispotilaaksi, käynti ei enää ole työterveyshuoltoa, eikä sitä kirjata TYÖ-näkymälle.

Työterveyshuollon tarkempia kirjaamisohjeita kuvataan Työterveyshuollon kirjaamisoppaassa (2020). Lisäksi alkuvuonna 2021 on julkaistiin oma kirjaamisopas opiskeluterveydenhuollolle sekä päivitetty versio suun terveydenhuollon kirjaamisoppaasta. Valmisteilla on oma kirjaamisopas myös mm. neuvolatyöhön ja kouluterveydenhuoltoon sekä ensihoitoon.

5.4 Ammatilliset näkymät

Ammatilliset näkymät sisältävät eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden tai erityistyöntekijöiden tietokokonaisuuksia. Ammatillisia näkymiä on määritelty muille laillistetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille kuin lääkäreille ja hammaslääkäreille, kuten hoitajille, psykologeille, fysioterapeuteille, toimintaterapeuteille, puheterapeuteille, ravitsemusterapeuteille, seksuaaliterapeuteille ja sosiaalityön tekijöille. Ammatillisia näkymiä käytettäessä kirjaaja voi tarvittaessa merkitä lisänäkymäksi esimerkiksi kyseessä olevan lääketieteen erikoisalan näkymän.

Kuntoutus- ja erityistyöntekijät tekevät merkinnät pääsääntöisesti omille ammatillisille näkymilleen (tai palvelukohtaisille näkymille kuten esimerkiksi kuntoutusohjaajien ja apuvälineasiantuntijoiden merkinnät), mukaan lukien päivittäismerkinnät. Lisänäkymänä he voivat soveltuvin osin käyttää esimerkiksi erikoisala- tai palvelukohtaisia näkymiä. Kuntoutusta koskevia hoito-ohjeita ja muita vastaavia hoitohenkilöstölle keskeisiä viestejä voidaan kuitenkin tarvittaessa kirjata erikseen HOKE-näkymälle.

Työterveyshuollossa toimivat työfysioterapeutit ja muut vastaavat ammattihenkilöt käyttävät päänäkymänään TYÖ-näkymää ja lisänäkymänä soveltuvaa ammatillista tai erikoisalakohtaista näkymää. Työterveyshuollolle lähinnä konsultaatioluontoisia palveluita toteuttavat kuntoutus- ja erityistyöntekijät, jotka toimivat pääsääntöisesti muualla kuin työterveydessä, käyttävät päänäkymänään omia ammatillisia tai palvelukohtaisia näkymiään ja lisänäkymänä TYÖ-näkymää. Erityisalojen ammatillista näkymää (ERITYIS) käytetään kirjattaessa niihin ammatillisiin palveluihin kuuluvia potilaskertomustietoja, jotka liittyvät jalkaterapiapalveluun tai muiden sellaisten erityistyöntekijäryhmien antamaan palveluun, joilla ei ole omaa ammatillista näkymää.

Seksuaaliterapian näkymää (SEX) käytetään seksuaaliterapiaan ja seksuaalineuvontaan liittyvien potilaskertomustietojen kirjaamisessa. Näkymä on tarkoitettu erityissuojattavaksi näkymäksi, mutta erityissuojaus on edellyttänyt muutosta potilasasiakirja-asetukseen (298/2009, 4§). Päivittyvässä asiakastietolaissa ehdotetaan, että tietyn näkymän erityissuojaus ei enää olisi riippuvainen asetuksesta, vaan erityissuojauksesta ohjeistaisi jatkossa THL.

Hoitajien yhteenvetotasoiset tiedot, esimerkiksi hoitotyön yhteenvedot ja hoitajan itsenäisesti pitämän vastaanoton kirjaukset, tehdään HOI-näkymälle lukuun ottamatta neuvola sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa toimivia hoitajia, jotka käyttävät päänäkyminään NEUVO- ja OPI -näkymiä. Lisänäkymänä hoitajat voivat käyttää soveltuvia erikoisala- tai palvelukohtaisia tai muiden ammattiryhmien kertomusnäkymiä.

Hoitotyön päivittäismerkinnöissä käytetään Hoitokertomus-näkymää (HOKE). HOKE-näkymälle tallennetaan potilaan hoitoon liittyvät hoitajien päivittäismerkinnät sekä hoitajien laatima hoitosuunnitelma hyödyntäen sovittuja termistöjä ja vapaamuotoista tekstiä. Hoitokertomuksen kirjaamista tullaan ohjeistamaan yksityiskohtaisemmin valmisteilla olevassa kirjaamisoppaassa. HOKE-näkymää ei toistaiseksi arkistoida Potilastiedon arkistoon. Ks. tarkemmin hoitotyön yhteenvedon ohje luvussa 17 Yhteenveto- ja päivittäismerkinnät

5.5 Yleiset näkymät

Yleiset näkymät ovat lääketieteen erikoisalasta riippumattomia yleisiä potilastiedon kokonaisuuksia. Yleisistä näkymistä henkilötietonäkymä (HEN) ja liikuntaresepti (LREA) ovat lomaketyyppisiä näkymiä, muut ovat jatkuvan potilaskertomuksen näkymiä.

Lähete-näkymää (LÄH) käytetään, kun potilas ohjataan toiseen hoito-organisaatioon saamaan terveydenhuollon palveluja. Lähete-näkymää voi käyttää myös tilanteissa, joissa hoitovastuuta ei siirretä, vaan pyydetään vain konsultaatiota toisesta organisaatiosta. Merkinnän tietosisällössä tulee mainita, onko kyse konsultaatiosta vai hoitovastuun siirtävästä lähetteestä. Organisaation sisäisissä lähetteissä ja konsultaatioissa ei käytetä LÄH-näkymää, vaan lähettävän tahon erikoisalan mukaista päänäkymää ja lisänäkymänä vastaanottavan tahon erikoisalan mukaista näkymää. Sisäisissä lähetteissä käytetään otsikkona Konsultaatio / Lähete - otsikkoa. Lisäotsikolla tarkennetaan jos kyse on hoitovastuun siirtävästä lähetteestä.

Hoitopalaute-näkymää (PAL) käytetään, kun toteutetusta hoidosta kirjattuja tietoja kootaan hoitopalautteeksi lähetteen tehneelle tai jatkohoidosta vastaavalle taholle lähetettäväksi. Hoitopalaute sisältää yleensä sekä lääkärin tekemän loppuarvion sekä hoitotyön yhteenvedon, mutta joissain tilanteessa hoitopalautteessa on näistä vain toinen tai ne voidaan lähettää tarvittaessa erikseen omina hoitopalautteinaan.

Terveys- ja hoitosuunnitelma (YHOS) on Tiedonhallintapalvelun kautta ylläpidettävä asiakirja, joka on tarkoitettu potilaan kaikkien avohoitoon ja kuntoutukseen liittyvien suunnitelmien kokoamiseen yhdelle asiakirjalle – erityisesti potilaille, joilla on monia terveysongelmia. Näkymää ei ole tarkoitettu osastohoitojakson sisäisten hoitosuunnitelmien kirjaamiseen. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa on käsitelty tarkemmin luvussa 18 Terveys- ja hoitosuunnitelma.

Potilashallinnon näkymä (PHAL) on tarkoitettu sellaisia potilashallinnon merkintöjä varten, joihin ei liity potilaan hoidollista tietoa. Tällaisia ovat esimerkiksi hoidonvarauksiin tai ajanvarauksiin liittyvät merkinnät. Jos samassa yhteydessä tehdään hoidon tarpeen arviointi tai jokin muu hoidollinen merkintä, käytetään HOI, YLE tai muuta ammatillista tai erikoisala- tai palvelukohtaista näkymää.

Ajanvaraus-näkymä (AJANV) lisättiin näkymäluokitukseen vuoden 2018 alkupuolella. Tähän liittyvä tietosisältö Ajanvaraus/Tietosisältö - Ajanvarausasiakirja on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella. Lisäksi on julkaistu Sote-ajanvarauksen yleiskuvaus sekä sitä koskevat vaatimukset terveydenhuollolle. Näkymän käyttöä koskevien toiminnallisten ohjeiden valmistelu on tätä kirjoitettaessa kesken.

Yhteenveto-näkymä (YHT) ja Erillinen asiakirja (ERAS) ovat teknisiä kertomuslisänäkymiä, joita ei koskaan voi käyttää yksinään, vaan aina jonkun toisen näkymän kanssa. YHT-näkymää käytetään lisänäkymänä tehtäessä väli- tai loppuarvioita hoitojaksolta tai useisiin käynteihin liittyen, esimerkiksi kotihoidosta tai sarjahoidoista. Yhteenveto-näkymän avulla voidaan hakea potilaan yhteenvetotasoisia merkintöjä kootusti.

ERAS-lisänäkymää käytetään, kun kirjataan muun henkilön (kuin potilaan) itsestään tai elämäntilanteestaan kertomia yksityiskohtaisia, arkaluonteisia tietoja. Tietojen tulee olla potilaan hoidon kannalta tarpeellisia ja ne kirjataan ERAS-näkymään potilaan tilanteen kartoittamisen tai muun vastaavan syyn vuoksi (STM 2012). ERAS-näkymälle tehdyistä merkinnöistä tulee ilmetä, ketä yksilöityä henkilöä tiedot koskevat (vrt. *Potilasasiakirja-asetus* 298/2009, 7 § ja 2. momentti), ja vain hänellä on oikeus tietojen tarkastukseen. Esimerkiksi lapsen hoitoon liittyen vanhempien itsestään kertomat asiat merkitään erikseen omina merkintöinään, ei samalle ERAS-lisänäkymälle. ERAS-lisänäkymille kirjatut tiedot näkyvät terveydenhuollon ammattihenkilöille potilaskertomuksissa muiden tietojen tavoin, mutta niitä ei näytetä koskaan Omakannassa.

Jos potilas kertoo tietoja toisesta henkilöstä, esimerkiksi lapsi kertoo vanhemmastaan, merkintöihin ei käytetä ERAS-näkymää, vaan tiedot kirjataan normaalisti potilaan omaan potilasasiakirjaan. Vastaavalla tavalla toimitaan, mikäli toinen henkilö kertoo kolmannesta henkilöstä (esimerkiksi hoidettavan lapsen äiti kertoo tietoa isästä). Näiden tietojen kirjaamisessa on käytettävä erityistä harkintaa, sillä ne ovat nähtävissä Omakannan kautta. Tarvittaessa kirjaaja voi viivästää näiden tietojen näyttämisen Omakannassa.

Paikallista näkymää (PAIK) käytetään arkistoitaessa Potilastiedon arkistoon lomaketyyppisiä asiakirjoja, joille ei ole olemassa vastaavaa valtakunnallista näkymää. PAIK-näkymä ei ole käyttäjän valittavissa, vaan potilastietojärjestelmän automaattisen linkityksen käytössä.

5.6 Koosteet

Koosteet ovat Tiedonhallintapalvelussa muodostettuja, potilastietojärjestelmässä näytettäviä tietokokonaisuuksia, joihin kootaan potilaan hoidon kannalta keskeisiä rakenteisia tietoja. Koosteita ei sellaisenaan tallenneta Potilastiedon arkistoon, vaan koostenäkymien tiedot kootaan muista potilasasiakirjoille tallennetuista rakenteisista tiedoista.

Kullakin koosteella - diagnoosit (DGK), riskitiedot (KRIS), toimenpiteet (TMPK), kuvantamistutkimukset (RTGK), laboratoriotutkimukset (LABK), fysiologiset mittaukset (FMK) ja rokotukset (RKTK) - on oma näkymänsä, jolla tiedot sidotaan omaan tietokokonaisuuteensa. Aiemmasta poiketen potilaan lääkitystietoja ei viedä koosteelle, vaan niiden hallintaan on oma toteutussuunnitelmansa. Valtakunnallinen ajantasainen lääkityslista perustetaan Reseptikeskukseen. Ks. tarkemmin luku 14 Lääkehoito.

Koosteet kokoavat samaan tietokokonaisuuteen, esimerkiksi diagnooseihin, liittyvät jatkuvaan potilaskertomukseen kirjatut rakenteiset tiedot yhteen riippumatta siitä, mihin näkymään ne on kirjattu. Koosteet korvaavatkin jatkossa potilaskertomuksissa aiemmin vastaavat käsin ylläpidetyt listat, kuten diagnoosilistan.

Koosteilla olevia rakenteisia tietoja, voi käyttää uusien rakenteisten kirjausten pohjana silloin kun vastaavaa tietoa kirjataan uudelleen, esimerkiksi potilaan pysyvää diagnoosia käyntidiagnoosin tai - syyn kirjaamisessa. Käyttäjä voi myös muokata potilastietojärjestelmässä uuden merkinnän pohjaksi koosteilta poimimaansa tietoa, jos tieto vaatii päivittämistä. Vanhoista tiedoista poimimalla kirjattu tieto linkittyy pääsääntöisesti samalla aiempaan merkintään. Esimerkiksi diagnoosien ja riskitietojen tarkentumiset ja päättymiset voidaan kirjata näin.

Tiedonhallintapalvelun muodostamien koosteiden käyttö edellyttää aina potilaan tietojen luovutukseen antamaa Kanta-suostumusta. Potilastietojärjestelmä voi kuitenkin näyttää oman organisaation tiedot vastaavalla näytöllä samaan tapaan kuin Tiedonhallintapalvelun koosteet näytetään. Silloin näytöllä tulisi olla myös tieto siitä, että tiedot ovat vain oman organisaation tietoja. Myös potilaan mahdollisesti tekemät luovutuskiellot vaikuttavat koosteiden sisältöön, sillä luovutuskieltojen alaisia tietoja ei näytetä myöskään koosteilla.

Koosteiden käsittelyä on kuvattu tarkemmin Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016) ja niiden tarkemmat tietosisällöt ovat ladattavissa kansalliselta Koodistopalvelimelta. Tässä oppaassa on lisätietoa koosteista niissä luvuissa, joissa kuvataan diagnoosien ja käyntisyiden, riskitietojen, tutkimusten, toimenpiteiden ja rokotusten rakenteista kirjaamista ja tietojen hyödyntämistä koosteiden avulla.

Vuonna 2021 otetaan käyttöön kolme Kanta-palveluiden koosteena tuottamaa Covid-19 todistusta, jotka voi esittää Omakannasta tai tulostaa paperille potilastietojärjestelmästä. Todistukset ovat COVID-19 rokotetodistus (RKTKCOV) saadusta COVID-19 rokotuksesta, Todistus viimeisimmän koronavirustestin negatiivisesta tuloksesta (LABKCOV) ja Todistus sairastetusta COVID-19-virusinfektiosta (KTODCOV). Todistukset (ja näkymät) on tarkoitus jatkossa korvata yleisillä vastaavilla todistuksilla.

5.7 Erityissuojatut näkymät

Erityissuojattuja merkintöjä ovat potilasasiakirja-asetuksen (298/2009) 4 §:n mukaan psykiatrian ja perinnöllisyyslääketieteen päivittäis- ja yhteenvetomerkinnät. Erityissuojaus on toteutettu merkinnän näkymätietoa hyödyntäen ja merkinnät, joiden päänäkymäksi on kirjattu PSY tai GEN, on määritelty erityissuojattaviksi. Erityissuojaus kattaa myös näiden mahdolliset lisänäkymät. Suojaus ei kuitenkaan koske tietoja lääkityksestä tai kriittisistä riskeistä.

STM:n linjauksen (12/2014) mukaisesti asetuksella säädettyä erityissuojattavuuden laajuutta on mahdollista tarkistaa, mutta toistaiseksi sitä ei ole tehty. Päivittyvässä asiakastietolaissa ehdotetaan, ettei erityissuojausta enää säädettäisi asetuksella, vaan tarpeen arvioisi THL (Vrt. luku 5.4 SEX-näkymä). Erityissuojaus ei estä tietojen katsomista, mutta kun erityissuojattuja tietoja käytetään muilla kuin kyseisellä erikoisalalla, vaaditaan tietojen käyttäjältä erillinen vahvistus ennen tietojen käyttöä. Erityissuojatun asiakirjan käyttöoikeuksien rajaus toteutetaan potilastietojärjestelmätasolla.

5.8 Lomaketyyppiset näkymät

Lomaketyyppiset näkymät on tehty tiedon esittämiseksi määrämuotoisesti tietyn tietosisällön mukaisesti. Niitä käytetään mm. todistuksissa ja lausunnoissa sekä viranomaisrekistereihin tehtävissä rekisteri-ilmoituksissa. Myös potilaan tekemät tahdonilmaisut, suostumukset potilastietojen luovutukseen ja luovutuskiellot ovat lomaketyyppisiä näkymiä. Lomakkeilla olevia tietoja ei suoraan voi linkittää jatkuvaan potilaskertomukseen, eikä niihin kirjattuja rakenteisia tietoja poimita Tiedonhallintapalvelun koosteisiin. Potilastietojärjestelmissä voi kuitenkin olla toiminnallisuuksia, joilla koosteilla tai jatkuvassa potilaskertomuksessa olevia rakenteisia tietoja voi kopioida lomakkeille tai lomakkeilla olevia tietoja voi hyödyntää jatkuvan potilaskertomuksen kirjauksissa.

5.9 Tekniset näkymät

Näkymäluettelossa on lisäksi joitain teknisiä näkymiä, joita potilastietojärjestelmät tarvitsevat Potilastiedon arkiston hyödyntämiseen. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ei tarvitse käyttää niitä, eivätkä ne yleensä näy potilastietojärjestelmien käyttäjille. Tällaisia ovat esimerkiksi rekisteröinti- ja luovutusilmoitusasiakirjat (REK ja LILM) sekä HAMK-näkymä (Kokonaishammastarkastus), jota käytetään koko hampaistoa koskevien tarkastusmerkintöjen hakemiseen Potilastiedon arkistosta.

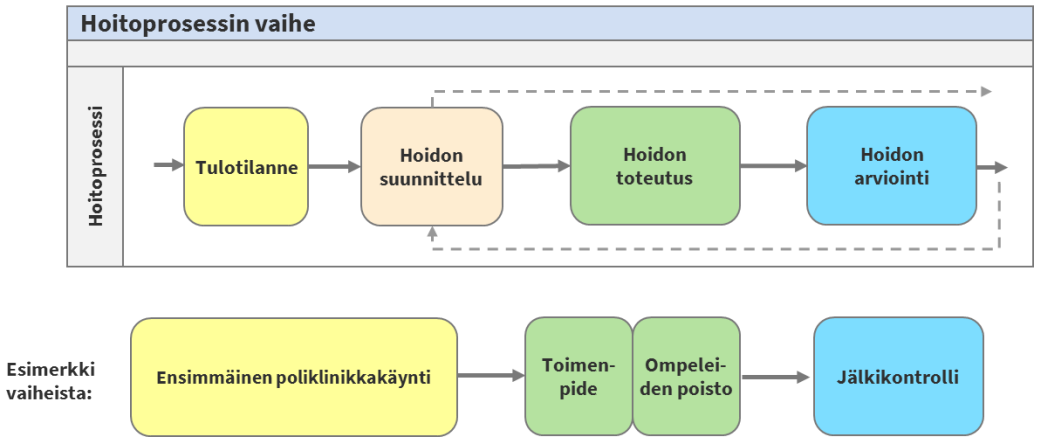
6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot

HYVÄ TIETÄÄ

Hoitoprosessin vaiheella kerrotaan, liittyykö palvelutapahtuman kirjaus tulotilanteeseen, hoidon suunnitteluun, toteutukseen vai sen arviointiin. Pääsääntöisesti merkintä kirjataan yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta merkinnässä voi tarvittaessa eritellä eri hoitoprosessin vaiheisiin liittyvät tiedot. Järjestelmä voi tuottaa hoitoprosessin vaiheen automaattisesti otsikoiden perusteella. Tekstiä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin käyttäen valtakunnallisia otsikoita. Tarvittaessa tarkempaa tekstin jäsentelyä voi tehdä vapaamuotoisilla (paikallisilla) lisäotsikoilla.

6.1 Hoitoprosessin vaiheet

Kansallisella Koodistopalvelimella julkaistuun AR/YDIN - Hoitoprosessin vaihe -luokitukseen sisältyvät tulotilanne, jossa määritellään hoidon tarve, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi (ks. kuva 6.1). Hoitoprosessin vaihe kuvaa hoidon pääasiallista vaihetta potilaan näkökulmasta. Kunkin prosessin vaiheen sisällä voi olla useita ammattikohtaisia prosesseja, joissa hoitoon osallistuva terveydenhuollon ammattihenkilö tekee jatkuvaa hoidon suunnittelua ja arviointia. Potilaalla voi myös olla käynnissä samanaikaisesti useita hoitoprosesseja, vaihteleviin palvelutarpeisiin.



Kuva 6.1 Hoitoprosessin vaiheet ja niiden esimerkkinä leikkauspotilaan 4 käynnin kokonaisuus, joista 1. käynnillä hoitoprosessin vaiheena on kirjattu tulotilanne, 2. ja 3. käynnillä hoidon toteutus ja 4. käynnillä hoidon arviointi.

Merkinnässä tulee aina olla tieto hoitoprosessin vaiheesta. Hoitoprosessi on jatkumo hoidon suunnittelusta sen arviointiin ja edelleen tarvittaessa uuden hoidon suunnitteluun. Yksi merkintä kirjataan yleensä yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta jos merkintä jakautuu selkeästi hoitoprosessin eri vaiheisiin, voi merkinnässä käyttää useampia hoitoprosessin vaiheita. Kaikki hoitoprosessin vaiheet voivat toteutua esimerkiksi yhden käynnin aikana. Silloin vaiheita ei tarvitse käytännössä erotella kirjatessa, vaan merkintä voidaan tehdä käyttäen yhtä prosessin vaihetta, esimerkiksi hoidon toteutusta. Prosessin vaihetta ei tarvitse muuttaa, vaikka hoidon toteutusvaiheen käynnin kirjauksessa käytettäisiinkin esimerkiksi *Suunnitelma*-otsikkoa. Merkinnässä voi kuitenkin käyttää useampaa hoitoprosessin vaihetta silloin, kun se on tarpeellista. Toisaalta, jos esimerkiksi jälkikontrollissa todetaan hoitoa vaativa

haittavaikutus, joka vaatii hoitoa eri ammattihenkilöiden toimesta, muuttuu hoidon syy tältä osin jatkossa haittavaikutuksen hoidoksi ja näiden käyntien hoitoprosessin vaihe kirjataan haittavaikutuksen hoidon vaiheen mukaiseksi.

Hoitoprosessin vaiheen avulla voidaan seurata kuinka potilaan hoito on toteutunut. Keskeiset potilastiedot saadaan liitettyä hoitoprosessin vaiheeseen, jolloin potilastietoja haettaessa voidaan hakua rajata esimerkiksi tulotilanteeseen liittyviin tietoihin. Esimerkkejä eri hoitoprosessin vaiheen alle kirjattavista asiakokonaisuuksista on koottu taulukkoon 6.1. Joidenkin asiakirjojen, esimerkiksi todistusten yhteydessä on tarpeetonta ilmaista hoitoprosessin vaihetta, jolloin käytetään vaihetta *määrittämätön*.

Taulukko 6.1 Hoitoprosessin vaiheiden alle kirjoitettavia asiakokonaisuuksia.

Hoitoprosessin vaihe	Vaiheessa kirjattavia asiakokonaisuuksia
Tulotilanne	Potilaan taustatiedot: potilaan ilmoittama tulosyy, esitiedot ja ongelmat. Tulotilanteessa tehdyt havainnot, tutkimukset ja arvioinnit: nykytila (status), toimintakyky, hoitoisuus, hoidon tarve. Lisäksi tarkistetaan ja täydennetään potilaan pysyväisluonteiseen terveydentilaan liittyvät tiedot: terveyteen vaikuttavat tekijät, riskitiedot, lääkehoito ja apuvälineet. Osa tiedoista voi siirtyä myös lähetteestä merkintöjen pohjaksi.
Hoidon suunnittelu	Terveydenhuollon ammattihenkilöiden, potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa yhteistyössä laadittu suunnitelma potilaan hoidosta, sen perusteista ja tavoitteista. Kuvataan mm. hoidon tarve, hoidon tavoitteet, kirjataan suunnitellut tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, kuntoutus- ja hoitotoimet, apuvälineet ja hoitotarvikkeet, annetut lääkemääräykset sekä pyydettävät konsultaatiopyynnöt.
Hoidon toteutus	Hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi käytetyt keinot ja menetelmät: tehdyt tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, kuntoutus- ja hoitotoimet, annettu lääkehoito ja rokotukset, luovutetut apuvälineet ja hoitotarvikkeet, sekä lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön antama ohjaus muun muassa ravitsemuksesta ja liikunnasta.
Hoidon arviointi	Potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset ja toteutuneen hoidon arviointi suhteessa hoidon suunnittelussa asetettuihin tavoitteisiin: potilaan yleistilanteen ja toimintakyvyn muutokset, tehtyjen tutkimusten ja mittausten perusteella arvioidut muutokset ja toteutettuihin hoitoihin (toimenpiteet, kuntoutus, lääkehoito ja muut hoitotoimet) liittyvät muutokset, diagnoosi tai käyntisyy.
Määrittämätön	Määrittämätöntä hoitoprosessin vaihetta käytetään niissä tilanteissa joissa ei ole mielekästä hyödyntää mitään määritellyistä vaiheista, kuten todistuksissa.

6.2 Otsikot ja lisäotsikot

Hoitoprosessin vaiheen lisäksi tekstiä jäsennetään asiaryhmiin ja sidotaan asiayhteyteen otsikoiden avulla. Otsikoiden käyttö auttaa hahmottamaan mitä asioita tekstin siinä osassa käsitellään, esimerkiksi Esitiedot (anamneesi), Nykytila (status) tai Suunnitelma.

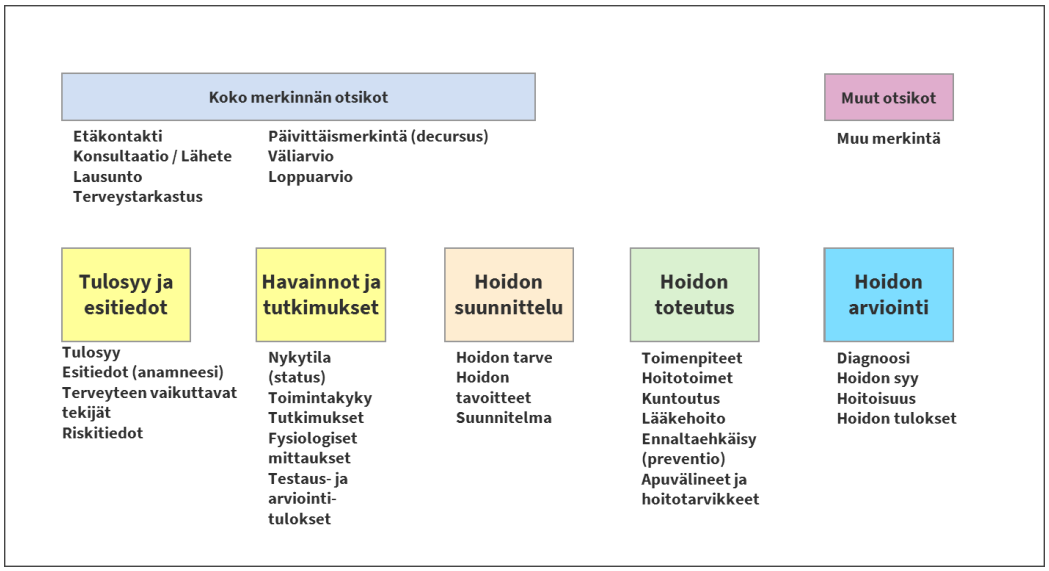
Otsikoiden alle kirjataan kyseiseen asiayhteyteen liittyvää tietoa vapaamuotoisena tekstinä sekä hyödyntäen keskeisiä rakenteisia tietoja. Jäsentämisen lisäksi otsikoita voidaan käyttää hakutekijänä etsittäessä tiettyyn asiayhteyteen liittyviä tietoja. Valtakunnallisten otsikoiden määrä on tarkoituksellisesti suppea, jotta niiden avulla tietoja voi ryhmitellä yhdenmukaisesti ja siten käyttää niitä yhtenäisinä hakutekijöinä. Tekstin lukemisessa käytettävään jäsentelyyn valtakunnallinen otsikosto on monissa tapauksissa liian karkea ja niitä voidaan tarkentaa lisäotsikoilla. Otsikoiden luokitus on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella nimellä *AR/YDIN - Otsikot*.

Merkinnällä tulee aina olla ainakin yksi kansallinen otsikko, muuten otsikoiden määrää merkinnässä ei ole rajoitettu. Otsikot voidaan ryhmitellä loogisesti kuuteen ryhmään hoitoprosessin vaiheita mukaillen:

- Tulosyy ja esitiedot (Tulotilanne)
- Havainnot ja tutkimukset (Tulotilanne)
- Hoidon suunnittelu
- Hoidon toteutus
- Hoidon arviointi
- Muut otsikot (Kaikki hoitoprosessin vaiheet)

Lisäksi osa otsikoista sopii paremmin **koko tekstin otsikoiksi** ja niitä käytetään yleensä merkinnän ensimmäisenä otsikkona, jonka alle kirjataan hoitojakson tai käynnin ajankohta ja sen jälkeen varsinainen teksti muilla otsikoilla jäsenneltynä. Liitteessä 2 on esimerkki *Loppuarvio*-otsikon käytöstä epikriisimerkinnän ensimmäisenä otsikkona.

Hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden ryhmittely on esitetty kuvassa 6.2. Ryhmittely on vain suuntaa antava, sillä otsikot eivät kategorisesti kuulu vain yhteen vaiheeseen, vaan useimpia niistä voi käyttää useammassa hoitoprosessin vaiheessa. Otsikoiden käyttöä eri hoitoprosessin vaiheissa on kuvattu taulukossa 6.2. Teknisesti kaikki otsikot ovat täysin samantasoisia ja lopullinen valinta otsikoiden käyttämisestä on kirjaajalla itsellään.



Kuva 6.2 Otsikot voidaan ryhmitellä kuuteen ryhmään hoitoprosessin vaiheita vastaavasti.

Lisäotsikot

Kirjaaja voi jäsentää merkintää valtakunnallisia otsikoita tarkemmalle tasolle käyttämällä lisäotsikoita. Lisäotsikko on esimerkiksi oma, paikallinen otsikko tai otsikon tarkennin. Lisäotsikoita ei voi käyttää yksinään, vaan ne liittyvät aina johonkin valtakunnalliseen otsikkoon. Lisäotsikoita ei ole erikseen määritelty. Ne ovat rakenteeltaan vapaata tekstiä, joten merkinnän tekijä voi kirjoittaa tarkentavan otsikon vapaasti. Ne ovatkin tarkoitettu tekstiä luettaessa jäsentämään tekstiä valtakunnallisia otsikoita tarkemmin. Hakutekijöiksi ne eivät vapaan

tekstin muotoisina sovellu. Organisaatiot tai potilastietojärjestelmät voivat halutessaan määritellä omia suositeltavia lisäotsikkolistoja ja käyttää näitä järjestelmissä fraasien tavoin. Mahdollinen listojen käyttö ei kuitenkaan estä myös muiden lisäotsikoiden käyttöä.

6.3 Otsikoiden käyttäminen eri vaiheissa

Otsikoiden alle voidaan kirjata sekä vapaata tekstiä että rakenteista tietoa. Kirjaamista käsitellään tarkemmin kunkin rakenteisen tiedon luvussa. Valtakunnallisten otsikoiden määritelmät on kuvattu kansallisella Koodistopalvelimella julkaistussa *AR/YDIN - Otsikot* -luokituksessa.

Taulukossa 6.2 kuvataan eri otsikoiden käyttöä eri hoitoprosessin vaiheissa (ei estä otsikoiden käyttöä muissa hoitoprosessin vaiheissa, jos se on perusteltua). Joitakin otsikoita käytetään ns. yläotsikkona koko kertomusmerkinnälle, toiset otsikot soveltuvat paremmin väliotsikoiksi ryhmittämään tekstiä loogisiin kokonaisuuksiin. Teknisesti kaikki otsikot ovat kuitenkin samanlaisia ja niitä voi käyttää sekä ylä- että väliotsikkoina.

Taulukko 6.2 Otsikoiden ohjeellinen käyttö eri hoitoprosessin vaiheissa.

	Tulotilanne	Hoidon suunnittelu	Hoidon toteutus	Hoidon arviointi	Määrittelemätön
Merkinnän ”yläotsikot”					
Etäkontakti		(x)		(x)	
Konsultaatio / Lähete		x		x	
Lausunto					x
Terveystarkastus			x	(x)	
Päivittäismerkintä (decursus)			x	(x)	
Väliarvio				x	
Loppuarvio (epikriisi)				x	
Otsikot/ Tulosyy ja esitiedot					
Tulosyy	x				
Esitiedot (anamneesi)	x				
Terveyteen vaikuttavat tekijät	x				
Riskitiedot					x

	Tulo-tilanne	Hoidon suunnit-telu	Hoidon toteutus	Hoidon arvioin-ti	Määritte-lemätön
Otsikot/ Havainnot ja tutki-mukset					
Nykytila (status)	x				
Toimintakyky	x			x	
Tutkimukset		(x)	x		
Fysiologiset mittaukset		(x)	x		
Testaus- ja arviointitulokset		(x)	x		
Otsikot/ Hoidon suunnittelu					
Hoidon tarve	(x)	x		(x)	
Hoidon tavoitteet		x			
Suunnitelma		x			
Otsikot/ Hoidon toteutus					
Toimenpiteet		(x)	x		
Hoitotoimet		(x)	x		
Kuntoutus		(x)	x		
Lääkehoito	(x)	(x)	x		
Ennaltaehkäisy (preventio)			x		
Apuvälineet ja hoitotarvik-keet	(x)	(x)	x		
Otsikot/ Hoidon arviointi					
Diagnoosi				x	
Hoidon syy				x	
Hoitoisuus	(x)			x	
Hoidon tulokset				x	
Muut otsikot					
Muu merkintä	(x)	(x)	(x)	(x)	x

Koko merkinnän (ylä)otsikot

Etäkontakti

Otsikkoa käytetään sähköisten (esimerkiksi sähköposti), kirjeitse tapahtuvien ja puhelinkontaktien sekä ilman potilaskontaktia tapahtuvien potilaskertomusmerkintöjen otsikkona. Lisäotsikolla voidaan täsmentää, millaisesta etäkontaktista on kyse. Yleensä merkinnät ovat lyhyitä, eikä niillä ole tarpeen käyttää muita otsikoita. Muita otsikoita voi kuitenkin käyttää tarvittaessa. Ks. myös etäasioinnin erillisohjeistus

Konsultaatio / Lähete

Otsikkoa käytetään sisäisten lähetteiden, sekä konsultaatiopyyntöjen ja -vastausten otsikkona. Lisäotsikolla on suositeltavaa täsmentää, onko kyseessä sisäinen lähete, konsultaatiopyyntö vai konsultaatiovastaus. Lisäksi tekstiä on suositeltavaa jäsentää muita otsikoita käyttäen. Lähetteellä ja konsultaatiopyynnöllä tulee esittää riittävät tiedot potilaan esitiedoista, tehdyistä tutkimuksista ja annetuista hoidoista, potilaan statuksesta, ongelmana olevan taudin kulusta ja kysymyksen asettelusta. Konsultaatiovastaukseen tulee kirjata konsultaation yhteydessä tehtyjen tutkimusten ja arvioiden tiedot tai yhteenveto, vastaus konsultaatiopyynnössä esitettyihin kysymyksiin sekä ehdotus jatkohoidosta tai -toimista.

Lausunto

Otsikkoa käytetään ulkopuolisille tahoille tai organisaation sisäiseen käyttöön tehtyjen lausuntojen ja todistusten otsikkona. Monet lausunnot kirjataan omilla AR/YDIN Näkymät -luokituksen mukaisilla lomakerakenteilla (esimerkiksi A-todistus). Näille käyttäjän ei tarvitse kirjata otsikkoa, vaan potilastietojärjestelmä tekee sen automaattisesti. Vapaamuotoisia lausuntoja on suositeltavaa jäsentää käyttämällä muita otsikoita ja täsmentää lisäotsikolla, millaisesta lausunnosta on kyse.

Tieto erillisestä lausunnosta voidaan kirjata kertomustekstiin Lausunto-otsikon alle. Jos samalla kertaa tehdään todistus, löytyy se palvelutapahtuman perusteella. Jos lausunto on tehty eri kerralla, lausunnon löytämisen helpottamiseksi on suositeltavaa kirjata otsikon alle myös päivämäärä, jolloin lausunto on tehty. Myös tieto muista kuin potilasasiakirjoina tehtävistä lausunnoista, kuten merkinnät poliisin virka-apupyyntöihin liittyvistä lausunnoista ja muista toisille viranomaisille tai vakuutusyhtiöille annetuista ilmoituksista ja lausunnoista, esimerkiksi lastensuojeluilmoitukset, voidaan kirjata Lausunto-otsikon alle. Näitä lausuntoja tai ilmoituksia ei kuitenkaan tallenneta potilaskertomukseen, vaan ne toimitetaan kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa niiden arkistoinnista. Ks. tarkemmin luku 16 Lausunnot ja todistukset.

Terveystarkastus

Otsikkoa käytetään jatkuvaan potilaskertomukseen kirjattavien terveystarkastusten otsikkona. Lisäotsikolla on suositeltavaa täsmentää, millaisesta terveystarkastuksesta on kyse. Lisäksi tekstiä on suositeltavaa jäsentää muita otsikoita käyttäen. Monia terveystarkastuksia varten on olemassa omia lomakerakenteita, joilla annetaan lausunto terveystarkastuksen tuloksesta, esimerkiksi Nuorison terveystarkastus. Näillä lomakkeilla käytetään otsikkona Lausuntoa. Käyttäjän ei tarvitse kirjata otsikkoa lausuntolomakkeille, vaan potilastietojärjestelmä tekee sen automaattisesti. Terveystarkastuksissa tulee kirjata tarkastuksessa ilmenneet löydökset, tutkimustulokset ja ongelmat, jatkotoimien tavoitteet ja tarve sekä jatkohoidon ohjeet. Tarkastukseen liittyvät rakenteiset tiedot kirjataan kyseisiä rakenteita käyttäen.

Päivittäismerkintä (decursus)

Otsikkoa käytetään pääasiassa potilaan osastohoidon tai sen kaltaisen hoidon aikaisten päivittäismerkintöjen (Decursus-merkintöjen) otsikkona, mutta sitä voi käyttää myös avohoidossa lyhytaikaisen hoidon tai sairauden kulun merkinnöissä. Päivittäismerkinnät ovat yleensä lyhyitä, eikä niillä ole tarpeen käyttää muita otsikoita. Muita otsikoita voi kuitenkin käyttää lisänä tarvittaessa. Päivittäismerkintä-otsikkoa käyttävät pääasiassa lääkärit, mutta

sitä voivat käyttää myös muut ammattihenkilöt silloin kun merkintöjä ei tehdä Hoitokertomus-näkymälle (HOKE) päivittäismerkintöinä.

Väliarvio

Otsikkoa käytetään potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon tai kuntoutuksen aikaisten yhteenvetomerkintöjen otsikkona. Merkinnälle tulee kirjata miltä ajalta yhteenveto on tehty ja tekstiä tulee jäsentää muita otsikoita käyttäen. Väliarvio tulee tehdä pitkäaikaishoidossa vähintään 3 kk välein tai potilaan tilanteen oleellisesti muuttuessa. Lisäksi väliarvio kirjataan potilaan hoitovastuun siirtyessä osastolta tai tilapäisesti erikoisalalta toiselle saman organisaation sisällä.

Väliarviossa kirjataan yhteenveto hoidon, kuntoutuksen tai terapian aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta oleellisesta kehityksestä sekä muutos esitietoihin tai aiempaan väli- tai loppuarvioon nähden. Yksityiskohtaisia tietoja tai yksittäisiä rakenteisia tietoja ei väliarviolle kirjata kuin perustelluissa poikkeustapauksista, yleensä yhteenveto asioista on riittävä. Kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa, esimerkiksi tehtyä toimenpidettä ei kirjata uutena rakenteisena tietona, ellei sitä ole mahdollista linkittää alkuperäiseen merkintään (ks. luku 13 Toimenpiteet). Voimassa olevasta lääkityksestä väliarviolle voidaan kopioida yhteenveto, mutta rakenteinen ajantasainen lääkitystieto ylläpidetään lääkitysosiossa.

Loppuarvio (epikriisi)

Otsikkoa käytetään potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon tai kuntoutuksen **päättyessä** tehtävien yhteenvetomerkintöjen otsikkona. Loppuarvio kirjataan myös potilaan hoitovastuun **siirtyessä** toiseen organisaatioon tai pysyvästi erikoisalalta toiselle. Merkinnästä tulee selvitä, missä yksikössä hoito on tapahtunut ja miltä ajalta yhteenveto on tehty. Loppuarviotekstiä tulee jäsentää muita otsikoita käyttäen.

Loppuarviossa kirjataan yhteenveto hoidon, kuntoutuksen tai terapian kulusta, lopputuloksesta, mahdollisista poikkeavuuksista ja potilaan tilasta hänen poistuessaan hoitoyksiköstä. Epikriisiin kirjataan rakenteisesti päädiagnoosi ja mahdolliset sivudiagnoosit. Yksityiskohtaisia tietoja tai yksittäisiä rakenteisia tietoja ei loppuarviolle kirjata kuin perustelluissa poikkeustapauksissa. Yleensä yhteenveto asioista on riittävä. Kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa, esimerkiksi tehtyä toimenpidettä ei kirjata uutena rakenteisena tietona, ellei sitä ole mahdollista linkittää alkuperäiseen merkintään (ks. luku 13 Toimenpiteet). Voimassa olevasta lääkityksestä väliarviolle voidaan kopioida yhteenveto, mutta rakenteinen ajantasainen lääkitystieto ylläpidetään lääkitysosiossa.

Hoidon syy ja esitiedot (Tulotilanne)

Tulosyy

Otsikon alle kirjataan lyhyesti potilaan hoitoon hakeutumisen syy. Tulosyy kirjataan vapaana tekstinä siten kuin potilas tai hänen saattajansa asian kuvaa. Tulosyyn kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 9 Tulosyyt, käyntisyyt ja diagnoosit. (ks. myös otsikot Hoidon syy ja Diagnoosi)

Esitiedot (anamneesi)

Otsikon alle kirjataan potilaan, hänen omaisensa tai saattajansa antamat tai aiemmista potilaskertomuksista kootut tiedot potilaan terveydestä. Keskeisintä esitiedoissa on nykysairauteen tai pääasialliseen ongelmaan liittyvät esitiedot, kuten sairauden alkaminen ja kulku, potilaan kertomat subjektiiviset oireet ja sairauden mahdolliset aikaisemmat vaiheet sekä aikaisemmat hoidot.

Esitietoihin kirjataan myös tiedot muista sairauksista ja suvussa esiintyneistä sairauksista tai tutkimustuloksista sekä muista ongelman kannalta huomioon otettavista sairauksista tai lääkehoidoista samoin kuin sairauteen tai hoitoon mahdollisesti vaikuttavat tiedot elinympäristöstä ja elämäntilanteesta. Esitietoja voi jäsentää tarkemmin esimerkiksi lisäotsikoilla Nykysairaus, Muut sairaudet, Sukuanamneesi, Muut esitiedot.

Terveyteen vaikuttavat tekijät

Otsikon alle kirjataan tietoja, jotka kuvaavat henkilön terveyteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita, kuten tupakointi ja päihteiden käyttö. Terveyteen vaikuttaviin tekijöihin kirjataan kerrottu tai todettu tilanne, ei sitä, miten asiaa pyritään korjaamaan. Terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 11 Terveyteen vaikuttavat tekijät.

Riskitiedot

Otsikon alle kirjataan tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Potilaalla todetut riskitiedot kirjataan rakenteisesti kootusti erilliselle riskitietonäkymälle (RIS), jolloin kirjaajan ei tarvitse käyttää otsikkoa, vaan potilastietojärjestelmä tuottaa otsikon rakenteeseen automaattisesti. Riskitietojen kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 10 Riskitiedot.

Havainnot ja tutkimukset (Tulotilanne)

Nykytila (Status)

Otsikon alle kirjataan terveydenhuollon ammattihenkilön tekemässä kliinisessä tutkimuksessa todetut löydökset ja havainnot. Kliinisiä tutkimuksia ovat esimerkiksi sydämen auskultaatio, kilpirauhasen palpaatio, perifeeriset jännevenytysheijasteet tai silmänpohjien tutkiminen oftalmoskopialla. Nykytilan tiedot kirjataan toistaiseksi pääosin vapaana tekstinä, koska nykytilan rakenteista kirjaamista ei toistaiseksi (2021) ole valtakunnallisesti määritelty muualla kuin suun terveydenhuollossa.

Toimintakyky

Otsikon alle kirjataan tietoa henkilön kyvystä ja edellytyksistä selviytyä arjen toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista, sekä näihin liittyvä kehitys tai muutokset. Tietojen kirjaamisessa suositellaan käytettäväksi tai sovellettavaksi Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväliseen luokituksen (ICF) mukaista viitekehystä henkilön toimintakyvystä, toimintarajoitteista ja kontekstuaalisista tekijöistä. ICF-luokituksen mukaisia toimintakyvyn osa-alueita, aihealueita (pääluokkia) tai yksityiskohtaisempia kuvauskohteita voidaan käyttää esimerkiksi Toimintakyky-otsikon lisäotsikkoina. Toimintakyky-otsikon alle kirjattavat tiedot voivat pohjautua myös erilaisin toimintakykymittarein tuotettuun tietoon. Toistaiseksi tiedot kirjataan kuitenkin tekstimuotoisesti. Suositeltavaa on, että mittaustuloksia raportoitaessa kuvaukseen liitetään myös tieto käytetystä mittarista (nimi, mahdollinen versio ja muut tarpeelliseksi katsottavat tiedot) sekä lyhyt analyysi tai päätelmät mittaustuloksista.

Toimintakyvyn ylläpitoon tai parantamiseen liittyvät toiminnot tai palvelusisällöt kirjataan Kuntoutus-otsikon tai Hoitotoimet-otsikon alle palvelukohtaiselle, ammatilliselle tai erikoisalakohtaiselle näkymälle sen mukaisesti kuin näkymien käytöstä on tässä oppaassa toisaalla ohjeistettu. Toimintakyvyn kirjaamista ohjeistetaan tarkemmin valmisteilla olevassa toimintakykytiedon kirjaamisoppaassa. Toimintakyky tietosisältö on julkaistu Koodistopalvelimella.

Lisätietoa: Toimintakykytiedon kirjaaminen

Tutkimukset

Laboratoriotutkimusten (käsittää kaikki laboratorion erikoisalat myös kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian) ja kuvantamistutkimusten pyyntöjen ja vastausten sekä lähettei-

den ja lausuntojen merkinnät kirjataan rakenteisesti LAB- tai RTG -näkymälle. Näissä käyttäjän ei tarvitse käyttää otsikkoa, vaan potilastietojärjestelmä tuottaa otsikon rakenteeseen automaattisesti. Jatkuvassa potilaskertomuksessa otsikon alle kirjataan laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista tehdyt huomiot ja löydökset, jotka erityisesti tulee huomioida hoidossa, esimerkiksi ”B-gluk toistuvasti tasolla 10–15” tai ”Radiusmurtuma luutunut huonoon asentoon”. Tutkimusten kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 12 Tutkimukset ja mittaukset.

Fysiologiset mittaukset

Otsikon alle kirjataan henkilön terveydentilaan liittyviä fysiologisia suureita, kuten pituus, paino ja verenpaine rakenteisina tietoina FinLOINC-luokituksella. Jos fysiologisille mittauksille on potilastietojärjestelmässä oma rakenteinen osionsa, ei kirjaajan tarvitse käyttää Fysiologiset mittaukset - otsikkoa. Jos fysiologisille mittaustiedoille ei ole käytettävissä FinLOINC-koodia, kirjataan mittaukset Fysiologiset mittaukset - otsikon alle vapaamuotoisesti osaksi muuta kertomustekstiä. Tällaisia mittauksia ovat esimerkiksi aivopaineen mittaus tai kivesten koon mittaus, jotka eivät tällä hetkellä sisälly FinLOINC:iin. Fysiologisten mittausten kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 12 Tutkimukset ja mittaukset.

Testaus- ja arviointitulokset

Otsikon alle kirjataan sellaiset tutkimukset tai arvioinnit, joiden tulokset ilmaistaan yleensä sanallisena kuvauksena, eivätkä ne ole ilmaistavissa selkeästi mitattavina arvoina. Tällaisia tutkimuksia voivat olla muun muassa jotkut erityistyöntekijöiden, esimerkiksi psykologien tekemät tutkimukset, testaukset, kyselyt ja haastattelut, kuten muistitestit. Otsikon alle kirjataan sekä tutkimusten suorittamiseen liittyvät tiedot että niihin perustuvat johtopäätökset. (Ks. myös otsikko Toimintakyky)

Hoidon suunnittelu

Hoidon tarve

Otsikon alle kirjataan potilaan terveydentilaan liittyvät, jo olemassa olevat tai tulevaisuudessa mahdollisesti odotettavat ongelmat, joita pyritään ratkaisemaan tai lievittämään potilaalle annettavan hoidon ja ohjauksen avulla, sekä voimavarat, jotka tukevat potilasta omahoidon hallinnassa.

Hoidon tavoitteet

Otsikon alle kirjataan hoidon suunnittelussa potilaan hoidon, kuntoutuksen tai terveyden edistämisen kannalta oleelliset tavoitteet. Hoidon tavoitteiden toteutuminen tulee olla arvioitavissa.

Suunnitelma

Otsikon alla kuvataan potilaan tutkimusta, hoitoa, kuntoutusta ja niiden järjestämistä käsittelevä suunnitelma. Suunnitelma hoitojaksoa varten tehdään yleensä hoitojakson alussa potilaan tulotilanteen, tulosyyn ja hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Suunnitelmaa tarkennetaan hoidon edetessä ja hoitojakson päättyessä kirjataan jatkohoitosuunnitelma.

Hoitojaksojen välinen, potilaan ja terveydenhuollon eri toimijoiden yhteinen hoitosuunnitelma voidaan kirjata erilliselle Terveys- ja hoitosuunnitelma-näkymälle (YHOS). Mikäli se ei ole vielä käytössä tai muutoin on perusteltua olla kirjaamatta suunnitelmaa YHOS-näkymälle, kirjataan suunnitelma jatkuvan potilaskertomuksen näkymälle Suunnitelma-otsikolla. Terveys- ja hoitosuunnitelman laatimista kuvataan tarkemmin luvussa 18 Terveys- ja hoitosuunnitelma.

Hoidon toteutus

Toimenpiteet

Otsikon alle kirjataan potilaalle tehdyt tai suunnitellut toimenpiteet, joilla on merkitystä potilaan hoidon kannalta. Tehdyt toimenpiteet kirjataan rakenteisina tietoina toimenpiteiden rakenteiden mukaisesti. Otsikon alle kirjataan vapaana tekstinä toimenpiteisiin liittyvät muut tarvittavat tiedot, kuten toimenpiteen perustelut, toimenpidekertomus ja mahdolliset toimenpiteeseen liittyvät komplikaatiot. Toimenpidekertomuksessa kuvataan oleellisilta osin toimenpiteen kulku, toimenpiteessä todetut löydökset sekä saavutettu lopputulos. Toimenpiteiden kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 13 Toimenpiteet. Toimenpiteen jälkeinen jatkohoito suunnitelma kirjataan Suunnitelma-otsikon alle. Ks. myös otsikot Hoitotoimet, Kuntoutus, Lääkehoito ja Ennaltaehkäisy.

Hoitotoimet

Otsikon alle kirjataan ne toteutuneet hoitotoimet tai - toiminnot, joilla esimerkiksi hoitaja tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö on vastannut potilaan hoidon tarpeisiin ja asetettuihin tavoitteisiin ja joita ei kirjata muiden hoidon toteutusvaiheen otsikoiden, kuten Toimenpiteiden, Kuntoutuksen tai Lääkehoidon alle. Myös potilasohjaus kirjataan otsikolla Hoitotoimet.

Kuntoutus

Otsikon alle kirjataan potilaan moniammatillisen kuntoutuksen ja terapia- ja erityispalveluiden toteutukseen, sisältöihin tai toimintoihin avo- ja laitoshoidossa liittyviä tietoja. Myös potilaan ohjaukseen ja neuvontaan liittyvät toiminnot kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden palveluissa sekä apuvälinepalveluun liittyvät toiminnot kirjataan Kuntoutus-otsikon alle.

Kuntoutus-otsikon alle voidaan kirjata myös esimerkiksi kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden antamia osastopotilaan kuntoutukseen liittyviä ohjeita ja muuta oleellista informaatiota muille potilasta hoitaville ammattiryhmille, kuten osastolla toimiville hoitajille. Tietoa ei kuitenkaan kirjata Kuntoutus- otsikon alle silloin, kun tiedolle on osoitettu erikseen tarkoitukseen yleisemmin soveltuva otsikko, kuten Suunnitelma, Väliarvio, Loppuarvio tai Lausunto.

Kuntoutus- ja erityistyöntekijät käyttävät kuntoutukseen liittyvien tietojen kirjaamisessa omia, ammattiryhmäkohtaisia nimikkeistöjään. Nimikkeistöillä voidaan näin tarkentaa kansallisia otsikoita, jolloin ne toimivat tässä oppaassa toisaalla kuvattujen lisäotsikoiden tapaan. Hoitajat voivat kirjata esimerkiksi kuntouttavaan hoitotyöhön liittyviä toimintoja Hoitotoimet-otsikon alle omia ammatillisia tietorakenteitaan käyttäen. Kuntoutukseen liittyvät tiedot kirjataan palvelukohtaiselle, ammatilliselle tai erikoisalakohtaiselle näkymälle sen mukaisesti kuin näkymien käytöstä on tässä oppaassa toisaalla ohjeistettu.

Kuntoutuksen kirjaamista kehitetään yhteistyössä Nimikkeistöjä koordinoivan asiantuntijaryhmän (NIKO) ja muiden asiantuntijaryhmien kanssa. Lisätietoa: Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöt.

Lääkehoito

Lääkkeen määräykset, tarkistukset, antomerkinnät ja muut voimassa olevan lääkityksen muuttamiseen, tarkistamiseen tai lääkkeen antamiseen liittyvät kirjaukset tehdään yleensä rakenteisesti potilastietojärjestelmän lääkitysosioon, eikä kirjaajan tarvitse silloin käyttää Lääkehoito-otsikkoa (ohjelmisto tuottaa sen automaattisesti taustalla). Toistaiseksi, kunnes valtakunnallinen lääkityslista saadaan käyttöön, käynnin tai hoitojakson päättyessä voimassa olevan lääkityksen tiedot tuodaan (automaattisesti) lääkitysosiosta tai ne kirjataan Lääkehoito-otsikon alle VLÄÄ-näkymälle. Muilla näkymillä otsikon alle voidaan kirjata vapaana tekstinä lääkehoitoon liittyviä arviointeja, kommentteja ja perusteluita tehdyille ratkaisuille, joita ei voida kirjata rakenteisena tietona. Lääkehoidon kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 14 Lääkehoito.

Ennaltaehkäisy (preventio)

Otsikon alle kirjataan rokotuksiin sekä muuhun terveyskasvatukseen ja ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon liittyvää tietoa. Rokotustiedot kirjataan rakenteisena tietona. Muun terveyskasvatukseen, terveyden edistämisen ohjaukseen ja ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon liittyvä tieto kirjataan pääsääntöisesti vapaamuotoisena tekstinä tai mahdollisuuksien mukaisesti rakenteisesti tarkoituksenmukaista luokitusta hyödyntäen. Ennaltaehkäisyn ja rokotustietojen kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 15 Ennaltaehkäisy ja rokotukset.

Apuvälineet ja hoitotarvikkeet

Otsikon alle kirjataan tietoa (esimerkiksi lista tai luettelo) toimintakykyrajoitteisen henkilön käytössä olevista, arjen selviytymistä ja osallistumista tukevista apuvälineistä sekä (pitkäaikaisten) sairauksien hoidon kannalta keskeisimmistä hoitotarvikkeista. Otsikon alle voidaan kirjata myös muuta tarpeelliseksi katsottavaa tietoa apuvälineistä ja hoitotarvikkeista, kuten esimerkiksi käyttöön luovutettavien tai käytössä olevien apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden määrä, tuotemerkki ja mallitehdyt modifioinnit tai muutostyöt sekä muut itse välineisiin tai tarvikkeisiin liittyvät oleelliset tiedot. Kirjaus voidaan tehdä vapaamuotoisesti tai esimerkiksi apuvälineistä SFS/THL - Apuvälineluokitusta apuna käyttäen. Myös muut kuin kuntoutus- ja erityistyöntekijät kirjaavat potilaan apuvälineisiin liittyvä tietoa Apuvälineet ja hoitotarvikkeet - otsikon alle.

Kuntoutus- ja erityistyöntekijät kirjaavat apuvälineiden käyttöön liittyvän ohjauksen ja muun toteuttamansa apuvälinepalvelun oman alansa nimikkeistöä käyttäen Kuntoutus-otsikon alle joko palvelukohtaiselle tai ammatilliselle näkymälle sen mukaisesti kuin näkymien käytöstä on tässä oppaassa toisaalla ohjeistettu. Hoitajat voivat vastaavasti kirjata hoitotarvikkeiden käytön ohjaukseen liittyvät ja muut toteuttamaansa hoitotarvikepalveluun liittyvät toiminnot Hoitotoimet -otsikon alle käyttämilleen näkymille (esimerkiksi HOI, NEUVO, OPI).

Apuväline- ja hoitotarviketiedon rakennetta ja sisältöä on tarkoitus valmistella jatkossa mm. apuvälineluokituksen muiden mahdollisten asiantuntijaryhmien yhteistyönä. Myös niin sanottujen apuvälinerekistereiden ja potilaskertomukseen tehtävien kirjausten välisen suhteen, sisältöjen ja toiminnallisuuksien määrittelyt edellyttävät jatkossa tarkennuksia.

Hoidon arviointi

Diagnoosi

Otsikon alle lääkäri kirjaa potilaalla todetut diagnoosit diagnoosirakenteen mukaisesti. Diagnooseihin kirjataan käynnillä tai hoitojaksolla todetut tai hoidetut diagnoosit sekä muut potilaan käynnillä tai hoitojaksolla hoitoon oleellisesti vaikuttaneet diagnoosit. Potilaan pitkäaikaisdiagnooseja, joilla ei ollut hoidon kannalta mitään merkitystä, ei kirjata. Diagnoosin rakenteista kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 9 Tulosyyt, käyntisyyt ja diagnoosit.

Hoidon syy

Otsikon alle muut terveydenhuollon ammattihenkilöt kuin lääkäri kirjaavat hoidon edetessä arvioimansa hoidon syyn rakenteisesti diagnoosirakenteen mukaisena käyntisyynä. Käyntisyy voidaan kirjata ICPC-luokituksella tai potilaalle aiemmin diagnostisoituja ICD-koodeja käyttäen. Käyntisyyn kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 9 Tulosyyt, käyntisyyt ja diagnoosit.

Hoitoisuus

Otsikon alle hoitaja kirjaa hoitoisuusluokitusmittarilla mitatun arvion potilaan saamasta hoidon määrästä ja vaativuudesta. Hoitoisuustieto kirjataan rakenteisesti hoitoisuusluokitusta käyttäen.

Hoidon tulokset

Otsikon alle kirjataan potilaan tilassa tapahtuneet muutokset. Tuloksia arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin ja/tai toteutuneeseen hoitoon.

Muut otsikot (Mikä tahansa hoitoprosessin vaihe)

Muu merkintä

Otsikkoa käytetään silloin kun kirjattava tieto ei sovellu muiden otsikoiden alle.

7 Potilaan perustiedot

HYVÄ TIETÄÄ

Potilas tulee pystyä tunnistamaan ja uusista potilaista on kirjattava tarpeelliset tiedot, kun se on mahdollista. Suuri osa potilaan perustiedoista tulee potilastietojärjestelmään ajantasaisina väestötietojärjestelmästä, mutta kirjaajan on silti hyvä varmistaa, että ne ovat oikein.

Potilaan perustiedot koostuvat potilaan yksilöintitiedoista ja yhteystiedoista. Tietoja käytetään potilaan tunnistamiseen sekä yhteydenpitoon potilaan kanssa. Potilaan yksilöintitiedot ovat potilaan etunimi, sukunimi, nimihistoria, henkilötunnus, tilapäinen yksilöintitunnus, syntymäaika, sukupuoli ja potilaan kuolinaika. Tiedoista ilmenee myös potilaan yksilöintitietoja viimeksi päivittäneen palvelunantajan ja tämän organisaation tiedot. Potilaan yksilöivänä tunnuksena toimii henkilötunnus.

Potilasasiakirja-asetuksen mukaan potilaan yksilöintitietojen minimitiedot ovat potilaan nimi, syntymäaika ja henkilötunnus. Potilaan yksilöintitiedot sisältyvät myös sähköisen potilaskertomuksen asiakirjojen tunnistetietoihin. Muita potilaan perustietoihin kirjattavia tietoja ovat potilaan yhteystiedot, tieto potilaan huoltajasta, laillisesta edustajasta tai edunvalvojasta, edunvalvontatieto, turvakielto ja muut tiedot, kuten tiedot perustietojen viimeisimmästä päivityksestä. Perustiedoissa käytettäviä luokituksia ja tietorakenteita on koottu taulukkoon 7.1.

Taulukko 7.1 Potilaan perustietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia	Lomakerakenne
AR/YDIN - Sukupuoli	AR/Lomake-perushenkilötietolomake (HEN)
VRK/THL - Kuntakoodit	
TK-Ammattiluokitus	
SFS - Kielikoodisto	
SFS - Maakoodisto	
AR/YDIN - Sukulaisuus	
AR/YDIN - Yhteyshenkilön ensisijaisuus	

7.1 Henkilön yksilöintitiedot

Suomessa asuvien henkilöiden perustiedot löytyvät Digi- ja viestintäviraston (DVV) ylläpitämästä väestötietojärjestelmästä (VTJ). Potilastietojärjestelmät saavat väestötietojärjestelmästä potilaan yksilöintitiedot, kuten nykyiset etunimet, nykyisen sukunimen, nimien muutokset, henkilötunnuksen, sukupuolen ja kuolinpäivän. Useimmissa organisaatioissa on rakennettu eräajopohjainen päivitys VTJ:n tiedoista, mutta tiedot päivittyvät eri organisaatioissa vaihtelevin aikatauluin.

Muilta osin palvelunantaja voi täydentää tietoja kirjaamalla niitä potilastietojärjestelmässä. Tietojen oikeellisuus tulee tarkistaa potilaalta tai potilasta edustavalta henkilöltä mahdollisuuksien mukaan. Tällöin ammattihenkilön potilastietojärjestelmässä tekemät päivitykset potilaan perustietoihin kirjataan aina sisältäen päivämäärän ja päivityksen tekijän tiedot. Henkilötiedot päivittänyt terveydenhuollon ammattihenkilö yksilöidään henkilötunnuksella.

Henkilötunnus

Potilastietojärjestelmään kirjataan potilaan henkilötunnus. Potilaalle voidaan merkitä tilapäinen yksilöintitunnus, jos henkilöä ei ole kirjattu väestötietojärjestelmään tai henkilötunnus ei muusta syystä ole tiedossa. Tilapäisen yksilöintitunnuksen lisätietona voidaan kirjata sen voimassaoloaika.

Potilastietojärjestelmä luo tilapäisen yksilöintitunnuksen ja tuottaa sille Potilastiedon arkistoon tallentaessa ISO-standardin mukaisen OID-tunnuksen (mallia 1.2.246.10.<y-tunnus>.22.<vuosi>.<tilapäinen h- tunnus>). Oikeat henkilötunnukset esitetään Potilastiedon arkistossa OID-tunnuksella täydennettyinä (mallia 1.2.246.21.<henkilötunnus>). Käyttäjälle henkilötunnukset näytetään 11-merkkisessä tekstimuodossa ilman OID-tunnusta. Henkilötunnus tai tilapäinen yksilöintitunnus on pakollinen kirjattava tieto.

Nimi ja syntymä- ja kuolinaika

Käyttäjä kirjaa etu- ja sukunimen niille tarkoitettuun kohtaan potilastietojärjestelmässä. Sukunimestä voidaan kirjata lisäksi entinen sukunimi. Entinen sukunimi näkyy vain henkilötietolomakkeella eikä sitä tarvitse kirjata muihin potilasasiakirjoihin. Henkilön nimi on pakollinen kirjattava tieto. Sosiaali- ja terveydenhuollossa syntymä- ja kuolinaika kirjataan minuutin tarkkuudella, jos ne ovat tiedossa. DVV:stä tieto kuolinajasta saadaan päivän tarkkuudella. Henkilön syntymäaika on pakollinen kirjattava tieto.

Sukupuoli

Sukupuoli kirjataan potilastietojärjestelmään luokituksella Sukupuoli. Luokitus on kansainvälisen ISO 5218 ja kansallisen SFS 4182 -standardien mukainen. Kirjaamisessa on huomioitava, että DVV:stä välitettävässä tiedossa ei ole käytössä standardin mukaista koodistoa (ks. taulukko 7.2). DVV:n tiedoissa mies ilmaistaan koodilla "1", nainen ilmaistaan koodilla "2" ja tuntematon ilmaistaan koodilla "B". Henkilön sukupuoli on pakollinen kirjattava tieto.

Taulukko 7.2 Sukupuoli-koodistojen vastaavuus.

Koodi	AR/YDIN - Sukupuoli (SFS 4182)	DVV -koodiston vastaavuus
1	Mies	1
2	Nainen	2
9	Määrittelemättä	(ei vastaavuutta)
0	Tuntematon	B

7.2 Henkilön yhteystiedot

Henkilön yhteystiedot käsittävät osoitteen, kuntaan muuttopäivän, kotikunnan, puhelinnumeron, faksin numeron, sähköpostiosoitteen, ammatin, äidinkielen ja asiointikielen. Väestötietojärjestelmästä voidaan päivittää osoite, kotikunta, ammatti, äidinkieli ja asiointikieli. Potilasasiakirja-asetuksen mukaan minimitiedot ovat kotikunta ja yhteystiedot sekä tarvitta-

essa potilaan äidinkieli, asiointikieli ja ammatti. Potilaan yhteystietoihin voidaan lisäksi sisällyttää muita tietoja, kuten tulkin tarve ja kansalaisuus. Potilaan yhteystiedot voidaan tarkastaa esimerkiksi tulotilanteen yhteydessä ja kirjaaja päivittää muuttuneet tiedot potilastietojärjestelmään tarpeen vaatiessa.

Osoite

Väestötietojärjestelmässä henkilöllä voi olla yhtä aikaa voimassa yksi vakituinen osoite, joka voi olla kotimainen tai ulkomainen, ja sen lisäksi tilapäisiä osoitteita tai postiosoitteita. Henkilöiden osoitetietoja ylläpidetään muuttoilmoitusten avulla. Osoite on pakollinen kirjattava tieto.

Kotikunta

Henkilön kotikunta ja siellä oleva asuinpaikka saadaan väestötietojärjestelmästä. Väestötietojärjestelmään voidaan merkitä myös henkilön ilmoittama tilapäinen asuinpaikka. Henkilön kotikunta on kunta, jossa hän asuu vakituisesti. Potilastietojärjestelmässä kotikunnan kirjaamisen voi suorittaa luokituksella Kuntakoodit, joka noudattaa JHS -suositusta kuntien numerotunnuksista. Kotikunta on pakollinen kirjattava tieto. Kun henkilöllä on turvakielto tai henkilö on kuollut, DVV vaihtaa kuntakoodiksi 000 (ks. myös luku 7.5). Kuntakoodiluokituksessa on omat koodinsa myös henkilöille, joilla ei ole Suomessa kotikuntaa, tai joiden kotikunta on tuntematon tai jos henkilö asuu ulkomailla.

Puhelin, faksi ja sähköposti

Puhelintietoihin voidaan kirjata potilaan koti- ja työpuhelinten numerot. Tietoihin voidaan kirjata myös sähköpostiosoite ja faksin numero sekä tietojen voimassaoloaika.

Ammatti

Henkilön ammatti merkitään Väestötietojärjestelmään henkilön oman ilmoituksen perusteella yleensä muuttoilmoituksen yhteydessä. Ammatti kirjataan potilastietojärjestelmään tarvittaessa. Ammattia kirjattaessa voidaan hyödyntää myös luokitusta TK-Ammattiluokitus tai sen voi kirjata vapaamuotoisena tekstinä.

Äidinkieli

Tieto äidinkielestä on Väestötietojärjestelmässä. Kielitieto on mahdollista myöhemmin muuttaa ilmoittamalla asiasta kirjallisesti rekisterinpitäjälle. Potilaan äidinkielen kirjaamiseen voi käyttää luokitusta Kielikoodisto, joka on SFS-ISO 639 -standardin mukainen.

Asiointikieli

Potilaan asiointikieli ei tarkoita pelkästään Suomessa virallisesti käytettäviä kieliä. Tässä voidaan ilmoittaa myös muita kieliä ja tietoa voidaan hyödyntää tulkkipalveluiden järjestämisessä. Potilaan asiointikielen kirjaamiseen voi käyttää luokitusta Kielikoodisto,, joka on SFS-ISO 639 -standardin mukainen.

Tulkin tarve

Mahdollinen potilaan tulkin tarve voidaan ilmaista vapaamuotoisena tekstinä. Henkilötietolomakkeella tulkin tarve ilmaistaan kyllä/ei -kentällä.

Kansalaisuus

Kansalaisuus kirjataan tarvittaessa käyttäen apuna maakoodistoa.

7.3 Yhteyshenkilö

Yhteyshenkilön tiedoissa hyödynnetään samoja koodistoja ja suosituksia kuin potilaan perustiedoissa. Yhteyshenkilön sukulaisuus kirjataan luokituksella Sukulaisuus. Yhteyshenkilöitä voi olla useita, jolloin luokituksella Yhteyshenkilön ensisijaisuus voidaan kirjata, onko kyseessä ensisijainen vai toissijainen yhteyshenkilö. Sukulaisuuden lisäksi yhteyshenkilö voi olla muu edunvalvoja tai huoltaja. Esimerkiksi alaikäisen potilaan yhteyshenkilön tiedoista tulee käydä ilmi, onko yhteyshenkilö huoltaja tai laillinen edustaja. Täysikäisen potilaan yhteyshenkilön tiedoista tulee käydä ilmi määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. Potilasasiakirja-asetuksen mukaan yhteyshenkilön minimitiedot ovat alaikäisen potilaan huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä tarvittaessa potilaan ilmoittaman läheisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot. DVV:stä saadaan tieto edunvalvonnan voimassaolosta eli sen alkamis- ja päättymispäivä ja tieto mahdollisesta edunvalvonnan tehtävien jaosta edunvalvojien kesken, mitä voidaan tarvittaessa tarkentaa vapaamuotoisena tekstinä. Huoltajaa tai huoltajia koskevina tietoina saadaan väestörekisteristä tieto määräyksestä tehtävien jaosta huoltajien kesken, ja huoltajuussuhteen voimassaolosta eli sen alkamis- ja päättymispäivä.

Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta (361/1983) uudistettiin vuonna 2019. Uusien säännösten mukaan vanhemmat voivat sopia tai tuomioistuin päättää tietojensaantioikeuden antamisesta huollosta erotetulle vanhemmalle tai muulle lapsen läheiselle henkilölle. Tällöin henkilöllä on sama oikeus kuin huoltajalla saada lasta koskevia salassa pidettäviä tietoja viranomaisilta ja yksityisiltä palveluntuottajilta joko kaikissa tai sopimuksessa tai päätöksessä määrätyissä asioissa.

Jatkossa kuntien lastenvalvojat ja tuomioistuimet voivat ilmoittaa alaikäisen lapsen huoltotiedot (tieto siitä, mitä huollosta ja tiedonsaantioikeuksista on sovittu) väestötietojärjestelmään sähköisessä, rakenteisessa muodossa. Myös Digi- ja viestintäviraston virkailijat voivat tallentaa lasten huoltotietoja viranomaisen puolesta. Muutoksella pyritään helpottamaan huoltajan asiointia lapsen puolesta ja sähköistä tiedonvälitystä viranomaisille. Kooditettu tietosisältö kuvaa, onko lapsen huoltoon kuuluvia tehtäviä jaettu tai huollosta erotetulle vanhemmalle tai muulle henkilölle annettu tiedonsaantioikeus.

7.4 Vakuutusyhtiö

Potilasasiakirja-asetuksen mukaan potilaan vakuutusyhtiö kirjataan tarvittaessa eli esimerkiksi, kun hoidon syynä saattaa olla työtapaturma tai ammattitauti tai kun hoidon maksaa mahdollisesti vakuutusyhtiö. Vakuutusyhtiö kirjataan vapaamuotoisena tekstinä.

7.5 Turvakielto

Jos potilaalle on myönnetty turvakielto, potilaan kotikunta- tai osoitetietoja ei saa näyttää potilastietojärjestelmässä, eikä tietoja saa luovuttaa muille. Turvakiellon saanut voi myös ilmoittaa maistraatille Väestötietojärjestelmään merkittävän yhteysosoitteen (esimerkiksi työosoite tai postilokero), joka on käytettävissä postilähetyksien vastaanottamiseen, ja jota luovutusrajoitukset eivät koske.

Tieto turvakiellosta eli sen päättymispäivämäärä saadaan Väestötietojärjestelmästä. Turvakiellon alaisista tiedoista on säädetty väestötietojärjestelmästä ja Digi- ja väestötietoviraston Väestörekisterikeskuksen varmennepalveluista annetussa laissa (661/2009 36 §). Tiedon turvakiellosta tulee näkyä vähintään potilaan osoitetietojen yhteydessä.

7.6 Henkilötietolomake

Sähköinen henkilötietolomake on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella (Perushenkilötietolomake). Henkilötietoasiakirjaa ja sen mukaista HEN-näkymää e**i turvakiellosta johtuvien teknisten ongelmien vuoksi** toistaiseksi tallenneta Potilastiedon arkistoon.

7.7 Henkilötietojen jatkokehitys

Voimassa olevasta vaiheistusasetuksesta (2015/1257) on jätetty potilaan henkilötiedot pois Tiedonhallintapalvelusta, jossa ne oli suunniteltu ylläpidettäväksi.

Henkilötietojen käsittelyä ja arkistointia arvioidaan jatkossa kokonaisuutena ottaen huomioon henkilötietojen ylläpito, kansalaisen rooli ylläpidossa, rekisterinpitäjyys ja henkilötietojen käytettävyys terveydenhuollossa. Henkilötietojen ylläpitoon osallistuvien tahojen yhteistyön ja potilaan mahdollisten omien kansalaispalveluiden kautta tapahtuva omaehtoinen tietojen ylläpito vaativat vielä lisäselvitystä henkilötietojen ylläpidon toimintamallien määrittelemiseksi.

Potilaan tietoja voidaan tallentaa mutta ei kuitenkaan luovuttaa terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista ilman virallista suomalaista henkilötunnusta, koska potilasta ei voida silloin yksiselitteisesti tunnistaa. STM:n linjauksen mukaisesti Potilastiedon arkiston tietojen käyttöä tilapäisen yksilöintitunnisteen avulla ei myöskään lähdetä kehittämään tarpeen vähäisen merkityksellisyyden vuoksi.

8 Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tiedot

HYVÄ TIETÄÄ

Hoidon antajan tunnistetiedot kuvaavat palvelun toteuttajan ja terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön. Palvelun toteuttajan tiedot koostuvat palveluyksikön nimestä ja yksilöintitunnuksesta. Terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön tiedot koostuvat henkilön nimestä ja ammatista. Potilastietojärjestelmä pystyy tavallisesti tuottamaan jokaisen potilasasiakirjan merkinnän tunnistetietoja automaattisesti käyttäjän kirjautumisen perusteella, eikä käyttäjän tarvitse kirjata niitä erikseen. Palvelutapahtuman tiedot koostuvat palvelutapahtuma-asiakirjasta, palvelutapahtuman tunnisteesta ja ajankohdasta, jotka potilastietojärjestelmä tuottaa niin ikään automaattisesti. Käyttäjä saa tunnistetiedot tarvittaessa näkyviin esimerkiksi näyttömuodossa.

Potilasasiakirjat ja niihin sisältyvät merkinnät sisältävät tunnistetietoja (metatietoja), jotka on tarkoitettu esimerkiksi potilastiedon tallentamisen, hakemisen ja käsittelyn mahdollistamiseen. Myös palvelutapahtumalle on omat tunnistetietonsa, joita käytetään valtakunnallisissa sähköisissä palveluissa asiakirjahallinnon apuna. Suuri osa tunnistetiedoista muodostuu automaattisesti, eikä käyttäjän tarvitse tavallisesti kirjata niitä. Tunnistetiedoissa käytettäviä luokituksia on kuvattu taulukossa 8.1.

Taulukko 8.1 Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia

Kirjaamisen luokituksia	Teknisiä luokituksia
Valvira - Koulutusluokitus	eArkisto-Palvelutapahtuman laji
TK-Ammattiluokitus	eArkisto-tekninen CDA R2 henkilötarkennin (Ammattihenkilön funktio/rooli)

8.1 Merkinnän tekijän ja hoidon antajan tunnistetiedot

Merkintä on yhden käyttäjän yksittäiselle näkymälle samalla kertaa kirjaamien, samojen metatietojen sitoma kokonaisuus. Se on pienin terveydenhuollon prosesseissa syntyvä sisältökokonaisuus tai asiakirjallinen tieto, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö tallentaa potilastietojärjestelmään; tiettynä ajankohtana tallennettu, yhden ammattihenkilön kirjoittama tai mittauslaitteen tuottama tulos tai kuvantamislaitteen tuottama kuva, jonka ammattihenkilö on arvioinut ja tallentanut tietyn potilaan hoitoa koskevaksi dokumentaatioksi. (Potilasasiakirjaopas, STM 2012)

Merkinnän tekijä on pakollinen tieto, mutta yleensä järjestelmä tuottaa tiedon automaattisesti. Merkinnän tekijä on henkilö, joka vastaa merkinnän tietosisällöstä. Merkinnän kirjaaja voi olla avustava henkilö, konekirjoittaja tai laite. Tällöin myös merkinnän teknisen kirjaajan tiedot tulee ilmetä merkinnästä. (Potilasasiakirja-asetus 298/2009)

Hoidon antajan tunnistetiedot identifioivat palvelun toteuttajan ja terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön. *Palvelun toteuttaja* voi olla terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti

ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö. Terveydenhuollon toimintayksikön lisäksi identifioidaan palveluyksikkö. *Terveydenhuoltoa toteuttava henkilö* voi olla terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon palvelujen antamiseen osallistuva henkilö, kuten ensihoidossa työskentelevät pelastajat.

Ammattihenkilön rooli tunnistetaan kansallisen Koodistopalvelun mukaisella roolitunnuksella (eArkisto - tekninen CDA R2 henkilötarkennin). Ammattihenkilö voi myös osallistua useammassa roolissa asiakirjan merkintöihin, ja rakennetta voidaan toistaa niin monesti kuin on tarve, jotta saman ammattihenkilön eri roolit merkinnässä tallentuvat. Merkinnän kirjauksessa ammattihenkilön rooli on pakollinen tieto, jonka järjestelmä yleensä päättelee automaattisesti.

Terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön tiedot kertovat henkilön nimen ja ammatin. Potilasasiakirja-asetuksessa (298/2009) mainittu asema tarkoittaa tehtävää, jossa henkilö toimii, kuten lääkäri tai sairaanhoitaja. Potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön nimen ja muita henkilön perustietoja ammattihenkilön käyttäjätunnuksen perusteella. Ammatin kirjaamisessa hyödynnetään luokitusta *Ammattiluokitus*.

Tavallista on, että potilaan hoitoon osallistuu useita terveydenhuoltoa toteuttavia henkilöitä, jolloin tieto siitä, kuka on merkinnän kirjaaja, ilmenee käyttäjähallinnasta. Hoidon antajiksi tulkitaan kaikki terveydenhuoltoa toteuttavat henkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon ja kirjaavat potilasasiakirjoihin merkintöjä. Kun käyttäjätiedoista on pääteltävissä, kuka on merkinnän tekijä, tieto merkinnän tekijästä, kuten lääkäristä, voidaan muodostaa automaattisesti potilastietojärjestelmässä. Muussa tapauksessa tekijätieto on syötettävä käsin tai se voidaan tuottaa merkinnän hyväksymisen yhteydessä. Jokaiseen potilasasiakirjamerkintään sisältyy merkinnän tekijän, palveluyksikön ja kirjaajan tiedot. Kun merkinnän tekijä on opiskelija, tämän ohjauksesta vastaava henkilö hyväksyy merkinnän.

Merkinnän kirjaamisen päivämäärä sisältyy merkinnän kuvailutietoihin, mutta potilastietojen havaintopäivät kuuluvat merkinnän tietosisältöön ja kirjataan erikseen. Merkinnän kirjaamisaika on prosessin seurannan ja juridiikan kannalta oleellinen tieto. Merkinnän yksilöintitietoihin sisältyy lisäksi *merkinnän hyväksymisaika*, kun merkintä edellyttää hyväksyntää. Tavallisesti merkinnän kirjausajankohta ja tekijä eivät näy käyttäjälle, mutta ne saadaan tarvittaessa esille. Merkinnän tekijän kuvailutiedot löytyvät tarkemmalla tasolla kuvattuna Potilastietojärjestelmien käyttötapauksista ja Kanta-potilaskertomusarkiston Medical Records -sanomaoppaasta (ks. tarkemmin Määrittelyt järjestelmäkehittäjille. Versiota 2016 ei enää päivitetä.

Palvelun toteuttajan ja palveluja tuottavan palveluyksikön tiedot sisältävät tekstimuotoisen nimen ja OID-tunnuksen. Järjestelmä voi tuottaa potilashallinnon tietojen perusteella tiedon palveluyksiköstä osaston tarkkuudella, kuten esimerkiksi Kuopion yliopistollisen sairaalan vuodeosasto 2, ja lisäksi erikoisalatiedon, kuten esimerkiksi kirurgia tai sisätaudit. Potilastietojärjestelmä generoi ISO-standardin mukaisen OID-tunnisteen, joka ei näy käyttäjälle ja josta käyttäjän ei tarvitse huolehtia.

8.2 Palvelutapahtuman tunnistetiedot

Palvelutapahtumalla tarkoitetaan terveydenhuollon palvelujen antajan ja potilaan välistä yksittäisen palvelun järjestämistä tai toteuttamista (Asiakastietolaki 159/2007 3 §) . Käytännössä palvelutapahtuma on prosessi, vaikka se ajallisesti voikin olla lyhytkestoinen. Palvelutapahtuma käynnistyy jostain herätteestä ja siitä saadaan tuloksia, joka syntyvät palvelutapahtuman aikana tehdyistä toiminnoista.

Palvelutapahtuma-käsitteen avulla kytketään toisiinsa samaan asiayhteyteen (kontekstiin) liittyvät yksittäiset potilastiedot ja niiden merkinnät ja asiakirjat. Näin palvelutapahtuma

vastaa asiakirjahallinnon **asian** käsitettä eli palvelutapahtuma on asia, johon kytketään kaikki siihen liittyvät ja hoidon myötä syntyneet asiakirjat. Palvelutapahtumakäsite muodostaa myös kokonaisuuden, jonka avulla hallinnoidaan potilaan tekemiä suostumuksia ja kieltoja. Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaalla on mahdollisuus kieltää tietyn palvelutapahtuman tietojen näkyminen toisessa organisaatiossa.

Palvelutapahtuma kohdistetaan tietojärjestelmissä yksittäiselle potilaalle ja jokainen potilasasiakirjamerkintä liitetään tiettyyn yksilöityyn palvelutapahtumaan. Potilastietojärjestelmien on kyettävä liittämään samaan palvelutapahtumaan kuuluvat, myös saman palvelujen antajan eri potilastietojärjestelmissä syntyneet, tiedot yhteen palvelutapahtuman tunnuksen avulla, tai jos järjestelmä ei pysty liittämään tietoja toisiinsa, käyttäjän on valittava itse oikea palvelutapahtuma. Kaikki Potilastiedon arkistoon tallennettavat hoitoasiakirjat tulee liittää yksilöityyn palvelutapahtumaan. Palvelutapahtuma on esimerkiksi (1) yksittäinen avohoitokäynti perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa siihen ajallisesti ja asiallisesti liittyvine tutkimuksineen, toimenpiteineen ja yhteydenottoineen, tai (2) laitoshoitojakso siihen liittyvine toimenpiteineen, tutkimuksineen ja konsultaatioineen, tai (3) määritellystä syystä tapahtuva sarjakäynti.

Vaikka palvelutapahtumat voitaisiin palvelujen tuottajan näkökulmasta jaotella pienempiin kokonaisuuksiin, ei tällainen jaottelu olisi välttämättä käytännöllinen potilastietoja haettaessa. Sarjakäynti (hoitojen sarja) taas on yksi ja sama suorittava palvelutapahtuma, jossa eri käynnit liittyvät asiallisesti toisiinsa, mutta käyntien välillä ei tehdä uutta hoidon arviointia. Yksittäinen käynti on tällöin sarjakäynnin yksittäinen suorite, joka eroaa toisista vain päivämäärältään. Myös tällöin kustakin käynnistä voidaan tarvittaessa tehdä omat merkinnät tai asiakirja.

Palvelutapahtuman määrittelyssä on muistettava, että siinä näkökulma hoitoon on potilaan, eikä palvelun tuottajan. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa potilas voi olla hoidossa useallakin osastolla. Vaikka potilaan hoidon koordinaatiovastuu siirtyy tällöin palvelutapahtuman aikana osastolta toiselle, näistä eri osastojen tuottamista prosessitapahtumista muodostetaan yksi palvelutapahtuma, kun hoidon syy ei muutu.

Palvelutapahtuman käsite pohjautuvat lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007). Palvelutapahtuman tunnistetietoihin kuuluvat palvelutapahtuman tyyppi, yksilöintitunnus ja ajankohta. Palvelutapahtuman tyyppi ilmaistaan luokituksella *Palvelutapahtuman laji*. Palvelutapahtumat yksilöidään OID-tunnuksella ja tapahtuman ajankohta ilmaistaan vähintään päivämäärän tarkkuudella.

9 Tulosyyt, käyntisyyt ja diagnoosit

HYVÄ TIETÄÄ

Potilaan ilmoittama hoitoon hakeutumisen syy kirjataan Tulosyy-otsikon alle vapaamuotoisena tekstinä. Terveydenhuollon ammattihenkilön arvioima hoitokontaktin syy kirjataan aina rakenteisesti ICD- tai ICPC-luokituksella joko diagnoosina (lääkärit, hammaslääkärit) tai käyntisyynä (muut terveydenhuollon ammattihenkilöt). Käyntisyitä ja diagnooseja voidaan tarvittaessa tarkentaa niiden ensisijaisuutta, pysyvyyttä ja varmuutta kuvaavilla lisämääreillä. Tiedonhallintapalvelu muodostaa potilaan diagnooseista ja käyntisyistä koosteen, jonka potilastietojärjestelmät näyttävät siten, että pitkäaikaisdiagnoosit näytetään määräaikaisista diagnooseista erillään. Yhteenvetolistalla olevia diagnooseja ja käyntisyitä voi käyttää uusien kirjausten pohjana. Tietoja voi myös tarkentaa ja liittää uusia diagnooseja ja käyntisyitä aiempaan episodiin.

Potilaan itsensä ilmaisema hoitoon hakeutumisen, yhteydenoton ja asioinnin syy (Tulosyy) kirjataan vapaamuotoisesti. Ammattihenkilön arvioon pohjautuva tieto hoitotapahtuman diagnoosista tai käyntisyystä kirjataan rakenteisesti käyttäen ICPC- tai ICD- koodistoja. Diagnooseiksi tai käyntisyiksi merkitään kaikki käynnin tai hoitojakson aikana hoidetut tai muutoin hoitoon olennaisesti vaikuttaneet potilaan diagnoosit ja käyntisyyt, riippumatta siitä onko kyseessä esimerkiksi lyhytaikainen vai pitkäaikainen sairaus.

Diagnoosit ja käyntisyyt ovat potilaan hoidon kannalta tärkeimpiä rakenteisia tietoja, mutta tietoja käytetään myös laajemmin, esimerkiksi kuvaamaan palvelutuotantoa, laadun ja vaikuttavuuden mittaamisessa tai kustannusten analysoinnissa. Käyntisyiden ja diagnoosien kirjaamiseen käytettäviä luokituksia on kuvattu taulukossa 9.1.

Potilastietojärjestelmät muodostavat kullekin diagnoosille ja käyntisyylle episoditunnuksen, jonka avulla potilaan samaan sairauteen liittyviä diagnoosi- ja käyntisyytietoja voidaan liittää yhteen hoidolliseksi kokonaisuudeksi, ns. episodiksi riippumatta siitä, kuka oli palvelun antaja.

Tiedonhallintapalvelu muodostaa rakenteisista diagnoosi- ja käyntisyytiedoista koosteen (DGK), jota kuvataan luvussa 9.6. Diagnoosien ja käyntisyiden rakenteisia tietosisältöjä ja niistä muodostettavan diagnoosikoosteen määrittelyjä on kuvattu tarkemmin Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016). Siinä esitetty *THL/ Tietosisältö - Diagnoosit* on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella (sisältää myös käyntisyyt).

Taulukko 9.1 Käyntisyiden ja diagnoosien kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia	Lisätietoa
Diagnoosit tai käyntisyyt: THL - Tautiluokitus ICD-10 tai Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus	
Diagnoosin ulkoinen syy ja tapaturmatyyppi: THL - Tautiluokitus ICD-10	Dg ulkoinen syy: Kirjataan tarkentimena diagnoosi-koodeille S00-T98. Kirjataan käyttäen ICD-10 koodeja V01-Y89 Tapaturmatyyppi: Kirjataan tarkentimena dg ulkoisille syille W00-X59. Kirjataan käyttäen ICD-10 koodeja Y94.0-Y96.9
Tilan aiheuttajana oleva lääkeaine: Fimea - ATC luokitus	
Haittavaikutuksen aiheuttaja: THL - Toimenpideluokitus tai Fimea - ATC luokitus	Haittavaikutuksen aiheuttaja: Kirjataan dg ulkoisen syyn koodeille Y40-Y84 ja Y88.0-Y88.3
Diagnoosin tai käyntisyyn ensisijaisuus: AR/YDIN - Diagnoosin / toimenpiteen ensisijaisuus (pää-diagnoosi / sivudiagnoosi)	
Diagnoosin tai käyntisyyn pysyvyys: AR/YDIN – Pysyvyys (Pysyväisluonteinen / Määräaikainen)	
Diagnoosin tai käyntisyyn varmuusaste: AR/YDIN – Varmuusaste (Epäilty / Todennäköinen tai varma)	
THL - Tiedon lähde (Hoitava organisaatio / Muu hoitava organisaatio / Potilas / Potilaan äiti / Potilaan isä / Potilaan edustaja / Viranomainen / Muu tiedon lähde)	
Diagnoosin päättymisen syy: AR/YDIN - Terveystiedon päättymisen syy (Määräaikainen / Parantunut / Tarkentunut / Muu syy)	
UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistö *	Kirjataan tarkentimena tapaturmatyypille Y94.2
Tulossa myöhemmin: THL/SNOMED CT - Terveysongelmat ja kontaktien syyt THL - Harvinaissairauksien Orpha-luokitus	

***** Liikuntalajinimikkeistö voidaan tarvittaessa liittää Tautiluokitus ICD-10:n koodin Y94.2 Urheilu- tai liikuntatapaturma rinnalle täsmentämään lajia, jossa sairaalahoitoa vaatinut vamma on syntynyt

9.1 Tulosyy

Tulosyy kuvaa potilaan itsensä ilmoittaman tai ilmaiseman hoitoon hakeutumisen, yhteydenoton ja palveluissa asioinnin syyn. Tieto perustuu potilaan omaan ilmoitukseen, kokemukseen, näkemykseen, tulkintaan tai arvioon terveyspalveluissa asioinnin syystä. Tulosyyn voi joissakin tilanteissa ilmaista potilaan puolesta myös hänen saattajansa. Potilaan henkilökohtaiset palveluissa asioinnin syyt voivat liittyä erilaisiin oireisiin, aiemmin diagnosoituihin sairauksiin tai diagnostisiin ja hoidollisiin toimenpiteisiin tai lääkitykseen liittyviin tarpeisiin. Tietoa potilaan hoitoon hakeutumisen tai muista asioinnin syistä on yleensä kirjattu vapaamuotoisena tekstinä ajanvarauksen tai ilmoittautumisen yhteydessä, ja tulotilanteessa erityisesti perusterveydenhuollon vastaanotoilla. Tulosyy-käsitettä suositellaan käytettäväksi vastaavassa merkityksessä myös erikoissairaanhoidossa. (Ks. myös luvut 9.2 Käyntisyy ja 9.3 Diagnoosi)

Tulosyy kirjataan *Tulosyy*-otsikon alle. Tulosyyn kirjaa (toistaiseksi ja pääsääntöisesti) terveydenhuollon ammattihenkilö tai puhelinneuvonta- tai vastaanottopisteessä toimiva muu vastaava henkilö vapaana tekstinä mahdollisimman autenttisena potilaan (tai hänen edustajansa) ilmoituksen pohjalta. Tulevaisuudessa sähköiset palvelut ja tietojärjestelmät saattavat mahdollistaa myös sen, että potilas voi kirjata tulosyyn itse.

Tulosyytiedon rakenteisen kirjaamisen kehittämistä on pohdittu esimerkiksi ICPC-luokituksen pohjalta muodostettavaa “suosikkilistaa” tai SNOMED CT:n "Problem-listaa" eli THL/SNOMED CT - Terveysongelmat ja kontaktien syyt -luokitusta hyödyntäen. ICPC-luokitusta on käytetty kansainvälisesti (Britt ym. 2016; Soler ym. 2012; Bentsen 1986) jo pitkään sekä potilaan oman tulosyyn että ammattihenkilön toteaman terveysongelman tai diagnoositiedon kirjaamisessa. SNOMED CT:n terveysongelmalistan käyttöönottoa arvioidaan THL:ssä.

9.2 Käyntisyy

Käyntisyytieto ilmaisee muun kuin lääkärin tai hammaslääkärin näkemyksen vastaanottokäynnillä tai muun vastaavan kontaktin yhteydessä käsitellystä ja/tai hoidetusta oireesta, vaivasta tai sairaudesta. Lääkärit ja hammaslääkärit eivät kirjaa tietoa käyntisyystä, vaan ainoastaan diagnoositietoa (ks. tarkemmin luku 9.3 Diagnoosi).

Käyntisyytieto pohjautuu aina ammattihenkilön havaintoon ja arvioon ja sen määrittäminen tapahtuu vastaanottotilanteen edetessä ja perusteella. Tulosyytiedosta poiketen käyntisyytieto edellyttää aina terveydenhuollon ammattihenkilön aktiivista kannanottoa potilaan terveysongelmaan ja tilanteeseen.

Käyntisyyn kirjaaminen tapahtuu terveydenhuollon ammattihenkilön koulutuksen, ammatillisen osaamisen, tehtävien ja työnkuvan pohjalta. Käyntisyyksi kirjataan ne oireet, vaivat ja sairaudet tai muut vastaavat syyt, jotka ovat hoidon ja toiminnan kohteena tai muutoin käsiteltävänä kyseisellä hetkellä. Potilaalla aiemmin todetut tai diagnosoidut pitkäaikaissairaudet kirjataan käyntisyyksi ainoastaan silloin, kun ne ovat ajankohtaisesti hoidettavina tai vaikuttavat oleellisesti kyseisellä käynnillä käsiteltyyn tai hoidettavaan ongelmaan sekä hoidon toteutukseen tai palvelun sisältöön.

Käyntisyytieto kirjataan joko ICPC-luokituksella tai vaihtoehtoisesti ICD-luokituksella, jos käyntisyy perustuu lääkärin aiemmin tekemään diagnoosiin. Käyntisyyn nimi tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ICD- tai ICPC -luokituksesta, mutta nimeä voi tarvittaessa muokata luokituksessa käytettyä termiä täsmällisemmäksi tai käyntisyytä paremmin kuvaavaksi, kunhan sen merkitys ei muutu koodista poikkeavaksi. Käyntisyitä voi olla yksi tai useampia. Käyntisyytietoa voidaan tarkentaa vastaavilla lisämääreillä kuin diagnoositietoakin.

Käyntisyy-tieto kirjataan kertomusnäkymään *Hoidon syy* -otsikon alle tai suoraan Diagnoosit ja käyntisyy -tietorakenteen mukaiseen kenttään (Virkkunen ym. 2016). *Hoidon syy* -otsikon alle kirjattua rakenteista käyntisyytietoa voi tarvittaessa täydentää vapaalla tekstillä.

9.3 Diagnoosi

Diagnoosi ilmaisee lääketieteellisesti määritetyn taudin tai muun poikkeaman terveydentilasta (esim. vamma). Potilasta hoitava lääkäri kirjaa diagnoositiedon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Diagnoositiedon teknisenä kirjaajana voi kuitenkin toimia myös muu kuin lääketieteellisen koulutuksen saanut henkilö (esimerkiksi tekstinkäsittelijä). Merkinnän (asiasisällöllisenä) tekijänä on kuitenkin aina lääkäri. Lääkärit kirjaavat aina diagnoosin, eivät käyntisyytä. Diagnoositieto kirjataan diagnoosi-rakenteella joko Diagnoosi-otsikon alle tai erilliseen Diagnoosi-tietorakenteen mukaiseen kenttään.

Diagnoosit kirjataan erikoissairaanhoidossa ICD-luokituksella ja perusterveydenhuollossa ICD- tai ICPC- luokituksella. Suosituksena perusterveydenhuollossakin on käyttää ICD-luokitusta. THL:ssä on käyty jopa keskusteluja ICPC-luokituksen käytöstä luopumisesta lääkäreiden diagnoosikirjauksissa myös perusterveydenhuollossa, mutta linjausta asiasta ei vielä ole tehty. Diagnoosin nimi tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ICD- tai ICPC-luokituksesta, mutta diagnoosin tehnyt lääkäri voi myös muokata diagnoosin nimeä luokituksessa käytettyä termiä täsmällisemmäksi tai paremmin kuvaavaksi, kunhan sen merkitys ei muutu koodista poikkeavaksi. Mahdolliset koodinimen täsmennykset, tarkennukset ja lisäykset voidaan kirjata myös diagnoosin nimen perään (esimerkiksi: ICD-10 S92.0 Kantaluun murtuma, *oikean jalan* tai ICPC-2 L76 Murtuma, muu -> L76 *Oikean jalan kantaluun murtuma*).

Käynnin tai hoitojakson (tai vastaavien kontaktien) diagnooseilla viitataan kulloisenkin kontaktin yhteydessä hoidettuihin terveysongelmiin ja (määräaikaisiin tai pysyväisluonteisiin) diagnooseihin. Hoitotapahtuman diagnooseiksi kirjataan vain ne aiemmat diagnoosit, joilla on merkitystä ajankohtaisen terveysongelman tutkimisessa, hoidossa tai ennusteessa tai jotka kulloisellakin hetkellä vaikuttavat potilaan terveydentilaan.

Diagnoosin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tapahtuva huolellinen kirjaaminen tukee kliinisen päätöksentuen käytön mahdollisuutta. Diagnoosien kirjaamista on kuvattu tarkemmin Suomalaisessa tautien kirjaamisen ohjekirjassa (Komulainen, 2012). ICD- ja ICPC-luokituksia esitellään yksityiskohtaisemmin oppaissa Tautiluokitus ICD-10 (2011) ja ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus (Kvist ja Savolainen, 2010).

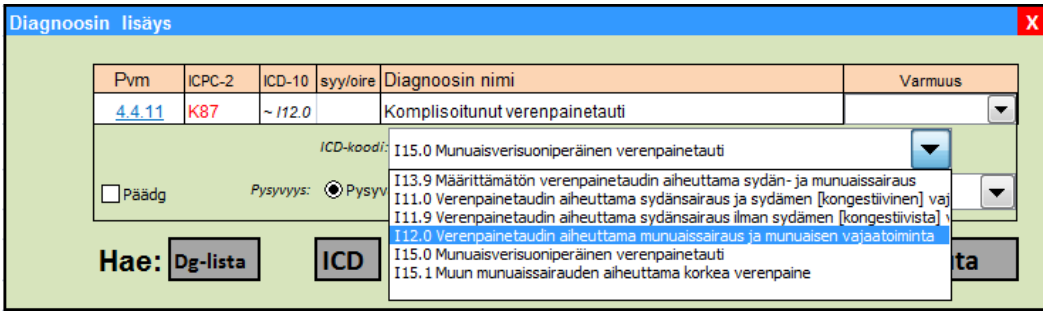
9.4 Diagnoosin ja käyntisyyn tietosisällöt

Diagnoosit ja käyntisyyt kirjataan samalla tietorakenteella ja niiden sisällöt on kuvattu samassa tietosisältömäärittelyssä (THL/Tietosisältö - Diagnoosit). ICD-10 ja ICPC-2 koodistojen käytössä on kuitenkin pieniä eroja, jotka on keskeisiltä osin huomioitu myös seuraavissa luvuissa.

9.4.1 Diagnoosi- ja käyntisyykoodit

Diagnoosit ja käyntisyyt kirjataan käyttäen ICD- tai ICPC- luokitusta. Jos diagnoosi kirjataan ICPC-koodilla, on sitä mahdollista – ja suositeltavaa – tarkentaa ICD-koodilla. Potilastietojärjestelmä voi tuottaa nähtäväksi listan ICPC-koodia vastaavista ICD-koodeista, joista merkinnän tekijä valitsee sopivan koodin. Ks. kuva 9.1.

Tieto ICD-10 koodia vastaavista ICPC-koodeista on julkaistu osana ICD-10 luokitusta sekä tieto ICPC-koodia vastaavista ICD-koodeista osana ICPC-2-luokitusta. Lisätietona ICD- ja ICPC-koodistoissa on julkaistu myös em. siltausten ensisijaisuus, oletusarvoinen ”paras osuma”, silloin kun koodistojen keskinäinen suhde on yksi–moneen.



Kuva 9.1 Esimerkki, kun käytetään ICPC-koodistoa. Järjestelmä tarjoaa vastaavien ICD-koodien listaa, oletuksena tarjotaan ensisijaiseksi määrittelyä vastaavaa ICD-koodia. (Virkkunen ym. 2016)

Kun diagnoositieto kirjataan ICD-luokituksella, merkinnässä voidaan käyttää joko ICD-luokituksessa olevia yksittäisiä diagnoosikoodeja tai koodipareja, ns. yhdistelmäkoodeja. Merkinnän tekijä voi myös itse muodostaa koodipareja yhdistämällä ICD-luokituksessa olevia yksittäisiä koodeja, kun ensin valittu koodi päättyy &-, *- tai +-merkkiin. #-merkkiin päättyvään koodiin pitää tarkentimeksi kirjata tilan aiheuttajana olevan lääkeaineen ATC-koodi.

Potilastietojärjestelmissä voi olla mahdollista kirjata yhdistelmädiagnoosit myös (tai yksinomaan) suoraan rakenteisesti siten, että oire-, syy-, endokrinologisen häiriön ja ATC-koodit kirjataan suoraan omiin kenttiinsä eikä muodostamalla diagnoosikoodiparia. Myös koodiparina kirjatut yhdistelmädiagnoosit, potilastietojärjestelmä purkaa erillisiksi rakenteiksi tiedon helpompaa hyödyntämistä varten (alkaen 2015 määritellystä sisällöstä).

Tietyt ICD-10-luokituksen koodit vaativat lisätietona diagnoosin ulkoisen syyn, tapaturmatyypin tai liikuntalajin tiedot. Potilastietojärjestelmät tunnistavat diagnoosit, joille lisätiedot tulee kirjata. Merkinnän tekijän on näiden diagnoosien kohdalla täytettävä kyseiset lisätiedot.

9.4.2 Diagnoosin tai käyntisyyn ensisijaisuus

Päädiagnoosi on potilaan hoidon kannalta kyseisen hoitotilanteen ensisijainen diagnoosi tai käyntisyy. Sivudiagnoosit ovat muita potilaan hoidon kannalta toissijaisia diagnooseja tai käyntisyitä, joilla on kyseisessä hoitotilanteessa vaikutusta potilaan tutkimiseen, hoitoon, ennusteeseen tai hänen välittömään terveydentilaansa. Tieto diagnoosin tai käyntisyyn ensisijaisuudesta kirjataan *Diagnoosin ensisijaisuus* -luokituksen mukaisesti. Käynnille tai hoitojaksolle tulee määrittää päädiagnoosi tai pääasiallinen käyntisyy viimeistään hoitojakson tai käynnin tai muun hoitokontaktin päättyessä.

Kutakin käyntiä tai hoitojaksoa kohden voi olla vain yksi päädiagnoosi. Mikäli sitä ei ole määritelty, käynnin kirjauksen tai hoitojakson loppuarvion ensimmäiseksi merkitty diagnoosi tai käyntisyy tulkitaan päädiagnoosiksi ja muut diagnoosit sivudiagnooseiksi. Jos hoitotapahtumassa on useita, hoidon kannalta yhtä tärkeäksi katsottuja käyntisyitä tai diagnooseja, järjestystä voi olla vaikea määrittää. Toistaiseksi tällaisiin tilanteisiin ei ole olemassa tarkempia kansallisia ohjeita. Ensisijaisuuden kriteerinä on voitu käyttää esimerkiksi hoidon vaativuutta eli eniten resurssia hoitotapahtumassa vaatinut diagnoosi on merkitty päädiagnoosiksi.

9.4.3 Diagnoosin tai käyntisyyn pysyvyys

Diagnoosin pysyvyyttä kuvataan tarvittaessa *Pysyvyys*-luokituksen avulla. Diagnoosi voi olla määräaikainen tai pysyväisluonteinen:

- *Määräaikainen diagnoosi* tarkoittaa sellaista ohimenevää sairauden, vamman tai muun terveysongelman diagnoosia, jolla ei ole pitkäaikaista merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien kannalta.
    - Määräaikaiset diagnoosit näkyvät Tiedonhallintapalvelun kokoamalla diagnoosien ja käyntisyiden yhteenvedolla.
- *Pysyväisluonteinen diagnoosi* on pitkäaikainen tai pysyväisluonteinen aiheuttaen pitkäaikaista hoidon tarvetta tai vaikuttaen potilaan terveyteen, hyvinvointiin ja hoitoon sairauden tai muun terveysongelman väistyttyäkin
    - Pysyväisluonteisilla diagnooseilla on merkitystä useimpien potilaskontaktien yhteydessä, vaikka ne eivät olisikaan varsinainen hoitoon hakeutumisen syy ja siksi ne usein kirjataan käyntien ja hoitojaksojen sivudiagnooseiksi.
    - Pysyväisluonteiset diagnoosit näkyvät Tiedonhallintapalvelun kokoamalla yhteenvedolla omalla pitkäaikaisdiagnoosilistalla ja ne säilyvät listalla niin kauan kunnes joku kirjaa ne päättyneiksi.

Diagnoosin pysyvyyden määrittäminen on pakollista. Potilastietojärjestelmät tuottavat oletusarvot *Pysyvyys*-tiedolle, mutta merkinnän tekijä voi tarvittaessa muuttaa oletusarvon mukaista tietoa. Kun oletusarvoisesti pysyväisluonteinen diagnoosi kirjataan potilaalle ensimmäistä kertaa (ts. diagnoosi ei ole vielä potilaan pitkäaikaisten diagnoosien listalla), järjestelmä kysyy merkinnän tekijältä vahvistusta, kirjataanko diagnoosi pysyväisluonteiseksi. Jos diagnoosi on jo pitkäaikaisten diagnoosien listalla, se kirjautuu (määräytyy/määrittyy) automaattisesti pysyväisluonteiseksi. Oletusarvoisesti määräaikaiset diagnoosit tallentuvat automaattisesti määräaikaisiksi, ellei niitä ole kirjattu aiemmin potilaan pitkäaikaisdiagnooseihin.

Käyntisyyt ovat käsitteellisesti vain kyseisen käynnin (kontaktin) syitä, eivätkä siis kannanottoja tilan pysyvyyteen. Siksi käynnin syytä kirjattaessa niiden pysyvyyteen ei tarvitse ottaa kantaa. Jos kirjattava käyntisyy perustuu olemassa olevaan pitkäaikaisdiagnoosiin, sillä on automaattisesti pysyvyystietona *Pysyväisluonteinen*. Muut käyntisyyt (kuin pitkäaikaisdiagnoosiin perustuvat) järjestelmä tallentaa automaattisesti määräaikaisina.

9.4.4 Diagnoosin tai käyntisyyn varmuusaste

Diagnostiikalle on ominaista sen epävarmuus. Diagnoosin tai käyntisyyn varmuusaste kirjataan *Varmuusaste*-luokituksella. Diagnoosi tai käyntisyy voi tällöin olla *Epäilty* tai vaihtoehtoisesti *Todennäköinen tai varma*.

Epäilty varmuusasteena viittaa käytettävissä olevien tietojen perusteella oletettuun diagnoosiin, riskiin tai hoidon tarpeeseen, jonka todentamiseksi tarvitaan lisätietoja tai muiden mahdollisten diagnoosien poissulkemista. *Epäilty* - luokkaa käytetään pääsääntöisesti tulotilanteessa kirjattaessa ”työdiagnoosi” kertomustekstiin *Hoidon syy tai Diagnoosi*-otsikon alle. Luokkaa *Epäilty* voi kuitenkin käyttää myös palvelutapahtuman päätteeksi kirjattavan diagnoosin (tai käyntisyyn) lisätietona, jollei diagnoosia (tai käyntisyytä) esimerkiksi tehtyjen tutkimusten ja arvion perusteella pysty arvioimaan riittävän *Todennäköiseksi tai varmaksi.*

Mikäli esimerkiksi palvelutapahtuma erikoissairaanhoidossa käynnistyy tai on käynnistynyt perusterveydenhuollossa asetetun (myös mahdollisen työdiagnoosin tai alustavan) diagnoosin pohjalta, kyseessä on diagnoositieto, joka kirjataan kertomustekstiin joko *Diagnoosi*-otsikkoa hyödyntäen tai suoraan diagnoositiedon tietorakenteeseen. Tiedon lisämääreenä

voidaan tällöin käyttää diagnoosin pääasiallisuutta, pysyvyyttä ja varmuutta kuvaavia lisämääreitä, alla esimerkkinä päivystyskäynti:

- Päänäkymä: PAIV (lisänäkymä SIS)
- Hoidon vaihe: Tulotilanne
- Diagnoosi: J11.1 Influenssa ja keuhkokuume, virusta ei ole osoitettu (*päädiagnoosi, määräaikainen, epäilty)*

Varmuusaste *Todennäköinen tai varma* ei edellytä patologista näyttöä, vaan se voi perustua pelkästään kliiniseen arvioon. Riittää, että diagnoosi, riski tai hoidon tarve on käytettävissä olevien tietojen perusteella olla niin todennäköinen, että suunniteltu hoito voidaan perustellusti toteuttaa ilman lisätutkimuksia.

Diagnoosien ja käyntisyyn varmuusastetta ilmoittavien määreiden käyttö ei ole pakollista, mutta niitä suositellaan käytettäväksi silloin, kun se potilaan sen hetkisen, tai tulevan hoidon tai tutkimusten kannalta on perusteltua. Tällainen tilanne saattaa olla esimerkiksi epäiltäessä pitkäaikaista tai vakavaa sairautta siinä vaiheessa, kun diagnoosin varmistavat (tai poissulkevat) tutkimukset ovat vielä suunnitteluvaiheessa tai kesken. Tietoa epäillyksi kirjatusta diagnoosista voidaan tällöin käyttää kliinisen päätöksenteon tuessa. Kliinisesti merkityksellisempää onkin kirjata varmuusaste *Epäilty* kuin *Todennäköinen tai varma*, sillä käytännössä tyhjä arvo yleensä tulkitaan tarkoittavan todennäköistä tai varmaa.

9.4.5 Tiedon lähde

Diagnoosin ja käyntisyyn kirjaamisessa voidaan tarvittaessa ilmaista keneltä diagnoosia tai käyntisyytä koskeva tieto on peräisin *THL - Tiedon lähde* -koodiston avulla. Tiedon lähteenä voi olla esimerkiksi toinen hoitava organisaatio tai potilas tai hänen edustajansa. Esimerkiksi päivystyksessä diagnoositiedon lähteenä voi tulotilanteessa olla lähettävä organisaatio. Usein oman organisaation järjestelmän tietoihin ei tiedon lähdettä kirjata, vaan tyhjä tulkitaan *Hoitavan organisaation* tuottamaksi tiedoksi. Potilastiedon arkistotiedon tietoa hyödynnetään kuitenkin laajemmin kuin vain omassa organisaatiossa, joten tulkintaa ei tarvita, mikäli tiedon lähde on merkitty.

9.4.6 Diagnoosin tai käyntisyyn toteamishetken tiedot

Diagnoositiedon toteamispäivä tarkoittaa päivää, jolloin kyseinen diagnoosi on asetettu ensimmäisen kerran. Määräaikaisina käsitellyillä diagnooseilla (esimerkiksi korvatulehdus) on oma *toteamispäivänsä ja toteajansa* jokaisella sairausjaksolla. Pitkäaikaisdiagnooseilla (dg pysyvyys = pysyväisluonteinen) *toteamispäivällä* tarkoitetaan päivää, jolloin diagnoosi on alun perin (ensimmäisen kerran) todettu. Diagnoosin toteaja on vastaavasti diagnoosin alkuperäinen toteaja. Kullakin käynnillä lääkäri, joka kirjaa pitkäaikaisdiagnoosin kyseisen käynnin diagnoosiksi, tallennetaan merkinnän tekijäksi, vaikka pitkäaikaisdiagnoosin toteajaksi kirjataan diagnoosin alkuperäinen toteaja. Samoin merkinnäntekopäivä on aina kyseinen päivä, jolloin merkintä tehdään, vaikka pitkäaikaisdiagnoosin toteamispäivä olisikin menneisyydessä.

Uutta diagnoosia tai käyntisyytä kirjattaessa toteamispäiväksi kirjataan oletusarvona kuluva päivä ja toteajaksi merkinnän tekijä. Jos diagnoosi tai käyntisyy kopioidaan potilaan pitkäaikaisdiagnooseista, alkuperäisen toteamispäivän ja toteajan tiedot kopioidaan aiemmasta merkinnästä. Jos kopioitua tietoa muutetaan, toteamispäiväksi kirjataan oletuksena kuluva päivä ja toteajaksi merkinnän tekijä, kuten uutta diagnoosia kirjattaessa. Diagnoositiedon muutoksen voi kuitenkin tehdä vain lääkäri.

Mikäli potilaalla on aiemmin muualla todettu pysyväisluonteinen diagnoosi, mutta sitä ei ole tallennettu Potilastiedon arkistoon ja kyseinen diagnoosi halutaan kirjata potilaan pitkäaikaisdiagnoosiksi, voidaan diagnoosin alkuperäinen toteaja ja toteamispäivä kirjata menneisyyteen esimerkiksi vuoden tarkkuudella tai jättää kirjaamatta.

9.4.7 Diagnoosin päättymisen tiedot

Potilaan **pitkäaikaisdiagnoosilistalla** oleva diagnoosi voidaan merkitä tarvittaessa *päättyneeksi*, esimerkiksi jos potilas parantuu tai diagnoosi tarkentuu tai korvautuu tarkentuessaan toisella. Tämä tapahtuu tekemällä diagnoosista uusi merkintä ja antamalla sille päättymistiedot. **Määräaikaisille** diagnooseille päättymistietoa ei tarvitse kirjata. Käyntisyyt ovat lähtökohtaisesti määräaikaisia, joten tietoa käyntisyyn päättymisestä ei niille tarvitse erikseen kirjata. Päättymistiedon näkymänä käytetään kirjaajan erikoisalan mukaista näkymää, jos näkymää ei ole muilla perusteilla valittu.

Kun diagnoosi merkitään päättyneeksi, merkinnän pohjana käytetään (tulee käyttää) alkuperäistä diagnoosikirjausta. Päättyväksi merkittävän diagnoosin tietojen tulee toisin sanoen olla päättymismerkintöjä lukuun ottamatta alkuperäisessä muodossaan. Diagnoosin *päättymispäivä* on päivämäärä, jolloin diagnoosin mukainen sairaus on todettu päättyneeksi. Diagnoosin päättymispäivän oletuksena on merkinnän kirjaamispäivä ja päättymisen *toteajana* merkinnän tekijä. Tietoja voi tarvittaessa muuttaa. Päätettävälle diagnoosille tulee kirjata myös päättymisen syy *Terveystiedon päättymisen syy* -luokituksen mukaisesti. Päättymisen syitä voivat olla *Parantunut, Tarkentunut ja Muu syy*.

Luokituksesta on poistettu päättymisen syy *Kirjausvirhe*, koska sitä on käytetty virheiden korjaamisen sijasta silloinkin, kun virhe on ollut omissa asiakirjoissa ja se olisi voitu korjata. Jos diagnoosi on kirjattu epähuomiossa virheellisesti, eikä alkuperäistä virheellistä kirjausta pystytä korjaamaan, esimerkiksi kun virhe on toisen organisaation tekemässä asiakirjassa, käytetään päättymisen syynä *Muu syy* - luokkaa. Lisätietona tarkennetaan, että kyse on virheellisen kirjauksen korjaamisesta. Silloinkin virheen kirjannutta organisaatiota tulee informoida virheestä, että he tekevät korjauksen alkuperäiseen asiakirjaan. Jos päättyvä diagnoosi on kirjattu taudin epäilyn vuoksi, joka myöhemmin todetaan aiheettomaksi, käytetään päättymisen syynä luokkaa *Tarkentunut*.

9.4.8 Hoitoepisodi ja diagnoosin tai käyntisyyn episoditunnus

Hoitoepisodilla (episode of care) viitataan potilaan tiettyyn terveysongelmaan liittyvään, ajallisesti etenevään hoidon ja palvelun kokonaisuuteen, johon voi sisältyä useita hoitotapahtumia. Tässä luvussa episodi-käsite on kuvattu diagnoosikirjauksen näkökulmasta ja se voi poiketa esimerkiksi taloushallinnassa käytetystä episodin määritelmästä. Episodi alkaa, kun potilas esittää ensimmäistä kertaa terveysongelman terveydenhuollon ammattihenkilölle ja lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö on kirjannut käyntisyy- tai diagnoositiedon. Episodi päättyy, kun ongelmaa käsitellään viimeisen kerran. Pitkäaikaissairaudet, esimerkiksi verenpainetauti, muodostavat pääsääntöisesti yhden episodin. Sen sijaan lyhytkestoisissa sairauksissa, kuten korvatulehdus, kukin kontakti käsitellään pääsääntöisesti omana episodinaan. Muissa, ns. toisiokäytön tarpeissa, esimerkiksi asiakasryhmittelyissä (DRG, casemix) episodeille voidaan määritellä tässä esitetystä poikkeavia käsittelysääntöjä (katkaisusääntöjä). Esimerkiksi tietyn ajan kuluessa toteutuvat, toistuvat kontaktit voidaan lyhytkestoisissakin sairauksissa määritellä tällöin samaan episodiin kuuluvaksi.

Potilastietojärjestelmät tuottavat kullekin diagnoosille ja käyntisyylle *episoditunnuksen*, jonka avulla diagnoosi tai käyntisyy voidaan liittää potilaan kyseiseen episodiin. Episoditunnuk-

sen avulla yksittäisen potilaan samaan sairauteen liittyviä tapahtumia voidaan liittää yhteen palvelujen antajasta riippumatta.

Episoditunnusta ei näytetä kirjaajalle, sen sijaan episodille voidaan antaa nimi, joka näkyy myös kirjaajalle ja tiedon käyttäjälle. Uuden episodin nimeksi asetetaan oletuksena diagnoosin tai käyntisyyn nimi. Kopioitaessa esimerkiksi aiempi diagnoosi, episodin nimeksi tulee oletuksena siihen liittyvän aiemman episoditunnuksen mukainen nimi. Molemmissa tapauksissa (uusi episodi tai kopioitu episodi) kirjaaja voi muuttaa episodin nimeä tarvittaessa. Episodin nimi voi siis muuttua kuluvan episodin aikana ja episodin nimenä käytetään aina uusimman kirjauksen mukaista episodin nimeä.

Terveydenhuollon ammattihenkilön kirjatessa uutta diagnoosia tai käyntisyytä, järjestelmä liittää kyseisen tiedon automaattisesti aiempaan vastaavaan diagnoosiin tai käyntisyyhyn, ja antaa merkinnälle saman episoditunnuksen, mikäli sama diagnoosikoodi esiintyy potilaan pitkäaikaisdiagnoosien listalla tai tieto on alle kolme kuukautta aiemmissa diagnoosi- tai käyntisyytiedoissa. Tämä tulkinta voi yhdistää esimerkiksi kaksi korvatulehdusdiagnoosia, joiden merkinnät ajoittuvat alle kolmen kuukauden ajanjaksolle, periaatteessa virheellisesti samaan episodiin, mutta sääntö on katsottu ”riittävän tarkaksi”, jotta päättelysäännöt pystytään toteuttamaan pääsääntöisesti ilman tiedon kysymistä kirjaajalta.

Mikäli kirjaaja merkitsee diagnoosin, joka on yli kolme kuukautta sitten tallennetuissa diagnoosi- ja käyntisyytiedoissa, järjestelmä varmistaa kirjaajalta kysymällä, liittyykö diagnoosi aiempaan diagnoosiin tai käyntisyyhyn (ja aiempaan episodiin), vai onko kyseessä uusi sairausjakso eli uusi episodi. Jos kirjaajan mielestä diagnoosi ei liity aikaisempaan episodiin, ja vastaa kieltävästi, muodostaa järjestelmä uuden episoditunnuksen. Jos potilaalle ei ole aiemmin kirjattu kyseistä diagnoosia, muodostetaan aina uusi episoditunnus.

Jos samassa hoitotapahtumassa kirjataan useampi diagnoosi tai käyntisyy, joita potilailla ei ole pitkäaikaisdiagnoosilistalla tai alle kolme kuukautta aiemmissa diagnoosi- ja käyntisyytiedoissa, saa kukin diagnoosi tai käyntisyy oman episoditunnuksen. Episodit eivät siten ole suorassa yhteydessä käynteihin tai hoitojaksoihin, vaan sama käynti tai hoitojakso voi liittyä useaan eri episodiin.

9.5 Aiempien diagnoosi- ja käyntisyymerkintöjen hyödyntäminen

9.5.1 Aiemmin kirjattujen diagnoosien ja käyntisyiden poimiminen

Aiemmin kirjattuja diagnooseja ja käyntisyitä voi poimia diagnoosilistalta kertomukseen kirjattavaksi uudeksi diagnoosiksi tai käyntisyyksi, ja helpottaa näin niiden kirjaamista. Kun potilaan aiempia diagnoosi- ja käyntisyytietoja hyödynnetään uuden merkinnän pohjana, uuteen merkintään tulevat oletuksena aiemman merkinnän tiedot. Määräaikaisissa diagnooseissa ja käyntisyissä on kuitenkin *diagnoosin toteajana ja toteamispäivämääränä* oletusarvoisesti uuden merkinnän tekijä ja kirjauksen päivämäärä. Uudella merkinnällä kirjaaja voi vapaasti muuttaa kaikkia tietoja.

Aiempien diagnoosien ja käyntisyiden poimiminen on suositeltavaa tehdä ensisijaisesti pitkäaikaisdiagnoosien listalta, koska tällöin myös diagnoosin pysyvyys ja diagnoosin toteajan tiedot kopioituvat mukana. Aina aiempaa diagnoosia ei pidä kopioida uuden diagnoosin pohjaksi siksi, että myös episoditunnus kopioituu. Esimerkiksi toisen lonkan murtuessa ei voida kopioida aikaisempaa lonkkamurtumadiagnoosia, koska silloin uusi murtuma liittyisi aiemman murtuman episodiin, vaikka todellisuudessa kyseessä on eri episodi.

Kun aiempia diagnoosi- ja käyntisyytietoja hyödynnetään uuden kirjauksen pohjana, kirjaajan on aina varmistettava, että aiemman merkinnän tieto vastaa sisällöllisesti ja on paikkansa pitävä myös kyseisessä uudessa tilanteessa.

9.5.2 Diagnoosin tai käyntisyyn tarkentaminen

Aiemmin kirjatun episodin diagnoosin tai käyntisyyn tietoja voi tarvittaessa tarkentaa jälkeenpäin tekemällä uuden tarkentavan merkinnän. Yksinkertaisinta tarkentaminen on tehdä poimimalla kyseinen aiempi diagnoosi tai käyntisyy uuden merkinnän pohjaksi ja tekemällä siihen tarvittavat muutokset. Näin kirjaajan tekemä tarkennus ei muuta alkuperäistä diagnoosille tai käyntisyylle muodostettua episoditietoa, vaan se pysyy samana.

Myös episodin diagnoosin tai käyntisyyn muuttaminen toiseksi voidaan tehdä tällä tavalla. Tällöin molemmat (aiempi ja tarkennettu) diagnoosit tai käyntisyyt kuuluvat edelleen samaan episodiin, mikäli se on tarkoituksenmukaista. Jos diagnoosi tai käyntisyy on potilaan pitkäaikaisdiagnooseissa tai alle kolme kuukautta aiemmissa käyntien diagnooseissa tai käyntisyissä, liittäminen tehdään järjestelmässä automaattisesti. Muissa tapauksissa kirjaajan tulee ottaa kantaa, haluaako hän liittää uuden tiedon aiempaan episodiin vai kuuluuko se kokonaan uuteen episodiin (ks. myös luku 9.4.8).

Jos diagnoosia tarkennetaan, tulisi aiempi pitkäaikaisdiagnoosi merkitä päättyneeksi, ellei sillä ole enää merkitystä. Tämä poistaa moninkertaiset saman sairauden diagnoosit pitkäaikaisdiagnoosilistalta. Se myös helpottaa koko episodin merkitsemistä päättyneeksi. Koko episodi tulkitaan päättyneeksi vasta, kun kaikki siihen liittyneet diagnoosit ja käyntisyyt ovat päättyneet. Esimerkiksi, kun päänsärky (R51.80) tarkentuu tutkimusten edetessä aivokasvaimeksi (D43.2) ja edelleen täsmentyy meningeomaksi (D32.03), voidaan kaikki saman sairauden aikana tarkentuneet diagnoosit liittää samaan episodiin kopioimalla aiempi diagnoosi uuden diagnoosin pohjaksi ja tekemällä siihen tarvittavat muutokset. Lisäksi, kun aiempaa diagnoosia tarkennetaan, esimerkiksi aivokasvaimesta (D43.2) meningeomaksi (D32.03), tulisi aiempi pitkäaikaisdiagnoosi (D43.2) merkitä päättyneeksi ellei sillä ole enää merkitystä. Diagnoosin päättymisen syyksi kirjataan silloin *Tarkentunut*. Tässä esimerkissä koko episodi päättyy vasta kun kaikki kyseiset diagnoosit ovat päättyneet (määräaikaiset) tai merkitty päättyneeksi (pitkäaikaisdiagnoosit).

9.6 Diagnoosien ja käyntisyiden koostetiedot

Koska diagnooseja ja käyntisyitä käytetään kahdessa, hieman toisistaan poikkeavassa merkityksessä, Tiedonhallintapalvelu muodostaa rakenteisista diagnoosi- ja käyntisyytiedoista koosteen (DGK), jossa kyseisiä tietoja tarkastellaan seuraavasti:

1. potilaan terveysongelmat, joita hoidetaan kulloisenkin kontaktin yhteydessä (käyntien ja hoitojaksojen diagnoosit ja käyntisyyt)
2. potilaan terveysongelmat, jotka voidaan ymmärtää potilaan, pitkäkestoisiksi tai pysyväisluonteisiksi terveysominaisuuksiksi ja joilla on väistyttyäänkin laaja-alaista merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien hoidon kannalta (pitkäaikaisdiagnoosit)

Tiedonhallintapalvelu kokoaa käyntien ja hoitojaksojen tai niitä vastaavien kontaktien yhteydessä tiedot rakenteisesti kirjatuista diagnooseista ja käyntisyistä, riippumatta esimerkiksi siitä, minkä otsikon alla niitä on kertomuksessa käytetty. Diagnoosit ja käyntisyyt näytetään samalla yhteenvedon listalla, jota voi tarvittaessa suodattaa niin, että käyttäjälle näytetään vain diagnoosit tai vain käyntisyyt.

Hoitoon liittyessään myös pitkäaikaisdiagnoosit kirjataan käynnin tai hoitojakson diagnooseiksi tai käyntisyyksi. Koosteella pitkäaikaisdiagnooseista näytetään vain diagnoosit, joiden pysyvyystiedoksi on merkitty *Pysyväisluonteinen*.

Diagnoosiyhteenveto *Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta* 12.9.2014 X

Pitkäaikaisdiagnoosit | x Näytä diagnoosilista | x Näytä päättyneet dg:t | Yhdistä | Episodilla ▼

+	Aikajakso			Dg-koodi ▲	Diagnoosin nimi
...	9.9.09	-	15.8.12	E11.9	Aikuistyypin diabetes
...	22.1.07	-	15.8.12	I11.9	Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen [ko
...	9.9.09	-	15.8.10	I20.1	Angina pectoris
...	22.1.07	-	4.4.08	M16.9	Arthrosis Coxae
...					

Diagnoosit ja käyntisyyt | x Diagnoosit | x Käyntisyyt | Suodata toistuvat dg:t | Ei suodatusta ▼

+	Aikajakso ▼			Dg-koodi	Diagnoosin nimi
...			15.8.12	J01.0	Poskiontelotulehdus
...			15.8.12	E11.9	Aikuistyypin diabetes
...			15.8.12	I11.9	Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen [ko
...			1.6.12	E11.9	Aikuistyypin diabetes
...			13.3.12	I11.9	Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen [ko

Päättyneet pitkäaikaisdiagnoosit | Suodata toistuvat dg:t | 3 merkillä ▼

+	Ajankohta			Dg-koodi ▲	Diagnoosin nimi	*Päättynyt*
	5.8.03	-	15.10.04	E05.0	Hypertyreoosi	15.10.04
			4.4.11	H06.1*B67.9	Silmän ekinokokkoosi	4.4.11

Kuva 9.2 Esimerkki yhteenvetokoosteella näytettävistä diagnoosi- ja käyntisyytiedoista ja niiden suodatusmalleista. (Virkkunen ym. 2016)

10 Riskitiedot

HYVÄ TIETÄÄ

Riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa erityisen riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Kriittiset riskitiedot käsittävät allergiset ja lääkeaineen aiheuttamat henkeä uhkaavat reaktiot ja muut riskit, jotka aiheuttavat potilaalle hengenvaaran. Riskitiedot kirjataan käyttäen riskitiedon tyyppi-, aste- ja pysyvyyskoodistoja, sekä tarvittaessa ICD-diagnoosikoodia tai THL-Toimenpidekoodistoa. Lääkeaineiden ATC-koodia käytetään, kun riski liittyy lääkeaineeseen, esim. lääkeallergiaan. Riskitieto voidaan kirjata myös silloin, kun väkivaltainen potilas aiheuttaa vaaraa henkilökunnalle, eikä ole vaaraksi pelkästään itselleen.

Riskitiedot koostuvat kriittisistä ja potilaan hoidossa tai henkilökunnan turvallisuudessa huomioitavista riskitiedoista. Riskien kirjaamisessa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 10.1.

Taulukko 10.1 Potilaan riskitietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi
AR/YDIN - Riskitiedon aste (Kriittinen / Hoidossa huomioitava)
AR/YDIN - Varmuusaste (Epäilty / Todennäköinen tai varma)
AR/YDIN - Pysyvyys (Pysyväisluonteinen / Määräaikainen)
Riskin koodiarvo*: THL - Tautiluokitus IDC-10 tai THL - Toimenpideluokitus tai AR/YDIN - Hoidon rajauksen aste
Kuntaliitto - ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus
Fimea - ATC-luokitus
THL - Tiedon lähde (Hoitava organisaatio / Muu hoitava organisaatio / Potilas / Potilaan äiti / Potilaan isä / Potilaan edustaja / Viranomainen / Muu tiedon lähde)
AR/YDIN - Terveystiedon päättymisen syy (Määräaikainen / Parantunut / Tarkentunut / Muu syy)

*Huom. 02/2016 THL - ICD-10 Tautiluokitus on sillattu Riskiluokituksiin (Riskin tyyppi, aste ja pysyvyys) ja Diagnoosi pysyvyys - luokitukseen, ja 06/2016 THL-Toimenpideluokitus on sillattu Riskiluokituksiin (Riskin tyyppi, aste ja pysyvyys) ja Toimenpiteen tyyppi -luokitukseen

Riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Niissä voi olla lisäksi tietoja, jotka tulee huomioida asianmukaisen hoidon toteuttamiseksi, esimerkiksi hoitotahto tai hoidon rajaukset. Tietoja käytetään potilastietojärjestelmissä huomauttamaan potilasta hoitavia henkilöitä siitä, että hoitoa täytyy mahdollisesti suunnitella tai toteuttaa tavanomaisesta poikkeavalla tavalla. Riskitietojen tarkoitus on tulla huomioiduksi kaikissa tilanteissa. Jaottelu kriittisiin ja hoidossa huomioitaviin riskitietoihin helpottaa tärkeimpien riskien huomaamista. Riskitietojen kirjaamiseen

tulee suhtautua kriittisesti. Niitä arvioidaan aina potilaskohtaisesti ja kirjaamiskäytännöt sovitaan organisaatiokohtaisesti. Omakanta-palvelussa kansalaiselle näytetään Potilastiedon arkistoon tallennetut kriittiset riskitiedot, sekä jatkossa 2016 rakenteen mukaisesti tallennetuista riskitiedoista myös hoidossa huomioitavat riskitiedot lukuun ottamatta käyttäytymiseen liittyviä riskejä. Huom. Vuoteen 2021 mennessä vain pieni osa riskitiedoista on tallennettu 2016 rakenteella.

Tiedonhallintapalvelu poimii riskitietojen koosteelle (KRIS) potilaalle merkityt riskitiedot sekä tiedon hoitotahdosta, jos se on tallennettu Tiedonhallintapalveluun. Ks. luku 10.3. Riskitietojen rakenteinen tietosisältö ja niistä muodostettavan koosteen määrittelyjä on kuvattu tarkemmin Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016). Siinä esitetty *THL/ Tietosisältö - Riskitiedot* on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella.

10.1 Riskitietojen tietosisältö

Terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoidon suunnitteluun ja hoitoon, tarvitsevat tietoa potilaan mahdollisista riskeistä. Riskitiedot kirjataan rakenteisesti riskitietonäkymälle (RIS), jossa potilastietojärjestelmä tuottaa rakenteeseen tarvittavan otsikon automaattisesti. Kertomusnäkymällä kirjaaja voi tarvittaessa lisätä *Riskitiedot*-otsikon alle riskiin liittyvää vapaamuotoista tekstiä. Ensisijaisesti riskitieto tulee kuitenkin tallentaa rakenteisesti RIS-näkymälle.

Riskitiedoista tulee aina kirjata *Riskin nimi, Riskin tyyppi,* ja *Riskin aste*. Sen lisäksi tietoa voi tarkentaa muun muassa *Riskiin liittyvällä lisätiedolla*, *Selitteellä, riskin huomiointi potilaan hoidossa* sekä *Riskin varmuusasteella, Riskin pysyvyydellä ja Tiedon lähteellä*. Riskitietoihin sisältyy lisäksi *päivämäärä*, jolloin riskitieto on todettu tai poistettu, sekä riskitiedon *toteajan ja* riskitiedon *päättymisen toteajan* tiedot.

10.1.1 Riskitiedon tyyppi ja riskin koodi

Riskitiedon tyyppi -koodistolla ilmaistaan millaisesta riskitiedosta on kyse. Taulukossa 8 on kuvattu riskien pääluokat. Kukin pääluokka jakaantuu 2-8 tarkempaan riskiluokkaan. Luokitus on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella. Riskin tyyppi tulee kirjata jokaiselle riskitiedolle.

Riskitieto voidaan kirjata rakenteisesti kahdella tavalla:

- valitsemalla *Riskin tyyppi*-luokituksesta asianmukaisen koodin ja kirjaamalla muut tarvittavat tiedot vapaamuotoisesti itse tai
- kirjaamalla riskitieto esimerkiksi *diagnoosi- tai toimenpideluokituksella* koodattuna. Tällöin tietyn diagnoosin tai toimenpiteen kirjaus ”laukaisee” riskitiedon kirjauksen, jolloin potilastietojärjestelmä ehdottaa kirjaajalle automaattisesti riskitiedon kirjausta.

Vaikka esimerkiksi jotkut diagnoosit aiheuttavat potilaalle erityisiä riskejä, ei riskitietokoostetta ole tarkoitettu diagnoosikoosteen kanssa päällekkäiseksi. Pitkäaikaisia sairauksia, kuten esimerkiksi syöpää, ei ole tarkoitus kirjata riskeiksi, vaikka ne tuleekin huomioida potilaan hoidossa. Ne näkyvät potilaan diagnoosilistalla. Riskitiedoiksi kirjataan vain ne diagnoosit, jotka aiheuttavat erityistä riskiä potilaalle, kuten hemofilioiden aiheuttama lisääntynyt vuotoriski.

Taulukko 10.2 Riskitiedon tyyppien pääluokat

Koodi	Riskitiedon tyyppi
L	Lääkereaktiot ja -allergiat
A	Muut allergiat
S	Riskitaudit ja -hoidot
V	Verituotteiden annossa huomioitavat asiat
H	Erityishuomiointia vaativat hoidot
I	Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit
E	Mikrobit ja eritystarve
R	Hoidonrajaukset, hoitolinjaukset ja hoitopoikkeamat
K	Käyttäytymiseen liittyvät riskit
M	Muut riskit

10.1.2 Riskitiedon nimi ja vapaamuotoiset tarkenteet

Riskitiedon nimi

Riskitiedon nimenä käytetään oletusarvoisesti riskin tyypin nimeä – tai jos riskitieto pohjautuu diagnoosiin, käytetään diagnoosin nimeä. Kirjaaja voi halutessaan tarkentaa oletusarvoista nimeä tai kirjata omavalintaisen nimen, joka kuvaa riskiä paremmin.

Riskiin liittyvä lisätieto

Riskiä voi tarkentaa siihen liittyvällä lisätiedolla, esimerkiksi riskiä aiheuttavan tekijän tiedolla. Lisätieto voidaan antaa vapaamuotoisena tekstinä tai se voidaan antaa koodattuna, esimerkiksi allergian aiheuttanut lääkeaine merkitään ATC-koodilla. Tekstimuotoinen tieto tulee silloin lisätietona käytetyn koodin perusteella mukaan, mutta kirjaaja voi tarvittaessa muokata oletustekstiä asiaa paremmin kuvaavaksi.

Selite, riskin huomiointi potilaan hoidossa

Riskin tyyppi ja siihen liittyvä lisätieto ei välttämättä selkeästi kuvaa riskin vaikutuksia potilaan hoitoon. Sen vuoksi riskitiedoissa on mahdollisuus kuvata erilliselle selitteelle sitä, miten riski tulee huomioida potilaan hoidossa. Selitteeseen voi vapaamuotoisesti kirjata, miten riski vaikuttaa hoitotoimenpiteisiin. Esimerkiksi poikkeavan anatomian (lisätieto *ahdas virtsaputki*) selitteenä voi olla ”*katetrointi ei onnistu, tehtävä aina rakkopunktio katetroinnin sijaan*”.

10.1.3 Riskitiedon aste

Riskitiedot jaetaan kriittisiin ja hoidossa huomioitaviin tietoihin ja niiden ilmaisemisessa hyödynnetään *Riskitiedon aste* -koodistoa. Riskitiedon asteen oletusarvo tulee valitun Riskitiedon tyypin mukaan, tai esimerkiksi diagnoosi- tai toimenpidekoodin mukaan, jos riskitieto tuotetaan siihen perustuen. Käyttäjä voi tarvittaessa muuttaa oletusarvon mukaista Riskitiedon astetta.

Kriittiset riskitiedot

Kriittiset riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa hengenvaaran tai muun huomattavan riskin potilaalle, henkilökunnalle tai ympäristölle, ja joiden huomioiminen aiheuttaa tarpeen hoidon järjestämiseen tavanomaisesta poikkeavalla tavalla. Tällaisia kriittisiä riskitietoja ovat

- henkeä uhkaavat allergiset ja lääkeaineen aiheuttamat reaktiot
- poikkeavat veriryhmävasta-aineet
- potilaaseen asennetut tahdistimet ja defibrillaattorit
- eristystä vaativat moniresistenttien mikrobien kantajuus tai altistus

Potilastietojärjestelmissä kriittiset riskitiedot tuodaan aktiivisesti käyttäjälle tiedoksi siten, että ne tulevat huomioitua hoitotilanteissa. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi niin, että kriittisten riskitietojen lista avautuu järjestelmässä käyttäjälle aina, kun hän avaa potilaan tiedot. Riskitietojen perusnäkymällä (RIS) kriittisten riskitietojen olemassaolo näytetään **punaisella kolmiolla**. Riskitiedon merkintä kriittiseksi tulee tehdä erityisen harkiten, jotta todelliset kriittiset riskit tulevat merkityksi ja huomioiduksi, eivätkä "huku" muiden riskitietojen joukkoon.

Hoidossa huomioitavat riskitiedot

Hoidossa huomioitavat riskitiedot ovat tietoja, joiden huomioiminen vaikuttaa potilaan hoitoon, mutta joiden huomiotta jättäminen ei aiheuta hengenvaarallista tai muuta huomattavaa riskiä potilaan tai henkilökunnan terveydelle tai ympäristölle.

Keskeisiin hoidossa huomioitaviin tietoihin kirjataan niitä tietoja, joita ei kirjata kriittisiin riskitietoihin. Hoidossa huomioitavat riskitiedot vaikuttavat potilaan hoitoon, mutta niiden huomiotta jättäminen ei aiheuta hengenvaarallista riskiä potilaan tai henkilökunnan terveydelle tai ympäristölle. Hoidossa huomioitavia riskitietoja ovat muun muassa

- lääkeaineen aiheuttamat poikkeavat reaktiot
- allergiat
- riskitaudit ja -hoidot
- erityishuomiota vaativat hoidot
- siirretyt kudokset ja keinomateriaalit
- eristystä vaatimattomat moniresistentit mikrobit
- hoidonrajaukset, hoitolinjaukset ja hoitopoikkeamat
- käyttäytymiseen liittyvät riskit

Hoidossa huomioitavat riskit näytetään riskitietojen yhteenvedolla kriittisistä riskeistä erottuvasti. Niiden ei myöskään tarvitse avautua heti näkyville potilaan tietoja avattaessa. RIS-näkymällä hoidossa huomioitavien riskitietojen olemassaolo näytetään **keltaisella kolmiolla**. Jos potilaalle ei ole kirjattu lainkaan riskitietoja, esitetään se **harmaalla kolmiolla**. Kaikki riskitiedot näkyvät riskitietoyhteenvedolla. Ks. luku 10.3

10.1.4 Riskin rakenteiset tarkennetiedot

Riskitietoa voidaan lisäksi tarkentaa rakenteisilla lisätiedoilla, esimerkiksi:

- *Varmuusaste* -koodistolla ilmaistaan riskin varmuusaste. Koodistoa käytetään silloin, kun halutaan tarkentaa onko riskitieto *Epäilty* vai *Todennäköinen tai varma*.
- *Pysyvyys* - tiedon avulla voidaan erotella pysyväisluonteiset riskit määräaikaisista riskeistä. Määräaikaiselle riskitiedolle voidaan asettaa haluttaessa päättymispäivä jo ensi kertaa tietoa kirjatessa. Tieto riskin pysyvyydestä voi helpottaa tiedon elinkaaren hallinnointia ja tiedon hakemista (esimerkiksi "Hae pysyväisluonteiset riskitiedot").
- *Tiedon lähde* -koodiston avulla ilmaistaan keneltä tai mistä tieto riskistä on peräisin, esimerkiksi jos tieto on potilaan kertoma.

10.1.5 Riskin toteamisen tiedot

Riskin toteamisen *alkupäivä* kirjataan sillä tarkkuudella kuin se pystytään kirjattaessa arvioimaan. Järjestelmässä oletusarvona on merkinnän teon päivämäärä. Jos riski on alkanut jo aiemmin, alkupäivä voidaan kirjata esimerkiksi vuoden tarkkuudella, mikäli sen tarkempaa aikaa ei ole tiedossa.

Riskin *toteajana* on oletusarvoisesti merkinnän tekijä. Jos riskin todennut henkilö ei ole tiedossa, toteajaksi voidaan merkitä myös organisaatio tai, esimerkiksi jos tiedon lähteenä on potilas itse, toteajan tiedot voidaan jättää kirjaamatta.

10.1.6 Riskin päättymisen tiedot

Kun todetaan, että jokin riskitieto ei potilaalla ole enää ajankohtainen, esimerkiksi eristystarpeen aiheuttanut infektio parantuu tai epäilty riskitieto osoittautuu vääräksi, tehdään riskistä päättymismerkintä. Päättymismerkinnällä riskin muut tiedot jäävät entiselleen ja siihen lisätään vain päättymisen tiedot. Päättymispäiväksi merkitään riskin *päättymisen toteamispäivä* – myös silloin jos päättyminen todetaan takautuvasti.

Jos riskin päättyminen pystytään päättelemään etukäteen, päättymispäivä voidaan kirjata tulevaisuuteen. Kun riskin päättymispäivä kirjataan tulevaisuuteen, se kirjautuu oletusarvoisesti *arvioiduksi* päättymispäiväksi. Tällöin riskitieto ei poistu voimassa olevien riskitietojen listalta automaattisesti, vaan päättymispäivän jälkeen riskitieto näkyy listalla ”*päättymisen vahvistusta odottavana*” ja se poistuu listalta vasta, kun käyttäjä erikseen vahvistaa riskin päättyneen. Jos päättymispäivä merkitään ”*varmaksi*”, riskitieto päättyy voimassa olevien riskien listalta automaattisesti päättymispäivänä. Kaikissa kuluvana päivänä päättyväksi kirjatuissa riskeissä päättymispäivä on varma, ja ne poistuvat riskitietojen listalta sinä päivänä.

Riskin päättymiselle pitää aina kirjata luokiteltu *syy*, jota voi tarvittaessa tarkentaa vapaamuotoisella tekstillä. Etukäteen kirjatuissa riskitietojen päättymisissä syy on *Määräaikainen*, ja reaaliaikaisesti kirjatuissa syy on yleensä *Parantunut*.

Päättymisen *toteajaksi* kirjataan oletusarvoisesti merkinnän tekijä ja hänen organisaationsa. Toteamistietoja voi kuitenkin muuttaa, esimerkiksi jos kirjauksen tekee eri henkilö kuin varsinainen toteaja.

10.2 Eri riskityyppien kirjaaminen

Tässä luvussa pyritään esittämään yleisimpiä linjauksia eri riskityyppeihin (ks. taulukko 8) kuuluvien riskien kirjaamisesta. Tässä kuvattu listaus ei kata kaikkia tilanteita eikä se myöskään ole sitova määräys, vaan kirjaaja voi aina perustelluista syistä kirjata riskitiedot niin kuin se parhaiten auttaa potilaan hoitoa. Suositeltujen linjausten noudattaminen kuitenkin yhtenäistää riskitietojen kirjaamiskäytäntöjä ja edesauttaa siten tiedon löytämistä.

10.2.1 Lääkereaktiot ja -allergiat

Henkeä uhkaaviksi lääkereaktioiksi (L1) kirjataan anafylaktiset tai muut henkeä uhkaavat lääkeainereaktiot, jotka aiheuttavat hengenvaaran. Diagnoosin (riskin nimi) lisäksi lääkeainereaktiolle kirjataan joko valmisteen kauppanimi tai vaikuttava lääkeaine (riskitietoon liittyvä tieto). Tieto kirjataan lääkkeen ATC-koodilla sekä herkkyysreaktion ilmaisevalla ICD 10-koodilla. Lääkehoidon aiheuttama haittavaikutus on kuvattu tarkemmin Suomalaisten tautien kirjaamisen ohjekirjassa (Komulainen 2012). Riski on kriittinen ja pysyväisluonteinen.

Lääkkeen verisoluvaikutuksiksi (L2) kirjataan odottamattomat tai lääkkeen harvinaisista haittavaikutuksista aiheutuneet muutokset verisoluihin. Jos kyseessä on odotettu, lääkkeen yleinen haittavaikutus, ei sitä kirjata riskitiedoksi, vaan kyseessä on hoidossa yleisesti huomioitava asia. Oletuksena riski on hoidossa huomioitava ja pysyväisluonteinen, mutta jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, merkitään riski kriittiseksi.

Lääkeaineen aiheuttamiin ihoreaktioihin (L3) ja **Muihin lääkereaktioihin (L9)** kirjataan odottamattomat tai lääkkeen harvinaisista haittavaikutuksista aiheutuneet reaktiot, joita ei kirjata kriittisiin riskitietoihin. Jos kyseessä on odotettu, lääkkeen yleinen haittavaikutus, ei sitä kirjata riskitiedoksi, vaan kyseessä on hoidossa yleisesti huomioitava asia. Tällainen riski on hoidossa huomioitava ja pysyväisluonteinen. Jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, käytetään luokkaa L1.

10.2.2 Muut allergiat

Henkeä uhkaavaksi ruoka-aineallergiaksi (A1) tai **muuksi henkeä uhkaavaksi välittömäksi allergiaksi (A3)** kirjataan muut kuin lääkeaineesta tai rokotteesta aiheutuvat anafylaktiset tai muut henkeä uhkaavat reaktiot. Allergian kirjaamisessa käytetään toistaiseksi ICD-10-luokitusta, joka on rajoitetusti käyttökelpoinen. Allergian aiheuttaja/aiheuttajat kirjataan aina, jos ne ovat tiedossa. Nämä riskit ovat kriittisiä ja pysyväisluonteisia.

Ruoka-aine allergioihin (A2) ja **muihin henkeä uhkaamattomiin allergioihin (A4)** kirjataan sellaiset allergiat, joilla on merkitystä potilaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Esimerkiksi muna-allergian aiheuttajana tieto on huomioitava rokotuksissa, koska rokotteet voivat sisältää munaa ja esimerkiksi lateksi-allergia joudutaan huomioimaan muun muassa suojakäsineiden käytössä. Allergian aiheuttaja/aiheuttajat kirjataan aina, jos ne ovat tiedossa. Sellaisia allergioita, joilla on oma diagnoosi ja joilla ei ole oleellista merkitystä hoidon järjestämisessä, esimerkiksi heinänuha, ei kirjata riskitiedoksi, vaan ne näkyvät potilaan diagnoosilistalla. Nämä riskit ovat hoidossa huomioitavia ja pysyväisluonteisia. Jos potilaalle aiheutuu allergiasta henkeä uhkaava tilanne, käytetään luokkia A1 tai A3.

10.2.3 Riskitaudit ja - hoidot

Riskitauteihin ja - hoitoihin kirjataan sellaiset sairaudet, lääkitykset tai muut hoidot, joiden huomiotta jättäminen potilaan hoitoa järjestettäessä voi aiheuttaa hengenvaarallisen (kriitti-

sen) tai muun huomattavan (hoidossa huomioitavan) riskin potilaan terveydelle. Oletuksena nämä riskit ovat hoidossa huomioitavia ja pysyväisluonteisia, mutta jos potilaalle aiheutuu sairaudesta, lääkityksestä tai muusta hoidosta henkeä uhkaava tilanne, merkitään kyseinen riski kriittiseksi.

Tukostaipumuksiin (S1) kirjataan ne sairaudet ja hoidot, joilla on merkittävä verisuonten tukosriskiä lisäävä vaikutus. **Hyytymishäiriöihin (S2**) kirjataan ne sairaudet ja hoidot, joilla on merkittävä vuotoriskiä lisäävä vaikutus. **Immuunipuutostiloihin (S3)** kirjataan ne sairaudet ja hoidot, jotka aiheuttavat elimistön puutteellisesta immuunivasteesta johtuvaa infektioiden alentunutta vastustuskykyä, ja jotka tulee ottaa huomioon potilaan hoitoa järjestettäessä, esimerkiksi vaikea-asteinen HIV tai sädehoitoon liittyvä vaikea vastustuskyvyn aleneminen (Huom! tässä on kyseessä potilaan riski sairastua – ei riski tartuttaa muita). **Erityisesti huomioitaviin harvinaissairauksiin (S4)** kirjataan sellaiset harvinaiset sairaudet, joiden huomioimatta jättäminen voi aiheuttaa hengenvaarallisen tai muun huomattavan riskin potilaan terveydelle johtuen poikkeavasta vasteesta tavanomaiselle hoidolle. Vaste voi johtua sairaudesta tai potilaan aiemmin saamasta hoidosta. Luokka S4 otettiin käyttöön vuonna 2020.

Muihin riskitauteihin tai -hoitoihin (S9) kirjataan muut potilaan hoidolle riskitilanteita aiheuttavat sairaudet tai hoidot.

10.2.4 Verituotteiden annossa huomioitavat asiat

Poikkeavat veriryhmävasta-aineet (V1) kirjataan kriittiseksi riskitiedoksi, koska niiden huomioitta jättäminen verensiirrossa voi aiheuttaa potilaalle henkeä uhkaavan tilanteen. Riski on pysyvä.

Muihin verituotteiden annossa huomioitaviin asioihin (V9) kirjataan verituotteiden antoon liittyvät poikkeavuudet, joiden huomioitta jättämisestä verensiirrossa ei aiheudu potilaalle henkeä uhkaavaa tilannetta.

10.2.5 Erityishuomiointia vaativat hoidot

Erityishuomiointia vaativilla hoidoilla tarkoitetaan hoitoa tai lääkitystä, jonka vuoksi muu hoito joudutaan toteuttamaan tavallisuudesta poikkeavalla tavalla, sekä erityisseurantaa vaativia lääkityksiä ja hoitoja, joiden huomiotta jättäminen hoitotilanteessa voi aiheuttaa hengenvaarallisen (kriittisen) tai muun huomattavan (hoidossa huomioitavan) riskin potilaan terveydelle. Oletuksena nämä riskit ovat hoidossa huomioitavia ja määräaikaisia, mutta jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, merkitään riski kriittiseksi.

Erityishuomiointia vaativaan lääkitykseen (H1) kirjataan lääkitykset, joiden vuoksi muu hoito joudutaan toteuttamaan oleellisesti tavallisuudesta poikkeavalla tavalla, sekä erityisseurantaa vaativat lääkitykset. Jos tällainen riski voidaan kirjata oireen mukaisen riskin pohjalta, käytetään ensisijaisesti näitä H-luokkia, mutta esimerkiksi veren hyytymiseen vaikuttavan tai immunisuppressiota aiheuttavien lääkkeiden kohdalla käytetään luokkia S1-S9.

Erityishuomiointia vaativaan muuhun hoitomuotoon (H3) kirjataan sellaiset hoidot, joiden vuoksi muu hoito joudutaan toteuttamaan oleellisesti tavallisuudesta poikkeavalla tavalla, esimerkiksi elinsiirtoon valmistelevat hoidot, sekä erityisseurantaa vaativat hoitomuodot.

Potilaan kuuluminen annosjakelun piiriin ei sinällään ole riskitiedoksi luokiteltava hoitomuoto. Jos tietojärjestelmäratkaisut eivät tue annosjakelutiedon välittymistä terveydenhuollon organisaatioiden ja apteekkien välillä, voidaan tieto annosjakeluun liittyvistä riskeistä kirjata luokkaan H3. Kun annosjakelutieto saadaan kulkemaan rakenteisesti lääkitystiedoissa, tulee riskitietojen käyttö tähän tarkoitukseen lopettaa.

10.2.6 Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit

Tähän ryhmään kuuluvat kudokseen asetettu vierasesine, materiaali, siirtoelin tai siirretty kudos (homografti), jonka huomiotta jättäminen hoitotilanteessa voi aiheuttaa hengenvaarallisen (kriittisen) tai muun huomattavan (hoidossa huomioitavan) riskin potilaan terveydelle.

Potilaalle implantoidut siirtoelimet (I1) kirjataan aina riskitiedoksi. Yleensä kirjaus tehdään toimenpidettä tehtäessä, mutta ne voidaan kirjata myös jälkikäteen. (Huom. Elinsiirtojonossa olevat potilaat, joiden muu hoito voi poiketa normaalista, kirjataan luokkaan **H3)** Riski on pysyväisluonteinen, hoidossa huomioitava.

Tahdistimet ja defibrillaattorit (I2) kirjataan kriittisiin riskitietoihin, koska näiden huomioitta jättäminen esimerkiksi magneettikuvauksessa voi aiheuttaa potilaalle henkeä uhkaavan tilanteen. Yleensä kirjaus tehdään toimenpiteen kirjaamisen yhteydessä.

Sydämen tekoläpät (I4), Stentit ja sulkulaitteet (I5) ja **Proteesit ja implantit (I6)** kirjataan oletusarvoisesti pysyväisluonteisiksi, hoidossa huomioitaviksi riskeiksi. Sen sijaan **suntit, katetrit, elektrodit (I7)** kirjataan määräaikaisiksi, hoidossa huomioitaviksi riskeiksi.

THL-Toimenpideluokitukseen on määritelty, mitkä toimenpiteet ehdottavat riskikirjausta sekä toimenpidekohtaiset oletusarvot riskin asteelle ja pysyvyydelle. Kirjaaja voi muuttaa arvoja tarvittaessa. **Muut vierasesineet (I9)** luokkaan kirjataan sellaiset potilaan hoidossa huomioitavat vierasesineet, joita ei kirjata edellä kuvattuihin muihin luokkiin. Muiden vierasesineiden riski on oletusarvona pysyväisluonteinen, hoidossa huomioitava.

10.2.7 Mikrobit ja eristystarve

Näillä riskitiedoilla tarkoitetaan yleisvaarallisen tai moniresistentin mikrobin, muun infektion tai kantajuuden tai hoidon vaatimaa erityishuomiointia tai eristystä, joiden huomiotta jättäminen hoitotilanteessa voi aiheuttaa hengenvaarallisen (kriittisen) tai muun huomattavan (hoidossa huomioitavan) riskin potilaan, hoitohenkilökunnan tai ympäristön terveydelle.

Tarve potilaan eristämisestä **Ilmaeristyksenä (E2), Pisaraeristyksenä (E3)** ja **Kosketuseristyksenä (E4)** kirjataan riskitiedoksi. Nämä riskit ovat oletusarvoisesti määräaikaisia ja hoidossa huomioitavia. Huom. Verieristystä, esimerkiksi HIV:n vuoksi, ei merkitä riskitiedoksi, sillä yleisesti hyväksytyn linjauksen mukaan kaikkia potilaita tulee hoidossa käsitellä mahdollisina verenvälityksellä tarttuvan infektion lähteenä, eikä hoito siten poikkea yleisestä periaatteista.

On hyvä huomioida, että nykyisin ICD-luokitukseen on määritelty minkä diagnoosien tulisi ehdottaa riskikirjausta sekä diagnoosikohtaiset oletusarvot riskin asteelle ja pysyvyydelle. Kirjaaja voi muuttaa arvoja tarvittaessa.

Luokitusta päivitettiin moniresistenttien mikrobien osalta vuonna 2014, jolloin luokan Moniresistentin mikrobin kantajuus tai sen epäily (E1) käyttö päättyi.

Luokituksessa eritellään nykyisin

- **Eristystä vaativa moniresistentin mikrobin kantajuus (E5)** (kriittinen ja pysyvä)
- **Eristystä vaativa altistus moniresistentille mikrobille (E6)** (kriittinen ja määräaikainen)
- **Hoidossa huomioitava moniresistentin mikrobin kantajuus (E7)** (hoidossa huomioitava ja pysyvä) ja
- **Hoidossa huomioitava altistus moniresistentille mikrobille (E8**) (hoidossa huomioitava ja määräaikainen)

Kriittisinä riskitietoina kirjattavia, eristystä vaativia mikrobeja ovat muun muassa MRSA ja CPE, jotka vaativat kosketuseristystä. Näiden mikrobien aiheuttamat eristystarpeet kirjataan käyttäen luokkia E5 ja E6, ei siis käyttäen yleistä Kosketuseristys (E4) luokkaa. Lisäksi luokkaan **Muu infektio tai eristystarve (E9)** kirjataan sellainen infektio tai eristystarve, jota ei voi luokitella muihin luokkiin, esimerkiksi poikkeuksellisen voimakkaan säteilyn vuoksi eristettävä potilas.

10.2.8 Hoidon rajaukset, hoitolinjaukset ja hoitopoikkeamat

Potilaan tahdonilmaisu (R1) sisältää potilaan ilmoittaman tahdon, joka antaa luvan hoidon lopettamiseen, kun parantavaa hoitoa ei ole, eikä henkilö enää itse kykene ilmaisemaan tahtoaan. Riskitietoihin ei kirjata itse hoitotahtoa, vaan ainoastaan tieto sen olemassa olosta. Tiedonhallintapalvelu tuottaa riskitietoihin automaattisesti tiedon, jos potilaalla on Tiedonhallintapalveluun tallennettu hoitotahto tai elinluovutustahto. Muutoin tieto potilaan tahdonilmaisujen olemassa olosta voidaan kirjata käsin riskitietoihin. Lisätietoihin voi kirjata, mistä voimassa oleva tahdonilmaisu löytyy.

Hoidonrajaus tai hoitolinjaus (R2) sisältävät tiedon lääketieteellisin perustein tehtyjen hoidonrajausten tai hoitolinjausten olemassa olosta. Riskitietoihin ei kirjata itse hoidonrajausta, vaan ainoastaan tieto sen olemassa olosta. Itse hoidon rajaus perusteluineen tulee kirjata potilaskertomukseen. Kansallisella Koodistopalvelimella on julkaistu *AR/YDIN - Hoidon rajauksen aste* -luokitus, jolla lääketieteellisen hoidonrajauksen astetta voidaan kuvata rakenteisesti hoitotilanteissa. Luokitus sisältää viisi vaihtoehtoa: Ei elvytystä / Hoidon kajoavuutta ei lisätä / Muu hoidon rajaus / Palliatiivinen hoito / Saattohoito. Koodit eivät ole täysin toisiaan poissulkevia, vaan niitä voidaan käyttää myös täydentämään toisiaan. Koodistoa käytettäessä tulee huomioida potilaan tilanne kokonaisuutena, esimerkiksi tilanteen muuttuessa hoidon rajausta tulee arvioida uudelleen. Hoidon rajaukset tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Luokan nimeen lisättiin vuonna 2021 termi hoitolinjaus, koska Saattohoito ja Oireenmukainen hoito katsotaan nykykäsityksen mukaan hoitolinjauksiksi eikä hoidonrajauksiksi. Samalla luokan Oireenmukainen hoito nimi korvattiin termillä Palliatiivinen hoito vastaamaan yleisesti käytettyä termiä ja tarkennettiin, että palliatiivinen hoitolinjaus sinällään ei vielä rajaa pois mitään hoitoja, vaan hoidonrajaukset kuvataan riskitiedon selitteessä tai kirjataan erikseen muilla hoidonrajauksen aste - luokilla.

Poikkeamaksi rokotussuosituksista (R3) kirjataan merkittävät poikkeamat kansallisista rokotussuosituksista, esimerkiksi totaalinen kieltäytyminen rokotuksista. Luokka R3 otettiin käyttöön vuonna 2020.

10.2.9 Käyttäytymiseen liittyvät riskit

Väkivaltaisuus hoitotilanteessa (K1) riskitietona tarkoittaa tietoa potilaan tai hänen läheisensä sellaisesta väkivaltaisesta käyttäytymisestä hoitotilanteessa, joka aiheuttaa hoitohenkilökunnan terveyttä uhkaavan tilanteen. **Päihderiippuvuus (K2)** riskitietona kirjataan, kun potilaalla on diagnostisoidusta alkoholin, huumeiden tai lääkkeiden aiheuttama riippuvuus, joka on huomioitava potilaan hoidossa, esimerkiksi kipulääkitystä määrättäessä. **Muina käyttäytymiseen liittyvinä riskeinä (K9)** kirjataan esimerkiksi vakava itsetuhotaipumus, joka on huomioitava hoitotilanteissa. Huom. Käyttäytymiseen liittyviä riskejä ei näytetä Omakannassa.

10.2.10 Muut riskit

Muut riskit sisältävät muun muassa tiedon **dialyysihoidosta (M2**) tai **kommunikaatioavun tarpeesta (M3)**. Ryhmään kirjataan myös esimerkiksi tieto **poikkeavasta anatomiasta tai asentorajoituksista (M1),** jotka voivat esimerkiksi vaikeuttaa intubaatiota tai katetrointia. **Luokittelemattomiksi riskeiksi (M9**) kirjataan sellaiset potilaan hoidossa tai hoitotilanteissa huomioitavat riskit, joille ei ole luontevaa omaa luokkaa.

10.2.11 Raskaustiedon kirjaaminen

Potilaan raskaus vaikuttaa monella tavoin mahdollisiin hoidollisiin interventioihin olematta sairaus. Vaikka tietoa raskaudesta ei ole määritelty riskitiedoksi, on se aina kirjattava potilaskertomukseen. Potilastietojärjestelmässä tulee olla erillinen rakenteinen tietokenttä raskaustietoa varten, tai potilaan raskaudentila voidaan ilmaista diagnoositietona. ICD-10-luokituksessa Z32.0 on varmistamaton raskaus ja Z32.1 todettu raskaus. ICPC-2-luokituksessa W01 on raskausepäily ja W78 raskaus.

10.3 Riskitietojen kooste

Riskitiedot kirjataan ja tallennetaan rakenteisesti potilastietojärjestelmien riskitietonäkymälle (RIS), josta Tiedonhallintapalvelu poimii ne riskitietojen koosteelle (KRIS). Koosteelle poimitaan ainoastaan RIS-näkymään kirjatut rakenteiset tiedot. Koska riskitietojen rakenteessa käytetään paljon samoja tietosisältöjä kuin esimerkiksi diagnoosien, lääkitystietojen tai toimenpiteiden kirjaamisessa, kyseisiä kirjauksia voidaan hyödyntää myös riskitiedoissa. Kaikkia riskitiedon sisältöjä ei tietojärjestelmä voi kuitenkaan päätellä muista luokituksista ja niiden käytöstä kirjaamisessa.

Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tietoja, vaan kokoaa riskitietokoosteelle (KRIS) kaikki rakenteiset riskitietomerkinnät eri rekisterinpitäjien kirjaamista riskitiedoista lukuun ottamatta riskitietoja, joiden luovutuksen potilas on kieltänyt palvelunantaja- tai palvelutapahtumakohtaisesti. Riskitietoja ei poimita muilta näkymiltä, ainoastaan RIS-näkymältä. Riskitietojen kohdalla tietohakua ei suositella rajattavaksi aikarajauksella, koska silloin joku oleellinen riskitieto voi jäädä yhteenvedosta näyttämättä.

Lisäksi Tiedonhallintapalvelu huolehtii potilaan Tiedonhallintapalveluun tallennettujen tahdonilmaisujen ajantasaisuudesta riskitiedoissa. Kun Tiedonhallintapalvelu palauttaa riskitietojen yhteenvedon potilastietojärjestelmälle, se tarkistaa, onko potilaalla voimassa olevaa hoitotahtoa, elinluovutustahtoa tai muuta tahdonilmaisua Tiedonhallintapalvelussa. Jos on, Tiedonhallintapalvelu tuottaa automaattisesti uuden riskitietomerkinnän, jonka se palauttaa muiden riskitietomerkintöjen mukana. Tiedonhallintapalvelu ei arkistoi tuottamaansa riskitietomerkintää, vaan se tarkistaa tahdonilmaisujen voimassaolon jokaisen koostepalautuksen yhteydessä. Näin riskitieto pysyy aina ajantasaisena.

On suositeltavaa, että potilastietojärjestelmä lisää Tiedonhallintapalvelun kokoamiin tietoihin potilastietojärjestelmässä olevat mahdolliset uudet riskitietomerkinnät, joita ei vielä ole arkistoitu Potilastiedon arkistoon, ja näyttää ne osana riskitietojen yhteenvetoa. Vastaava suositus koskee myös aluetietojärjestelmiä ja niissä olevia riskitietoja. Riskitietojen listalta tulee myös olla linkki sen palvelutapahtuman asiakirjaan, jossa kyseisen riskin tietoja on viimeksi muutettu. Koska riskitiedot poimitaan Tiedonhallintapalveluun **vain RIS-näkymältä,** linkissä ei ole tietoa esimerkiksi kertomustekstin näkymästä, johon mahdolliset kliiniset tiedot potilaasta on kirjattu. Kaikki arkistoidut potilaskertomustekstit on kuitenkin löydettävissä linkin kautta saatavan asiakirjan tai palvelutapahtuman tiedoista.

Riskitietoyhteenveto — Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014

Kriittiset riskit — Näytä hoidossa huomioitavat riskit (2kpl) x — Näytä päättyneet riskit

Riskin tyyppi, nimi tai kuvaus ja koodi			Riskinaiheuttava tekijä / koodi		Riskin huomiointi hoidossa:	Todettu	Päättyy	Varmuus
A1	Anafylaktinen sokki	T88.6#	V-pen Mega tabl.	J01CE02	Penissilliiniä ei saa käyttää potilaalla	15.8.09	Pysyvä	Varma
B1	Anafylaktinen sokki	T78.0	Kananmuna		Kananmunaa ei saa käyttää potilaall	5.1.00	Pysyvä	Epäily
E6	Eristystä edellyttävä mikrobialtistus				Potilasta pidettävä kosketuseristykse	1.4.14	15.4.14	Epäily

Hoidossa huomioitavat

Riskin tyyppi, nimi tai kuvaus ja koodi			Riskinaiheuttava tekijä / koodi		Riskin huomiointi hoidossa:	Todettu	Päättyy	Varmuus
E2	Meningokokki meningiitti	A39.0			Pisaraeristys	15.11.12	15.12.12	Varma
G1	Hoitotahto				Ei verituotteita.	7.12.11	Pysyvä	Varma

Päättyneet riskit

Kuva 10.1 Esimerkki riskitietojen yhteenvedosta, jossa kriittiset riskit erotetaan hoidossa huomioitavista riskeistä. (Virkkunen ym. 2016)

11 Terveyteen vaikuttavat tekijät

HYVÄ TIETÄÄ

Terveyteen vaikuttaviin tekijöihin kirjataan tiedot potilaan alkoholin ja muiden päihteiden käytöstä, sydän- ja verisuonitautiriskistä, tupakoinnista, liikunnasta, ravitsemuksesta, masennusoireista ja mahdollisesta raskaudesta. Kirjaamisessa käytetään yleisien mittareiden antamia tuloksia ja tiedot kirjataan kertomukseen Terveyteen vaikuttavat tekijät -otsikon alle. Suositus on, että tupakointia ja alkoholin käyttöä koskevat tiedot kysytään joka toinen vuosi, mutta samaa aikaväliä voi käyttää muidenkin tietojen päivittämiseen. Kattavan kirjaamisen avulla saatu väestötason tieto on luotettavaa ja muutokset potilaiden terveyskäyttäytymisessä ovat seurattavissa. Rakenteisessa muodossa olevaa tietoa voidaan hyödyntää huomattavasti paremmin kuin vapaana tekstinä kirjattua kuvausta. Luvussa 12 kuvataan tarkemmin fysiologisten mittausten ja laboratorio- ja kuvantamistutkimusten kirjaamista sekä rakenteisten tietojen hyödyntämistä.

Terveyteen vaikuttavat tekijät ovat henkilön terveyteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita. Elintavoilla eli terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan yleisimmin alkoholinkäyttöä, liikuntaa, ruokatottumuksia ja tupakointia, jotka ovat yhteydessä sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. Erityisesti nämä neljä elintapaa ovat keskeisten suomalaisten kansantautien riski- ja suojatekijöitä. Elintavoilla on myös yhteyttä eriarvoisuuteen ja terveyseroihin. Lisätietoa: THL - Elintavat; THL - Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet; THL - Kansantaudit

Terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen koskee potilaan todetun tilanteen dokumentoimista etenkin eri luokitusten ja mittareiden tai testien avulla. Nykyisin on saatavilla lukuisia testejä ja lomakkeita. Taulukkoon 11.1 on koottu ne, jotka ovat vuoden 2021 alussa julkaistuna kansallisella Koodistopalvelimella.

Tässä luvussa kuvataan yleisellä tasolla terveyteen vaikuttavien tekijöiden tietojen kirjaamista eri mittareiden ja testien avulla riippumatta siitä, missä palveluissa näitä tietoja kirjataan. Vuonna 2020 on julkaistu useampia erikois- ja palvelualakohtaisia tietosisältömäärittelyjä, joissa korostuvat myös terveyteen vaikuttavat tekijät ja niihin liittyvät tarkemmat mittarit ja kirjaamisohjeet (esimerkiksi työterveyshuolto, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, lastenneuvola, raskauden seuranta, äitiyshuolto, suun terveydenhuolto, toimintakyky). Näitä koskevat kirjaamisohjeet julkaistaan omina kirjaamisoppainaan THL: kirjaamisohjeiden sivuilla. Ks. myös luku 12 Tutkimukset ja mittaukset.

Lisäksi on useita mahdollisuuksia kuvata yhtenäisellä tavalla erilaisia toimenpiteitä, joita terveydenhuollon ammattihenkilöt toteuttavat testeissä ja arvioinneissa saatujen tulosten perusteella. Eri ammattiryhmillä on tähän omat nimikkeistönsä tai luokituksensa. Lisäksi voidaan hyödyntää *THL-Toimenpideluokitusta*, jossa on esimerkiksi erilaisia hoitoon tai ohjaukseen liittyviä toimenpiteitä (esimerkiksi Vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito, Sair. hoitoon ja kuntoutukseen liittyvä ravitsemusohjaus, Terveyden ylläpitoon liittyvä ravitsemusohjaus, Painonhallinta- ja laihdutusohjaus). Ks. myös luku 13 Toimenpiteet.

Taulukko 11.1 Potilaan terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaamiseen käytettäviä luokituksia, mittareita ja testejä.

Koodistopalvelimella julkaistuja luokituksia, mittareita ja testejä:
FinLOINC - Fysiologiset mittaukset
THL - Tautiluokitus ICD-10 tai Kuntaliitto - ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus
AR/YDIN - Kyllä/ EI/ Ei tietoa
AR/YDIN - Tupakointistatus (Päivitys tulossa 2021)
AR/YDIN - Nikotiiniriippuvuustesti (Fagerströmin suppea nikotiiniriippuvuustesti)
THL/Testi - AUDIT - Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen 10 kysymyksellä
THL/Testi - AUDIT-C - Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen 3 kysymyksellä
UKK-instituutti/Lomake - Liikkumisresepti aikuisille
UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistö
THL/Testi - Beckin masennuskysely (BDI-21)
THL/Testi - Dementiariskitesti
THL/Mittari - WHODAS 2.0 terveyden ja toimintarajoitteiden arviointimenetelmä
THL/Testi - Diabetesriskitesti
THL/Testi - Finriskilaskuri
THL/Testi - Neljän kansansairauden yhdistelmäriskitesti
Vajaaravitsemus/lomake - NRS2002-seulontamenetelmä
Vajaaravitsemus/Lomake - MNA-seulontamenetelmä
STH - STH35 Harjauskertojen määrä (ja muut suun terveyteen liittyvät luokitukset)
THL - ICF Toimintakykykäsitteiden luokitus (esim. ->D - pääluokka 5/ Itsestä huolehtiminen)

11.1 Terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen

Potilaan terveyden kannalta oleelliset tekijät tulee kuvata ja kirjata mahdollisimman rakenteisesti, jotta järjestelmissä esimerkiksi hoidollisen päätöksenteon tuen avulla voidaan tuottaa ehdotuksia potilaan terveysriskien minimoimiseksi ja hoidon edistämiseksi. Rakenteisista tiedoista voidaan kerätä myös kansalaisten terveyskäyttäytymisestä populaatiotasoista tietoa erilaisiin tilastoihin ja raportteihin hyödynnettäväksi niin kansallisesti, alueellisesti kuin organisaatiotasolla. Kattava, yhtenäinen rakenteinen tietojen kirjaaminen on tärkeää, jotta

populaatiotason tieto on luotettavaa ja muutokset potilaiden terveyskäyttäytymisessä ovat seurattavissa.

Kansalainen voi seurata Omakannasta tietoa terveyteensä vaikuttavien tekijöiden arvioinneista, mikä vahvistaa hänen osallistumistaan terveytensä edistämiseen ja mahdollisten sairauksiensa (itse)hoitoon. Lisäksi häntä voi ohjata tekemään myös itsearviointina tarkoitukseensa soveltuvia testejä. Tällaisia testejä on helposti saatavilla lukuisien sähköisten palvelujen tai nettisivustojen kautta. Lisäksi kansalainen voi tallentaa ja käsitellä omia hyvinvointitietojaan myös Kanta-palvelujen Omatietovarantoon soveltuvien hyvinvointisovellusten ja mittalaitteiden avulla. Hyvinvointitiedoilla tarkoitetaan tässä kansalaisen mittaus-, elämäntapa- ja aktiivisuustietoja, jotka liittyvät suoraan tai välillisesti hänen hyvinvointiin ja terveyden edistämiseen. Lisätietoa Omatietovarannosta.

11.2 Terveyteen vaikuttavat tekijät ja niiden mittarit

Esimerkiksi tupakoinnin, alkoholin käytön ja liikunnan määrän kartoitusta varten on olemassa soveltuvia mittareita, joita on julkaistu myös Koodistopalvelimella kansallisesti yhdenmukaisesti määritellyin rakentein. Muita terveydentilan selvityksessä hyödynnettäviä mittareita ovat mm. masennusoireiden vaikeusasteen arviointiin kliinisessä tilanteessa *tarkoitettu Beckin masennuskysely (BDI-21*), erilaiset riskitestit, kuten *Dementia- ja Diabetesriskitestit*, *Finriskilaskuri* ja *Neljän kansansairauden yhdistelmäriskitesti.* Myös ravitsemuksen tilaa ja vajaaravitsemuksen riskiä voidaan arvioida erilaisin seulontamenetelmin.

Terveyteen vaikuttavien tekijöiden tietoja tallentuu eri näkymille, koska potilasta hoitavat ja ohjaavat useat eri ammattiryhmät. Kuten muitakin keskeisiä potilastietoja, terveyteen vaikuttavia tekijöitä mitataan ja kirjataan vain silloin, kun ne ovat tarpeen potilaan terveydentilan ja elintapojen selvittelyssä sekä mahdollisen terveysongelman tai sairauden hoidossa. Potilaskertomukseen kirjataan kustakin mittarista saatu indeksiluku. Lisäksi mittarilla todettua, rakenteista tilannetietoa voi kuvailla vapaamuotoisesti esimerkiksi *Terveyteen vaikuttavat tekijät* - otsikon alla.

11.2.1 Tupakointi

Tieto potilaan tupakointistatuksesta on suositeltavaa kirjata esimerkiksi perusterveydenhuollossa jokaiselta potilaalta vähintään kahden vuoden välein. Tupakoinnin kirjaamisessa ilmaistaan aina *tupakointistatus* ja lisäksi tarvittaessa *tupakoinnin määrä* sekä *nikotiiniriippuvuus* siihen tarkoitetuilla koodistoilla. *AR/YDIN - Tupakointistatus* -luokitus on tarkoitettu kuvaamaan henkilön ilmoitusta omasta tupakoinnistaan (myös sähkötupakoinnista sekä nuuskan käytöstä) tai tupakansavulle altistumisestaan. Tupakointiriippuvuutta voidaan lisäksi kuvata *Fagerströmin testillä*, tupakoinnin määrää *FinLOINC*-luokituksella ja aiempaa tupakointia *kyllä/ ei/ ei tietoa* - luokituksella.

Tupakoinnin määrä ilmaistaan *savukkeina/vrk* (*FinLOINC*-koodi 8663-7) tai *askivuosina* (*FinLOINC*-koodi 11366- 2). Jos henkilö tupakoi yhden askin päivässä vuoden ajan, tulee määräksi yksi askivuosi (20 vuotta 2 askia päivässä = 40 askivuotta). Potilaan nuuskankäyttö kirjataan vapaalla tekstillä otsikon *Terveyteen vaikuttavat tekijät* alle. Nikotiiniriippuvuutta *testataan Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestillä*. Nikotiiniriippuvuus saadaan laskemalla testin kysymysten summapisteet. Potilastietojärjestelmiin voidaan luoda laskuri, joka laskee summan ja siihen on liitetty myös tulkinta.

11.2.2 Päihteet ja huumaavat aineet

Alkoholin käytön kartoitukseen *soveltuu kymmenen kysymyksen AUDIT*-testi tai suppeampi *kolmen kysymyksen AUDIT-C* -testi. Testin tulos kirjataan vapaalla tekstillä otsikon *Terveyteen vaikuttavat tekijät* alle, mikäli järjestelmässä ei voi hyödyntää kansallisella Koodistopalvelimella julkaistuja AUDIT-mittareita.

Raskaana olevilla ja nuorilla AUDIT-testiä voidaan hyödyntää keskustelun pohjana, koska suora indeksin tuottama arvo voi näissä ryhmissä luoda virheellisiä tuloksia, joita ei voida suoraan hyödyntää esimerkiksi arvioitaessa äidin alkoholinkäytön sikiölle aiheuttamaa riskiä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa käytettäviä mittareita ovat esimerkiksi *Adsume, nuorten päihdemittari* ja *Audit, alkoholin käytön arviointi* - kyselylomake sekä *Mielialakysely R-BDI-13*. Lisätietoa: THL - Lapset, nuoret ja perheet

Huumeiden käytössä voidaan soveltaa esimerkiksi *Huumeidenkäyttötesti*ä (DAST 20) ja *Huumeiden käytön riskit* - testiä (DUDIT). Lisätietoa: THL - Huumeet ja puheeksiotto. Lisäksi *Kannabiksen käytön riskit* -testi kartoittaa kannabiksen käytöstä koituvien haittojen riskitasoa. Lisätietoa löytyy myös Päihdelinkistä.

11.2.3 Liikunta

Kun tavoitteena on saada potilas liikkumaan riittävä ja turvallinen määrä, kannustimena liikkumiseen voidaan käyttää Liikkumisreseptiä (*UKK-instituutti/Lomake - Liikkumisresepti aikuisille*). Lomake on tarkoitettu käytettäväksi terveydenhuollon vastaanotolla aikuisten liikuntaneuvonnan tukena. Lomakkeessa on kaksi osaa: henkilön liikkumistiedot ja henkilölle annetut liikkumisohjeet. Mikäli lomaketta ei ole saatavilla omassa järjestelmässä, voidaan käyttää potilaalle tulostettavaa paperiversiota. Lisätietoa: UKK-instituutti - Liikkumisresepti; THL - Liikunta

Liikkumisreseptin tietojen kirjaamista varten on näkymäluokituksessa lomakemuotoinen näkymä LREA Liikkumisresepti aikuisille, joka on liikkumistiedon, -tottumusten ja -ohjeiden kirjaamiseen tarkoitettu kirjaamisalusta sähköisessä potilaskertomuksessa. Tarvittaessa tietoa liikunnasta voi kirjata vapaamuotoisesti mihin tahansa kertomustekstiin otsikon *Terveyteen vaikuttavat tekijät* alle.

Lisäksi liikkumisreseptissä sekä liikuntaturvallisuuden ja liikunnan yhteydessä syntyvien vammojen seurannassa voidaan käyttää *UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistöä*. Liikuntalajinimikkeistö luokittelee harraste- ja kuntoliikunnan sekä kilpaurheilun lajeja. Liikuntalajinimikkeistö soveltuu käytettäväksi terveydenhuollon vastaanottokäynneillä, tilastoinnissa ja tutkimuksissa. Liikuntalajinimikkeistö voidaan tarvittaessa liittää Tautiluokitus ICD-10:n koodin Y94.2 *Urheilu- tai liikuntatapaturma* rinnalle täsmentämään lajia, jossa sairaalahoitoa vaatinut vamma on syntynyt.

11.2.4 Ravitsemus

Potilaan ravitsemustilaa ja ravitsemusta voidaan arvioida erilaisin fysiologisin mittarein ja testein. Keskeisiä fysiologisia mittauksia ravitsemuksen seurannassa ovat esimerkiksi *FinLOINC*-luokituksella kirjattavat syntymäpaino ja - pituus, paino (mitattu/ ilmoitettu/ arvioitu), pituus (mitattu/ ilmoitettu/ arvioitu), BMI - painoindeksi, ISO-BMI - painoindeksi lapset, kehon rasvaprosentti, viskeraalinen rasva (pinta-ala), kehon rasvamäärä, vyötärönympärys ja verenpaine sekä tupakointi. Myös suun terveystiedot voivat olla ravitsemuksen kannalta tärkeitä. Fysiologisten mittausten kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 12 Tutkimukset ja mittaukset.

Esimerkiksi *Vajaaravitsemus/Lomake - NRS2002-seulontamenetelmä* - lomaketta voidaan käyttää vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa koskien kaikkia ikäryhmiä esimerkiksi sairaaloissa ja vuodeosastojaksoilla. Lisäksi voidaan käyttää *Vajaaravitsemus/Lomake- MNA-seulontamenetelmä* -lomaketta yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin esimerkiksi kotisairaanhoidossa ja terveyskeskusten avohoidossa.

11.2.5 Suun ja hampaiden kunto

Suun ja hampaiden kuntoa seurataan ja kirjataan käyttäen rakenteisia tietoja, kuten kariesindeksejä ja kiinnityskudossairauksien tilaa kuvaavia indeksejä. Myös harjauskertojen lukumäärä voidaan kirjata rakenteisena tietona. Yleisten terveyteen vaikuttavien tekijöiden (elämäntavat, liikunta, ravitsemus, tupakointi ja päihteiden käyttö) lisäksi suun terveydenhuollossa kirjataan jatkossa rakenteisesti suun terveyteen vaikuttavat tekijät osana potilaan esitietoja ja omahoitoa. Näiltä osin määrittelyt ovat kuitenkin vielä (2021) kesken. Suun terveydenhuollon kirjaamista ohjeistetaan tarkemmin erillisjulkaisussa THL:n Tiedonhallinnan sivustolla.

11.2.6 Raskaus

Tieto naisen raskaudesta on oltava käytettävissä hoitopäätöksiä tehtäessä. Tiedossa olevan raskauden laskettu aika ja raskaudet/synnytykset -luku kirjataan otsikon *Terveyteen vaikuttavat tekijät* alle rakenteisesti, mikäli mahdollista. *FinLOINC*-luokituksen avulla voidaan kirjata rakenteisesti esimerkiksi *Laskettu aika* (koodi 11778-8) ja *Raskauksien lukumäärä* (koodi 11996-6) sekä *Synnytysten määrä* (koodi 11977-6).

12 Tutkimukset ja mittaukset

HYVÄ TIETÄÄ

Tutkimuksilla ja mittauksilla tarkoitetaan tässä fysiologisia mittauksia sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimusten pyyntöjä, vastauksia ja lausuntoja. Tutkimus- ja mittaustiedot kirjataan käyttäen mm. tutkimusnimikkeistöjä tai *FinLOINC*-koodia. Laboratoriossa voi käyttää myös yksikön omia koodeja, jos tutkimus on niin uusi, ettei sille vielä ole valtakunnallista koodia. Vieritutkimuksina tai kotona itse tehdyille tutkimuksille ja mittauksille merkitään tulokseen tieto tutkimuksen tekotavasta. Huomattavan poikkeava kuvantamistulos pitäisi merkitä merkittävästi poikkeavaksi löydökseksi, jotta tieto huomataan helpommin. Tuloksen poikkeavuutta kuvaavaa luokitusta käytetään myös fysiologissa mittauksissa sekä laboratoriotutkimuksissa. Fysiologisille mittauksille sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksille tulee käyttöön kullekin oma koosteensa, jonka avulla käyttäjä saa Tiedonhallintapalvelusta tiedot muissa yksiköissä tehdyistä tutkimuksista ja mittauksista. Lisäksi valtakunnallinen Kuva-aineistojen arkisto, joka toteuttaa kuvantamistutkimusten arkistoinnin ja jakamisen osana Kanta-palveluja, otetaan käyttöön vaiheittain.

Fysiologisia mittauksia sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimusten tietoja kirjataan taulukossa 12.1 kuvatuilla luokituksilla, jotka on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella. Rakenteisesti kirjattuja tietoja voidaan hyödyntää potilaan tilassa tapahtuvien muutosten seurannassa ja päätöksenteon tukena monin eri tavoin. Tietoja voi esittää myös graafisesti ja koosteina. Laajemmin tietoja voidaan hyödyntää esimerkiksi väestön terveydentilaa kuvaavissa raporteissa tai tilastoissa.

Tutkimus- ja mittaustietojen rakenteisia tietosisältöjä ja niistä muodostettavien koosteiden määrittelyjä on kuvattu tarkemmin julkaisussa Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016). Eri koosteiden tarkemmat tietosisällöt on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella.

Kanta-palveluissa Kuva-aineistojen arkisto otetaan käyttöön vaiheittain. Sen toiminnallisuuksia kuvataan tarkemmin kuva-aineistojen arkiston määrittelyissä Kanta.fi sivustolla julkaisussa Lääketieteellisen kuvantamisen kansalliset toiminnalliset määritykset versio 1.5 . Dokumentissa kuvataan laajasti kuvantamisen toiminnallinen kokonaisuus huomioiden jossain määrin kuvantamisen erityisosa-alueita, kuten radiologista (mammografia, suun terveydenhuolto) ja ei-radiologista kuvantamista (ultraääni, näkyvän valon kuvat). Käyttöönoton ensimmäisessä vaiheessa mahdollistetaan kuvien arkistointi yhteiskäyttöön (tallennus ja hakutoiminnot) sekä kuvien hyödyntäminen yhdessä muun potilaskertomusaineiston kanssa. Toisessa vaiheessa tietoa ja merkintätapoja standardoidaan ja toiminnallisuuksia kehitetään edelleen. Kolmannessa vaiheessa tavoitteena on siirtyä täysin keskitettyyn kansalliseen kuvantamisen aineiston arkistoon.

Taulukko 12.1 Potilaan fysiologisten mittausten, laboratoriotutkimusten ja kuvantamistutkimusten kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Fysiologisten mittausten kirjaamisen luokituksia	Laboratoriotutkimusten kirjaamisen luokituksia	Kuvantamistutkimusten kirjaamisen luokituksia
FinLOINC - Fysiologiset mittaukset	Kuntaliitto - Laboratoriotutkimusnimikkeistö (voi myös käyttää paikallisia luokituksia niiltä osin kun Kuntaliiton nimikkeistö ei tutkimuksia kata)	THL - Toimenpideluokitus - Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus *
	• THL - Mikrobinimikkeistö 2013, • THL - Mikrobimäärä, • THL - Mikrobilääkkeet, • THL - Mikrobilääkeherkkyyden mittausmenetelmä, • THL - Mikrobin herkkyys	Kuvantamistutkimuksen diagnoositarkenne kirjataan käyttäen luokitusta • THL- Tautiluokitus ICD-10 • Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus
THL - Tiedon lähde	THL - Tiedon lähde	THL - Tiedon lähde
THL - Lausunnon tila	THL - Lausunnon tila	THL - Lausunnon tila
THL - Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa	THL - Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa	THL - Anatominen jaottelu **
THL - Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus	AR/LABRA - Poikkeustilanneviestit (kuvaa tuloksen poikkeavuutta)	THL - Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus
	AR/LABRA - Tutkimusvastauksien tulkintakoodit	
	Kuntaliitto - Laboratoriotutkimuksen systeemilyhenne	

* Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus saatavana koodistopalvelusta myös omana koodistonaan ja Perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus (SPAT) on yhdistetty THL-Toimenpideluokitukseen marraskuussa 2017. Samalla luokitukseen on lisätty uusia toimenpiteitä ja muutettu olemassa olevien toimenpiteiden nimiä.

** THL- Anatominen jaottelu - luokitusta käytetään kuvantamisen tietojärjestelmissä ilmaisemaan radiologisen tai näkyvän valon kuvan anatomista paikkaa. Luokituksen mukaiset luokat sillataan THL-Toimenpideluokituksen radiologisiin sekä näkyvän valon kuvan toimenpiteisiin.

12.1 Fysiologiset mittaukset

12.1.1 Fysiologisten mittaustietojen kirjaaminen

Fysiologiset mittaustulokset kuvaavat henkilön kliinis-fysiologisia löydöksiä. Fysiologisten mittauksen tietosisältö jakautuu kahteen osaan: fysiologisen mittauksen tietosisältöön ja

mahdolliseen, mittausta koskevaan lausuntoon. Jos sama henkilö kirjaa samassa yhteydessä sekä lausunnon että mittaustuloksen, voidaan lausunto tallentaa fysiologisen mittauksen merkinnässä, eikä kirjaajan tarvitse tehdä erillistä lausuntomerkintää. Fysiologisen mittauksen tietosisällön pakollisia tietoja ovat *mittausajankohta*, *mittauksen nimi ja koodi* sekä *mittauksen tulos.* Lisäksi voidaan kirjata mm. *mittauksen tehneen henkilön tiedot* ja mittauksen *tekotapa* (laboratorio, vierimittaus, omamittaus).

Kaikki potilaan hoidon kannalta tarpeelliset fysiologiset mittaukset kirjataan rakenteisesti *FinLOINC*-luokituksen mukaisesti. *FinLOINC* -luokitukseen on valittu yleisesti käytettyjä, useilla erikoisaloilla hyödynnettäviä tietoja, joiden seurannalla ja muutoksilla on yleensä kliinistä merkitystä. Kyseisten mittausten tulos on numeerinen tai luokitteleva tieto, joka tallennetaan strukturoidussa muodossa ja josta voidaan tuottaa esimerkiksi graafisia esityksiä tai laskea tunnuslukuja. Laskennallisia suureita, kuten BMI, ei sisällytetä näihin määrittelyihin, jos ne ovat pääteltävissä muista tiedoista.

Fysiologisista mittauksista kirjataan potilastietojärjestelmiin mitattu arvo ja yksikkö pääsääntöisesti SI- järjestelmän mukaisina yksikköinä. Mitattuihin tuloksiin voidaan liittää tieto viitearvoista tai tuloksen poikkeavuudesta, silloin kun tiedot ovat olemassa tai voidaan päätellä. Lisäksi tuloksia voidaan tarvittaessa täydentää tekstimuotoisella lisätiedolla tai erillisellä lausunnolla. Mittausten yhteydessä voidaan tarvittaessa ilmoittaa myös mittalaite, jolla mittaus on suoritettu.

Kirjaaminen on mahdollista kaikilla hierarkkisen *FinLOINC*-luokituksen tasoilla. Hierarkia mahdollistaa sen, että alemmalle tasolle kirjattuja suureita voidaan hakea ja tarkastella hierarkiassa ylemmällä tasolla olevan termin avulla. Näin esimerkiksi *FinLOINC:in* luokka 29463-7 *Paino* sisältää myös tarkemmat tiedot 3141-9 *Paino, mitattu* ja 3142-7 *Paino, ilmoitettu*.

FinLOINC-luokitus on joiltain osin päällekkäinen laboratoriotutkimusnimikkeistön kanssa. Kyseisistä laboratoriotutkimuksista voidaan käyttää *FinLOINC*-termiä, kun mittaaminen tapahtuu laboratorion ulkopuolella. Esimerkki tällaisesta on vastaanotolla tehtävä PEF-mittaus. Jos potilastietojärjestelmään kirjataan esimerkiksi potilaan itsensä suorittamia fysiologisia mittauksia, tulee merkitä myös *Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa* eli kirjataan tieto siitä, onko kyseessä laboratoriossa tehty mittaus, vierimittaus vai potilaan itse tekemä omamittaus. *FinLOINC*-luokituksen lisäksi voidaan käyttää apuna myös esimerkiksi luokituksia *Tiedon lähde, Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus* ja *Lausunnon tila.*

12.1.2 Fysiologisten mittausten koostetiedot

Fysiologiset mittaukset kirjataan rakenteisesti FinLOINC-luokitusta hyödyntäen ja tallennetaan Potilastiedon arkistoon, jolloin ne voidaan kerätä Tiedonhallintapalvelussa Fysiologisten mittausten koosteelle (FMK). Fysiologisille mittaustuloksille ei ole omaa näkymää, vaan tiedot merkitään eri kertomusnäkymien tekstin joukkoon tai mittaustuloksien merkintöjen erilliskenttiin.

FMK-näkymälle kerätään kaikki siihen kuuluviksi määritetyt, *FinLOINC*-koodistolla kirjatut fysiologiset mittaustiedot eri rekisterinpitäjien potilaskertomusasiakirjoista. Tiedonhallintapalvelu ei suodata eikä analysoi tallennettuja tietoja, vaan tuo käyttäjälle tietojärjestelmän näytettäväksi kaikki haetulla aikavälillä rakenteisesti kirjatut fysiologiset mittaukset ja niihin liittyvät lausunnot, joiden luovutuksia potilas ei ole kielloin rajannut palvelunantaja- tai tapahtumakohtaisesti.

Koosteelle kerättävien fysiologisten mittaustietojen tulee perustua käyttäjän kirjauksiin tai erilliseen käyttäjän tekemään tuloksen vahvistamiseen. Koosteelle ei siis kerätä kaikkia fysiologisia mittaustietoja esimerkiksi tehohoitojakson erillisjärjestelmistä tai muista vastaavista mittalaitteista. Näiden runsaasti fysiologisia mittaustuloksia automaattisesti tuottavien järjestelmien tietojen tallentamisen arvon määritystyö tehdään myöhemmin.

Jos fysiologisten mittausten kirjaamiseen käytetään muuta kuin *FinLOINC*-luokitusta tai tiedot kirjataan ilman *FinLOINC*-luokitusta kertomusnäkymälle esimerkiksi *Fysiologiset mittaukset* -otsikon alle, ei mittaustietoa saada koosteelle. Tiedon tallentaminen rakenteisessa muodossa ei kuitenkaan estä tiedon sanallista kuvaamista kertomustekstissä silloin, kun se on tarkoituksenmukaista.

12.2 Laboratoriotutkimukset

Laboratoriotutkimuksilla saadaan tietoa ihmisen terveydentilasta tai diagnosoidaan sairauksia tutkimalla elimistöstä otettuja näytteitä. Laboratoriotutkimukset sisältävät mm. kliinisen kemian ja hematologian (esimerkiksi kolestroli tai hemoglobiini), kliinisen patologian (esimerkiksi koepalat tai irtosolunäytteet), kliinisen mikrobiologian (esimerkiksi bakteeriviljelyt), kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian tutkimukset.

Laboratoriotutkimusten tiedot jakautuvat kolmeen tietosisältöön: laboratoriotutkimuspyyntöön, - vastaukseen ja - lausuntoon, joista kukin arkistoidaan Potilastiedon arkistoon omana merkintänään LAB-näkymälle joko laboratorion järjestelmästä tai potilastietojärjestelmästä.

12.2.1 Laboratoriotutkimusten pyynnöt

Laboratoriotutkimuspyynnöt kirjataan *Laboratoriotutkimusnimikkeistöllä*. Jos laboratoriotutkimus on niin uusi, ettei sille vielä ole valtakunnallista koodia tai mikäli kyseessä on laboratorion omiin tarpeisiin perustettu tutkimus (esimerkiksi tutkimuspaketti), voidaan kirjaamisessa käyttää toimintayksikön omia koodeja. Suositeltavaa on, että toimintayksiköissä pyrittäisiin omana koodina käyttämään *LOINC*-koodia. *LOINC*-koodeja käyttämällä saavutetaan uusien tutkimusten tiedoissa parempi yhtenäisyys sairaaloiden välillä.

Yhteen laboratoriotutkimuspyyntöön voi liittyä yksi tai useita tutkimuksia. Jokainen tutkimus voidaan pyytää joko erikseen tai voidaan pyytää "tutkimuspaketteja", jotka sisältävät useita yksittäisiä tutkimuksia (esimerkiksi PVK). Tutkimuspakettina voidaan käyttää Kuntaliiton *Laboratoriotutkimusnimikkeistön* tai paikallisen koodiston mukaisia tutkimuspaketteja. Pyydettävät tutkimuspaketit ja niiden sisältö voidaan kussakin laboratoriojärjestelmässä tai organisaatiossa määritellä erikseen. Omissakin pakettitutkimuksissa tulokset kirjataan osatutkimuksille, jotka ovat kansallisesti yhteisiä. Lisää ajankohtaista ohjeistusta löytyy Kuntaliiton ohjeista.

Toistuvissa tutkimuspyynnöissä ("kestolähetteet") merkitään myös *Toistuvan laboratoriotutkimuspyynnön alku- ja loppupäivämäärä* ja *Laboratoriotutkimuksen tutkimuskertojen enimmäismäärä*. Tutkimuspyynnön voimassaolon alkupäivämäärä on pakollinen tieto, mutta loppupäivämäärä on vapaaehtoinen tieto, samoin kuin tutkimuskertojen maksimimäärä. Toistuvan laboratoriotutkimuspyynnön perusteella tehtyjen tutkimusten vastaukset voidaan liittää alkuperäiseen tutkimuspyyntöön tai laboratoriojärjestelmä voi muodostaa uuden "teknisen" tutkimuspyynnön, johon tutkimusvastaukset yhdistetään. Tutkimusvastaukset liitetään siihen palvelutapahtumaan, johon toistuva tutkimuspyyntö on tallennettu tai esimerkiksi mahdolliseen kontrollikäyntiin, johon tutkimus liittyy. Jos kumpaakaan ei ole mahdollista helposti päätellä, voidaan palvelutapahtumaksi valita potilaan viimeisin palvelutapahtuma kyseisessä organisaatiossa.

12.2.2 Laboratoriotutkimusten tulokset ja lausunnot

Laboratoriotutkimusvastaukset linkitetään laboratoriotutkimuksen tunnisteen avulla vastaavaan laboratoriotutkimuspyyntöön ja tallennetaan tutkimuskohtaisesti LAB-näkymään.

Vastaukset ja/tai lausunnot löydöksistä kirjataan laboratorio-ohjelmistoihin, joista tieto välittyy potilaskertomukseen ja tallentuu laboratorionäkymään (LAB). Samaan laboratoriotutkimuspyyntöön liittyvät vastaukset voidaan antaa kerralla tai useassa erässä.

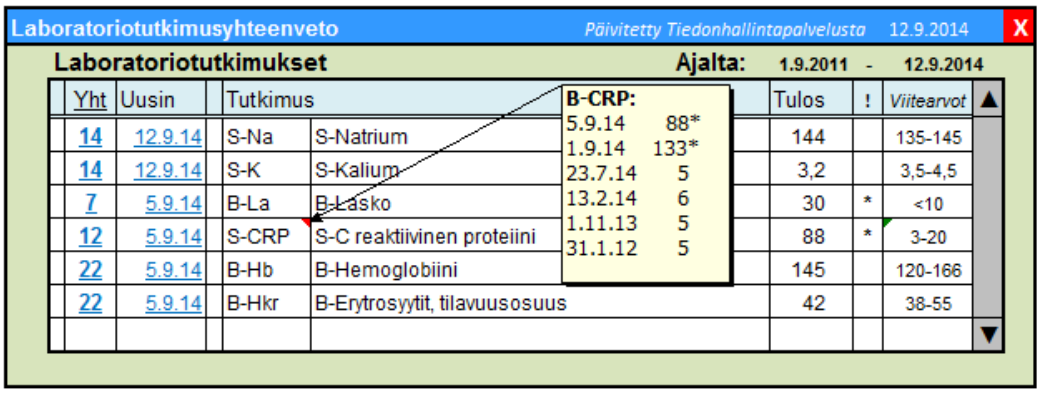
Laboratoriotutkimusvastaukseen voi sisältyä lausunto, joka kirjataan ja tallennetaan *Laboratoriotutkimuksen tunnisteen* avulla osaksi tutkimusvastausta. Tällainen lausunto voidaan tuottaa tarvittaessa myös erillisenä. Lisäksi voidaan tuottaa myös laboratoriotutkimuslausunnon rakenteesta poikkeava lausunto. Tällöin erillislausunnon linkki tallennetaan laboratoriotutkimusvastaukseen *Erillisen lausunnon tunnisteen* avulla. Tunniste toimii teknisenä viittauksena ulkopuoliseen lausuntoon. Lausuntoihin kirjataan lausunnon antaneen terveydenhuollon ammattihenkilön nimi ja palvelun toteuttaja sekä ajankohta, jolloin lausunto on annettu.

Myös osastoilla tehdyt laboratoriotutkimukset tulisi mahdollisuuksien mukaan tallentaa arkistoon. Niissä käytetään muutoin samaa rakennetta kuin laboratoriossa tehdyissä tutkimuksissa, mutta niiden *Mittauksen tai tutkimuksen tekotavaksi* kirjataan *vierimittaus*. Jos potilastietojärjestelmään kirjataan potilaan itsensä suorittamia laboratoriotutkimuksia, käytetään niissä tutkimuksen tekotapana *omamittausta* ja sen lisäksi merkitään tarvittaessa tiedon lähde *Tiedon lähde* -koodistolla.

Tutkimustuloksista ja -vastauksista voidaan tehdä myös kirjallinen yhteenveto ja pohdinta potilaskertomuksen narratiiviseen tekstiin, jonka avulla voidaan arvioida tutkimuksen tuloksia ja onnistumista sekä ehdottaa mahdollisia jatkotoimenpiteitä. Tutkimustulosten yhteenveto kirjataan *Tutkimukset*-otsikon alle (ks. myös luku 17 Yhteenveto- ja päivittäismerkinnät).

12.2.3 Laboratoriotutkimusten koostetiedot

Tiedonhallintapalvelun muodostamalle laboratoriotutkimusten koosteelle (LABK) kootaan eri rekisterinpitäjien asiakirjojen laboratorio-näkymälle (LAB) tallennetuista rakenteisista kirjauksista kaikki potilaan laboratoriotutkimukset lukuun ottamatta tutkimuksia, joiden luovutusta potilas on rajannut palvelunantaja- tai palvelutapahtumakohtaisesti. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tutkimuksia, vaan tuo koosteena käyttäjän tietojärjestelmän näytölle kaikki haetulla aikavälillä rakenteisesti kirjatut laboratoriotutkimukset sekä niihin liittyvät pyynnöt ja lausunnot, joiden luovutuksia potilas ei ole kieltänyt. Kuvassa 12.1 on esimerkki koosteesta.



Kuva 12.1 Esimerkki yhteenvedosta ja valitun tutkimuksen aikaisempien arvojen näyttämisestä. (Virkkunen ym. 2016)

12.3 Kuvantamistutkimukset

Radiologiset tutkimukset ovat kuvantamismenetelmiin perustuvaa lääketieteellistä diagnostiikkaa. Erilaisiin kuvantamismenetelmiin liittyviä tutkimuksia ovat esimerkiksi röntgenkuvaukset, tietokonetomografiat (TT), ultraäänitutkimukset sekä isotooppitutkimukset, joita tehdään röntgenosastojen lisäksi myös kliinis-fysiologisilla osastoilla ja sädehoitoyksiköissä. Kuvien lisäksi isotooppitutkimuksissa voidaan tulostaa myös aktiivisuuskäyriä (esimerkiksi munuaisten toimintatutkimukset ja isotooppirenografiat).

Kuvantamistutkimusten tiedot muodostuvat kuvantamistutkimuspyynnöstä, kuvantamistutkimuksesta ja lausunnosta, jotka kirjataan joko radiologian järjestelmillä tai potilastietojärjestelmillä. Kuvantamistutkimusten merkinnät tehdään yleensä Radiologian näkymälle (RTG), mutta myös muita jatkuvan kertomuksen näkymiä voi käyttää. Tämä koskee myös näkyvän valon kuvien (mm. valokuvien, videoiden ja piirrosten) merkintöjä.

Tiedot kirjataan käyttäen THL - Toimenpideluokitusta, joka on saatavissa kansalliselta Koodistopalvelimelta. Lisää ajankohtaista ohjeistusta löytyy Kuntaliiton ohjeista.

12.3.1 Kuvantamistutkimusten pyynnöt

Kuvantamistutkimuspyynnöt kirjataan radiologian ohjelmistoihin tai potilaskertomukseen RTG-näkymälle. Radiologian lähetteissä pyydetyt tutkimukset kirjataan *Radiologian tutkimus- ja toimenpideluokituksen* koodeilla (on osa THL - Toimenpideluokitusta). Koska tutkimuksen pyytäjä ei välttämättä tiedä tarkkaa tutkimuskoodia, voidaan tutkimuskoodia tarkentaa tutkimuksen tekovaiheessa. Organisaatiossa tutkimuspyynnöillä voikin olla käytössä suppea valikoima tutkimuksia, esimerkiksi vain yksi pään magneettitutkimus.

Yhteen kuvantamistutkimuspyyntöön voi liittyä yksi tai useita tutkimuksia, joihin kuhunkin voi liittyä 1-3 lausuntoa. Kullakin tutkimuspyynnöllä on yksi *Kuvantamistutkimuspyynnön tunniste* sekä sille oma *Pyyntöteksti, Pyyntöajankohta* ja tiedot tutkimuksen *pyytäjästä*. Lisäksi pyyntö sisältää yhden tai useamman *Pyydetyn kuvantamistutkimuksen puoli* -tiedon. Pyynnölle voi myös tallentaa erilaisia tarkenteita, kuten *Pyydetyn kuvantamistutkimuksen anatominen tarkenne, Diagnoositarkenne ja Toimenpidetarkenne*. Tarkentimien laajennukset ovat tarkoitettu lähinnä näkyvän valon kuvien merkintöihin, mutta niitä voi tarvittaessa käyttää myös radiologisessa kuvantamisessa. Näin kaikille kuville saadaan yhtenäinen merkintärakenne, joka mahdollistaa myös näkyvän valon kuvien merkintöjen tallennuksen Potilastiedon arkistoon.

Jos samalla kertaa pyydetään tutkimuksia, joilla on eri pyyntöteksti, muodostaa kukin pyyntö oman merkinnän. Jos taas pyydetään useita tutkimuksia, joilla on sama pyyntöteksti, tallennetaan tutkimustiedot samalle merkinnälle. Tutkimus yksilöidään *Kuvantamistutkimustunnisteella,* joka toimii linkkinä lausuntoon ja kuviin. *Kuvantamistutkimuspyynnön tunniste* on puolestaan linkkinä tutkimuksen pyyntöön.

Kuvantamistutkimuksen voi kirjata myös ilman pyyntöä, ellei se ole toiminnan kannalta tarpeellista. Jos kuvantamistutkimus tehdään ilman erillistä pyyntöä (esim. valokuvat, sikiön ultraäänikuvat), jätetään *Kuvantamistutkimuspyynnön tunniste* -tieto tyhjäksi.

12.3.2 Toteutuneet kuvantamistutkimukset

Tehdyt kuvantamistutkimukset nimetään käyttäen *THL-Toimenpideluokitusta* ja yksilöidään *Tutkimuksen tunniste*-tiedolla. Pakollisena tietona tulee merkitä myös *Tutkimusajankohta*. Tutkimuspyynnöstä tulevat oletusarvoisena tietona *Tehdyn kuvantamistutkimuksen nimi ja koodi, Puoli, Diagnoositarkenne ja Toimenpide*. Kuvattavan kohteen lokalisaatio (esimerkiksi

tutkittava puoli) tulee kirjata tutkimuksen lisätietona, jos se on tutkimuksen kannalta olennainen tieto. *Anatominen tarkenne* -tieto voidaan tuoda pyynnöltä, mikäli sitä ei voi päätellä tutkimuskoodista. Tutkimuksen tekijä voi tarvittaessa muokata kaikkia virheellisiä arvoja. Mikäli tutkimus pitää keskeyttää, voidaan kirjata myös *Kuvantamistutkimuksen keskeyttämisen syy*.

Radiologian yksikössä tehdyt tai radiologian yksikön toimesta yksikön ulkopuolella tehdyt toimenpiteet kirjataan tutkimuksina radiologian järjestelmään, josta tieto välittyy potilaskertomusjärjestelmään ja sieltä edelleen Potilastiedon arkistoon. Muiden kuin radiologian yksiköiden (osastot, leikkaussalit, hammashoidon yksiköt) tekemät kuvantamistutkimukset (röntgenkuvaukset, ultraäänitutkimukset) kirjataan potilaskertomusjärjestelmään. Niistä voidaan antaa lausunto myös radiologian järjestelmään, mutta ellei niin tehdä, on tutkimustuloksia arvioitava potilaskertomuksen erikoisalanäkymällä.

Ks. myös luku 13 Toimenpiteet

12.3.3 Kuvantamistutkimusten lausunnot

Kukin lausunto kohdistuu aina yhteen tutkimukseen. Jos johonkin tutkimukseen tehdään useampi lausunto (alustava, lopullinen ja lisälausunto), kukin näistä muodostaa oman merkintänsä. Yhteen kuvantamistutkimukseen voi näin liittyä 1-3 lausuntoa. Lausunnolle voi myös tallentaa erilaisia tarkenteita (esimerkiksi *Diagnoositarkenne*). Keskeiset lausunnon tiedot ja tarkenteet tulevat suoraan tutkimuksen tiedoista, mutta käyttäjä voi tarvittaessa muuttaa niitä. Lausuntoajankohta ja lausunnon antajan tiedot tulevat merkinnän tekijän tiedoista. Pakollisia tietoja ovat *Lausunto tekstimuodossa* ja *Lausunnon tila* (alustava, lopullinen tai lisälausunto).

Lisäksi kirjaaja voi merkitä tiedon *Arvio tutkimuksen tuloksesta*. Tässä yhteydessä sillä tarkoitetaan löydöksen luokittelua normaaliksi, lievästi poikkeavaksi tai merkittävästi poikkeavaksi. Merkintä ei ole pakollinen, mutta sen käyttö mahdollistaa esimerkiksi hälytysautomatiikan rakentamisen potilastietojärjestelmiin. Toistaiseksi tiedon kulku odottamattomista merkittävistä poikkeamista tulee edelleen varmistaa muilla tavoin, esimerkiksi suoralla yhteydenotolla hoitavaan lääkäriin.

Saaduista tuloksista voidaan tehdä myös kirjallinen yhteenveto sekä pohdinta potilaskertomuksen narratiiviseen tekstiin, jonka avulla voidaan arvioida tutkimuksen tuloksia ja onnistumista sekä ehdottaa mahdollisia jatkotoimenpiteitä. Tutkimustulosten yhteenveto kirjataan *Tutkimukset*-otsikon alle (ks. luku 17 Yhteenveto- ja päivittäismerkinnät).

12.3.4 Näkyvän valon kuvat

Tulevina vuosina myös muut kuin radiologiset DICOM-rakenteella tallennettavat kuvat arkistoidaan Kuva-aineistojen arkistoon. Tällaisia ovat esimerkiksi näkyvän valon kuvat, kuten valokuvat. Näkyvän valon kuvista tehdään harvoin tutkimuspyyntöjä ja usein kuvat tallennetaan osaksi potilaskertomusmerkintää. Myös kuvien tulkinta tehdään osana tavallista potilaskertomusmerkintää sen sijaan, että niistä tuotettaisiin erillinen lausunto.

Näkyvän valon kuvia ei viedä Kuva-aineistojen arkistoon ensivaiheessa, jotta voidaan varmistaa mahdolliset erityiset lupa- tai rajoitusmenettelyt arkaluonteisessa aineistossa. Arkaluontoisten kuvien arkistointi hoidetaan tyypillisesti esimerkiksi perinnöllisyyspoliklinikalla, jossa on arkistointilupa niiden sähköiseen säilyttämiseen. Tällöin valokuvissa ei esiinny oireita tai lääketieteellisiä löydöksiä, vaan esimerkiksi henkilön ulkonäköpiirteitä, eikä kuvista ole hyötyä potilaan hoidossa muilla erikoisaloilla tai yksiköissä. Lisäksi kuvissa voi olla mukana muita perheenjäseniä.

Merkinnöissä käytetään *THL-Toimenpideluokituksen* mukaisia tutkimuskoodeja ja nimiä, lisäksi voidaan tarvittaessa käyttää tarkenteita, kuten *THL - Anatominen jaottelu* - luokitusta, jolla kuvan kohteen anatominen sijainti voidaan kirjata tutkimuskoodin anatomista jaottelua tarkemmalla tasolla. Toimenpideluokitus ei nykyisellään täysin riitä näkyvän valon kuvien tarpeisiin ja näiltä osin luokitusta tulee täydentää.

Lisäksi todettu tai oletettu diagnoosi voidaan merkitä lisäkoodiksi tarkentamaan kuvaa. Tarkentimena käytetään ICD-10 -diagnoosikoodia vähintään kolmen merkin tarkkuudella tai ICPC2-koodia. *Diagnoositarkenteella* voi täsmentää kuvan tietoja silloin, kun kuva on raajojen alueelta, missä anatominen luokitus on epätarkin. Toimenpiteiden yhteydessä tai sen jälkeen otetuissa tai toimenpiteiden suunnitteluun liittyvissä kuvissa voidaan merkitä myös *Toimenpidetarkenne.* Sen avulla saadaan lisätietoa, jos haetaan tiettyihin toimenpiteisiin liittyviä kuvia.

Ks. myös luku 13 Toimenpiteet

12.3.5 Mittauslaitteiden tuottamat kuvat, videot ja biosignaalit

Myös mittauslaitteiden tuottamat kuvat, videot ja biosignaalit, on jatkossa tarkoitus tallentaa kuva-arkistoon. Näitä dokumentteja tuotetaan erityisesti Kliinisen fysiologian ja Kliinisen neurofysiologian yksiköissä. Ensimmäisenä on otettu käyttöön vuoden 2021 alusta mahdollisuus tallentaa EKG-tutkimuksia kuva-arkistoon DICOM-muodossa. Muiden tallenteiden arkistoiminen tulee käyttöön myöhemmissä vaiheissa.

Kuva-arkistoon kuvat tallennetaan *THL-Toimenpideluokituksen* mukaisilla tutkimuskoodeilla. Kliinisessä käytössä näistä tutkimuksista käytetään kuitenkin yleisesti *Kuntaliiton Laboratoriotutkimusnimikkeistön* mukaisia koodeja, joille on määritelty vastaavia koodeja THL - Toimenpide - luokitukseen. Toimenpideluokituksen koodisto ei ole vielä täysin kattava ja sitä laajennetaan jatkossa. Toimenpideluokitusta on tarkoitus käyttää kuvien arkistoinnissa, eikä sillä ole tarkoitus korvata Laboratoriotutkimuskoodien käyttöä kliinisessä työssä. Koodien käyttöä tullaan ohjeistamaan jatkossa tarkemmin, kun näiden kuvien arkistointi kuva-arkistoon mahdollistuu.

12.3.6 Säteilyaltistus

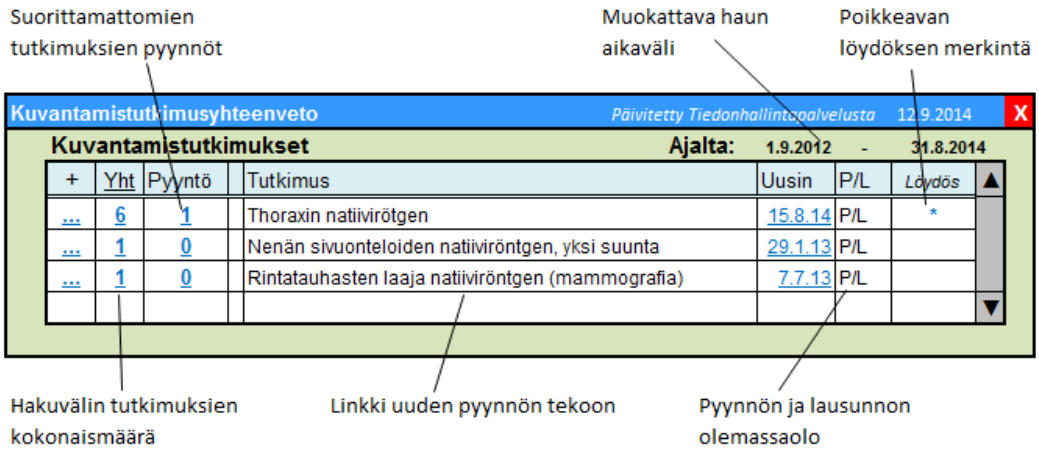
Säteilylle altistavasta toimenpiteestä tulee tallentaa tiedot, joiden perusteella tutkittavalle tai hoidettavalle henkilölle toimenpiteestä aiheutunut säteilyannos voidaan tarvittaessa määrittää (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus säteilyn lääketieteellisestä käytöstä 423/2000). Potilasta koskeviin asiakirjoihin tai tiedostoihin (esimerkiksi sähköiseen potilastietojärjestelmään) on merkittävä myös läpivalaisututkimuksesta ja läpivalaisuohjatusta toimenpiteestä aiheutunut säteilyaltistus (esimerkiksi annoksen ja pinta-alan tulo) silloin, kun laitteessa on säteilyaltistusta osoittava näyttö tai laite. Jos tällaista näyttöä tai laitetta ei ole, on kirjattava sellaiset tiedot, että niiden perusteella voidaan tarvittaessa määrittää potilaalle aiheutunut säteilyaltistus. Osa kuvantamislaitteista tuottaa tiedon sellaisessa muodossa, että se voidaan tallentaa automaattisesti radiologian tietojärjestelmään.

Säteilyannos ja sen yksikkö -kohtaan merkitään natiivi- ja läpivalaisututkimuksista pinta-ala tulo (DAP), mikäli se on saatavilla. Suositeltava mittayksikkö on mGy *cm^2. Tietokonetomografiatutkimuksista merkitään annoksen ja pituuden tulo (DLP). Isotooppitutkimuksissa kirjataan myös käytetty radiolääke ja sen aktiivisuus. Jos säteilyannosta ei voida kirjata tarkasti, voidaan säteilyannos kirjata omaan kenttäänsä tekstimuodossa. Tutkimuskoodin ja säteilyannoksen tietojen perusteella voidaan saada viitteitä paikallisesta säderasituksesta, mutta niiden perusteella ei voi laskea selkeää paikallista säderasitusta. Mikäli säteilyannostietoa ei voi kirjata arvona, tieto kirjataan *Säteilyannos tekstinä* -kenttään. Säteilyannoksen arvioinnin

parantamiseksi voidaan merkitä potilaan *Paino* sekä tietoja *Tiedon lähteestä*. Säteilylakia (859/2018) on 2018 päivitetty EU-direktiivin 2013/59/EURATOM säädöksiin liittyen. Asian yksityiskohtainen ohjeistus on löytyy Säteilyturvakeskuksen sivuilta.

12.3.7 Kuvantamistutkimusten koostetiedot

Tiedonhallintapalvelu kokoaa kuvantamistutkimusten koosteelle (RTGK) eri rekisterinpitäjien Potilastiedon arkistoon eri näkymille toimenpidekoodistolla tallennetut kuvantamistutkimukset. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tietoja, vaan palauttaa haetulla aikavälillä kaikki rakenteisesti kirjatut kuvantamistutkimukset sekä niihin liittyvät pyynnöt ja lausunnot potilastietojärjestelmään lukuun ottamatta niiden palvelun antajien tai -tapahtumien tietoja, joiden luovutuksen potilas on kieltänyt. Kuvassa 12.2 on esimerkki koosteesta.



Kuva 12.2 Esimerkki kuvantamistutkimusyhteenvetonäytöltä ja sen selitteistä (Virkkunen ym. 2016)

13 Toimenpiteet

HYVÄ TIETÄÄ

Toimenpiteet kirjataan THL-Toimenpideluokituksella, jota käytetään yksilöimään terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät toimenpiteet. Toimenpiteen lisätietona voidaan käyttää tietoa toimenpiteen ensisijaisuudesta sekä tekijän roolista. Toimenpiteet luokitellaan vaativiin ja pientoimenpiteisiin, sekä suun toimenpiteisiin, kuvantamistutkimuksiin ja muihin suoritteisiin. Hampaisiin kohdistuvissa toimenpiteissä voidaan lisäksi tarkentaa, mihin hampaaseen ja pintaan toimenpide tehtiin. Komplikaatioiden kirjaamisessa käytetään ICD-10 -luokitusta.

Toimenpiteiden ja niiden tarkennusten kirjaamiseen on käytettävissä useita luokituksia, joita on koottu taulukkoon 13.1. THL-Toimenpideluokitus yksilöi terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät toimenpiteet. Luokitusta käytetään osana potilaskertomuksen keskeisiä terveystietoja potilastietojärjestelmissä Kanta-palveluissa, laskutuksessa, hoitoilmoituksissa (Hilmo), hallinnollisissa prosesseissa ja tilastotoimessa sekä kliinisessä tutkimus- ja kehittämistyössä.

Toimenpiteiden rakenteisia tietosisältöjä ja niistä muodostettavien koosteiden määrittelyjä on kuvattu tarkemmin julkaisussa Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016). Koosteiden tietosisällöt on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella.

Taulukko 13.1 Potilaan toimenpiteiden kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

THL – Toimenpideluokitus *
AR/YDIN - Diagnoosin/toimenpiteen ensisijaisuus (Päätoimenpide/ Sivutoimenpide)
THL - Tautiluokitus ICD-10
AR/YDIN - Toimenpiteen tyyppi **
THL - Toimenpiteen tekijän rooli (ensisijainen - avustava tekijä)
SSR - ICD-O-3-Topografiat
STH - STH1 Hampaiden numerointi
STH - STH3 Hampaan pinnat
AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi**, AR/YDIN - Riskitiedon aste **, AR/YDIN - Pysyvyys **

***** Perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus (SPAT) yhdistettiin THL-Toimenpideluokitukseen 11/2017. Toimenpideluokitukseen sisältyy myös Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus ja Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus

****** tehty siltaus THL-toimenpideluokitukseen 6/2016

13.1 Toimenpiteiden kirjaaminen

Potilaalle tehdyt toimenpiteet kirjataan potilastietojärjestelmiin (ja muihin, esimerkiksi leikkausosaston tai poliklinikan, erillistietojärjestelmiin) *THL-Toimenpideluokituksella*. Suun terveydenhuollon toimenpiteet on kuvattu julkaisussa Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus. Radiologian tutkimus- ja toimenpideluokituksen käytöstä löytyy lisätietoa Kuntaliiton ohjeista Kuntaliiton ohjeista.

Keskeisiä tietoja ovat: *Toimenpiteen nimi ja koodi(t)*, *Toimenpiteentyyppi, Toimenpiteen tekijän nimi sekä Toimenpiteen päivämäärä.* Toimenpiteen lisämääreenä on toimenpiteen ensisijaisuus, jonka ilmaisemisessa hyödynnetään *AR/YDIN - Diagnoosin ja toimenpiteen ensisijaisuus* - koodistoa (päätoimenpide/ sivutoimenpide). Kun kyseessä on hampaaseen kohdistuva toimenpide, toimenpidekoodiin lisätään hammas ja hampaan pinnat, johon toimenpide kohdistuu.

Toimenpiteen nimi on oletusarvoisesti toimenpidekoodin mukainen nimi, mutta tekstiä voi muokata luokituksessa käytettyä termiä täsmällisemmäksi tai paremmin kuvaavaksi, kunhan sen merkitys ei muutu koodista poikkeavaksi. Toimenpiteen nimi tallennetaan käyttäjän muokkaamassa muodossa. *Toimenpidetyyppi* tulee kirjaukseen automaattisesti *THL - Toimenpideluokituksesta* valitun toimenpidekoodin perusteella. Kirjaaja voi tarvittaessa muuttaa tyypin oletusarvoa.

Toimenpiteet eritellään *Toimenpiteen tyyppi* -luokituksella

- vaativiin toimenpiteisiin
    - leikkaukset, suuret tähystykset ja muut toimenpiteet, jotka yleensä tehdään niitä varten rakennetuissa tiloissa, esimerkiksi polven tähystys
- suun toimenpiteisiin
    - hampaiden tai muiden suun kudosten toimenpiteet, jotka pääsääntöisesti tekee suun terveydenhuollon ammattihenkilö
- pientoimenpiteisiin
    - pienet tähystykset ja muut toimenpiteet, jotka pääsääntöisesti voidaan suorittaa normaaleissa vastaanottotiloissa, esimerkiksi vierasesineen poistaminen nenästä
    - pientoimenpiteet eivät sisällä hampaisiin tai suuhun kohdistuvia, pääsääntöisesti hammaslääkärin, suuhygienistin, hammashoitajan tai erikoishammasteknikon tekemiä toimenpiteitä
- kuvantamistutkimuksiin
    - toimenpidekoodistolla kuvatut kuvantamistutkimukset, joihin ei sisälly vaativaa toimenpidettä, suun toimenpidettä tai pientoimenpidettä
- muihin suoritteisiin
    - pienet suoritteet, joilla itsellään ei ole oleellista hoidollista vaikutusta, esimerkiksi laskimokanyylin asettaminen

Käyttäjä ottaa pääsääntöisesti kantaa Toimenpiteen ensisijaisuuteen. Mikäli käyttäjä ei tietoa erikseen kirjaa, merkitään ensimmäiseksi kirjattu toimenpide päätoimenpiteeksi. Kussakin merkinnässä vain yksi toimenpide voi olla päätoimenpide. Oletuksena toimenpidepäiväksi on kirjauksen päivä. Samoin toimenpiteen tekijäksi tulee oletustietona merkinnän tekijä, hänen organisaationsa ja yksikkönsä. Toimenpiteen tekijän rooliksi tulee oletustietona, että ensimmäiseksi kirjattu tekijä on *Ensisijainen toimenpiteen tekijä* ja seuraavilla *Avustava toimenpiteen tekijä.*

Myös useamman kuin yhden tekijän kirjaaminen toimenpiteelle on mahdollista. Silloin tekijöille tulee kirjata *Toimenpiteen tekijän rooli* luokituksen *THL-Toimenpiteen tekijän rooli* mukaisesti. Tässä vaiheessa voi merkitä vain toimenpiteen tekijöitä, joiden rooli on joko *Ensisijainen toimenpiteen tekijä* tai *Avustava toimenpiteen tekijä*. Jatkossa selvitetään myös muiden toimenpiteeseen osallistujien potilaskertomukseen kirjaamisen merkitystä.

Jos toimenpiteessä ilmenee komplikaatioita, kuvataan komplikaatio sanallisesti ja komplikaation diagnoosi kirjataan *ICD-10-luokituksella* (käyttäen koodeja Y40-Y84 tai Y88.0-Y88.3) esimerkiksi seuraavasti: * *Toimenpiteen komplikaation kuvaus: Infektio * Toimenpiten komplikaation koodi: T81.4, Muu toimenpit.jälkein.infektio* ja Tmp aiheuttaman haittavaikutuksen ulkoinen syy: *Y62.0 - Steriilien varotoimien pettäminen leikkauksen yhteydessä.*

Ks. myös luvut 12 Tutkimukset ja mittaukset, 14 Lääkehoito ja 15 Ennaltaehkäisy ja rokotukset

13.2 Toimenpiteiden kooste, toimenpidekertomus ja yhteenvetotiedot

Tiedonhallintapalvelu kokoaa ja palauttaa käyttäjälle näytettäväksi toimenpiteiden rakenteisen tietosisällön Toimenpiteiden koosteena (TMPK). Toimenpiteiden koosteella näytetään vain AR/YDIN - Toimenpiteen tyyppi - luokituksen mukaiset Vaativat toimenpiteet, Pientoimenpiteet ja Suun toimenpiteet. Toimenpiteen tulee olla toteutunut (toimenpiteen tila= tapahtunut). Suunnitelmien kertomuskirjauksia ei koosteella näytetä. Ks. kuva 13.1.

Tiedonhallintapalvelu kokoaa tiedot koosteelle eri rekisterinpitäjien jatkuvan kertomuksen näkymiin tehdyistä rakenteisista toimenpidemerkinnöistä. Lomakkeilta, kuten todistuksista, tai erilliseltä paikalliselta toimenpiteiden näkymältä tietoja ei kerätä mahdollisten päällekkäistietojen välttämiseksi. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi toimenpiteitä, vaan palauttaa haun mukaisesti kaikki em. toimenpidemerkinnät lukuun ottamatta niiden palvelunantajien tai palvelutapahtumien merkintöjä, joiden luovutuksen potilas on rajannut kielloin. Jos potilaalle erittäin merkityksellisiä aiemmin tehtyjä toimenpiteitä, joita ei ole kirjattu rakenteisesti, halutaan huomioiduksi Toimenpidekoosteelle, ne tulee kirjata erikseen, uutena rakenteisena tietona alkuperäisellä toimenpidepäivällä esimerkiksi kertomukseen Esitiedot -otsikon alle.

Toimenpideyhteenveto *Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014* X

Toimenpiteet Näytä myös: Hammastmp:t X Pien tmp:t X Suodata toistuvat tmp:t X

+	Yht	Pvm			TMP-koodi ▼	Toimenpiteen nimi	Poimi	▲
...	3	7.11.03	-	7.7.04	DCA20	Tympanostomia/putki	...	
...				8.8.05	EMB10	Nielurisaleikkaus	...	
...				7.7.04	EMB30	Kitarisaleikkaus	...	
...				3.5.04	JEA00	Umpilisäkkeen poisto	...	
							...	▼

Suun toimenpiteet Suodata toistuvat suun tmp:t X

+	Yht	Pvm ▲			TMP-koodi	Toimenpiteen nimi	Poimi	▲
...	9	15.8.13	-	7.2.14	SFA20	Kahden pinnan täyte	...	
				8.12.13	SGA03	Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus, vaativa	...	
								▼

Pientoimenpiteet Suodata toistuvat pientmp:t X

+	Yht	Pvm ▲			TMP-koodi	Toimenpiteen nimi	Poimi	▲
...	4	15.8.09	-	7.2.11	TDM10	Poskiontelun punktio	...	
							...	
								▼

Kuva 13.1 Esimerkki toimenpiteiden yhteenvedosta, jossa eri toimenpiteet voidaan näyttää erillisinä listoina. (Virkkunen ym. 2016)

Toimenpiteestä laaditaan lisäksi OPER-lisänäkymälle toimenpidekertomus, jossa tulee olla riittävän yksityiskohtainen kuvaus toimenpiteen suorittamisesta ja sen aikana tehdyistä havainnoista. Toimenpidekertomuksessa tulee esittää perustelut toimenpiteen aikana tehdyille ratkaisuille (ks. Potilasasiakirja-asetus 298/2009, 12§).

Pääsääntöisesti toimenpiteet kirjataan potilaskertomukseen rakenteisesti silloin, kun ne tehdään. Jos esimerkiksi Loppuarviossa (epikriisissä) tehdyt toimenpiteet kuitenkin kirjataan uudelleen, ne tulee kopioida varsinaisesta toimenpiteestä. Näin järjestelmän automaattisesti tuottaman toimenpiteen yksilöivän tunnisteen avulla pystyy myös päättelemään, että kyse ei ole uudelleen tehdystä toimenpiteestä. Jos kyse on uudesta toimenpiteestä, tulee sille antaa myös uusi tunnus eli tehdä siitä oma, uusi kirjaus.

13.3 Toimenpiteisiin liittyvät valokuvat ja muut kuvat

Näkyvän valon kuvia, kuten valokuvia, voidaan ottaa mm. tähystysten ja toimenpiteiden yhteydessä tai tavanomaisen potilaskäynnin yhteydessä. Potilaasta voidaan tehdä myös piirroksia. Näin syntyvät kuvat voidaan tallentaa potilastietojärjestelmässä samaan arkistoon radiologian kuvien kanssa tai omaan arkistoonsa. Valtakunnalliseen Kuva-arkistoon näkyvän valon kuvien arkistointi tulee vasta myöhemmissä vaiheissa. Arkistointia varten kuvien koodauksessa käytetään *THL-Toimenpideluokitusta* radiologian tutkimusten tapaan. Jos esimerkiksi tähystyksen yhteydessä otetaan kuvia, ne tallennetaan tähystystoimenpiteen koodilla ja toimenpiteen tarkenteilla.

Myös todettu tai oletettu diagnoosi voidaan merkitä lisäkoodiksi tarkentamaan kuvaa. Tarkentimena käytetään ICD-10 -diagnoosikoodia vähintään kolmen merkin tarkkuudella tai ICPC 2 -koodia. Näin kuvien hakuja voidaan tehdä henkilötietojen ja toimenpidekoodin lisäksi myös diagnoosin ja/tai sijainnin perusteella.

Ks. myös luku 12 Tutkimukset ja mittaukset -> 12.3.4 Näkyvän valon kuvat.

14 Lääkehoito

HYVÄ TIETÄÄ

Lääkityksen perustietoja ovat lääkkeen nimi, lääkemuoto, lääkkeen annostus ja lääkkeen määrääjän nimi sekä lääkkeen antokirjauksissa lisäksi antotapa, antoajankohta ja lääkkeen antajan nimi. Näiden tietojen lisäksi lääkehoidon kirjaamista voidaan tarkentaa kirjaamalla tietoja rakenteisesti lääkehoidon luokitusten avulla tai vapaana tekstinä. Valtakunnallinen lääkityslista tulee pohjautumaan Reseptikeskuksen tietoihin ja sen käyttöönotto on suunniteltu vuoden 2024 lopulle. Ennen valtakunnallisen lääkityslistan käyttöönottoa rakenteiset lääkemerkinnät tallennetaan potilastietojärjestelmän lääkitysosioon (LÄÄ-näkymälle). Voimassa oleva lääkitys kirjataan (tekstinä) VLÄÄ-näkymälle ja ne näytetään myös kansalaiselle Omakanta-palvelussa. Vuonna 2021 otetaan käyttöön myös Farmasian (FARM) näkymä, johon kirjataan eritasoiset lääkehoidon arvioinnit. Valtakunnallisen lääkityslistan kehittämisen myötä Lääkehoidon lukua tullaan täydentämään määrittelyiden edistyttyä.

14.1 Lääkitystiedot ja niiden kehittäminen 2015–2030

Vuonna 2015 Kajakki-projektissa arvioitiin, että lääkitystiedot olisi järkevää keskittää Reseptikeskukseen ja valtakunnallinen lääkityslista rakentaa Reseptikeskuksen tietoihin perustuvaksi. Reseptikeskuksen toiminnallinen muutos todettiin liian suureksi toteutettavaksi kerralla ja lääkityslistan kehittämisen arvioitiin edellyttävän laajoja uudistuksia myös lainsäädäntöön. Sen vuoksi kesällä 2020 julkaistiin Lääkehoidon tiedonhallinnan konsepti, jossa kuvataan valtakunnallisen lääkehoidon tietojen kirjaamisen ja käytön tavoitetila, tavoitteellinen vaiheistettu kehittämispolku sekä edellytykset Valtakunnallisen lääkityslistan toteuttamiseksi.

Konseptin mukaan valtakunnallisen lääkityslistan kehittäminen ja toteutus on jaettu viiteen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa (2022) on tarkoitus ottaa reseptillä käyttöön rakenteiset annostustiedot. Sen käyttöönottoa tavoitellaan vuoden 2022 aikana. Toisessa vaiheessa (2024) on tulossa käyttöön lääkkeen jatkumoon perustuva lääkityslista, jossa reseptikeskeisyydestä siirrytään saman käytössä olevan lääkkeen peräkkäisistä lääkemääräyksistä (ja muista lääkemerkinnöistä) muodostettavaan lääkejatkumoon pohjautuvaan lääkitystietojen hallintaan. Lääkityslistalle on mahdollista siinä vaiheessa tallentaa reseptilääkkeiden lisäksi myös ilman reseptiä määrätyt lääkkeet. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat kirjata listalle potilaan omatoimisesti käyttämien itsehoitolääkkeiden tiedot (kansalaisen oma kirjausmahdollisuus tulee konseptin mukaan vaiheessa 4 vuonna 2027).

Kolmannessa vaiheessa (2026) otetaan käyttöön lääkehoidon tarkistusmerkinnät ja avo- ja osastolääkityksen rajapinnan hallinta sekä mahdollistetaan lääkityslistan käyttö sosiaalihuollossa. Samalla luodaan ratkaisu viestien välittämiselle lääkityslistan avulla apteekkien ja sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Vaiheessa 4 (2027) lääkityslista laajennetaan kattamaan myös osastolääkityksen tiedot ja mahdollistetaan kansalaisen kirjausten hyödyntäminen terveydenhuollossa ja laajennetaan viestienvälitys lääkityslistan avulla myös kansalaisille. Viidennessä vaiheessa (2029) lääkityslistan sisältöä laajennetaan kattamaan myös luontaistuotteet ja ravintolisät, osastolääkitysten erikoislääkitykset (esim. teho-osastojen, synnytyssalien ja leikkaussalien lääkitykset) sekä kansalaisen lääkkeenottomerkinnät.

Valtakunnallisen lääkityslistan kattavan käyttöönoton myötä lääkitystiedon kirjaaminen muuttuu merkittävästi ja muun muassa lääkehoidon näkymien (LÄÄ ja VLÄÄ) käyttö lopetetaan, kun lääkitystiedot kootaan Reseptikeskukseen. Siihen saakka rakenteiset lääkitysmerkinnät kirjataan potilastietojärjestelmissä lääkitysmerkintöjen 2011 CDA-määritysten mukaisesti kuvatulla tavalla (Kanta 2011) ja tekstimuotoiset lääkehoidon kirjaukset yleisen potilaskertomusrakenteen mukaisesti näkymiä ja otsikoita hyödyntäen. LÄÄ- ja VLÄÄ-näkymien tietoja ei Potilastiedon arkistosta pystytä hyödyntämään rakenteisina, vaan ainoastaan näyttömuotoisina. Omakanta -palvelu näyttää potilaalle VLÄÄ - näkymälle tallennetut tiedot. LÄÄ-näkymää ei näytetä Omakannassa.

14.2 Lääkitystietojen kirjaaminen potilaskertomukseen

Potilasasiakirjoihin tulee kirjata tiedot potilaalle määrätyistä lääkkeistä (A 1088/2010, 24§), tiedossa olevista lääkeallergioista ja epäillyistä lääkevahingoista (A 298/2009, 13§). Lisäksi sosiaali- tai terveydenhuollon organisaation potilaalle antamien lääkkeiden tiedot kirjataan potilaskertomukseen. Tiedot kirjataan rakenteisesti silloin, kun se on mahdollista, mutta tiedot voidaan kirjata myös tekstinä, jos rakenteinen kirjaaminen ei ole mahdollista.

Lääkkeiden määräys- ja antomerkintöihin tulee potilasasiakirjoissa kirjata lääkkeen nimi, lääkemuoto, annostus, lääkkeen määrääjän nimi ja määräyspäivä sekä lääkkeen antokirjauksissa lisäksi antotapa, antoajankohta sekä lääkkeen antajan nimi, vähintään jos kyse on muusta kuin osastopotilaan lääkelistan mukaisesta jatkuvasta lääkityksestä.

14.2.1 Lääkemerkintöjen rakenteinen kirjaaminen

Lääkitystiedot kirjataan potilastietojärjestelmissä yleensä rakenteisesti erilliseen lääkitysosioon.

Potilastiedon arkistoon tallennettavien rakenteisten lääkemerkintöjen tulee (2020) voimassa olevien määrittelyiden mukaan noudattaa 2009 julkaistuja Lääkityksen merkintöjen CDA R2-rakenne määrittelyitä (versio 4.31 päivitetty 2014). Niiden mukaisesti tallennettuja lääkemerkintöjä ei kuitenkaan pystytä Potilastiedon arkistosta hyödyntämään rakenteisessa muodossa määrittelyiden epätarkkuuksien vuoksi. Sen sijaan Koodistopalvelimella alun perin vuonna 2014 julkaistujen tietosisältöjen *THL/Tietosisältö – Lääkemerkintä ja THL/Tietosisältö – Lääkitystarkistusmerkintä* sekä THL:n Julkarissa julkaistun *Lääkemerkinnän tekeminen ja tietosisältö 2016 – Toiminnallinen määrittely* mukaisia toteutuksia ei oteta käyttöön, kun lääkityslista toteutetaan Reseptikeskukseen pohjautuvaksi. Kyseiset dokumentit onkin (joulukuussa 2020) merkitty vanhentuneiksi.

Reseptikeskukseen tallennettavan reseptin uudet, rakenteiset annostustiedot sisältävät, tietosisältömäärittelyt *Lääkitys/Tietosisältö – Lääkemääräys* on julkaistu Koodistopalvelimella keväällä 2020 ja vastaavat reseptin toimituksen sekä reseptin uudistamispyynnön ja sen vastauksen tietosisältömäärittelyt julkaistaan vuonna 2021. Näiden tekniset määrittelyt on julkaistu Kanta.fi-sivustolla kohdassa Rakenteinen annostus v3.00 - voimaan kevät 2022.

Tässä Potilastiedon kirjaamisen oppaan 2021 versiossa kuvataan rakenteisen lääkemääräyksen tekeminen vuonna 2020 julkaistujen ja vuonna 2022 käyttöön otettavaksi suunniteltujen reseptin määrittelyiden mukaisesti. Silloin rakenteiset annostustiedot sekä muita pienempiä tietosisällön laajennuksia tulevat käyttöön myös reseptillä. Useimmat potilastietojärjestelmät tukevat pääsääntöisesti tässä kuvattuja rakenteita jo nyt, mutta Reseptikeskuksessa rakenteet tulevat käyttöön vasta vuonna 2022 tai sen jälkeen.

Lääkemääräyksen rakenteinen kirjaamisen sisällöt on kuvattu tarkemmin luvussa 14.3. reseptin korjaaminen luvussa 14.4. ja lääkkeenantomerkinnät luvussa 14.6.1.

14.2.2 Lääkemerkintöjen kirjaaminen kertomusnäkymille

Lääkemääräykset ja lääkkeen antokirjaukset kirjataan pääsääntöisesti potilastietojärjestelmien lääkitysosioihin, silloin kun se on mahdollista. Muita lääkehoitoon liittyviä tietoja voidaan kirjata tekstinä kertomusnäkymille. Kirjauksissa käytetään yleensä otsikkona Lääkehoito-otsikkoa, jota voi tarvittaessa tarkentaa lisäotsikoilla. Lääkehoidon konsultaatioissa ja lääkehoidon arviointien lähetteissä ja niiden vastauksissa koko merkinnän (ylä)otsikkona on suositeltavaa käyttää Konsultaatio / Lähete -otsikkoa.

Erityisesti lääkehoidon tietojen kirjauksiin tarkoitettuja näkymiä on kolme.

a) VLÄÄ Voimassa oleva lääkitys -näkymä

Ennen valtakunnallisen lääkityslistan käyttöönottoa yksittäiset rakenteiset lääkemerkinnät kirjataan tietojärjestelmän lääkitysosioon, josta merkinnät tallentuvat LÄÄ-näkymälle. Sen lisäksi hoitokäynnin tai osastohoitojakson päättyessä voimassa oleva lääkitys tallennetaan (tekstinä) VLÄÄ-näkymälle. Voimassa olevan lääkehoidon näkymää (VLÄÄ) voidaan päivittää myös avohoidon käyntien yhteydessä. VLÄÄ-näkymä voidaan liittää esimerkiksi lähetteeseen tai hoitopalautteeseen. VLÄÄ näkymän tiedot potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti lääkitysosion tietojen pohjalta tai käyttäjä voi kirjata tiedot käsin potilastietojärjestelmän toteutuksesta riippuen.

VLÄÄ-näkymän tarkoituksena on välittää terveydenhuollon ammattihenkilöille ja hoidettavalle potilaalle tieto potilaan voimassa olevasta lääkityksestä. Voimassa olevan lääkityksen listaus käsittää potilaan jatkuvat ja määräaikaiset lääkkeet, jotka ovat käytössä merkinnän tekohetkellä. VLÄÄ-näkymän yhteenvetotieto voidaan siirtää esimerkiksi jatkohoitopaikkaan, mikä edistää lääkitystietojen hallintaa, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen.

Koska potilastietojärjestelmät voivat muodostaa VLÄÄ-näkymän tiedot automaattisesti lääkehoito-osion tiedoista puutteelliseen tai jopa virheelliseen tietoon perustuen, tulee käyttäjän aina tarkistaa Potilastiedon arkistoon tallennettavat VLÄÄ-näkymän tiedot ennen arkistoimista.

Omakanta -palvelu näyttää potilaalle VLÄÄ - näkymälle tallennetut tiedot.

b) KLIFA Kliininen farmakologia -näkymä

Kliininen farmakologia (KLIFA) näkymä on otettu käyttöön vuonna 2018 kliinisen farmakologian ja lääkehoidon erikoisalan sekä farmakogenetiikan konsultaatiopyyntöjen ja -vastausten kirjaamiseen. KLIFA-näkymää voidaan käyttää myös erikoisalan polikliinisten kertomusmerkintöjen kirjaukseen. Konsultaatioissa näkymää tulisi käyttää aina yhdessä konsultoivan erikoisalan näkymän kanssa (pyynnöissä lisänäkymänä, vastauksissa päänäkymänä).

KLIFA-näkymä näytetään Omakannassa muiden erikoisalakohtaisten näkymien tavoin.

c) FARM Farmasia -näkymä

Farmasia (FARM) näkymä on otettu käyttöön vuonna 2021 lääkehoidon eri tasoisten arviointien kirjaamiseen. Näkymän tarve on noussut esiin osastofarmasian merkityksen lisääntyessä lääkehoidon toteutuksessa, mutta näkymää ei ole rajattu vain farmasistien käyttöön, vaan se on tarkoitettu moniammatilliseen käyttöön. Ks. tarkemmin luku 14.5.

FARM-näkymä näytetään Omakannassa muiden palvelukohtaisten näkymien tavoin. Näkymälle kirjatut lääkehoidon arvioinnit tulee aina viivästää näyttämästä potilaalle Omakannassa siihen saakka, kunnes lääkäri on ottanut kantaa tarvittaviin lääkehoidon muutoksiin.

14.3 Lääkemääräysten rakenteinen kirjaaminen

14.3.1 Lääkemääräyksen perustiedot ja potilaan tiedot

Määräyspäivä tuotetaan merkinnän tekoajankohdan perusteella. Myös muut lääkemääräysmerkinnän ja reseptiasiakirjan perustiedot (vuodesta 2022 alkaen myös Lääkkeen jatkumon yksilöivät tunnisteet) sekä potilaan tiedot potilastietojärjestelmä muodostaa pääosin automaattisesti. Reseptin laji voi oletuksena olla (avoapteekki) Resepti, joka määrääjän tulee muuttaa Sairaala-apteekkireseptiksi, kun resepti toimitetaan sairaala-apteekista. Alle 18-vuotiaiden potilaiden kohdalla määrääjän on (silloin kun se on mahdollista) arvioitava, onko potilas kykenevä päättämään omasta hoidostaan ja otettava kantaa alaikäisen potilastietojen luovuttamiseen huoltajille. Reseptit määrääjän on allekirjoitettava henkilökohtaisella sähköisellä allekirjoituksella.

14.3.2 Lääkkeen määrääjän ja lääkemääräyksen käsittelijän tiedot

Potilastietojärjestelmä tuottaa lääkemerkintään lääkkeen määrääjän tiedot, joita käyttäjä voi tarvittaessa muokata. Lääkkeen määrääjän tiedot koostuvat muun muassa lääkkeen määrääjän rekisteröintinumerosta, yksilöintitunnisteesta (aik. SV-numero), nimestä, ammattioikeustiedosta ja palveluyksikkötiedosta sekä tarvittaessa lääkkeen määrääjän virka-, tehtävä- tai toimitiedosta sekä lääkärin erikoisalasta.

Kun lääkkeen määrääjä ja merkinnän kirjaaja ovat eri henkilöitä, vastaavat tiedot kirjaajasta tallennetaan Lääkemääräyksen käsittelijän tiedoiksi. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi lääkkeen annostuksen muutosten kirjaaminen ja puhelimitse määrättyjen lääkkeiden kirjaaminen sairaanhoitajan toimesta potilaskertomukseen. Reseptiä ei voi kirjata toisen puolesta – paitsi apteekin tallentaessa paperi- tai puhelinreseptiä tai korjatessa reseptiä.

14.3.3 Lääkkeen tiedot

a) Lääketietokannan mukainen valmiste

Lääkevalmiste voidaan määrätä kauppanimellä tai vaikuttavan aineen perusteella. Kauppanimellä määräämistä tulee käyttää aina, jos vaikuttavalla aineella on olemassa useita valmisteita, jotka eivät ole keskenään vaihtokelpoisia. Tällöin lääkkeen toimituksessa on selvää mitä valmistetta tarkoitetaan. Koska lääkevaihto apteekissa keskenään vaihtokelpoisten valmisteiden kesken mahdollistaa edullisimman valmisteen toimittamisen myös kauppanimellä määrättäessä on suositeltavaa määrätä lääke kauppanimellä muulloinkin, ellei vaikuttavalla aineella määräämiselle ole erityisiä perusteita.

Kun lääkevalmiste valitaan voimassa olevan Lääketietokannan tiedoista, potilastietojärjestelmä täydentää kirjausta automaattisesti Lääketietokannassa olevien tietojen pohjalta. Vaikuttavalla aineella määrättäessä käyttäjä valitsee vaikuttavan aineen sekä lääkemuodon, joiden pohjalta potilastietojärjestelmä täydentää kirjausta automaattisesti Lääketietokannassa olevien tietojen pohjalta.

(Lääke)valmisteen yksilöivät tiedot

Lääketietokannasta saadaan lääkevalmisteen ja muun lääketietokantaan kuuluvan valmisteen nimi, lääkevalmisteen ATC-koodi, lääkepakkauksen tunniste (VNR-numero), pakkauskoko ja pakkauskoon yksikkö, pakkauskokokerroin ja pakkauskoko tekstinä.

Lääkkeen koostumus, muoto ja vahvuus

Lääketietokanta tuottaa lääkevalmisteille lääke- tai valmistemuodon sekä vahvuuden ja vahvuuden yksikön tekstinä. Kun kyseessä on myyntiluvallinen lääkevalmiste, määräaikainen erityislupavalmiste tai vaikuttavan aineen nimellä määrätty lääke, käyttäjä kirjaa itse lääkemuodon, vahvuuden ja vahvuuden yksikön, ellei tietoja saada Lääketietokannasta.

Lääkkeen lisätiedot

Lääketietokannasta saadaan myös tiedot onko kyseessä PKV-lääke tai huume, veri- tai plasmavalmiste, lisäseurantaa vaativa lääke, biologinen lääke tai biosimilaari sekä biosimilaarin lääkeryhmä. Jos määrätään muuta kuin halvinta biologista lääkettä, pitää käyttäjän kirjata sille perustelu. Muita lääketietokannasta lääkemääräykselle tuotavia tietoja ovat lääketietokannan versio, valmisteen laji, myyntiluvan haltija, säilytysastia sekä valmisteen tai pakkauksen lisätieto.

b) Lääketietokannan ulkopuolinen lääke

Kun kyseessä on apteekissa valmistettava lääke tai potilaskohtainen erityislupavalmiste, ei lääkkeen tietoja voi hakea suoraan lääketietokannasta, vaan käyttäjän on itse kirjattava lääkkeen tiedot toistaiseksi tekstimuodossa. Jos apteekissa valmistettava lääke sisältää ainesosina Lääketietokannassa olevia lääkkeitä tai muita valmisteita, niiden tietoja voidaan poimia Lääketietokannasta rakenteisiksi lääkkeen vaikuttaviksi ainesosiksi tai apuaineiksi. Valmistusohje kirjataan vapaamuotoisena tekstinä.

14.3.4 Lääkkeen määrätty määrä reseptillä

Määrätty määrä on pakollinen tieto reseptillä. Lääkettä voidaan määrätä pakkauskoon ja pakkausten lukumäärän avulla, lääkkeen kokonaismäärällä tai ajanjakson perusteella. Resepti on suositeltavaa~~on~~ määrätä pakkausten lukumääränä aina kun se on mahdollista. Ajanjakson perusteella lääkettä tulisi määrätä ainoastaan silloin, kun tarvittavaa määrää ei pysty muutoin määrittelemään. Tarvittaessa reseptille voidaan lisätä iterointi 1-3 kertaa sekä iterointien väli päivinä.

14.3.5 Lääkkeen annostustiedot

Lääkkeen annostus reseptillä on toistaiseksi vain tekstinä. Potilastietojärjestelmissä annostustiedot ovat jo pääasiassa rakenteisessa muodossa ja reseptilläkin ne tulevat käyttöön vuonna 2022. Tässä kuvataan vuonna 2022 reseptillä käyttöön otettavan rakenteen mukaiset tiedot. Potilastietojärjestelmien toteutukset voivat poiketa tässä kuvatusta. Tavoitteena (2022) on saada suuri osa (80 - 90 %) reseptin annostustiedoista rakenteisiksi. Täysin kattavaa rakenteisuutta ei tavoitellakaan ja esimerkiksi koneelliseen annosjakeluun apteekit joutuvat jatkossakin rakenteistamaan pienen osan reseptien annostustiedoista.

a) Annostuksen ”huomiotiedot”
Reseptille tulee kirjata alle 12-vuotiaan paino, jotta tieto tulee huomioiduksi annostusta määriteltäessä/ tarkistettaessa. Paino voidaan kirjata myös yli 12-vuotiaalle, silloin kun se merkittävästi poikkeaa keskimääräisen aikuisen painosta. Jos annostus poikkeaa lääkkeen normaalista annostuksesta, tulee reseptille kirjata Sic!-merkintä. Sitä voi käyttää myös silloin kun lääkettä määrätään muulla tavoin hoitokäytännöistä poikkeavalla tavalla. Selitys, miksi Sic!-merkintä on kirjattu, tulisi aina kirjata reseptille. Toistaiseksi selityksen voi kirjata *Viesti apteekille* -kenttään, koska reseptin tietosisällössä ei ole muuta siihen soveltuvaa kenttää.

b) Tekstimuotoinen annostusohje

Rakenteisista annostustiedoista muodostetaan aina myös tekstimuotoinen annostusohje. Potilastietojärjestelmä muodostaa sen Kanta-määrittelyissä kuvattujen sääntöjen mukaan potilaalle yksiselitteisesti ymmärrettävään muotoon. Jos rakenteista annostusta ei ole kirjattu, lääkkeen määrääjä voi kirjoittaa annostusohjeen vapaana tekstinä. Reseptillä on aina tieto, onko tekstimuotoinen annostusohje käyttäjän tekstimuodossa kirjaama vai rakenteisten annostustietojen pohjalta automaattisesti muodostettu.

c) Rakenteinen annostusohje
Annostelukausi

Annostelukausi on ajanjakso, jonka ajalle lääke määrätään tietyn annostuksen (esim. 1 tabletti 2 kertaa päivässä) mukaisesti. Jos annostus pysyy muuttumattomana, annostelukausi on koko lääkkeen käytön pituinen. Kun annostusta muutetaan, muodostuu uusi annostelukausi. Yleensä lääke määrätään kerrallaan vain yhden annostelukauden ajaksi, mutta esim. aloitettaessa lääke nousevin annostuksin, voidaan lääke määrätä yhdellä kertaa peräkkäisinä annostelukausina. Esimerkiksi annostelussa ”1 tabletti kerran päivässä viikon ajan, jonka jälkeen 1 tabletti 2 kertaa päivässä” 1. annostelukausi on 1 viikko ja 2. annostelukausi on ”toistaiseksi”.

Vuonna 2022 käyttöön otettava rakenteinen annostus tukee vain yhden annostelukauden tallentamista kerrallaan. Useita annostelukausia vaikuttavan reseptin annostusohje on kirjoitettava tekstimuodossa.

Annostelukauden tiedot

Annostelukauden alku alkaa oletuksena määräyshetkestä (jolloin sitä ei tarvitse kirjata erikseen), mutta alkuaika voidaan tarvittaessa kirjata tulevaisuuteen (tai menneisyyteen). **Annostelukauden kesto** voidaan kirjata kestona (esim. 1 viikko) tai päättymisajan avulla (kestoa ja päättymisaikaa molempia ei voi kirjata samalle annostelukaudelle).

Tieto lääkkeen käytöstä vain **tarvittaessa** kirjataan omana tietona (esim. tarvittaessa 1 tabletti 2 kertaa päivässä) ja lääkkeen mahdollinen **tauko** annostelukauden aikana voidaan kirjata aikavälinä. Annostelukausi ei kuitenkaan voi alkaa tauolla, vaan silloin alkuaika kirjataan tulevaisuuteen.

Annosjakso

Annosjakso on ajanjakso, jonka ajalle annokset määrätään käytettäväksi samanlaisena toistuvana sarjana. Tieto tallennetaan vuorokausina tai tunteina. Yleensä annosjakso on 1 vuorokausi (esim. 1 tabletti 3 kertaa vuorokaudessa tai 1 tabletti aamulla 2 tablettia illalla). Myös viikon annosjaksolla voidaan eri päivien annokset määritellä erikseen (esim. Ma 1 tabletti, Ti 2 tablettia, Ke 2 tablettia jne.). Muille annosjaksoille (vuonna 2022 käyttöönotettavan rakenteen mukaisesti) rakenteisesti voi määrätä vain 1 annoksen annosjaksoa kohti (esim. 1 tabletti joka toinen päivä (annosjakso = 2 vrk), 1 injektio 3 viikon välein (annosjakso = 21 vrk) tai 1 tippa 4 tunnin välein (annosjakso = 4h)).

Annosjakson tiedot

Annosjaksolle jokaisen annoksen tiedot (Reseptikeskukseen) tallennetaan erikseen. Jos annos on kaikilla annoksilla sama, riittää, että lääkkeen määrääjä kirjaa annoksen tiedot kertaalleen ja montako kertaa annos (esim. 1 tabletti 3 kertaa) toistuu annosjaksossa (potilastietojärjestelmä huolehtii silloin oikean rakenteen tuottamisesta Reseptikeskukseen). Jos annos muuttuu annosjakson aikana (esim. 1 tabletti aamulla ja 2 tablettia illalla) tulee jokainen annos kirjata erikseen. Lisäksi kullekin annokselle tulee kirjata lääkkeen otto ajankohta.

Annokselle kirjataan aina annoksen numeraalinen arvo (esim. 1) sekä annosyksikkö (esim. tabletti). **Annosyksikkö** voidaan kirjata ”potilasystävällisessä muodossa” (esim. 1 tabletti) tai fysikaalisessa muodossa (esim. 50 mg). Reseptillä ”potilasystävällistä muotoa” tulisi käyttää

aina kun se on mahdollista ja fysikaalista muotoa vain, kun sille on erityinen peruste. Lääkkeenoton ajankohta voidaan kirjata kellon aikana (esim. 8:00) tai tekstimuodossa *THL - Vuorokaudenaika* -luokituksen mukaan (esim. aamulla). Viikkoannostelussa ajankohta annetaan viikonpäivinä.

Jos yksittäinen annos on **tarvittaessa otettava**, se kirjataan annokselle omana rakenteisena tietona (esim. 1 tabletti aamulla ja tarvittaessa 1 tabletti illalla). Jos koko lääke on tarvittaessa käytettävä, kirjataan tieto annostelukauden tietoihin (ks. edellä).

Rakenteisen annostuksen lisätiedot

Lääkkeenantoreitti ja -tapa tulee kirjata aina kun lääkettä ei oteta tavalliseen tapaan suun kautta nieltynä. Silloinkin, jos antoreitti on mahdollista ymmärtää väärin, antoreitti on hyvä kirjata. Rakenteisesti kirjatulle annostukselle voidaan kirjata myös tekstimuotoista **käyttöohjeen lisätietoa**, jota ei voida kirjata rakenteisesti (esim. otetaan ruokailun yhteydessä). Lisätiedoksi ei kuitenkaan tule kirjata monimutkaisia ohjeita, jotka voidaan ymmärtää rakenteisesta tiedosta poikkeavaksi. Silloin on väärin ymmärrysten ehkäisemiseksi parempi kirjata annostusohje täysin tekstimuotoisena.

14.3.6 Käyttötarkoitus

Lääkkeen määrääjä kirjaa lääkkeen käyttötarkoituksen syyn vapaamuotoisena tekstinä. Jos lääke on määrätty tartuntatautilain mukaisen yleisvaarallisen taudin hoitoon, kirjataan se lisäksi erikseen (rakenteisesti). Lisäksi lääkkeen korvattavuuteen vaikuttava erillisselvitys (sekä siihen liittyvä pvm-tieto) kirjataan omaan kenttäänsä – toistaiseksi vakioituna tekstinä. Vuodesta 2022 alkaen erillisselvitys voidaan kirjata koodilla.

14.3.7 Reseptin muut tiedot

Reseptille tulee kirjata myös, onko lääke määrätty sairauden hoitoon, onko kyseessä pysyvä lääkitys ja onko kyseessä uuden lääkkeen aloitus sekä kuuluuko lääke koneelliseen annosjakeluun. Lisäksi reseptille voidaan kirjata lääkevaihtokielto, reseptin uudistamiskielto ja sen perustelu sekä, jos reseptin voimassaoloa halutaan rajoittaa oletusarvoisesta (1v tai 2v), reseptin viimeinen voimassaolopäivä. Huumausaineresepteille tulee kirjata myös potilaan tunnistamistapa.

Tarvittaessa reseptille voidaan lisätä viesti apteekille sekä tiedot lääkärinpalkkion perimiseksi lääkkeen toimituksen yhteydessä, Apteekissa tallennettaville resepteille pitää lisäksi tallentaa onko kyse paperi- vai puhelinreseptistä sekä sen perustelu.

14.4 Reseptin korjaaminen ja mitätöinti

Reseptillä olevia virheitä voi korjata tekemällä reseptistä uusi versio, johon virheet on korjattu. Jos virheet ovat sellaisia, joita ei voi korjata uudella versiolla, mitätöidään resepti ja tehdään uusi resepti.

Myös hoidolliset muutokset, esim. annostuksen muutos, tulisi tallentaa Reseptikeskukseen, jotta lääkkeen oikeat tiedot olisivat käytössä myös lääkkeen toimituksen yhteydessä. Hoidolliset muutokset tehdään (teknisesti) samalla tavalla kuin korjaukset – tekemällä uusi versio reseptistä tai, jos muutosta ei voi korjata versioimalla, mitätöimällä resepti ja tekemällä uusi resepti.

Reseptin korjaukselle ja mitätöinnille tulee kirjata muutoksen syy *THL - Lääkehoidon muutoksen syy* -luokituksen mukaisesti. Muutoksen syytä voi tarvittaessa tarkentaa vapaamuotoisena tekstinä.

Mitätöinnille tulee lisäksi kirjata *Sähköinen lääkemääräys - Lääkemääräyksen mitätöinnin tyyppi* -luokituksen mukaisesti mitätöinnin syy sekä *Sähköinen lääkemääräys – Suostumustyypit* -luokituksen mukaisesti tieto siitä, että mitätöinti on tehty yhteisymmärryksessä potilaan kanssa tai että sille on olemassa muu peruste. Järjestelmä tuottaa mitätöinnille lisäksi tiedot mitätöinnin tai korjauksen tekijästä ja ajankohdasta.

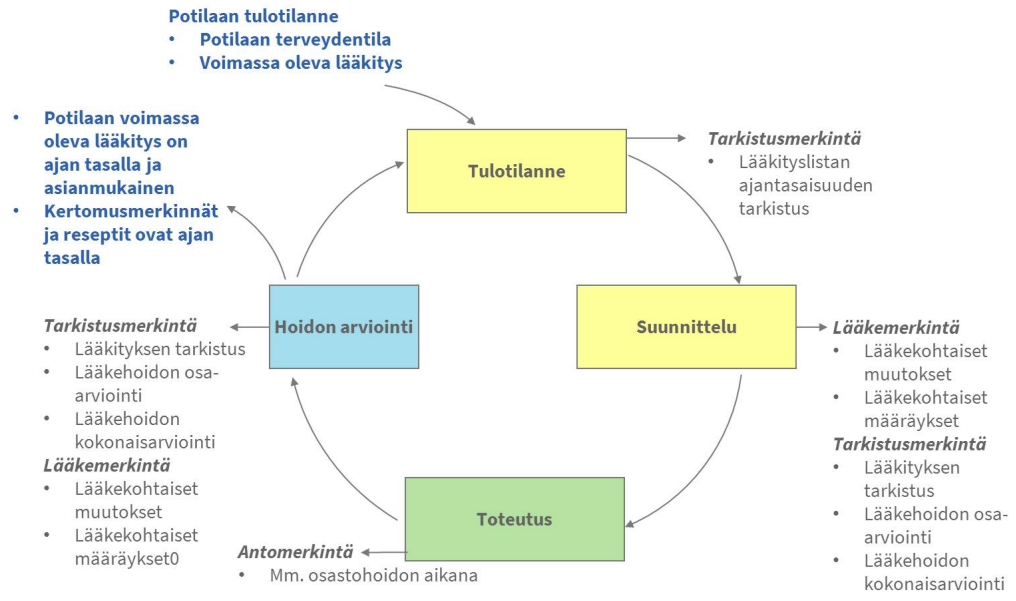
THL - Lääkehoidon muutoksen syy -luokituksessa on kahdeksan syykoodia:

- *Määräaikainen lääke* -luokkaa voi käyttää jo päättyneiden määräaikaisten lääkitysten reseptejä mitätöitäessä. Potilaskertomuksessa tiedon voi kirjata jo määräaikaista lääkettä määrättäessä.
- *Lääkkeen tarve on päättynyt* -luokkaa käytetään lääkkeen lopettamisen yhteydessä (ja niiden reseptejä mitätöitäessä), kun sairaus on parantunut tai lieventynyt - esimerkiksi verenpainetauti pysyy hallinnassa elintapamuutoksilla.
- *Lääkkeen haittavaikutus* -luokkaa käytetään, kun lääkkeen muutoksen tai lopetuksen syynä on lääkkeen potilaalle aiheuttama lisätauti, esimerkiksi amiodaronin aiheuttama näköhermotulehdus, tai muu sivuvaikutus.
- *Muu lääkkeen muutos* -luokkaa käytetään esimerkiksi, kun lääkkeen annostusta muutetaan tai se lopetetaan riittämättömän hoitovasteen vuoksi.
- *Terveydentilan muutos* -luokkaa käytetään, kun lääkkeen annostusta muutetaan tai se lopetetaan muun sairauden kuin lääkkeen käyttötarkoituksen vuoksi, esimerkiksi annosmuutos infektion jälkeisen munuaisten vajaatoiminnan vuoksi.
- *Tekninen syy* -luokkaa käytetään, kun kyseessä on virheellinen resepti, esimerkiksi kun resepti on laadittu väärälle potilaalle (reseptin mitätöinti).
- *Potilaan antamat virheelliset tiedot tai pakottaminen* -luokkaa käytetään, kun käyttäjä mitätöi reseptin potilaan antamien väärien tietojen tai pakottamisen vuoksi.
- *Muu syy.* Muun syyn valinta edellyttää, että kirjaaja perustelee syyn vapaamuotoisena tekstinä. Vapaamuotoista perustelua voi tarvittaessa käyttää myös muiden syiden kanssa.

Kun lääkehoidon muutoksen tai lopettamisen syyn kirjaamisessa hyödynnetään koodistoa, kirjaus mahdollistaa paremmin päätöksenteon tuen tarkastukset ja järjestelmätason automaattiset varoitukset uusia lääkemääräyksiä annettaessa.

14.5 Lääkehoidon tarkistaminen

Lääkehoidon eritasoisia tarkistuksia tai arviointeja voidaan tehdä hoitoprosessin monessa vaiheessa (ks. kuva 14.1) ja niihin voi osallistua eri ammattiryhmiä. Esimerkiksi hoitaja voi tarkistaa potilaan lääkityslistan ajantasaisuuden, kun hän selvittää potilaan käytössä olevaa lääkitystä. Lääkehoidon kokonaisarviointiin puolestaan voi osallistua useita eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä kukin oman osaamisen näkökulmasta. Lopullisen arvion potilaan asianmukaisesta lääkityksestä tekee aina lääkäri.



Kuva 14.1. Lääkehoidon prosessi, jossa erottuvat hoitoprosessin eri vaiheissa tehtävät eri lääkemerkinnät.

14.5.1 Lääkitystarkistusten tyypit

Lääkehoidon tarkistuksia on viiden tasoisia: lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus, lääkityksen tarkistus, lääkehoidon osa-arviointi, lääkehoidon arviointi ja lääkehoidon kokonaisarviointi.

a) Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksessa (Lääkitystiedon ajantasaistaminen) selvitetään, vastaako potilaan käyttämä lääkitys lääkityslistalla olevia tietoja hänelle määrätyistä lääkkeistä ja tiedossa olevista itsehoitolääkkeistä. Jos potilaan käyttämä lääkitys ei vastaa lääkityslistalla olevia tietoja, kirjataan tarkistuksessa, miten tiedot poikkeavat toisistaan.

Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksen voi tehdä potilas, hänen omaisensa tai sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö (ml. farmasistit) yhdessä potilaan tai hänen omaisensa kanssa. Toistaiseksi potilas tai hänen omaisensa ei voi kirjata tietoja potilaskertomukseen, vaan terveydenhuollon ammattihenkilö tekee tästä tarkistuksesta tarvittavat merkinnät.

b) Lääkityksen tarkistuksessa arvioidaan, vastaavatko lääkkeiden annostukset ja antoajankohdat hyväksyttyä hoitokäytäntöä, sekä kartoitetaan lääkkeiden mahdolliset päällekkäisyydet ja yhteensopimattomuudet. Tarkistus ei sisällä lääkehoidon tarpeen, indikaation tai tarkoituksenmukaisuuden arviointia, eikä korjaustoimenpiteitä lääkitykseen. Tarkistus sisältää lääkitystiedon ajantasaistamisen ja voi sisältää myös ehdotuksia korjaustoimenpiteiksi.

Lääkityksen tarkistuksen tekee proviisori, farmaseutti tai lääkehoitoon erityiskoulutettu sairaanhoitaja. Lääkityksen tarkistusmerkintä viivästetään aina Omakantaan, jotta potilaalle ei synny väärinkäsitystä tarvittavista mahdollisista lääkityksen muutostarpeista. Lopulliset lääkitysmuutokset tekee aina lääkäri.

c) Lääkehoidon osa-arvioinnissa lääkäri tarkistaa omaan erikoisalaansa kuuluvan tai muuten rajatun lääkityksen. Osa-arviointi kattaa tarkistettujen lääkkeiden tarpeen, yhteensopivuuden muun lääkityksen kanssa ja annostuksen arvioinnin, mutta ei ota kantaa muuhun lääkitykseen. Osa-arviointi sisältää lääkärin tekemät tarvittavat muutosmerkinnät arvioituun lääkitykseen.

Lääkehoidon osa-arvioinnin tekee aina lääkäri.

d) Lääkehoidon arvioinnissa arvioidaan potilaan lääkehoidon tarve ja tarkoituksenmukaisuus sekä lääkkeiden keskinäinen yhteensopivuus osana potilaan tutkimista ja hoidon suunnittelua. Arviointi sisältää lääkärin arvioimat tai vahvistamat tarvittavat muutosmerkinnät lääkitykseen tai lääkärin vahvistuksen siitä, ettei muutoksia tarvita. Arviointi sisältää aina myös lääkitystiedon ajantasaistamisen. Jos lääkehoito vaatii seurantaa, merkinnän tekijä kirjaa suunnitelman lääkitysmuutosten seurannaksi.

Lääkehoidon arvioinnin tekee lääkäri tarvittaessa muiden lääkehoitoon terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuten kliininen farmakologi, proviisori, farmaseutti tai muu lääkehoitoon erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö, avustamana. Arviointi voidaan tehdä kahdessa osassa, jolloin kliininen farmakologi, proviisori, farmaseutti tai muu lääkehoitoon erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö selvittää ensin lääkitystietojen ajantasaisuuden, kartoittaa lääkkeiden mahdolliset päällekkäisyydet ja yhteensopimattomuudet sekä tarkistaa vastaavatko lääkkeiden, indikaatiot, annostukset ja antoajankohdat hyväksyttyä hoitokäytäntöä (lääkityksen tarkistus). Sen pohjalta lääkäri arvioi kunkin lääkkeen tarpeen, indikaation ja tarkoituksenmukaisuuden ja tekee tarvittavat muutosmerkinnät lääkitykseen tai vahvistaa, ettei muutoksia tarvita.

Muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuin lääkärin tekemät lääkehoidon arviointimerkinnät viivästetään aina Omakantaan, jotta potilaalle ei synny väärinkäsitystä tarvittavista mahdollisista lääkityksen muutostarpeista. Kun lääkäri tekee lopullisen arvion tarvittavasta lääkityksestä, hän kirjaa oman merkintänsä. Lääkärin lopullista kannanottoa lääkitykseen ei viivästetä.

e) Lääkehoidon kokonaisarvioinnin tekee kliinisten asiantuntijoiden ja/tai moniammatillinen ryhmä yhteistyössä. Arviointi tapahtuu hoitavan lääkärin päätöksellä yleensä lääkehoidon arvioinnin pohjalta ja se sisältää lääkehoidon arvioinnin lisäksi lääkehoidon toteuttamisen ja hoitoon sitoutumisen arvioinnin potilaan kotona. Lääkehoidon arvioinnin tai potilaan kotona tehtävän arvioinnin lisäksi tässä yhteydessä kartoitetaan myös lääkehoidon sosiaaliset ja taloudelliset edellytykset. Kliinisiin asiantuntijoihin ja/tai moniammatilliseen ryhmään kuuluva henkilö voi olla kliininen farmakologi, erityiskoulutettu proviisori tai farmaseutti tai muu erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö (tai terveydenhuollossa toimiva sosiaalihuollon ammattihenkilö). Merkintä sisältää lääkärin tekemät muutokset lääkitykseen tai lääkärin vahvistuksen siitä, ettei muutoksia tarvita. Arviointi sisältää aina myös lääkitystiedon ajantasaistamisen. Jos lääkehoito vaatii seurantaa, merkinnän tekijä kirjaa suunnitelman lääkitysmuutosten seurannaksi.

Lääkehoidon kokonaisarviointi tehdään useassa vaiheessa, jolloin kukin sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa oman arviointinsa. Lopullisen arvion tarvittavasta lääkityksestä ja tarvittavat muutokset lääkitykseen tekee lääkäri muiden arvioiden pohjalta tai yhdessä työryhmässä läpikäyden.

Muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuin lääkärin tekemät lääkehoidon arviointimerkinnät viivästetään aina Omakantaan, jotta potilaalle ei synny väärinkäsitystä tarvittavista mahdollisista lääkityksen muutostarpeista. Kun lääkäri tekee lopullisen arvion tarvittavasta lääkityksestä, hän kirjaa oman merkintänsä. Lääkärin lopullista kannanottoa lääkitykseen ei viivästetä.

14.5.2 Lääkehoidon tarkistusten kirjaaminen

Lääkehoidon rakenteiset tarkistusmerkinnät Reseptikeskukseen otetaan käyttöön lääkityslistan kehityksen kolmannessa vaiheessa (2026). Siihen saakka lääkehoidon tarkistukset kirjataan potilaskertomukseen tekstimuodossa - vuodesta 2021 alkaen uudelle Farmasia (FARM) - näkymälle. Lääkäreiden kirjaamissa lääkehoidon (eri tasoisissa) tarkistuksissa sekä niiden pyynnöissä muille ammattiryhmille FARM-näkymää käytetään lisänäkymänä (ja lääkärin

erikoisalanmukaista näkymää päänäkymänä) ja muiden ammattiryhmien kirjauksissa FARM-näkymää käytetään päänäkymänä (ja pyytävän erikoisalan näkymää lisänäkymänä).

Lääkäreiden kirjaamissa lääkehoidon tarkistuksissa (ylä)otsikkona käytetään otsikkoa Lääkehoito, jota tarkennetaan lääkitystarkistuksen tyypin mukaisella lisäotsikolla. Muiden ammattiryhmien kirjauksissa sekä heille lähetettävissä arviointi pyynnöissä otsikkona käytetään otsikkoa Konsultaatio / Lähete, jota tarkennetaan lääkitystarkistuksen tyypin mukaisella lisäotsikolla.

Muiden ammattiryhmien kirjauksissa muihin kuin lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksiin, kirjataan aina viivästys Omakantaan. Lääkärin lopullista kannanottoa lääkitykseen ei viivästetä.

Lääkehoidon tarkistusmerkintään kirjataan aina tarkistuspäivämäärä, organisaatio, jossa tarkistus tehdään, tarkistukseen osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt tunnistetietoineen, heidän ammattiryhmänsä sekä tieto minkä tyyppisestä tarkistuksesta on kyse.

Tarkistetut lääkkeet ja niiden annostus kirjataan lääkekohtaisesti lääkityslistan tietojen perusteella. Lista voidaan tuoda automaattisesti potilastietojärjestelmän lääkitysosioista, jos järjestelmä tukee ominaisuutta. Jos tarkistusta ei tehdä koko lääkitykseen lääkityslistalta, valitaan ne lääkkeet, jotka tarkistetaan (tai poimitaan pois ne lääkkeet, joita ei tarkisteta). Merkinnälle kirjataan lääkekohtaisesti, jos lääke ei tarkistuksen kannalta ole asianmukaisesti käytössä ja sen käyttö edellyttää lääkärin arviointia tai lääkityksen muutosta. Lääkekohtaisesti kirjataan lääkkeeseen liittyvä poikkeama, epäselvyys ja/tai ehdotus lääkkeen muutokseksi. Jos Lääkityslistaan ei pysty tekemään merkintöjä suoraan, esim. kun lääkityslista kopioidaan tietojärjestelmästä, voi lääkekohtaiset huomiot kirjata Lääkehoito otsikon alle Lääkityslistan perään (Esimerkki 1, ks.kuva 14.2).

Huom. Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksessa asianmukainen käyttö tarkoittaa määräyksen mukaista käyttöä (vaikka määräys ei olisikaan hyväksyttyjen hoitokäytäntöjen mukainen), muiden tarkistusten osalta asianmukainen käyttö tarkoittaa potilaan tila huomioiden hyväksyttyjen hoitokäytäntöjen mukaista määräystä.

Jos potilas ajantasaisuuden tarkistuksessa ilmoittaa käyttävänsä lääkkeitä, joita lääkityslistalla ei ole, kirjataan niiden tiedot tarkistettujen lääkkeiden perään potilaan kertoman mukaisesti ilman määräystä käytettävinä itsehoitolääkkeinä.

Yhteenveto arvioidusta lääkityksestä sekä ehdotus mahdollisista lääkitysmuutoksista kirjataan lääkekohtaisten tietojen perään otsikolla Lausunto. Lausunnossa kommentoidaan myös, jos koko lääkitys ei ole tiedossa arviota tehtäessä. Toteutussuunnitelma jatkotoimenpiteistä kirjataan loppuun otsikolla Suunnitelma.

Tarkistukseen liittyvät esitiedot ja laboratoriotutkimustulokset voidaan tarvittaessa kirjata ennen lääkityslistaa tekstinä käyttäen otsikoita Esitiedot ja Tutkimustulokset.

Yksinkertaistetut esimerkit Lääkehoidon arvioinnin pyynnöstä ja vastauksesta on kuvattu esimerkeissä 1 ja 2 (kuvat 14.2 ja 14.3) ja vaihtoehtoinen tapa lääkityksen huomioiden kirjaamisesta esimerkissä 3 (kuva 14.4).

Huom. Huomioitavaa on, että tässä oppaassa kuvataan vain lääkehoidon eritasoisten arviointien ja niiden pyyntöjen ja vastausten kirjaamista. Organisaatioissa on mietittävä myös prosessit pyyntöjen ja vastausten välittämiseksi asianomaisille toimijoille!

Konsultaatio / Lähete (Kansallinen otsikko)

Lähete Lääkehoidon arviointiin (Lisäotsikko)

15.1.2021, Mämmilän terveyskeskus, Helmi Hippu, LL

Esitiedot (anamneesi) (Kansallinen otsikko)

Potilaalla verenpainetauti ja lonkan nivelrikko. Viime aikoina ollut huimausta ja verenpaineet seurannassa matalat. Lääkehoidon arviointia ei ole tehty koskaan.

Suunnitelma (Kansallinen otsikko)

Lähetetään Ulko-Hämeen keskussairaalaan osastofarmaseutille lääkehoidon arviointiin.

Kuva 14.2 Esimerkki 1. Lääkehoidon arvioinnin pyyntö (yksinkertaistettu sisältö rakenteen ja otsikoiden käytön hahmottamiseksi).

Konsultaatio / Lähete (Kansallinen otsikko)

Lääkehoidon arviointi *(Lisäotsikko)*

19.1.2021, Ulko-Hämeen keskussairaala, Heikki Hippu, farmaseutti

Esitiedot (anamneesi) (Kansallinen otsikko)

Potilaalla verenpainetauti ja lonkan nivelrikko.

Viime aikoina ollut huimausta ja verenpaineet seurannassa matalat.

Tutkimukset (Kansallinen otsikko)

15.1.2021: S-Krea 150 umol/l, S-K 3,8 mmol/l

Lääkehoito (Kansallinen otsikko)

Määrätty säännöllinen lääkitys

Metoprolol depot	95mg	1 tabl x1 /vrk	
Hydrex semi	25 mg	1 tabl x2 /vrk	Huom! Käyttää vain aamuisin

Määrätty tarvittaessa käytettävä lääkitys

Burana	600 mg	1 tabl x3 /vrk	Huom. Ei käytä. Käyttää sen sijaan Panadol.

Käytössä olevat itsehoitolääkkeet

C-vitamiini	500 mg	1x1	
Panadol	500 mg	1 tabl x1-2 /vrk tarvittaessa	Huom. Buranan sijasta.

Lisäksi käyttää jotain muuta lääkettä, jonka nimeä ei muista.

Lausunto (Kansallinen otsikko)

Arvio lääkityksestä ja ehdotukset lääkityksen muutoksiksi (Lisäotsikko)

Huimaus ja matalat verenpaineet sopivat liialliseen verenpaineläkityksen ja matala S-K sopii liian suureen diureetti annokseen, vaikka potilas käyttää vain puolitettua annosta.

Burana ei soveltuva korkean S-Krea vuoksi. Potilas käyttääkin Buranan sijasta Panadolia.

Arviosta voi puuttua lääkkeitä, koska potilas muistelee käyttävänsä myös jotain muuta lääkettä, jonka nimeä ei muista.

Ehdotukset lääkityksen muutoksiksi (Lisäotsikko)

Verenpaineläkitystä kannattaisi pienentää (matalat verenpaineet ja huimaus) ja diureetin voinee lopettaa (matala S-K) tai vaihtaa kaliumia säästävään. Ibuprofeeni kannattaisi vaihtaa parasetamoliin.

Suunnitelma (Kansallinen otsikko)

Varataan aika lääkärin vastaanotolle verenpaineläkityksen arvioimiseksi.

Kuva 14.3 Esimerkki 2. Lääkehoidon arvioinin vastaus (yksinkertaistettu sisältö rakenteen ja otsikoiden käytön hahmottamiseksi)

Lääkehoito (Kansallinen otsikko)

Lääkityslistalla olevat lääkkeet (kopio potilastietojärjestelmän lääkitysosiosta)

Määrätty säännöllinen lääkitys

Metoprolol depot	95mg	1 tabl x1 /vrk	
Hydrex semi	25 mg	1 tabl x2 /vrk	Huom! Käyttää vain aamuisin

Määrätty tarvittaessa käytettävä lääkitys

Burana	600 mg	1 tabl x3 /vrk	Huom. Ei käytä. Käyttää sen sijaan Panadol.

Käytössä olevat itsehoitolääkkeet

C-vitamiini	500 mg	1x1	
Panadol	500 mg	1 tabl x1-2 /vrk tarvittaessa	Huom. Buranan sijasta.

Lisäksi käyttää, jotain luontaistuotetta, jonka nimeä ei muista.

Huomioitavaa lääkityksessä

Hydrex semi	Käyttää vain aamuisin
Burana	Ei käytä. Käyttää sen sijaan Panadol 500mg x1-2/vrk tarvittaessa.

Kuva 14.4 Esimerkki 3. Lääkehoidon arvioinnin vastaus. Jos Lääkityslistaan ei pysty tekemään merkintöjä suoraan, esim. kun lääkityslista kopioidaan tietojärjestelmästä, voi lääkekohtaiset huomiot kirjata Lääkehoito-otsikon alle Lääkityslistan perään.

14.6 Lääkehoidon muut kirjaukset

14.6.1 Lääkkeen antokirjaus

Lääkkeen rakenteiset antokirjaukset otetaan Lääkehoidon tiedonhallinnan konseptin mukaan käyttöön vuonna 2027. Siihen saakka lääkkeen antokirjaukset kirjataan potilastietojärjestelmien omien ratkaisujen mukaisesti ja ne arkistoidaan Potilastiedon arkistoon päivittäismerkintöjen tallennusten mukaisesti.

Sosiaali- tai terveydenhuollon palvelunantajan potilaalle antamien lääkkeiden tiedot kirjataan potilaskertomukseen lääkkeenantomerkintöinä. Lääkkeen antomerkinnät perustuvat aina lääkkeen määräämismerkintään Joissain tilanteissa, esimerkiksi elvytystilanteissa, potilastietojärjestelmä voi tuottaa määräysmerkinnän samalla kirjauksella kuin antomerkinnän. Ominaisuutta tarvitaan mm. erillis-järjestelmissä, kuten ensihoitokertomuksessa. Lääkkeenantomerkintöihin tulee potilasasiakirjoissa kirjata vähintään lääkkeen nimi, lääkemuoto, annostus, antotapa, antoajankohta sekä lääkkeen antajan nimi. Lääkeinfuusioista voidaan kirjata infuusionopeus, kokonaisaika ja kokonaisvolyymi. Vastaavaa rakennetta voidaan käyttää myös laskimonsisäistä nestehoitoa kirjattaessa.

Rakenteisissa kirjauksissa lääkkeen antoon liittyvät tiedot, kuten päiväys ja lääkkeen antaja sekä linkitys määräykseen, johon lääkkeenanto perustuu, muodostetaan yleensä järjestelmässä automaattisesti osaksi merkintää. Antokirjauksen tekijän ei silloin tarvitse muokata kuin ne tiedot, jotka lääkkeen annon yhteydessä muuttuvat, esimerkiksi jos annos poikkeaa määrätystä. Jos tiedot kirjataan tekstinä, tulee kirjata vähintään tieto määräysten mukaisesta lääkkeiden annosta, kun lääkkeenanto perustuu potilaalle säännöllisesti käytettäväksi määrättyjen lääkkeiden voimassa oleviin määräyksiin. Kun lääkkeen anto perustuu yksittäiseen lääkemääräykseen tai poikkeaa säännölliseksi määrätystä lääkityksestä tulee kirjata yksityiskohtaiset tiedot lääkkeen annosta.

14.6.2 Lääkkeen haittavaikutusten kirjaukset

Lääkkeeseen liittyneet haittavaikutukset kirjataan diagnoosikirjauksena kertomukseen ICD-10 -tautiluokituksen avulla. Kun lääkkeen käyttöön tehdään muutoksia haittavaikutuksen vuoksi, kirjataan reseptille Lääkemääräyksen muutoksen syyksi Lääkkeen haittavaikutus ja tietoa tarkennetaan tarvittaessa tekstinä Lääkemääräyksen muutoksen lisätieto kenttään. Mikäli haittavaikutus ei aiheuta muutoksia lääkityksessä, ei sitä kirjata reseptille. Kun haittavaikutusta kuvaava diagnoosikoodi on ICD-10 -luokituksessa välillä S00 - T98 (Tautiluokitus ICD-10, 2011, luku 19), käyttäjä kirjaa myös ulkoisen syyn koodin. Haittavaikutusten kirjaaminen lääkitysosioon ei poista erillisen haittavaikutusilmoituksen tekovelvollisuutta. Lääkehoidosta johtuvien haittavaikutuksien kirjaamista on tarkemmin kuvattu Suomalaisessa tautien kirjaamisen ohjekirjassa (Komulainen 2012).

14.6.3. Lääkitykseen liittyvien riskitietojen kirjaukset

Kun käyttäjä kirjaa lääkkeen haittavaikutuksen, hänen tulee harkita asian kirjaamista myös potilaan riskitietoihin. Erityisesti silloin, kun haittavaikutuksesta on aiheutunut potilaalle muuta hoitoa vaativa oire tai sairaus tai henkeä uhkaava tila, merkintä tehdään aina myös riskitietoihin (ks. tarkemmin Komulainen 2012 ja tämän oppaan luku 10 Riskitiedot). Järjestelmässä tuotettujen varoitusten tulisi lääkityksen osalta perustua paitsi haittavaikutuksen tai allergisen reaktion aiheuttaneeseen lääkkeeseen, myös vaikutusmekanismiltaan tai kemialliselta rakenteeltaan sitä muistuttaviin lääkkeisiin, jotka voivat aiheuttaa saman haittavaikutuksen tai reaktion.

14.6.4 Lääkehoidon ohjeistus

Lääkitykseen liittyvän ohjeistuksen antaminen potilaalle voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä kertomukseen *Lääkehoito*-otsikon alle. Lisäksi hoitajan antamaa lääkehoidon ohjausta voidaan kirjata hoitokertomukseen hoitotyön toimintoluokituksella. Sähköisen lääkemääräyksen käyttöönoton myötä laki velvoittaa tulostamaan potilasohjeen, kun potilas saa reseptin.

15 Ennaltaehkäisy ja rokotukset

HYVÄ TIETÄÄ

Asiakkaalle annettu terveysneuvonnan tai -kasvatuksen toteutus kirjataan kertomukseen vapaamuotoisena tekstinä Ennaltaehkäisy (preventio) -otsikon alle. Terveystarkastuksissa käytetään yleensä kertomusmerkinnän (ylä)otsikkoa *Terveystarkastus*. Rokotustiedot kirjataan antokirjauksen yhteydessä rakenteisesti joko jatkuvan potilaskertomuksen näkymään *Ennaltaehkäisy (preventio)* -otsikon alle tai Rokotukset -näkymälle (RKT). Valtakunnallisesti yhtenäisten rokotustietojen käyttöönoton myötä tiedoista muodostetaan kooste rokotuskooste-näkymälle (RKTK). Rokotusten koostetietoa hyödynnetään potilastietojärjestelmän kokoamassa keskeisten rakenteisten tietojen yhteenvetojen näytössä.

Asiakkaalle annettu ennaltaehkäisevän terveydenhuollon ohjaus ja neuvonta sekä tehdyt terveystarkastukset kirjataan vapaamuotoisena tekstinä. Rokotustiedot kirjataan antokirjauksen yhteydessä rakenteisesti. Rokotustietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 15.1.

Taulukko 15.1 Rokotustietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
Fimea - ATC-luokitus
AR/YDIN - Rokotustapa
AR/YDIN - Pistoskohta
THL - Tautiluokitus ICD-10
THL - Rokotussuoja
THL - Rokotteet
THL - Rokotevalmisteet
THL - Tiedon lähde

15.1 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto

Ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen tavoitteena on edistää kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia, sekä ehkäistä sairauksia ja tunnistaa ne mahdollisimman varhain. Näihin palveluihin kuuluvat mm. terveysneuvonta ja - tarkastukset sekä seulontatutkimukset. Neuvontaa järjestetään eri tavoin, esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstön vastaanotoilla, ryhmissä tai erilaisin terveysviestinnän keinoin. Ehkäiseviä terveyspalveluja toteutetaan mm. neuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, iäkkäiden neuvontapalveluissa ja työterveyshuollossa. Myös sairauden ennaltaehkäiseminen on osa ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa. (STM 2013)

Sairauden ehkäisy voidaan jakaa kolmeen tasoon (Duodecim - Terveyskirjasto):

- **Primaarinen ehkäisy** (primaaripreventio) käsittää sairauksien torjuntatoimet ennen taudin ilmenemistä (esim. taudin syiden poisto) tai terveyden lisäämiseen yleisesti tähtäävät toimet (esim. terveyskasvatus, terveystarkastukset).
- **Sekundaarinen ehkäisy** (sekundaaripreventio) sisältää ne toimet, joilla pyritään estämään hyvin varhaisessa, usein oireettomassa vaiheessa (esim. seulontatutkimuksen avulla) todettua tautia kehittymästä edelleen**.**
- **Tertiaarinen ehkäisy** (tertiaaripreventio) sisältää ne toimet, joilla varsinaisen hoidon yhteydessä pyritään torjumaan taudin eteneminen, komplikaatioiden ilmeneminen tai taudista aiheutuvien haittojen paheneminen (esim. toimet, joilla pyritään estämään sydäninfarktipotilaan uusi infarkti).

Asiakkaalle annettu ennaltaehkäisevä terveydenhuollon ohjaus ja neuvonta kirjataan jatkuvan potilaskertomuksen näkymään Ennaltaehkäisy (preventio) -otsikon alle. Esimerkiksi lääkärit kirjaavat otsikon alle tiedot asiakkaalle annetusta terveyden edistämiseen liittyvästä ohjauksesta vapaamuotoisena tekstinä. Hoitajat voivat käyttää kirjauksissaan apuna hoitotyön luokituksia. Samoin kuntoutus- ja erityistyöntekijät voivat kirjata antamaansa ohjeistusta omien nimikkeistöjensä mukaisesti palvelukohtaisille tai ammattiryhmittäisille näkymilleen. Terveystarkastusten kirjaamiseen käytetään yleensä tekstin alussa kertomusmerkinnän (ylä)otsikkoa Terveystarkastus. Tekstiä jäsennetään tarvittaessa myös muilla kansallisilla otsikoilla (ks. myös luku 6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot).

15.2 Rokotustiedot

Rokotustiedot kirjataan rakenteisesti joko jatkuvan potilaskertomuksen näkymään Ennaltaehkäisy (preventio) -otsikon alle tai suoraan Rokotukset -näkymälle (RKT) rokotteen antokirjauksen yhteydessä. Jos rokotteesta on tehty resepti, sen määräysmerkintä sisältyy potilaan lääkemerkintöihin. Muutoin rokotuksesta ei tehdä erillistä määräysmerkintää.

Rokotuksen rakenteiset tiedot kirjataan valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla. Rokotteen nimi saadaan Lääketietokannasta. Jos rokotteen nimeä ei ole (vanhoja rokotuksia kirjattaessa) saatavissa Lääketietokannasta, nimi kirjataan ATC-luokituksen mukaisena tai vapaamuotoisesti, esim. THL - Rokotteet tai THL - Rokotussuoja -luokitusten mukaisessa muodossa. Jos merkinnän tekijä on kirjaamassa tutkimusrokotteen tietoja, hänen tulee kirjata, että kyseessä on tutkimusrokote. Tutkimusrokotteelle ei ole pakollista kirjata nimeä, mutta sille pitää kirjata *tutkimusrokotteen tunnus.*

Rokotepakkauksen yksilöintinumero (VNR-numero) saadaan Lääketietokannasta, eikä merkinnän tekijä voi muokata sitä. Käyttäjä kirjaa rokotepakkauksen eränumeron sille varattuun kenttään. *Rokotepakkauksen eränumeron* kirjaaminen on osa rokotevalmisteiden laadunvarmistusta ja seurantaa. Eränumeron avulla voidaan tunnistaa jälkikäteen, mistä rokoteerästä potilaan rokote on peräisin. Rokotevalmisteisiin voi liittyä eräkohtaista vaihtelua, sillä osa rokotevalmisteista sisältää eläviä mikrobeja.

Rokotussuojan avulla kerrotaan, mitä tauteja ja infektioita vastaan rokote on suunnattu. Yksi rokote voi sisältää monta rokotussuojaa (esimerkiksi yksi rokotevalmiste kurkkumätää ja jäykkäkouristusta vastaan). Rokotussuoja on sillattu luokituksiin *Rokotevalmisteet* ja *Rokotteet*. Rokotevalmisteiden siltauksen avulla potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti tiedot tautikohtaisesta rokotesuojasta annetun rokotevalmisteen nimen pohjalta. Esimerkiksi, kun potilas on saanut Boostrix-nimisen rokotteen, hän on saanut rokotesuojan kurkkumätää, jäykkäkouristusta ja hinkuyskää vastaan. Merkinnän tekijä voi tarkentaa rokotussuojaa vapaamuotoisesti kirjattavalla tarkenteella, jos luokituksen mukainen rokotussuojatieto ei ole riittävä.

Rokotussuojaluokituksen avulla potilaalle voidaan tulostaa rokotuskortti, jossa näkyy eri sairauksia vastaan annetut rokotteet ja niiden tehosteet (ks. kuva 15.1).

ROKOTUSKORTTI	AB Rh+	Lähiomainen: Orvokki Omainen				Puhelin: +358 44 5566 789
Pekka Potilas 120364-5678		Osoite: Rantakatu 3				Puhelin: +358 45 678 9012
Rokotussuoja	Pvm	Pvm	Pvm	Pvm	Pvm	Lisätieto
Jäykkäkouristus	1.2.10	24.9.97	16.10.89	29.6.71	16.4.68	
Influenssa	2.11.09					Potilas pyörtyi rokotuksessa
Hepatiitti A	25.11.03	31.1.03				
Hepatiitti B	30.1.96	17.8.95	18.7.95			
Polio	16.10.89					Vanhoista ei tietoa
Tuberkoloosi	13.11.85	1.2.64				
Meningokokki	12.1.76					
Kurkkumätä	29.6.71	16.4.68				
Muu rokote	12.1.70					Isorokkorokote
Hinkuyskä	16.4.68					
Lisätietoja						

Kuva 15.1 Esimerkki rokotuskortista (Virkkunen ym. 2016)

Annoksesta kirjataan annetun *rokotteen määrä ja sen yksikkö* sekä *rokotustapa ja pistoskohta* luokitusten avulla. Kun rokotus annetaan ihoon, ihon alaisesti tai lihakseen (Rokotustapa = ID, SC, IM), pistokohta on kirjattava. Sarjarokotteista kirjataan annoksen *järjestysluku*, kun esimerkiksi on kyseessä kolmen rokotuksen hepatiittirokotussarja. Järjestysluku kertoo, monesko sarjan rokotus on kyseessä. Kertaluonteisissa rokotuksissa järjestyslukua ei tarvitse kirjata, eikä myöskään monen vuoden välein annettavissa tehosterokotuksissa, esimerkiksi jäykkäkouristusrokotuksessa.

Potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti merkintään *rokotteen antopäivämäärän ja antajan* silloin kun merkinnän tekijä antaa rokotteen. Merkinnän tekijä voi halutessaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä lisätietoa rokotuksesta. Rokotuksen antajan organisaation palveluyksikkötieto tuotetaan automaattisesti järjestelmästä. Jos potilas kieltäytyy rokotuksen ottamisesta, tieto voidaan kirjata vapaana tekstinä kertomusnäkymään *Ennaltaehkäisy (preventio)* - otsikon alle. Totaalikieltäytyminen rokotuksista tai muutoin merkittävä poikkeama rokotussuosituksista voidaan kirjata riskitietona käyttäen riskin tyyppinä vuonna 2020 käyttöön otettua uutta luokkaa R3 Poikkeama rokotussuosituksista (ks. THL - Riskitiedon tyyppi).

Aikaisempien rokotustietojen kirjaaminen

Jos kyseessä on potilaan aikaisemmin saaman rokotuksen kirjaaminen esimerkiksi potilaan rokotuskortin tai hänen kertomansa tiedon pohjalta, eikä rokotteen nimeä tiedetä, voidaan rokotus kirjata *THL - Rokotteet* -luokituksen mukaisella luokan nimellä, esimerkiksi Poliorokote. Näissä tapauksissa ATC-koodia ja sen mukaista nimeä ei ole välttämätöntä kirjata. Aikaisemman rokotustiedon merkintään ei myöskään tarvitse kirjata rokotepakkauksen yksilöintitunnistetta, eränumeroa, rokotustapaa, pistoskohtaa eikä rokotuksen antajaa. Rokotuksen antoajankohdan voi myös kirjata annetun tiedon perusteella, esimerkiksi vuosilukuna. Vaikka aikaisempien rokotteiden tietoja kirjattaisiinkin epätarkemmin kuin annettavien rokotteiden, ne on hyvä saada mukaan valtakunnallisiin rokotustietojen yhteenvetoihin, jotta mahdollisimman kattava tieto potilaan rokotesuojasta on saatavilla yhdestä paikasta.

Rokotteen välittömän haittavaikutuksen kirjaaminen

Rokotuksen aiheuttama haittavaikutus kirjataan potilastietojärjestelmään haittavaikutuksen diagnoosikoodilla. Haittavaikutuksen koodausta voi täydentää tarvittaessa ATC-luokituksella. Haittavaikutuksen kirjaukseen liitetään myös päivämäärä, jolloin haittavaikutus on todettu. Jos haittavaikutus kirjataan jälkikäteen, tehdään uusi rokotusmerkintä kopioimalla vanha merkintä ja lisätään siihen haittavaikutustiedot. Kun rokotuksen yksilöivä tunniste pysyy samana, yhdistyy uusi merkintä aiempaan merkintään. Silloin kun rokotuksen

haittavaikutus on kirjattu tautiluokituksen (Tautiluokitus ICD-10, 2011) luvun 19 mukaisilla koodeilla, esimerkiksi T88.1 Muu muualla luokittamaton immunisaation jälkeinen komplikaatio, tulee kirjata myös luvun 21 koodeista ulkoinen syy. Yleisimmin rokotteen haittavaikutuksen ulkoisen syyn koodi on joko Y58 Bakteerirokotteen haittavaikutus tai Y59 Muun tai määrittämättömän rokotteen tai biologisen aineen haittavaikutus.

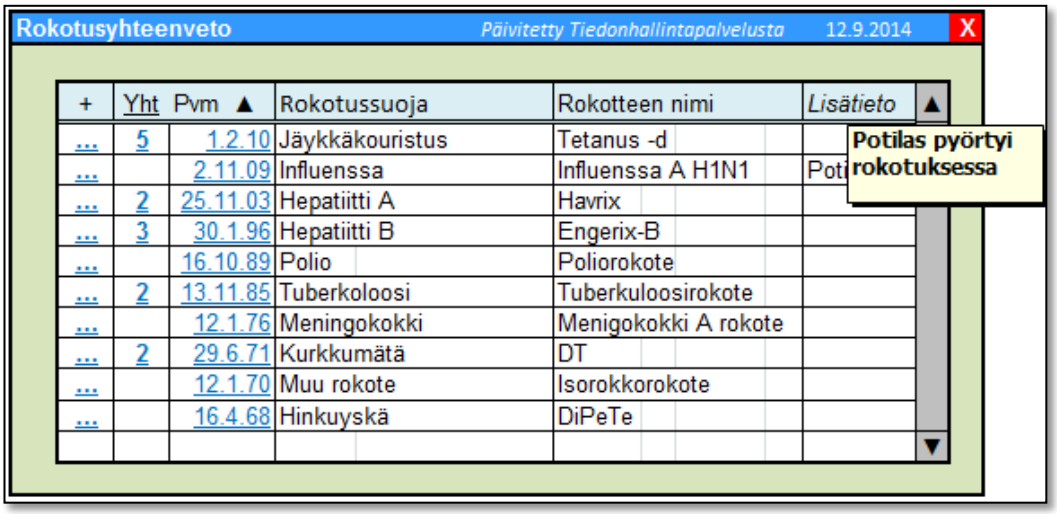
Jotkin rokotuksen haittavaikutukset voidaan mieltää riskitiedoksi, jolloin tieto tulee tallentaa potilaskertomuksen riskitietoihin. Tällaisia ovat esimerkiksi kananmuna-allergia ja/tai rokotustapahtumaan liittyvä anafylaktinen reaktio. Haittavaikutuksen kirjauksessa on hyvä muistaa, että jotkut rokotereaktiot ovat toivottuja, eikä niitä tule kirjata haittavaikutuksina. Haittavaikutuksen kuvausta voi tarvittaessa täydentää vapaamuotoisesti kirjatulla lisätiedolla.

15.3 Rokotusyhteenveto ja rokotusrekisterit

Rokotustiedot tulee kirjata valtakunnallisesti yhtenevän rokotuksen *THL/Tietosisältö - Rokotustiedot* mukaisesti, jolloin rokotustiedot voidaan palauttaa Tiedonhallintapalvelusta Rokotuskoosteelle (Virkkunen ym. 2016).

Rokotuksen tietosisällössä on huomioitu myös tutkimusrokotteiden kirjaaminen tai aikaisemmin annettujen rokotteiden kirjaaminen, jolloin voidaan saada kattava kuva henkilön rokotesuojasta. Rokotuksen tietosisältö kattaa myös ne rokotustiedot, joita tarvitaan THL:n HILMO-tiedoissa, rokotusrekisterissä ja rokotuksen haittailmoituksessa. Lisätietoa: Rokotusten kirjaaminen/ THL

Tiedonhallintapalvelu palauttaa Rokotuskoosteen (RKTK) potilastietojärjestelmään, joka muodostaa tiedoista käyttäjälle havainnollisen ja suodatetun esitysmuodon (ks. kuva 15.2). Potilastietojärjestelmä voi täydentää yhteenvetotietoa omassa järjestelmässä olevilla Potilastiedon arkistoon vielä tallentamattomilla rakenteisilla tiedoilla. Asiakkaalle voidaan tarvittaessa tulostaa yhteenvedosta ajantasainen rokotuslista.



+	Yht	Pvm ▲	Rokotussuoja	Rokotteen nimi	Lisätieto
...	5	1.2.10	Jäykkäkouristus	Tetanus -d	
...		2.11.09	Influenssa	Influenssa A H1N1	Poti
...	2	25.11.03	Hepatiitti A	Havrix	
...	3	30.1.96	Hepatiitti B	Engerix-B	
...		16.10.89	Polio	Poliorokote	
...	2	13.11.85	Tuberkoloosi	Tuberkuloosirokote	
...		12.1.76	Meningokokki	Menigokokki A rokote	
...	2	29.6.71	Kurkkumätä	DT	
...		12.1.70	Muu rokote	Isorokkorokote	
...		16.4.68	Hinkuyskä	DiPeTe	

Kuva 15.2 Esimerkki rokotustietojen yhteenvetonäytöstä, jossa kustakin rokotussuojasta voidaan näyttää esimerkiksi vain viimeisin kirjaus. (Virkkunen ym. 2016)

16 Lausunnot ja todistukset

HYVÄ TIETÄÄ

Lausunnot ja todistukset tallennetaan Potilastiedon arkistoon pääosin standardoiduille lomakkeille. Lomakkeiden arkistointi ja käyttöönotto etenee vaiheittain. Lisäpalveluna voidaan hyödyntää todistusten ja lausuntojen kysely- ja välityspalvelua.

Lausunnoilla tarkoitetaan tässä lääkärintodistuksia, lakiin perustuvia ilmoituksia eri viranomaisille (esimerkiksi ilmoitus implanttirekisterille) sekä muita lausuntoja, joita terveydenhuollon ammattihenkilöt laativat erilaisille vakioiduille tai vapaamuotoisille lomakkeille. Monet lausunnot kirjataan kansallisella Koodistopalvelimella julkaistun AR/YDIN - Näkymät -luokituksen mukaisilla omilla vakioiduilla lomakerakenteilla. Näille käyttäjän ei tarvitse kirjata esimerkiksi otsikkoa (esim. Lausunto), vaan potilastietojärjestelmä tekee sen automaattisesti.

16.1 Vakioidut lomakerakenteet

Kaikille Potilastiedon arkistoon tallennettaville todistuksille, määrämuotoisille lausunnoille ja lakiin perustuville ilmoituksille määritellään standardoidut lomakkeet. Tavoite on, että tietosisällöltään määriteltyjä lausuntoja ja ilmoituksia voidaan osittain automaattisesti täyttää potilaskertomuksen sisältämien tietojen avulla.

Potilastiedon arkistoon on mahdollista tallentaa seuraavat lomakkeet:

- Lääkärintodistus A (SV6) *
- Lääkärinlausunto B etuuden hakemista varten (SV7) *
- Lääkärintodistus D lapsen erityishoitorahaa varten (SV10) *
- Lääkärinlausunto erityisäitiysvapaan tarpeesta (SV97) *
- Todistus raskaudesta ja jälkitarkastuksesta (SV75) *
- Palveluntuottajan todistus matkakorvausta varten MATKA (SV 67) *
- Tarkkailulähete (MI)
- Tarkkailulausunto (MII)
- Hoitoonmääräämispäätös (MIII)
- Lääkärinlausunto ajokyvystä AJO (F122) **
- Lääkärinlausunto liikkumisesteisen pysäköintitunnusta varten (F123)
- Poliisin määräämä silmälääkärin tai optikon lausunto näkökyvystä (F202)
- Syntymätodistus (SYT)
- Lääkärin lausunto terveydentilasta (T)
- Lääkärintodistus (TOD)
- Lääkärintodistus E
- Kuolintodistus 28 vrk:n ikäisestä tai sitä vanhemmasta vainajasta (KUO)
- Kuolintodistus kuolleena syntyneestä tai alle 28 vrk:n iässä kuolleesta (KUO28)

* lomake välitettävissä myös Kelaan

** johtopäätöstietojen kysely mahdollista Traficomilta

Seuraavien lomakkeiden arkistointivalmius on vielä (2021) kesken:

- Selvitys ja korvaushakemus sairaankuljetuksesta (SV210)
- Lääkärinlausunto C
- Erikoisalan lääkärinlausunto (F127)
- Ilmoitus ajoterveydentilan muutoksesta poliisille (F203)
- Laajennettu lääkärinlausunto iäkkään ajoterveydestä (F201)
- Kuntoutussuunnitelma (KU207)
- Ilmoitus Kelalle kuolleena syntyneestä (KUO28KELA)
- Ilmoitus kuolemasta DVV:lle 28 vrk:n ikäisestä tai sitä vanhemmasta vainajasta (KUOILM)
- Ilmoitus kuolemasta DVV:lle kuolleena syntyneestä tai alle 28 vrk:n iässä kuolleesta (KUOILM28)
- Hautauslupa 28 vrk:n ikäiselle tai sitä vanhemmalle vainajalle (HAULU)
- Hautauslupa kuolleena syntyneelle tai alle 28 vrk:n iässä kuolleelle (HAULU28)

Lomakkeiden käyttöönoton aikataulut Potilastiedon arkistossa on kuvattu tarkemmin Kanta-palvelujen julkaisuaikataulussa.

Lisäpalveluna on mahdollista ottaa käyttöön todistusten ja lausuntojen kysely- ja välityspalvelu. Lisätietoa Kanta-palvelujen Terveystodistusten välitys -ohjeissa. Tiedot Kysely- ja välityspalvelua käyttävistä organisaatioista ja niiden vastaanottamista sisällöistä päivitetään Viestinvälitys - Sanoman vastaanottaja -koodistoon Kansallisessa koodistopalvelussa. Toistaiseksi palvelussa ovat mukana Kela ja Trafi.

16.2 Vapaamuotoiset lausunnot

Määrämuotoisten lausuntojen lisäksi terveydenhuollossa voidaan antaa eri tarkoituksiin laadittuja vapaamuotoisia lausuntoja. Vapaamuotoisia lausuntoja voidaan tehdä TOD-näkymän mukaiselle, vapaamuotoisen lääkärintodistuksen lomakkeelle. Jos lausunto tehdään osaksi jatkuvaa potilaskertomusmerkintää, eikä sitä tarvitse lähettää ulkopuolisille tahoille, voidaan se kirjata Lausunto-otsikon alle.

16.3 Virka-apupyynnöt ja muut erityistilanteet

Poliisin virka-apupyyntöihin liittyviä lausuntoja tai muita toisille viranomaisille tai vakuutusyhtiöille annettuja ilmoituksia ja lausuntoja ei kirjata eikä tallenneta potilaskertomukseen, eikä Potilastiedon arkistoon, vaan ne laaditaan (järjestelmässä) muulla tavoin omalla asiakirjapohjalle ja toimitetaan kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa niiden arkistoinnista. Ks. lisäohjeita poliisin ja terveydenhuollon väliseen tiedonvaihtoon (STM 2020).

Esimerkiksi alkuperäinen lastensuojeluilmoitus välitetään sosiaalihuollon lastensuojeluun, jossa ilmoitus arkistoidaan, ja otetaan selvitykseen. Lausunnon laatinut organisaatio voi säilyttää asiakirjasta kopion potilashallinnollisten asiakirjojen rekisterissään. Sosiaalihuoltolaissa (1301/2014, 35§) kuvataan, milloin ja miten sosiaalihuoltoon tulee ottaa yhteyttä tai tehdään ilmoitus tuen tarpeen arvioimiseksi.

Toisen viranomaisen virka-apupyynnöstä tehtävät tutkimukset, ovat julkisuuslain (621/1999, 5§) mukaan pyytävän viranomaisen asiakirjoja. Siksi ne eivät ole potilastietoa. Potilaskertomukseen voidaan kirjata esimerkiksi käynnin tiedoksi Z08.2 tekstillä "T*arkastus viranomaisen pyynnöstä"* ja kertomustekstiksi kirjataan ainoastaan "*Tehty lausunto viranomaiselle.*"

Seksuaalirikosten selvityslaissa (1008/2008, 4§) kuitenkin todetaan "*Selvityksestä laadittu loppulausunto, joka koskee lapsen terveydentilaa, voidaan kuitenkin erityissäännöksen perusteella toimittaa tutkimuksen päätyttyä lapsen psyykkisestä hoidosta vastaavaan terveydenhuollon toimintayksikköön, jos se on välttämätöntä lapsen tarvitseman hoidon järjestämisek-*

si." Vastaavaa menettelytapaa voi noudattaa myös muun kuin psyykkisen hoidon suhteen ja muissa virka-apupyyntöön liittyvissä tiedoissa. Jos tutkimuksessa havaitut tiedot ovat välttämättömiä tai tärkeitä potilaan hoidon kannalta, ne voidaan tarvittavalta osin tallentaa myös potilaskertomukseen.

Kun potilas hakeutuu itse hoitoon pahoinpitelyn vuoksi, kyseessä on normaali hoitotapahtuma, jonka tiedot kirjataan myös potilaskertomukseen. Merkintä tulee tehdä niin tarkasti, että siitä pystytään myöhemmin antamaan erillinen lausunto, jos/kun poliisilta tai vastaavalta toiselta viranomaiselta tulee lausuntopyyntö. Pahoinpitelylausunnon alkuperäinen versio lähetetään poliisiviranomaiselle ja kertomukseen tulee kirjaus siitä, että lausunto on tehty.

Nykyisen lainsäädännön puitteissa myöskään mielentilalausunto ei ole potilasasiakirja, eikä sitä tallenneta Potilastiedon arkistoon. Siltä osin kuin tutkimukseen liittyy myös potilaan hoitoa, kirjataan sitä koskevat tarpeelliset potilaskertomusmerkinnät potilaskertomukseen ja välitetään tiedot Kanta-palveluihin, jolloin ne ovat muidenkin terveydenhuollon toimijoiden käytössä potilaan suostumuksen ja mahdollisten kieltojen mukaisesti.

Mielentilalausunto on julkisuuslain 14 §:ssä tarkoitettu tutkimuksen toimeksi antaneen viranomaisen asiakirja. Julkisuuslain mukaan tiedon antamisesta tällaisesta asiakirjasta päättää toimeksi antanut viranomainen. Tätä tukee myös henkilötietojen käsittelyä koskeva yleinen käyttötarkoitussidonnaisuuden periaate, jonka mukaan henkilötiedot on kerättävä tiettyä, nimenomaista ja laillista tarkoitusta varten, eikä niitä saa käsitellä myöhemmin näiden tarkoitusten kanssa yhteensopimattomalla tavalla (mm. EU:n tietosuoja-asetuksen 5 artikla) . Tässä tapauksessa alkuperäinen käyttötarkoitus on muu kuin hoidollinen.

17 Yhteenveto- ja päivittäismerkinnät

HYVÄ TIETÄÄ

Potilaan hoidosta kirjataan hoidon päättyessä tai määräajoin arvioivaa yhteenvetotietoa. Hoidon päättyessä laadittavassa yhteenvedossa käytetään otsikkoa *Loppuarvio* ja hoidon aikaisten seurantayhteenvetojen kirjauksessa otsikkoa *Väliarvio*. Näillä otsikoilla tehdyt merkinnät menevät yhteenvetonäkymälle (YHT). Yhteenvetonäkymälle on mahdollista saada myös yksittäisen käynnin tieto, jos käyntikirjauksen lisänäkymäksi merkitään YHT-näkymä. Potilaan osastohoidon tai vastaavan aikaisten lyhyiden päivittäisten kertomusmerkintöjen otsikkona käytetään *Päivittäismerkintä*-otsikkoa.

17.1 Palvelutapahtuman yhteenveto

Palvelutapahtuman yhteenveto on loppu- tai seurantayhteenveto tai muu yhteenvetotasoinen teksti, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö laatii potilaan tutkimisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta palvelutapahtuman aikana tai sen päättyessä.

Yksittäisestä polikliinisestä käynnistä tai avohoidon muusta vastaavasta palvelutapahtumasta ei tarvitse tehdä yhteenvetoa, koska avohoitokäynnin tiedot luokitellaan aina yhteenvetotasoisiksi merkinnöiksi. Toisaalta, jos jokin potilaan yksittäinen tieto tai käynti on tiedonvälityksen ja jatkohoidon kannalta hyvin tärkeä, tällaisen kirjauksen päänäkymän lisänäkymäksi voi merkitä yhteenvetonäkymän (YHT), vaikka kyseessä ei olekaan varsinainen väli- tai loppuarvio. Tällä tavoin tärkeät yksittäiset tiedot saadaan esille yhteenvetotietoihin.

17.2 Loppu- ja väliarviot

Jokaisesta osastohoitojaksosta ja sellaisesta polikliinisesta avohoitojaksosta, jonka loputtua hoito päättyy tai hoitovastuu siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön, tulee tehdä **loppuyhteenveto** (loppuarvio). Loppuyhteenvedossa kuvataan hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtunut kehitys.

Lääkärin tulee tehdä lisäksi vähintään 3 kk välein hoidon aikainen **seurantayhteenveto** (väliarvio) osastohoidossa olevista potilaista (vrt. STM asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298), mutta sen voivat laatia myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Väliarvioon kirjataan oleelliset tiedot potilaan tilasta sekä hänen voinnissaan, hoidossaan ja kuntoutuksessaan tapahtuneesta kehityksestä tai muutoksesta, merkittävät tutkimustulokset ja johtopäätökset sekä ajantasainen hoito- tai kuntoutussuunnitelma.

Yhteenvedon kirjaus aloitetaan otsikolla *Loppuarvio* tai *Väliarvio*, jolloin tiedot tallentuvat automaattisesti myös yhteenvetonäkymälle (YHT). Käyttäjä voi kuitenkin estää tämän niin halutessaan poistamalla merkinnältä YHT-lisänäkymän. YHT-näkymä voidaan myös erikseen lisätä merkinnälle, vaikka *Väli- tai Loppuarvio*-otsikoita ei käytettäisikään. YHT-näkymä ei voi koskaan esiintyä itsenäisenä näkymänä, vaan se vaatii aina päänäkymäksi jonkun jatkuvan kertomuksen näkymän. Yhteenvetonäkymän tarkoituksena on edesauttaa kokonaiskäsityksen muodostamista potilaan tilanteesta ilman, että tietoja tarvitsisi lähteä poimimaan pirstaleisesta tietomassasta. Yhteenveto ei vastaa suoraan hoitopalautetta (PAL), joka on erikseen

koottava asiakirja ja koostuu pääsääntöisesti yhdestä tai useammasta yhteenvetotasoisesta merkinnästä ja muista tarvittavista tiedoista.

Hoitotyön yhteenveto on siinä mielessä poikkeuksellinen, että se voidaan muodostaa suoraan hoitotyön näkymälle (HOI+YHT) tai hyödyntäen Hoitokertomus-näkymää (HOKE), jonne kirjataan yleensä pidempiaikaisen palvelutapahtuman hoitotyön suunnitelmat ja päivittäismerkinnät. HOKE-näkymästä ei voi suoraan arkistoida vielä mitään merkintöjä, mutta näkymältä voidaan koota arkistoitavat hoitotyön yhteenvetotiedot HOI-näkymälle. Käyttämällä yhteenvedon alussa *Loppu- tai Väliarvio*-otsikoita tieto tallentuu automaattisesti myös yhteenvetonäkymään. Ks. myös luku 5.4 Ammatilliset näkymät.

Tämän oppaan liitteessä 2 on kertomusesimerkki laaditusta loppuarviosta. Yhteenvedoissa hyödynnetään yleensä muitakin otsikoita, esimerkiksi *Tutkimukset* (yhteenveto tehdyistä tutkimuksista), *Toimenpiteet* (tehdyt toimenpiteet, mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa) ja *Suunnitelma* (jatkohoito-ohjeet kotiin tai seuraavaan hoitopaikkaan, selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon sekä kuntoutuksen toteuttamiseksi).

Eri ammattiryhmien, erikoisalojen tai palvelujen yhteenvetojen kirjaamista opastetaan tarkemmin erillisjulkaisuissa, kuten palveluala- tai ammattiryhmittäisissä kirjaamisohjeissa. Lisätietoa: Terveydenhuollon kirjaamisohjeet

17.3 Päivittäismerkintä

Potilaan osastohoidon tai vastaavan aikana tehtyjen lyhyiden päivittäisten merkintöjen (Decursus-merkinnät) otsikkona käytetään pääasiassa *Päivittäismerkintä*-otsikkoa, ei *Väliarvio*-otsikkoa. *Päivittäismerkintä*-otsikkoa voi käyttää myös avohoidossa esimerkiksi hoidon tai sairauden kulun lyhyiden merkintöjen tekemiseen.

Päivittäisissä merkinnöissä ei ole yleensä tarvetta käyttää muuta otsikkoa. *Päivittäismerkintä-* otsikkoa käyttävät pääasiassa lääkärit, mutta myös muut ammattihenkilöt voivat käyttää otsikkoa silloin kun merkintöjä ei tehdä hoitokertomukseen (HOKE) päivittäismerkintöinä.

Otsikoiden käyttöä ohjataan tarkemmin luvussa 6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot.

18 Terveys- ja hoitosuunnitelma

HYVÄ TIETÄÄ

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan potilaskeskeisesti hoidon suunnittelun ja koordinoinnin tueksi avohoitoon, eikä se korvaa hoitojaksokohtaisia suunnitelmia. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa ylläpitävät kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot. Suunnitelmaan tulee kirjata hoidon koordinoinnista vastuussa oleva taho ja siitä tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Lisäksi kirjataan potilaan ja tarvittaessa omaisten tai läheisten kanssa yhdessä tunnistetut hoidon tarpeet ja hoidolle asetetut tavoitteet. Yhteisillä tavoitteilla pyritään aktivoimaan potilas ja hänen läheisiään osallistumaan hoidon toteuttamiseen. Potilas saa oman kopionsa terveys- ja hoitosuunnitelmasta tulosteena tai hän voi tarkastella suunnitelmaa Omakannassa.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaskohtainen ylläpidettävä asiakirja, johon voidaan kirjata tietoa sekä vapaana tekstinä että rakenteisesti luokituksilla. Ylläpidettävänä asiakirjana terveys- ja hoitosuunnitelma tallennetaan aina YHOS-näkymälle. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 18.1.

THL on julkaissut Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset (Korhonen 2018), jossa kuvataan tarkemmin asiakirjan toteutusta tietojärjestelmiin. Lisäksi Terveys- ja hoitosuunnitelma on huomioitu julkaisussa Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä (Virkkunen ym. 2016). Siinä kuvattu *THL/Tietosisältö - Terveys- ja hoitosuunnitelma* on julkaistu myös kansallisella Koodistopalvelimella.

Taulukko 18.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisessa käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
THL – Tautiluokitus ICD-10 tai Kuntaliitto – ICPC Perusterveydenhuollon luokitus
THL - ICF Toimintakykykäsitteiden luokitus
Kuntaliitto – Radiologinen tutkimus- ja toimenpidenimikkeistö
Kuntaliitto – Laboratoriotutkimusnimikkeistö
FinLOINC – Fysiologiset mittaukset
Kuntaliitto – Fysioterapianimikkeistö tai Kuntaliitto – Puheterapianimikkeistö tai Kuntaliitto – Ravitsemusterapianimikkeistö

18.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoite

Terveys- ja hoitosuunnitelma (Komulainen ym. 2011; Virkkunen ym. 2016) on tarkoitettu hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittämiseksi ja kuvaamiseksi yhdessä potilaan kanssa ja potilaskeskeisesti. Se laaditaan kaikille potilaille, joiden hoito edellyttää koordinoimista ja jotka hyötyvät tehdystä suunnitelmasta. Tällaisia potilaita ovat erityisesti pitkäaikais- ja monisai-

raat potilaat, joita halutaan aktivoida ja motivoida omasta terveydestä huolehtimiseen. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa voidaan hyödyntää jo laadittuja suunnitelmia esimerkiksi kuntoutussuunnitelmaa.

Terveys- ja hoitosuunnitelma kattaa **potilaan hoitojaksojen väliset suunnitelmat**. Hoitojaksoille laaditaan aina oma hoitojaksokohtainen hoitosuunnitelma. Kun potilaalle on tehty terveys- ja hoitosuunnitelma, hänelle ei kirjata erikseen jatkohoidon suunnitelmaa hoitojakson päättyessä, vaan sen sijaan päivitetään terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Jos loppuyhteenvetoon (epikriisiin) kirjataan jatkohoidon suunnitelma, sen tiedot tulee kirjata myös voimassaolevaan terveys- ja hoitosuunnitelmaan.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on **Tiedonhallintapalvelussa** ylläpidettävä asiakirja, jota kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuoltoa toteuttavat henkilöt ylläpitävät yhteisesti, eikä sen hyödyntäminen ei ole riippuvainen potilaan hoitopaikasta tai potilastietojärjestelmästä.

18.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman periaatteita

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Potilaan hoitava lääkäri vastaa hoidon lisäksi myös hoitosuunnitelman tekemisestä. Yleensä hoitava lääkäri on perusterveydenhuollossa toimiva terveyskeskuslääkäri.

Terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja koordinoimisesta huolehtii ensisijaisesti perusterveydenhuolto. Se on osa potilaskertomusta, jonka ylläpitoon osallistuvat kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt.

Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään potilaalle esimerkiksi, kun yksi tai useampia alla kuvatuista ehdoista täyttyy:

- potilas käyttää paljon palveluja (esimerkiksi yli viisi kontaktia vuodessa / organisaatio)
- potilaalla on pitkäaikaista seurantaa ja/tai hoitoa ja/tai kuntoutusta vaativa sairaus tai terveydentila
- potilaalla on akuutti vaiva, joka edellyttää useamman tahon (organisaation tai terveydenhuollon ammattihenkilön) tutkimuksia ja/tai hoitoa
- potilas haluaa itselleen terveys- ja hoitosuunnitelman

18.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman täyttäminen

Terveys- ja hoitosuunnitelman rakenteinen tieto koostuu seitsemästä pääkohdasta, jotka ovat 1) perustiedot, 2) hoidon tarve, 3) hoidon tavoite, 4) suunnitellun hoidon toteutus ja keinot, 5) suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi, 6) terveydenhuollon ammattihenkilö ja 7) terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot.

Terveys- ja hoitosuunnitelman perustiedot eli potilaan henkilötiedot koostuvat potilaan nimestä ja henkilötunnuksesta. Perustietoihin kirjataan myös ajankohta, jolloin terveys- ja hoitosuunnitelma on laadittu tai päivitetty päivän tarkkuudella. Ensimmäistä kertaa terveys- ja hoitosuunnitelmaa täytettäessä suunnitelman laatimiseen tulee varata riittävästi aikaa, jotta potilaan tietoihin ehditään tutustua etukäteen ja tapaamisessa voidaan pohjustaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä.

Alussa käytetty aika on mahdollista saada hoitosuhteen kuluessa takaisin vähentyneinä kontakteina, kun potilas on motivoitunut omaan hoitoonsa. Potilaalle voidaan lähettää etukä-

teen täytettäväksi esimerkiksi omahoitokysely tai muu toimintakykytesti, jota tulee käyttää pohjana suunnitelman laatimisessa. Kysely tai testit voidaan lähettää myös sähköisesti, asiakkaan toivomuksen mukaisesti.

18.3.1 Hoidon tarve

Hoidon tarpeeseen voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä hoidon tarve sekä toiminta- ja työkykyyn liittyviä tarpeita. Nämä voivat koostua yhdestä tai useammasta potilaan kanssa yhdessä tunnistetusta tarpeesta. Hoidon tarpeen kirjaamisessa voidaan hyödyntää myös ICD, ICPC tai ICF -luokituksia. Rakenteista tietoa voidaan edelleen tarkentaa ja kirjata tarvittaessa vapaamuotoisena tekstinä. Ks. myös luku 9 Tulosyyt, käyntisyyt ja diagnoosit

Hoidon tarpeen tulee olla potilaasta lähtevä, jolloin potilasta voi avustaa tarpeen tunnistamisessa esimerkiksi pyytämällä häntä täydentämään lausetta: ”*Olen nimennyt hoidon tarpeekseni*…”. Tarkoitus on kirjata potilaalle tärkeitä asioita, joita voi olla esimerkiksi lastenlasten kanssa touhuaminen. Tämä edistää potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa.

18.3.2 Hoidon tavoite

Hoidon tavoite -kohtaan kirjataan vapaamuotoisena tekstinä potilaan kanssa tunnistetut hoidon tavoitteet sekä toiminta- ja työkykyyn liittyvät tavoitteet. Lisäksi voidaan kirjata henkilöiden nimet, jotka ovat osallistuneet tavoitteiden laatimiseen. Tavoitteita voidaan yksilöidä tarkemmin esimerkiksi käyttämällä luokituksia *Ravitsemusterapianimikkeistö, Radiologinen tutkimus- ja toimenpidenimikkeistö* tai *FinLOINC – Fysiologiset mittaukset*. Suunnitelmalomakkeen kenttään *Yksilöivän tekijän ehto* voidaan kirjata tavoitteelle asetettu mittarin taso. Sitä voidaan täydentää vapaamuotoisena tekstinä *Yksilöivän tekijän ehdon* lisätietokenttään.

Vapaamuotoinen hoidon tavoite - kenttään kirjataan asia, johon potilas on itse valmis sitoutumaan. Tavoite on hyvä sitoa aikaan, jolloin suunnitelman tarkastamiselle tulee luonnollinen aikataulu. Tavoitteen kannattaa olla konkreettinen ja riittävän pieni, jotta potilas kykenee itse seuraamaan tavoitteensa saavuttamista. Sen voi jakaa osiin, jolloin asetetaan päätavoite ja sille pienempiä välitavoitteita. Tavoite voi olla esimerkiksi ”*Saan pyykit ripustettua itse kuivumaan*” tai ”*Pystyn kävelemään kauppakeskuksen avajaisiin*”.

18.3.3 Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot

Hoidon toteutus ja keinot kirjataan potilaslähtöisesti vapaamuotoisella tekstillä. Yhdessä potilaan ja tarvittaessa omaisten/läheisten kanssa etsitään ne omahoidon keinot, joita potilas voi itse toteuttaa. Keinojen tulee olla mahdollisimman yksinkertaisia ja konkreettisia, esimerkiksi osallistuminen ryhmätoimintaan kerran viikossa. Palvelun sisällön yksilöinti voidaan kirjata esimerkiksi luokituksilla *Laboratoriotutkimusnimikkeistö*, *Radiologinen tutkimus- ja toimenpidenimikkeistö*, *Fysioterapianimikkeistö*, *Puheterapianimikkeistö* ja/tai *Ravitsemusterapianimikkeistö*. Palvelun sisältö ja ehto voidaan kuvata vapaamuotoisena tekstinä. Lisäksi palvelun ehtoa voidaan tarkentaa tunnuksella, joka kirjataan esimerkiksi luokituksilla *Laboratoriotutkimusnimikkeistö* ja/tai *FinLOINC - Fysiologiset mittaukset* sekä tarkennetaan tutkimuksen tuloksen ehdollisella arvolla.

18.3.4 Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi

Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi kirjataan vapaamuotoisena tekstinä, jolla kuvataan mitä terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät tukeakseen potilaan tavoitteiden saavuttamista. Tuki voi olla luonteeltaan esimerkiksi omahoitajan puhelu tai sähköinen viesti kerran viikossa tai ryhmätapaamiset kuukausittain. Tietoa kirjattaessa tulee huomioida, että potilaan yhteydenotto koordinoivaan tahoon onnistuu helposti. Kirjaava ammattihenkilö on vastuussa terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja koordinoinnista, jos koordinoivaa tahoa ei ole kuvattu hoidon tarpeen yhteydessä.

18.3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot

Diagnoosi- ja/tai lääkityslistoja ei ylläpidetä terveys- ja hoitosuunnitelman kautta. Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätietoihin voidaan tallentaa tekstimuotoisina potilaan suunnitelman laatimis- tai päivitysajankohdan diagnoosi- ja/tai lääkityslistat esimerkiksi kopioimalla ne potilasyhteenvedon diagnoosi- ja lääkityslistoilta. Terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidossa voi olla tarpeen tarkastella sekä sen hetkistä, potilasyhteenvedolle koostettua listaa ja aikaisemmalla hoitokerralla tallennettua listaa vierekkäin.

18.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman esimerkki

Alla on kuvattu esimerkki terveys- ja hoitosuunnitelmasta, joka on toteutettu rakenteisesti ja tiivistetty vapaassa tekstimuodossa potilaalle.

Päiväys: 1.10.2012
Nimi: Pauliina Potilas
Henkilötunnus: 230462-4321

Olen nimennyt hoidon tarpeekseni: *Tupakointi ja huolimattomuus lääkkeiden käytössä.*

Koordinoiva taho: Terveyskeskus
Koordinoiva ammattihenkilö: Hellä Hoitaja
Koordinoiva palveluyksikkö: Terveyshyötypalvelut

Tavoitteekseni olen asettanut: *tupakoinnin lopettamisen ja lääkehoidon säännöllisen toteutumisen.*

Lääkäri Lasse Tohtorinen on suositellut tavoitearvoikseni:

- *Painotavoite on pienempi kuin 85 kg.*
- *Verenpainetason tavoite on pienempi tai yhtä suuri kuin 130/85 mmHg.*
- *LDL-kolesterolitason tavoite on pienempi tai yhtäsuuri kuin 3.0 mmol/l.*
- *Muu tavoitteen yksilöivä tekijä: PEF, tavoitetaso: suurempi tai yhtäsuuri kuin 380*

Tavoitteeseen päästäkseni *olen päättänyt: osallistua tupakoinnin lopettamiseen tähtäävään ryhmätoimintaan. Lisäksi pyrin vähentämään 1 savukkeen päivässä viikon ajan. Seuraavalla viikolla vähennän jälleen 1 savukkeen päivässä. Otan tarvittaessa tupakastavieroitusvalmisteen käyttööni. Hankin dosetin, joka tukee suun kautta otettavaa lääkehoitoa ja samalla muistuttaa hengitettävien lääkkeiden otosta.*

Terveydenhuollon toimintayksikkö: Terveyskeskus
Palveluyksikkö: Terveyshyötypalvelut

Omahoidon tueksi on sovittu seuraavaa: *Sairaanhoitajan puhelinvastaanotto tupakkaryhmän päätyttyä. Sähköisen palvelun kautta kerron hoitovastaavalleni viikon välein tupakan vähennysyrityksen onnistumisesta.*

Tämän suunnitelman on laatinut/ovat laatineet kanssani:
Sairaanhoitaja Hellä Hoitaja
Ammattihenkilön yksilöivä tunniste: 12345678901

***Lisätiedot**:*

Iän ja sukupuolen mukainen pef-viitearvon alaraja 380 l/min, johon pyritään.
Jos pef alle 330 l/min, Symbicort annokseen 3-4 ann x2/vrk, 1-2 viikko ajaksi, yhteys hoitavaan tahoon.
Jos pef alle 270 l/min, Prednisolon-kuurin aloitus ja yhteys hoitavaan tahoon/päivystykseen.
Hoitajakontrolli ja edeltävä pef-hoitovasteseuranta 3-4 kk, lääkärille 6-8 kk (spirometria, pef-hoitovasteseuranta, verenpaineen kotimittaukset)
Tarvittaessa tupakanvieroitusoireisiin valmiste NN.

***Diagnoosit**:*
J45.1 Ei-allerginen astma
J44.8 Keuhkoahtaumatauti
I10 Essentiaalinen (primaarinen) verenpainetauti
E03.9 Määrittämätön kilpirauhasen vajaatoiminta
Z72.0 Tupakan käyttö

19 Tahdonilmaukset

HYVÄ TIETÄÄ

Potilas voi ilmaista omaan hoitoonsa liittyviä linjauksia hoitotahdolla ja elinluovutustahdolla. Potilaan tahdonilmauksia varten on toteutettu sähköiset asiakirjat, jotka mahdollistavat tahdonilmausten hallinnan myös Kanta-palveluissa. Potilas voi itse hallita tahdonilmauksiaan terveydenhuollossa tai Omakanta-palvelun kautta.

19.1 Hoitotahto

Hoitotahdolla kansalainen ilmaisee tulevaa hoitoaan koskevat toiveet siltä varalta, ettei hän itse pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun vastaavan syyn vuoksi. Hoitotahto on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja (Virkkunen ym. 2016), mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään sitä. Henkilö voi myös itse ylläpitää hoitotahtoaan Omakannan kautta, mutta tässä oppaassa kuvataan hoitotahdon kirjaamista vain terveydenhuollon toimintayksikön kirjausten näkökulmasta. Hoitotahdon muokkaaminen ei edellytä hoitosuhdetta. Voimassa olevan hoitotahdon katselu edellyttää kuitenkin hoitosuhdetta potilaaseen.

Potilaan perustiedoista hoitotahtoon kirjataan nimi ja henkilötunnus. Varsinainen hoitotahto koostuu kentistä ”*Kumoan voimassaolevan hoitotahtoni*” ja ”*Määrään hoitotahdostani seuraavaa*” sekä varsinaisesta hoitotahdon sisällön kuvauksesta, joka voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä. Tahdonilmaisuun liitetään tieto tahdonilmauksen ajankohdasta ja tekopaikasta sekä tieto SOTE-organisaatiorekisterin mukaisesta palveluyksiköstä silloin kun hoitotahto kirjataan terveydenhuollossa. Tahdonilmaisu tulostetaan potilaalle sekä tallennetaan omassa potilastietojärjestelmässä ja samalla Tiedonhallintapalveluun, josta se on tarvittaessa haettavissa.

Lisäksi tiedon potilaan voimassa olevasta hoitotahdosta tulee näkyä riskitiedoissa, vaikka varsinaista hoitotahtoa ei riskitietoon kirjatakaan. Tiedonhallintapalvelun riskitietojen koosteelle riskitieto kirjautuu automaattisesti riskitietokoosteen palautuksen yhteydessä, jos hoitotahto on tallennettu Potilastiedon arkistoon. Kun hoitotahto kirjataan potilaan pyynnöstä terveydenhuollossa, tulisi lisäksi potilaskertomukseen tehdä merkinnät, että potilaalle on annettu riittävä selvitys vaikutuksista, joita hänen tahtonsa noudattamisesta voi seurata.

19.2 Elinluovutustahto

Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä (101/2001) muuttui 1.8.2010. Uusittu laki korostaa ihmisen omaa tahtoa hänen elintensä luovuttamiseen toisen ihmisen hoitoa varten. Lainmuutoksessa kuolleelta tapahtuvaa elinten ja kudosten irrottamista koskevaa suostumussäännöstä muutettiin periaatteiltaan. Nyt elimiä voidaan irrottaa, kun ei ole tiedossa tai kun ei ole syytä olettaa, että vainaja olisi eläessään vastustanut toimenpidettä.

Elinluovutustahto on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja (Virkkunen ym. 2016), mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään sitä. Henkilö voi myös itse ylläpitää elinluovutustahtoaan Omakannan kautta, mutta tässä oppaassa kuvataan elinluovutustahdon kirjaamista vain terveydenhuollon toimintayksikön

kirjausten näkökulmasta. Elinluovutustahdon muokkaaminen ei edellytä hoitosuhdetta potilaaseen, mutta elinluovutustiedon katselu edellyttää hoitosuhdetta.

Elinluovutusasiakirjaan kirjataan potilaan nimi ja henkilötunnus. Potilaan tahto (Kyllä, luovutan elimeni ja kudokseni. / Ei, en luovuta elimiäni tai kudoksiani.) kirjataan kyllä/ei -tietona. Mahdollinen lisähuomautus on mahdollista kirjata vapaana tekstinä. Elinluovutustahtoon kirjataan myös paikka ja aika sekä palveluyksikön tiedot SOTE-organisaatiorekisterin perusteella silloin kun elinluovutustahto kirjataan terveydenhuollossa. Tahdonilmaisu tulostetaan potilaalle sekä tallennetaan omassa potilastietojärjestelmässä ja samalla Tiedonhallintapalveluun.

Lähteet

Bentsen 1986. Bentsen, B 1986. International Classification of Primary Care. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 4:1, 43-50. https://doi.org/10.3109/02813438609013970 [23.3.2021]

Britt ym. 2016. Britt H, Miller GC, Bayram C, Henderson J, Valenti L, Harrison C, Pan Y, Charles J, Pollack AJ, Chambers T, Gordon J, Wong C. A decade of Australian general practice activity 2006–07 to 2015–16. A decade of Australian general practice activity 2006–07 to 2015–16. General practice series no. 41. Sydney: Sydney University Press, 2016, Australia. http://purl.library.usyd.edu.au/sup/9781743325155 [23.3.2021]

Duodecim - Terveyskirjasto https://www.terveyskirjasto.fi/ltt03006 [23.3.2021]

JHS-suositukset. https://www.suomidigi.fi/ohjeet-ja-tuki/jhs-suositukset [23.3.3021]

Kanta 2011. Lääkityksen merkintöjen CDA R2-rakenne. Versio 4.31, 11.4.2011. https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/hl7 [23.3.3021]

Kanta-julkaisusuunnitelma. Kanta-palvelujen julkaisusuunnitelma palvelujen kehittämisestä. https://www.kanta.fi/fi/jarjestelmakehittajat/julkaisuaikataulu [23.3.2021]

Komulainen, Jorma (toim.) 2012. Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/handle/10024/70398 [23.3.2021]

Komulainen, Jorma, Vuokko, Riikka ja Mäkelä, Matti 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/handle/10024/80180 [23.3.2021]

Korhonen, Matti 2018. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille. Versio 1.2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://thl.fi/documents/920442/3850406/THS_toiminnalliset+vaatimukset_V1.2.pdf/84da605d-dcc5-43bb-8de1-c95388a60576 [23.3.2021]

Kvist, Mårten ja Savolainen, Tuija (toim.) 2010. ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Kuntaliitto.-https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2010/1344-icpc-2-perusterveydenhuollon-kansainvalinen-luokitus [23.3.2021]

Määrittelyt järjestelmäkehittäjille. https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/maarittelyt [23.3.3021].

Päihdelinkki. https://paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/huumeet [23.3.3021].

Soler ym. 2012. Soler Jean K, Okkes I, Oskam S, van Boven K, Zivotic P, Jevtic M, Dobbs F, Lamberts H. An international comparative family medicine study of the Transition Project data from the Netherlands, Malta and Serbia. Is family medicine an international discipline? Comparing incidence and prevalence rates of reasons for encounter and diagnostic titles of episodes of care across populations. Family Practice 29/2012; 283–298, https://doi.org/10.1093/fampra/cmr098 [23.3.2021]

Sote-sanastot https://sotesanastot.thl.fi/termed-publish-server/ [23.3.2021]

Soteuudistus. https://soteuudistus.fi/etusivu [23.3.3021]

STM 2012. Potilasasiakirjaopas. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. STM:n julkaisuja 4/2012. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72897 [23.3.3021]

STM 2013. Terveydenhuolto Suomessa. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/69928 [23.3.2021]

Tautiluokitus ICD-10 2011. Tautiluokitus ICD-10, 3. painos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/handle/10024/80324 [23.3.2021]

THL - Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet [23.3.2021]

THL - Elintavat. https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat [23.3.2021]

THL - Huumeet ja puheeksiotto. https://thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdetyo/ehkaisevan-paihdetyon-menetelmat/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio/eri-ongelmien-varhainen-tunnistaminen-ja-puheeksiotto/huumeet [23.3.2021]

THL - Kansantaudit. https://thl.fi/fi/web/kansantaudit [23.3.2021]

THL - Lapset, nuoret ja perheet https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet [23.3.2021]

THL - Liikunta https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/liikunta [23.3.3021]

UKK-instituutti - Liikkumisresepti. https://ukkinstituutti.fi/elintapaohjaus/liikuntaneuvonta/liikkumisresepti/ [23.3.2021]

Virkkunen, Heikki, Mäkelä-Bengs, Päivi, Suhonen, Jari ja Vuokko, Riikka 2016. Tiedonhallinta-palvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely - versio 2016. Ohjaus 7/ 2016, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-641-4 [23.3.3021]

Liite 1: Keskeiset käsitteet

Keskeiset käsitteet on kuvattu THL:n julkaisemissa SOTE sanastoissa.

Liite 2 Kertomusesimerkki

LAS Matti Mallikas

YHT 110397-1111

Hoidon arviointi

Loppuarvio

KYS, Lastentaudit, 2405

1.12.2006 – 3.12.2006

Tulosyy Tyypin 1 diabetes, pumppuhoidon aloitus

Esitiedot (anamneesi)

Neljä vuotta diabetesta sairastanut poika, jolla sokeritasapaino heitellyt pistoshoidolla ja päädytty osastohoitojaksoon pumppuhoidon aloitusta varten. Viime kuukausina ollut lievää väsymystä sokeritason heittelyyn liittyen. Lisäksi viikon verran tuntenut oikeassa polvitaipeessa lievää kipua.

Nykytila (status)

Tutkittaessa todettiin yleistilaltaan hyväkuntoinen poika. Kliinisessä tutkimuksessa oikeassa polvitaipeessa todettiin lievä palpaatioarkuus ja Bakerin kystaan sopiva palpaatiolöydös, ja kipu tulkittiin johtuvan Bakerin kystasta. Muuten statuksessa ei poikkeavaa.

Hoitotoimet Matille ja hänen vanhemmilleen opetettiin insuliinipumppuhoidon periaatteet. Matti ja vanhemmat oppivat pumppuhoidon hyvin.

Siirryttiin pumppuhoitoon. Insuliiniannos pieneni 10 %.

Diagnoosit E10.9 Tyypin 1 diabetes (päädiagnoosi, todennäköinen tai varma, pysyväisluonteinen)

M71.2 Bakerin kysta (sivudiagnoosi, epäily, määräääikainen)

E03.8 Kilpirauhasen vajaatoiminta (sivudiagnoosi, todennäköinen tai varma, pysyväisluonteinen)

Tutkimukset B-GHb-A1c 8.3 % (1.12.2006)

S-TSH 2,7 mmol/l (1.1.2006)

Suunnitelma Kotiutuessa Novorapid perusannos oli 9 yks, bolukset 3+3+3+2 yks. Sovittu soittoaika 2 vk kuluttua ja 2 kk kuluttua käynti TK:ssa.

Bakerin kystan suhteen toistaiseksi ei tarvetta toimenpiteisiin, myöskään kipulääkettä ei tarvittu.

4.12.2006

Liisa Lääkäri SV-12345

lastenendokrinologian erl