



Potilastiedon kirjaaminen

Ohjeita valtakunnallisesti yhtenäiseen kirjaamiseen

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

Sisältö

- Kirjaamista ohjaava lainsäädäntö
- Kirjaamisohjeet ja -oppaat
- Sähköisen potilaskertomuksen rakenteet
 - Näkymät
 - Hoidon vaiheet
 - Otsikot
 - Keskeiset rakenteiset hoitotiedot
- Tärkeimmät muutokset tiivistettynä
- Rakenteisen kirjaamisen hyötyjä

Huom. Tämä esitys perustuu Rakenteisen potilastiedon kirjaamisen oppaan vuoden 2018 versioon. Oppaasta on tulossa päivitys v. 2021 alussa, jolloin myös tämä materiaali päivitetään.

Kirjaamisen perusteet tulevat lainsäädännöstä

- Lainsäädäntö ohjaa potilas- ja hoitotietojen kirjaamista ja käsittelyä
 - STM:n asetus potilasasiakirjoista (298/2009)
 - Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki)
 - STM:n asetus lääkkeen määräämisestä (1088/2010)
 - *EU:n yleinen tietosuoja-asetus (2016/679, GDPR) ja tietosuojalaki (1050/2008)*
 - Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999, julkisuuslaki)
- Potilasasiakirjojen tarkoituksena on palvella
 - potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja seuranta sekä edistää hoidon jatkuvuutta
 - potilaan tiedonsaantioikeutta ja oikeusturvaa
 - terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa
 - terveydenhuollon palvelujen turvallisuutta ja laadunvalvontaa
 - toiminnan suunnittelua ja arviointia sekä tutkimusta ja opetusta

Kirjaaminen ja Potilastiedon arkisto

- Potilasasiakirja-asetuksen (STM, 298/2009) mukaan
 - **Arkistointipalveluun tallennettavien** sähköisten potilasasiakirjojen rakenteissa ja merkinnöissä tulee käyttää THL:n valtakunnalliseen koodistopalveluun hyväksymien **velvoittavien koodistojen mukaisia rakenteita ja merkintöjä** sekä Kansaneläkelaitoksen ylläpitämiä tietoteknisiä määrittämiä (7§)
- Potilastiedon arkiston tietosisältöjen käyttöönottoa ohjaa STM:n vaiheistusasetus (1257/2015)
 - [Asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista](#)
- Kaikille uusille tietosisällöille tai toiminnallisuuksille ei ole asetuksen mukaista aikataulua, mutta ne on huomioitu ns. Kanta-julkaisussa
 - [Kanta-palvelujen julkaisuaikataulu palvelujen kehittämisestä](#)

Kirjaamisen ohjeita ja -oppaita (1)

- [Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely, opas terveydenhuollolle](#)
(STM:n julkaisuja 2012:4)
 - sisältää yleiset soveltamisohjeet potilastiedon kirjaamiselle ja potilasasiakirjojen käsittelylle
- [Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas](#) (THL, versio 2018)
 - Yleisopas, jonka ohjeiden ja suositusten avulla keskeiset tietorakenteet voidaan tallentaa Potilastiedon arkistoon kansallisesti yhdenmukaisella tavalla -> mahdollistaa hoitotietojen jatkokäytön (haku, katselu, selaus ym.) myös muissa organisaatioissa
 - Oppas päivitetään vuoden 2021 alussa

Kirjaamisen ohjeita ja -oppaita (2)

- Lisäksi julkaistu/ tulossa tarkempia kirjaamisoppaita eri erikoisaloille, palveluille tai ammattiryhmille
 - [Terveystenhuollon kirjaamisohjeet ja oppaat](#) (THL)
 - Aihealueita mm. suun terveydenhuolto, työterveyshuolto, äitiyshuolto ja raskauden aika, lastenneuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, hoitokertomus, toimintakyky, psykiatria, mielenterveys ja päihdetyö, 116117-palvelu, ensihoito

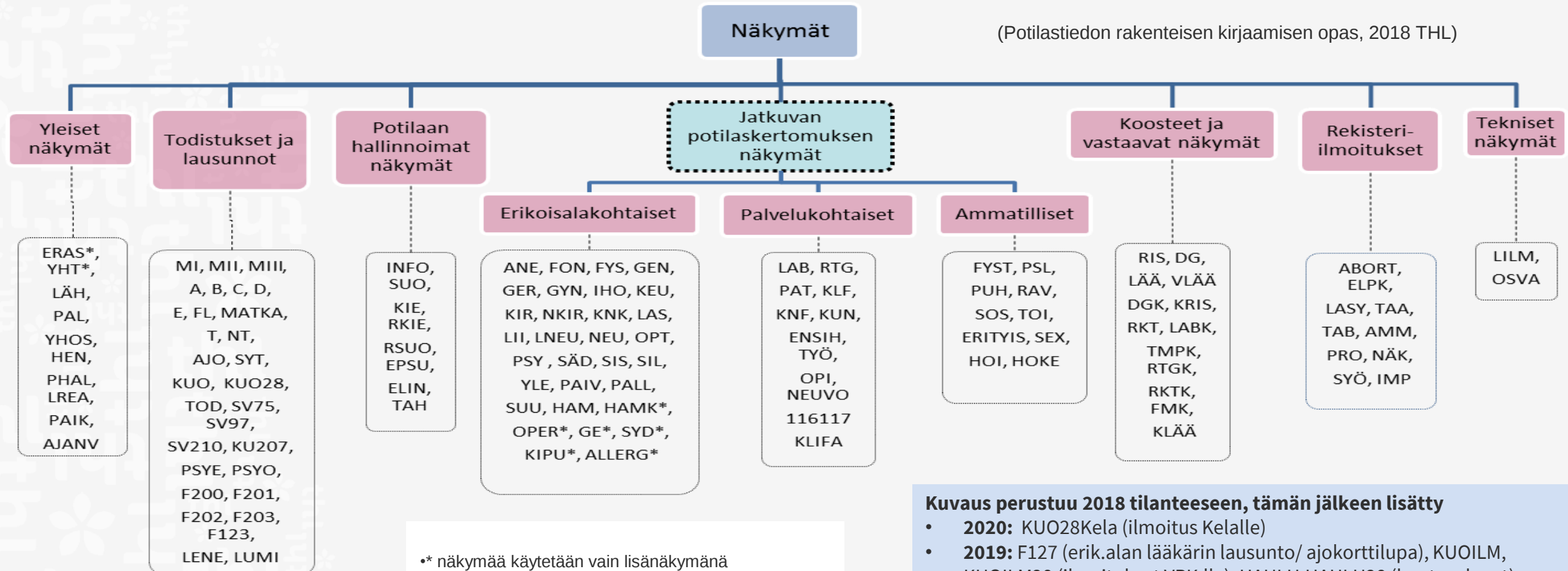
Potilaskertomuksen keskeiset tietorakenteet ovat kaikille kirjaajille samat



Mitä ovat näkymät?

- Sähköisen potilaskertomuksen merkinnät tehdään eri näkymille
 - **Näkymällä** tarkoitetaan terveydenhuollon tietokokonaisuutta tai asiayhteyttä, jolla **tiettyyn sisältö- ja hoitokokonaisuuteen** kuuluvia tietoja voidaan sitoa toisiinsa.
- Näkymät voidaan jakaa
 - jatkuvan potilaskertomuksen näkymiin
 - lomaketyyppisiin näkymiin
 - koostenäkymiin
 - teknisiin näkymiin
- Jatkuvan potilaskertomuksen näkymiä ovat lääketieteen erikoisalakohtaiset, palvelukohtaiset ja ammatilliset näkymät sekä osa yleisistä näkymistä
- Potilaan hallinnoimia näkymiä ovat esimerkiksi suostumus- ja kieltolomakkeet sekä tahdonilmaisujen näkymät
- Näkymiä voi käyttää päänäkymänä, lisänäkymänä tai molempina

Kansalliset näkymät ja lisänäkymät



Kuvaus perustuu 2018 tilanteeseen, tämän jälkeen lisätty

- **2020:** KUO28Kela (ilmoitus Kelalle)
- **2019:** F127 (erik.alan lääkärin lausunto/ ajokorttilupa), KUOILM, KUOILM28 (ilmoitukset VRK:lle), HAULU,HAULU28 (hautausluvut)

Aiemmin luokitukseen lisätty

- **2018:** AJANV, LUMI, LENE, 116117, KLIFA (kliininen farmasia)
- **2017:** OPT (optometria)

Lisänäkymien käytöstä

- Lisänäkymien avulla
 - merkintä voidaan liittää samanaikaisesti useaan näkymään
 - yhteen päänäkymään liittyviä merkintöjä voi ryhmitellä suppeampiin osakokonaisuuksiin
 - voidaan hallinnoida tiettyjä teknisiä ratkaisuja (esim. ERAS tai YHT- lisänäkymät)
- Joitakin näkymiä voi käyttää vain lisänäkymänä, mm. KIPU, OPER, YHT, ERAS
- Myös paikallisia näkymiä voi käyttää lisänäkymänä, merkintä tulee kuitenkin linkittää kansalliseen päänäkymään, jotta tiedon voi tallentaa Potilastiedon arkistoon
- Kun kirjaaja haluaa merkintänsä näkyvän usean 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 valitsee vastaajan näkymän lisänäkymäksi (esim. SIS+KIR) ja konsultaatioon *vastaaja* tekee päinvastoin (esim. KIR+SIS)
- Tietoja katseltaessa pää- ja lisänäkymät eivät poikkea toisistaan; merkinnät näkyvät samanlaisina kaikilla näkymillä, jotka kyseiseen merkintään on kirjattu

Yleisiä näkymiä (1)

- Yleiset näkymät ovat lääketieteen erikoisalasta tai palvelusta riippumattomia potilastiedon kokonaisuuksia
- **PHAL**, potilashallinnon näkymää käytetään, kun kirjataan mm. ajanvaraukseen liittyviä tai muita potilashallinnollisia merkintöjä, joihin **ei liity** hoidollisia tietoja
- **ERAS** (erillinen asiakirja) kuuluu potilaan palvelutapahtumaan
 - ERAS-lisänäkymään kirjataan toisen henkilön **itsestään tai omasta** elämäntilanteestaan kertomat yksityiskohtaiset, arkaluonteiset tiedot, jotka liittyvät keskeisesti **potilaan hoitoon**
 - tietoihin on tarkastusoikeus vain henkilöllä, joka on tiedot kertonut
 - erillistä asiakirjaa ei anneta potilaalle, eikä tietoja näytetä Omakannassa
 - tiedot näytetään **ammattihenkilöille** potilastietojärjestelmän kautta sen palvelutapahtuman yhteydessä, jossa ko. ERAS-tiedot on kirjattu
- **YHT** on tarkoitettu yhteenvetojen laadinnan ja hakujen avuksi
 - YHT-lisänäkymää käytetään kun laaditaan väliarvio tai seurantayhteenveto sekä loppuarvio tai loppuyhteenveto (esim. SIS+YHT, HOI+YHT)
 - Kun merkinnässä käytetään otsikoita Väliarvio tai Loppuarvio, potilastietojärjestelmä lisää yleensä YHT-näkymän automaattisesti lisänäkymäksi
 - tarvittaessa kirjaaja lisää YHT-lisänäkymän merkintään mukaan itse

Yleisiä näkymiä(2)

- **LÄH** (Lähetete) - näkymää käytetään, kun
 - a) potilas ohjataan *toiseen hoito-organisaatioon* saamaan terveydenhuollon palveluja
 - b) tilanteissa, joissa hoitovastuuta ei siirretä, pyydetään vain konsultaatiota toisesta organisaatiosta
 - Merkinnäissä tulee mainita, onko kyse konsultaatiosta vai hoitovastuun siirtävästä lähetteestä
 - Organisaation **sisäisissä** läheteissä ja konsultaatioissa **ei** käytetä LÄH-näkymää, vaan lähettävän tahon erikoisalan mukaista päänäkymää ja lisänäkymänä vastaanottavan tahon erikoisalan mukaista näkymää
- **PAL** (Hoitopalaute) -näkymää käytetään, kun toteutetusta hoidosta kirjattuja tietoja kootaan hoitopalautteeksi lähetteen tehneelle tai jatkohoidosta vastaavalle taholle
 - Hoitopalaute sisältää lääkärin tekemän loppuarvion ja/tai hoitotyön yhteenvedon
 - Ne voidaan lähettää tarvittaessa erikseen omina hoitopalautteina
- **YHOS** (Terveys- ja hoitosuunnitelma) on Tiedonhallintapalvelun kautta ylläpidettävä asiakirja, joka on tarkoitettu potilaan avohoitoon ja kuntoutukseen liittyvien suunnitelmien kokoamiseen erityisesti potilaille, joilla on monia terveysongelmia
 - Sitä ei ole tarkoitettu osastohoitojakson sisäisten hoitosuunnitelmien kirjaamiseen.
 - Ks. malli seuraavalla dialla

Terveys- ja hoitosuunnitelma (malli)

Terveys- ja hoitosuunnitelman AJATUSMALLI		Pvm	4
Nimi	2	Hetu	3
Hoidon tarve			
100			
Toiminta- ja työkykyyn liittyvät tarpeet			
Hoidon syy (0-n kpl) <i>(koodi, tarkenneteksti, palvelukokonaisuus)</i>			
Hoidon tavoite			
200			
Toiminta- ja työkykyyn liittyvät tavoitteet			
Tavoitteen asettajat			
Tavoitteen yksilöivä tekijä (0-n kpl)			
Hoidon toteutus ja keinot			
300			
Hoitopaikka (organisaatio) (0-n kpl)			
Palvelu (0-n kpl)			
Tuki, seuranta ja arviointi			
400			
Terveydenhuollon ammattihenkilö (0-n kpl)			
Nimi	500		
Ammattinimike (0-n kpl)	502		
Ammattihenkilön lisätieto	503		
Hoitosuunnitelman lisätiedot			
601			
Diagnoosilista	8.12.2011	Näytä lista	
Diagnoosilista (ajantasainen)	603	I20.1 Angina pectoris	
Lääkityslista	8.12.2011	Näytä lista	

Terveys- ja hoitosuunnitelma kattaa potilaan hoitajaksojen väliset avohoidon suunnitelmat. Hoitajaksokohtaiseen suunnitteluun käytetään mm. hoitokertomuksen hoitosuunnitelmaa. Kun potilaalle on tehty terveys- ja hoitosuunnitelma, hänelle ei kirjata erikseen jatkohoidon suunnitelmaa hoitajakson päättyessä, vaan tiedot päivitetään terveys- ja hoitosuunnitelmaan. (Potilastiedon kirjaamisopas, 2018)

Jatkuvan potilaskertomuksen näkymistä

- **Erikoisalakohtaiset näkymät**

- ovat pääasiassa lääkäreiden kertomusmerkintöjen kirjaamiseen
 - poikkeuksena mm. SUU-näkymä, johon kaikki suun terveydenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat
- näkymiä voi käyttää myös muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden merkintöjen lisänäkymänä
 - esim. hoitajan itsenäinen vastaanotto perusterveydenhuollossa -> HOI+YLE

- **Ammatilliset näkymät**

- ovat muiden laillistettujen terveydenhuollon ammattihenkilöiden (kuin lääkäreiden) kirjaamiseen
- eri ammattiryhmien näkymiä; hoitajat (HOI), psykologit (PSL), eri terapeutit (FYST, PUH, RAV, TOI, SEX), sosiaalityöntekijät (SOS), muut (ERITYIS) sekä hoitokertomus (HOKE)
 - Huom. HOKEsta ei arkistoida toistaiseksi päivittäismerkintöjä tai muita tietoja, hoitotyön yhteenveto arkistoidaan käyttämällä näkymiä HOI+YHT

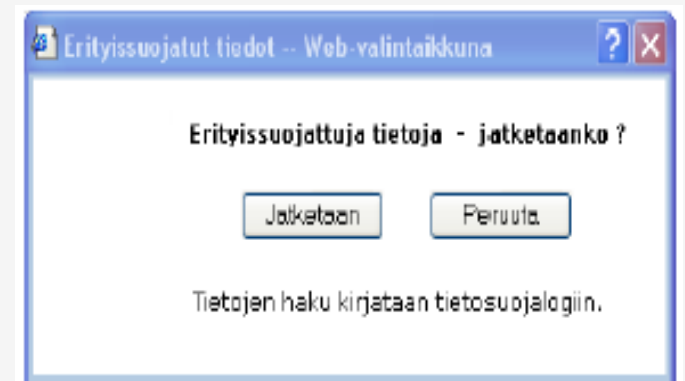
- **Palvelukohtaiset näkymät**

- ovat moniammatillisessa käytössä eli tarkoitettu kyseisen palvelun eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden kertomusmerkintöjen kirjaamiseen
- esim. LAB ja RTG näkymät, kuntoutus (KUN), neuvolatoiminnan (NEUVO), koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon (OPI) sekä työterveyshuollon (TYÖ) näkymät, ensihoitokertomus (ENSIH)

Erityissuojatut merkinnät

- Potilasasiakirja-asetuksen (298/2009) 4 §:n mukaan **psykiatrian (PSY) ja perinnöllisyyslääketieteen (GEN)** päivittäis- ja yhteenvetomerkinnät ovat erityissuojattavia merkintöjä
 - erityissuojauksen piiriin suunniteltu lisättäväksi mm. **seksuaaliterapia ja -neuvonta (SEX)**
 - lisäys edellyttää ko. asetuksen muutosta
- Erityissuojaus toteutuu merkinnän näkymätietoa hyödyntäen
 - Merkinnät, joiden **päänäkymäksi** on kirjattu PSY tai GEN ovat erityissuojattavia
 - Suojaus ei toteudu, jos PSY tai GEN ovat lisänäkyminä
 - Erityissuojaus kattaa myös PSY tai GEN-näkymien mahdolliset lisänäkymät
 - Suojaus **ei** kuitenkaan koske tietoja **lääkityksestä tai kriittisistä riskeistä**

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 rajausta toteutetaan **potilastietojärjestelmätasolla**



Tiedonhallintapalvelun muodostamat koosteet

- Koosteet ovat Tiedonhallintapalvelussa muodostettuja, omassa potilastietojärjestelmässä näytettäviä tietokokonaisuuksia, joihin kootaan potilaan hoidon kannalta keskeisiä rakenteisia tietoja Potilastiedon arkistosta
 - kts. Ammattihenkilön potilasyhteenvedon mallikuva (seuraavalla dialla)
- Koosteita voidaan muodostaa seuraavista keskeisistä potilastiedoista:
 - diagnoosit, riskitiedot, toimenpiteet
 - kuvantamis- ja laboratoriotutkimukset, fysiologiset mittaukset, rokotukset *
- Koosteet kokoavat jatkuvaan potilaskertomukseen kirjatut, **samaan tietokokonaisuuteen liittyvät** rakenteiset tiedot (esim. diagnoosit) yhteen koosteeseen riippumatta siitä, mihin kertomusnäkökulmaan ne on kirjattu ja tallennettu
- Koosteiden käyttö edellyttää aina potilaan suostumusta
 - potilaan mahdolliset luovutuskiellot vaikuttavat koosteiden sisältöön, sillä luovutuskieltojen alaisia tietoja ei koosteilla näytetä

** Lääkitys kuului alkuperäisiin **Tiedonhallintapalvelun** keskeisiin terveystietoihin. Nyt lääkehoito on päädytty kokoamaan Reseptikeskuksen pohjalta. Lääkitystiedot ovat kuitenkin keskeisimpiä terveystietoja ja ne kuuluvat potilasyhteenvedon tietoihin vaikka niitä ei koostetakaan Tiedonhallintapalvelun kautta.*

Ammattihenkilön potilasyhteenvedo -malli

Kanta

Ammattilaisen potilasyhteenvedo

Meikäläinen Matti 310310-3100

Lääkitys

*Voimassa oleva lääkeitys <

*Lääkityshistoria >

Diagnoosit

*Pitkäaikaisdiagnoosit <

*Diagnoosilista >

Riskitiedot

*Kriittiset riskit <

*Hoidossa huomioitavat >

Laboratorio-tutkimukset >

Kuvantamis tutkimukset >

Fysiologiset mittaukset >

Rokotukset >

Terveys- ja hoitosuunnitelma >

Toimenpiteet >

Käynnit ja hoitajakset >

Henkilötiedot >

Ohjeet >

Lääkitysyhteenvedo

Säännöllinen lääkeitys

Pysyvyys	A	Valmiste	Vahvuus: Muo	Annostelu	!	Käyt
J		Marevan	5 mg tabl	½ tabl x1 /vrk po		Vere
J		Disperin	100 mg tabl	1 tabl x1 /vrk po		Vere
J		Retafer	50 mg tabl	1 tabl x1 /vrk po		Aner
J		Seloken	50 mg tabl	1 tabl x2 /vrk po	x	Vere
J		Diapam	10 mg tabl	1 tabl iltaisin po		Unil

Tarvittaessa otettava lääkeitys

Lääkehoidon kokonaisarviointi te

Pysyvyys	A	Valmiste	Vahvuus: Muo	Annostelu	!	Käyttötarkoitus				Päättyy
I		Panacod	500mg/30 pore	1 tabl x3 /vrk po tarv		Selkäsärkyyn				

Diagnoosiyhteenvedo

Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014

Pitkäaikaisdiagnoosit

Avaa diagnoosiyhteenvedo

+	Aikajakso	Dg-koodi	Diagnoosin nimi	Lopeta
...	9.9.09 - 15.8.12	E11.9	Aikuistyyppin 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	

Riskitietoyhteenvedo

Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014

Kriittiset riskit

Hoidossa huomioitavia riskejä (2kpl)

Avaa riskitietoyhteenvedo

Riskin tyyppi, nimi tai kuvaus ja koodi	Riskinaiheuttava tekijä /	Riskin huomiointi hoidossa:	Todettu	Päättyy	Varmuus
A1 Anafylaktinen sokki T88.6#	V-pen Mega tabl.	J014 Penissilliiniä ei saa käyttää	15.8.09	Pysvä	Varma
B1 Anafylaktinen sokki T78.0	Kanamuna	Kanamunaa ei saa käyttää	5.1.00	Pysvä	Enäily

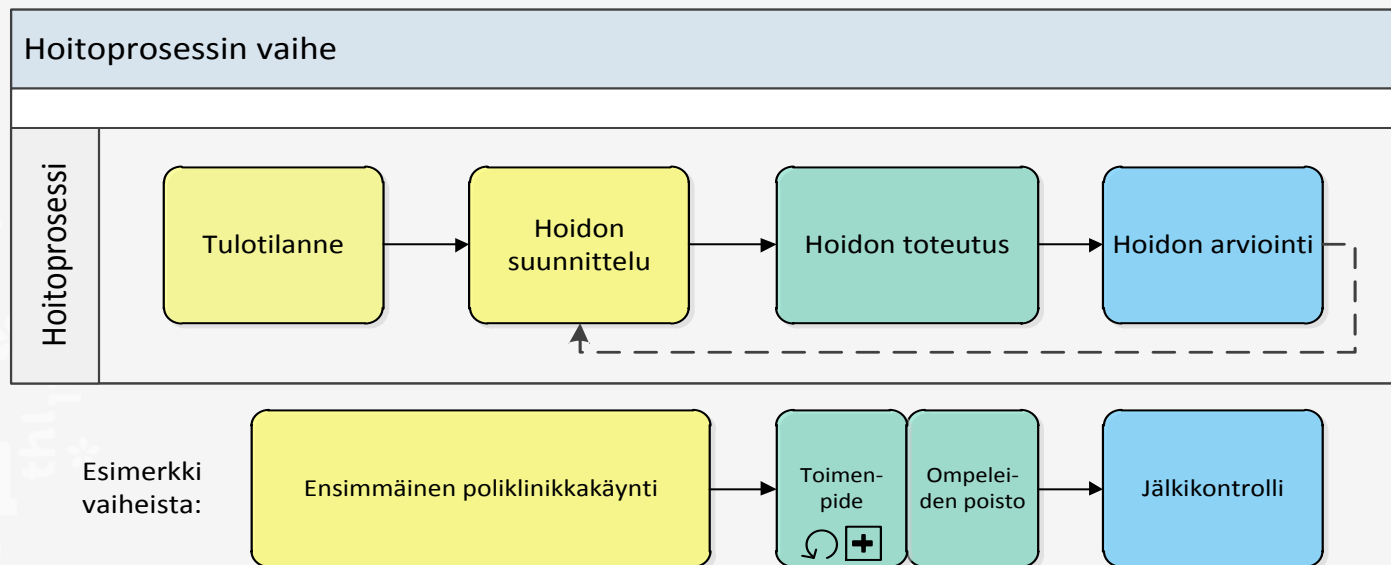
Huom. Lääkitys kuului alkuperäisiin Tiedonhallintapalvelun keskeisiin terveystietoihin. Nyt lääkityslista on päädytty kokoamaan Reseptikeskuksen pohjalta. Lääkitystiedot ovat kuitenkin keskeisimpiä terveystietoja ja ne kuuluvat potilasyhteenvedon tietoihin.

Potilasyhteenvedo on Tiedonhallintapalvelun kokoamanäkymä potilaan tärkeimpiin tietoihin. Sen tarkoituksena on helpottaa kokonaistilanteen hahmottamista ja mahdollistaa nopea pääsy asiakirjoihin, joista yhteenvedolla näytettävä tieto on peräisin. Vähemmän tärkeää tietoa ei välttämättä näytetä yhteenvedolla, vaan se voidaan linkittää yhden klikkauksen päähän näytöllä olevan kuvakkeen taakse.

thl

Hoitoprosessin vaiheet

- Merkinnässä tulee olla aina tieto hoitoprosessin vaiheesta
 - Tulotilanne – Hoidon suunnittelu – Hoidon toteutus – Hoidon arviointi – Määrittämätön
- Hoitoprosessin vaiheen avulla voidaan seurata potilaan hoidon toteutumista
- Merkinnässä voi käyttää yhtä tai useampaa vaihetta tarpeen mukaan
 - yleensä järjestelmä päättelee hoidon vaiheen esimerkiksi merkinnän otsikon perusteella, mutta tarvittaessa kirjaaja voi muuttaa vaiheen toiseksi



(Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, 2018 THL)

Hoitoprosessin vaiheissa kirjattavia tietoja

Esimerkinä: Hoidon suunnittelu

- Terveystieteiden 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

Esimerkinä: 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
 - toteutettuihin hoitoihin (toimenpiteet, kuntoutus, lääkehoito ja muut hoitotoimet) liittyvät muutokset
 - diagnoosi tai käyntisyys

Kansalliset otsikot

Koko merkinnän otsikot

Etäkontakti
Konsultaatio / Lähetä
Lausunto
Terveystarkastus

Päivittäismerkintä (decursus)
Väliarvio
Loppuarvio (epikriisi)

Luokittelemattomat otsikot

Muu merkintä

Tulosy ja esitiedot

Tulosy
Esitiedot (anamneesi)
Terveysteen vaikuttavat tekijät
Riskitiedot

Havainnot ja tutkimukset

Nykytila (status)
Toimintakyky
Tutkimukset
Fysiologiset mittaukset
Testaus- ja arviointitulokset

Hoidon suunnittelu

Hoidon tarve
Hoidon tavoitteet
Suunnitelma

Hoidon toteutus

Toimenpiteet
Hoitotoimet
Kuntoutus
Lääkehoito
Ennaltaehkäisy (preventio)
Apuvälineet ja hoitotavalliset

Hoidon arviointi

Diagnoosi
Hoidon syy
Hoitoisuus
Hoidon tulokset

(Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, 2018 THL)

Otsikot voidaan ryhmitellä loogisesti kuuteen ryhmään hoitoprosessin vaiheita vastaavasti. Osa otsikoista sopii **koko tekstin otsikoiksi**, ja niitä käytetään yleensä merkinnän **ensimmäisenä** otsikkona. Merkinnässä on oltava **vähintään yksi** otsikko. Merkintöjen jäsentämisen lisäksi otsikoita voidaan käyttää apuna mm. **hakutoiminnoissa**.

Mitä kirjataan otsikoiden ”alle”?

- Otsikoiden alle voidaan kirjata tarkempaa potilas- ja hoitotietoa rakenteisesti käyttäen apuna erilaisia kansallisia koodistoja ja luokituksia
- Rakenteinen tieto saattaa riittää yksinäänkin (esim. diagnoosi), mutta usein sitä täydennetään vapaalla tekstillä, joka yksilöi rakenteisen kirjauksen koskemaan nimenomaan kyseistä potilasta ja hänen hoitoaan
- Lisäotsikoilla voidaan tarkentaa kansallisia otsikoita, mutta niitä ei voi käyttää yksinään, ilman kansallista otsikkoa
 - Lisäotsikko on esimerkiksi oma, paikallinen otsikko tai otsikon tarkennin
 - Lisäotsikot ovat rakenteltaan rinnastettavissa **vapaaseen tekstiin**
 - Esimerkiksi oma paikallinen lisäotsikko voi olla Nykysairaus

Kansallisten otsikoiden kirjaamisohjeista

- Kirjaamisoppaassa on jokaiselle otsikolle käyttösuositus, esimerkkeinä

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.

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.

Hoidon syy

- Otsikon alle muut terveydenhuollon ammattihenkilöt kuin lääkäri kirjaavat hoidon edetessä arvioimansa hoidon syyn rakenteisesti diagnoosirakenteen mukaisena käyntisyynä. Käyntisyys voidaan kirjata ICPC2-luokituksella tai potilaalle aiemmin diagnostisoituja ICD-10 koodeja käyttäen.

Hoidon tavoitteet

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

Mitä ovat keskeiset terveystiedot?

- Rakenteisesti kirjattavia keskeisiä terveystietoja ovat

- Diagnoosit
- Käyntisyyt
- Riskitiedot
- Toimenpiteet
- Kuvantamistutkimukset
- Laboratoriotutkimukset
- Fysiologiset mittaustulokset
- Rokotustiedot
- Lääkitys (soveltuvin osin)*

**Valtakunnallinen lääkehoito- ja reseptikeskuksen palveluna 2024-2025*

Keskeisten terveystietojen kirjaamisesta (1)

- **Diagnoosit**

- lääkärit kirjaavat diagnoosin *Diagnoosi*-otsikon alle Diagnoosi-tietorakenteen mukaisesti
 - huom. tieto diagnoosin pysyvyydestä on pakollinen tieto
- diagnoosit kirjataan erikoissairaanhoidossa ICD-luokituksella ja perusterveydenhuollossa ICD- tai ICPC-luokituksella, suosituksena perusterveydenhuollossakin on käyttää ICD-luokitusta

- **Käyntisyys**

- muut kuin lääketieteellisen koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat käyntisyynt kertomusnäkömään *Hoidon syy* -otsikon alle Diagnoosit ja käyntisyys -tietorakenteen mukaisesti käyttäen joko ICPC 2-luokitusta tai ICD-10-luokitusta, jos käynti perustuu lääkärin aiemmin tekemään diagnoosiin

- **Riskitiedot**

- riskit ovat joko kriittisiä tai hoidossa huomioitavia, ja riskitiedosta on kirjattava vähintään riskin nimi, tyyppi ja aste, lisäksi tietoa voi tarkentaa mm. varmuusasteella ja pysyvyydestiedolla sekä vapaalla tekstillä
- riskitiedot kirjataan käyttäen mm. riskitiedon tyyppi-, aste- ja pysyvyysskoodistoja, tarvittaessa hyödynnetään diagnoosi- tai toimenpidekirjauksia (ja niiden koodistoja)
- ATC-koodia käytetään silloin, kun riski liittyy lääkeaineeseen, esim. lääkeallergiaan
- tiedot kootaan riskitietonäkymälle (RIS), kertomusmerkinnöissä käytetään *Riskitiedot*-otsikkoa

Keskeisten terveystietojen kirjaamisesta (2)

- **Toimenpiteet**

- luokitellaan vaativiin toimenpiteisiin, suun toimenpiteisiin ja pientoimenpiteisiin, jotka kirjataan käyttäen THL-toimenpideluokitusta, lisätietona voidaan merkitä toimenpiteen ensisijaisuus hyödyntäen Diagnosoisin ja toimenpiteen ensisijaisuus – koodistoa
- komplikaatioiden kirjaamisessa käytetään ICD-10-luokitusta
- toimenpiteiden kertomusmerkinnöissä käytetään *Toimenpiteet* -otsikkoa

Kuvantamistutkimukset

- tutkimuspyynnöt ja – lausunnot kirjataan radiologian ohjelmistoihin tai potilaskertomukseen RTG -näkyville käyttäen Radiologian tutkimus- ja toimenpideluokituksen koodeja (THL -toimenpideluokitus) sekä Lausunnon tila ja Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen Poikkeavuus -luokituksia
- kirjallinen yhteenveto tuloksista kirjataan *Tutkimukset* -otsikon alle

- **Laboratoriotutkimukset**

- tutkimuspyynnöt ja -lausunnot kirjataan LAB -näkyville käyttäen Laboratoriotutkimus-nimikkeistöä tai toimintayksikön omaa koodia (miel. FinLOINC -koodi), lisäksi käytetään mm. luokituksia Tiedon lähde, Poikkeustilanneviestit, Tulkintakoodit ja Lausunnon tila
- kirjallinen yhteenveto tuloksista kirjataan *Tutkimukset* -otsikon alle

Keskeisten terveystietojen kirjaamisesta (3)

- **Fysiologiset mittaukset**

- esim. pituus, paino ja verenpaine
- kirjataan rakenteisesti FinLOINC-luokituksen avulla aina kun mahdollista, lisäksi käytetään mm. Tiedon lähde, Lausunnon tila ja Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen Poikkeavuus -luokituksia
- usein fysiologisille mittauksille on potilastietojärjestelmässä oma rakenteinen osio
- tarvittaessa tieto voidaan kirjata myös rakenteisessa ja/tai sanallisessa muodossa *Fysiologiset mittaukset* – otsikon alle

- **Rokotustiedot**

- rokotteeseen, rokotustapahtumaan ja haittavaikutuksiin liittyvät tiedot kirjataan hyödyntäen rokotekoodia sekä rokotustapa-, pistokohta- ja diagnoosiluokituksia
- rakenteiset rokotustiedot (vapaamuotoisen tekstin lisäksi) merkitään *Ennaltaehkäisy (Preventio)* -otsikon alle
- muusta lääkityserkinnästä poiketen rokotuksista kirjataan rakenteisesti vain niiden antokirjaus
- jos potilas hakee itse rokotteen apteekista, tehdään rokotteesta lääkkeen määräysmerkintä potilaskertomukseen sekä resepti Reseptikeskukseen
- eri potilastietojärjestelmissä on erilaisia tapoja rokotusten kirjaamiseen

Keskeisten terveystietojen kirjaamisesta (4)

- **Lääkitys**

- lääkityksen perustietoja ovat lääkkeen nimi, määrä, lääkemuoto, kerta- ja vuorokausiannos sekä annostelutapa, antopäivä ja -aika sekä antajannimi ja lääkkeen määrääjän nimi
- yksittäiset rakenteiset lääkemerkinnot kirjataan LÄÄ-näkymälle
- sen lisäksi hoitokäynnin tai osastohoitojakson päättyessä voimassa oleva lääkitys tallennetaan organisaatiokohtaisesti VLÄÄ-näkymälle
- käyttäjän tulee aina tarkistaa Potilastiedon arkistoon arkistoitavat VLÄÄ-näkymän tiedot **ennen** arkistointia
- LÄÄ ja VLÄÄ näkymien tietoja ei toistaiseksi pystytä Potilastiedon arkistosta hyödyntämään rakenteisina, vaan ainoastaan näyttömuotoisina
- Lääkityksen kirjaamisen ohjeita päivitetään oppaan seuraavassa versiossa 2021 alussa.

Esimerkki tulotilanteen kirjaamisesta

PAIV, päivystys (päänäkymä) + **NEU**, neurologia (lisänäkymä) + **KIR**, Kirurgia (lisänäkymä)

Tulotilanne (hoitoprosessin vaihe)

Tulosyy (otsikko)

Tänään kaatunut, kun oikea puoli mennyt voimattomaksi. Vasemman lonkan kipu

Esitiedot (anamneesi) (otsikko)

91-vuotias nainen, jolla MCC ja dieettihoitoinen diabetes. Aiemmin 11/03 basaalin collummurtuma hoidettu DHS-ruuveilla. Potilas kotiutunut omatoimiseksi ja pärjännyt kotona.

Nykytila (otsikko)

Yleistila hyvä. Asiallinen. Vasemmassa lonkassa kipua. Jalka lämmin, perifeeriset pulssit palpoituvat. Oikean jalan ja käden voimat selvästi heikentyneet.

Fysiologiset mittaukset (otsikko)

Lämpö, kainalo 37.8 (8328-7) (rakenteinen tieto, FinLoinc)

Verenpaine 161/79 (8480-6, 8462-4) (rakenteinen tieto, FinLoinc)

Diagnoosi (otsikko)

I63.5 Aivoinfarkti, epäilty, päädg (rakenteinen tieto, ICD-10)

S72.0 Reisiluun kaulan murtuma, epäilty (rakenteinen tieto, ICD-10)

Suunnitelma (otsikko)

Otetaan aivojen magneettikuva

Riskitiedot -> Merkinnät riskitietonäkymälle, ohjelma ilmoittaa erikseen, jos potilaalle on kirjattu kriittisiä riskitietoja

Lääkitys -> Merkinnät lääkitysnäkymille

Potilastiedon arkisto – keskeiset muutokset

- Potilaskertomustiedon rakenne ja kirjaaminen yhtenäistyvät
 - Potilaskertomukset ja niiden tietosisällöt muodostuvat kansallisesti yhtenäisistä rakenteista
 - Yhdenmukainen rakenne syntyy käyttäen kansallisia luokituksia ja koodistoja
- Organisaatiokohtaisten näkymien käyttö loppuu/ vähenee
 - Potilastiedon arkistoon tiedot tallennetaan kansallisille näkymille, jolloin toinen arkistoa käyttävä organisaatio voi käyttää niitä omassa potilastietojärjestelmässään
 - Jos käytössä on paikallisia näkymiä, ne on linkitettävä vastaavaan kansalliseen näkymään ennen kuin asiakirja tallennetaan Potilastiedon arkistoon
- Hoitoprosessin vaihe tulee huomioiduksi aiempaa paremmin
- Organisaatiokohtaisten otsikoiden käyttö loppuu/ vähenee
 - Jos käytössä on paikallisia otsikoita, ne on linkitettävä vastaavaan kansalliseen otsikkoon ennen kuin asiakirja tallennetaan Potilastiedon arkistoon
- Potilaan keskeiset hoitotiedot
 - kirjataan kansallisilla luokituksilla ja koodistoilla, tarvittaessa tietoa täydennetään vapaamuotoisena tekstinä
→ keskeisistä rakenteisista tiedoista saadaan jatkossa koosteita
- Potilasasiakirjamerkinnät kiinnitetään aina johonkin palvelutapahtumaan (esim. käynti tai hoitojakso)

Rakenteisen kirjaamisen hyötyjä

- Potilas- ja hoitotieto on yhtenevää ja vertailukelpoista
- Tietojen hakeminen ja ajantasainen hyödyntäminen organisaatioiden välillä helpottuu
- Tietojen kopiointi ja päällekkäiset kirjaamiset vähenevät
- Kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa voidaan helpommin käyttää uudelleen verrattuna vapaamuotoiseen tekstiin
- Keskeisiä rakenteisia hoitotietoja voidaan jatkossa hakea koosteina Tiedonhallintapalvelun avulla ja hyödyntää potilasjärjestelmissä
- Rakenteisia tietoja voidaan koota, yhdistää ja hyödyntää paikallisesti, alueellisesti tai valtakunnallisesti erilaisiin tiedon tarpeisiin (raportit, tilastot)



Seuraa

thl.fi >
[Tiedonhallinta](#)
[sosiaali- ja](#)
[terveysalalla](#)



Lisätietoa / kysymykset:
sotetiedonhallinta@thl.fi