



Vanhentunut

# Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas

Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen  
sähköiseen potilaskertomukseen

## OSA 1

Jukka Lehtovirta  
Riikka Vuokko (toim.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

OHJAUS 1/2014

Jukka Lehtovirta ja Riikka Vuokko (toim.)

# **Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas**

**Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen  
sähköiseen potilaskertomukseen**

**Osa I**



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Vanhentunut

© Kirjoittaja ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-108-2 (verkkojulkaisu)  
ISSN 2323-4172 (verkkojulkaisu)  
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-108-2>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy  
Helsinki, 2013

## 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 päivitettyt luvut 1-6 ja myöhemmin ilmestyvä osa II yksityiskohtaisemmat eri ammattiryhmien 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 ammattilaisille. 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 terveystalot
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 tulevaisissa päivityksissä.

Helsingissä marraskuussa 2013

*Toimittajat*

## Tiivistelmä

Lehtovirta, Jukka ja Vuokko Riikka (toim.). Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen – Osa I. Terveystden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Ohjaus 1/2014. 98 sivua. Helsinki 2013. ISBN 978-952-302-108-2 (verkkojulkaisu).

Potilaskertomukseen kirjataan kaikki sairauksien ennaltaehkäisy, terveyden seurannan, hoidon toteutuksen ja arvioinnin kannalta tarpeellinen potilaan tieto. Rakenteisen kirjaamisen oppaassa kuvataan keskeisiä kertomusrakenteita ensisijaisesti potilastiedon kirjaajan ja tallentajan näkökulmasta. Potilastiedon rakenteilla tarkoitetaan tässä oppaassa tietoa, joka kirjataan ja tallennetaan etukäteen sovitun rakenteen avulla. Rakenteista tietoa voidaan aina tarkentaa vapaamuotoisella tekstillä. Tässä oppaassa kuvataan rakenteisen tiedon kirjaamista otsikoiden, näkymien ja hoitoprosessin vaiheen mukaisesti sekä käyttäen kirjaamiseen tarkoitettuja luokituksia ja koodistoja.

Kirjaamisen yhtenäisyys perustuu terveydenhuollon valtakunnallisten sähköisten palveluiden järjestämisen vaatimukseen. Potilastiedon arkistoon tallennettu tietosisältö on 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 ja vertailtavuuden arviointiin sekä valtakunnalliseen tilastointiin ja tutkimukseen. Oppaassa esitellään lainsäädännön puitteet potilastiedon kirjaamiseen, tallentamiseen ja käsittelyyn.

Rakenteista kirjaamista toteutetaan moniammatillisesti ja rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaisesti tiedot ovat keskeisiltä osiltaan yhteneviä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä. Samoin keskeiset tietorakenteet ovat yhtenevät sekä julkisella että yksityisellä palvelunantajalla.

Sähköinen potilaskertomus sisältää näkymiä, joille terveydenhuollon ammattilainen kirjaa potilastietoa valitussa näkymässä esimerkiksi otsikoilla asiakokonaisuuksiin jäsentäen. Otsikon alle kirjattavaa tietoa voidaan rakenteistaa edelleen esimerkiksi käyttämällä kirjaamiseen määriteltyjä koodistoja ja luokituksia. Lisäksi potilastietojärjestelmä voi tuottaa kirjatun tiedon yhteyteen automaattisesti tiedon hoitoprosessin vaiheesta eli koskeeko kirjaus esimerkiksi hoidon suunnittelua tai toteutusta.

Rakenteisen kirjaamisen oppaan ensimmäisessä osassa kuvataan asiakohdaisen kirjaamisen tasolla seuraavia kokonaisuuksia: potilaan perustiedot, hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetiedot, tulosy, hoidon syy ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, preventio sisältäen rokotukset, lausunnot, apuvälineet, toimintakyky ja kuntoutus, yhteenvetotiedot sekä terveys- ja hoitosuunnitelma. Lisäksi opas ohjeistaa potilaan tahdonilmausten kirjaamisen liittyen potilaan informointiin, suostumukseen ja kieltoihin sekä hoitotahtoon ja elinluovutustahtoon.

Opas sisältää kirjaamiseen liittyviä esimerkkejä tekstin seassa, kuvina sekä liitteessä. Liitteissä on lisäksi esitetty oppaassa käytettyjä keskeisiä käsitteitä ja ilmauksia, annettu esimerkkejä eri näkymillä käytettävistä hoitoprosessin vaiheista ja otsikoista sekä terveyteen vaikuttavien tekijöiden mittaamiseen tarkoitettuja testeistä.

Avainsanat: Terveysthuolto, sähköinen potilaskertomus, potilastieto, valtakunnalliset sähköiset palvelut, tietorakenne, luokitus, koodisto, näkymä, otsikko, hoitoprosessin vaihe, yhtenäisyys.

## Sammandrag

Lehtovirta, Jukka och Vuokko, Riikka (red.). Handbok för strukturerad dokumentering inom hälsovården. Dokumentering av viktiga journalstrukturer i en elektronisk patientjournal – Del I. Institutet för hälsa och välfärd (THL).Handledning 1/2014. 98 sidor. Helsingfors 2013. ISBN 978-952-302-108-2 (nätpublikation).

I en patientjournal dokumenteras all information om patienten som är nödvändig för att förebygga sjukdomar, följa upp hälsan, genomföra vård och göra bedömningar. I handboken för strukturerad dokumentering beskrivs viktiga journalstrukturer i första hand med tanke på den som dokumenterar och sparar patientdata. Med patientdatastrukturer avses i den här handboken de uppgifter som dokumenteras och sparas med hjälp av en på förhand utsedd struktur. Strukturerad information kan alltid preciseras med hjälp av fritt formulerad text. I den här handboken beskrivs dokumenteringen av strukturerad information enligt rubriker, vyer och vårdprocessens faser samt med hjälp av klassificeringar och koder som är avsedda för dokumentering.

Dokumenteringens enhetlighet grundar sig på de krav som gäller tillhandahållandet av riksomfattande elektroniska tjänster inom hälsovården. Datinnehåll som sparats i Patientdataarkivet är tillgängligt för hälso- och sjukvården oberoende av serviceleverantör och system, inom ramen för de samtycken och förbud som patienten har gett. Patientjournalens datainnehåll kan användas till att dokumentera patientdata men också exempelvis till att följa upp vårdens tillgänglighet och kvalitet, bedöma verksamhetens effektivitet och jämförbarhet samt stöda riksomfattande statistikföring och forskning. I handboken presenteras den lagstiftning som reglerar hur patientdata kan dokumenteras, sparas och bearbetas.

Strukturerad dokumentering görs multiprofessionellt och i enlighet med principerna för strukturerad dokumentering är de viktigaste delarna av informationen enhetliga i patientdatasystemen inom primärvården och den specialiserade sjukvården. På samma sätt är också de centrala datastrukturerna enhetliga hos såväl offentliga som privata serviceleverantörer.

I den elektroniska patientjournalen finns vyer där hälsovårdspersonalen dokumenterar patientdata exempelvis genom att strukturera innehållet i ämnesområden med hjälp av rubriker. Informationen under en rubrik kan struktureras ytterligare bland annat genom att använda koder och klassificeringar som är avsedda för dokumentering. I samband med dokumentering av information kan patientdatasystemet dessutom automatiskt lägga till information om fasen i vårdprocessen, såsom om dokumenteringen gäller planering eller genomförande av vård.

I den första delen av handboken för strukturerad dokumentering beskrivs följande ämnesområden med tanke på dokumentering av ett specifikt ärende: patientuppgifter, identifieringsuppgifter för vårdaren och servicehändelsen, orsak till besök, vårdorsak och diagnos, riskuppgifter, faktorer som påverkar hälsan, undersökningar och mätningar, ingrepp, läkemedelsbehandling, prevention inklusive vaccinerings, utlåstanden, hjälpmedel, funktionsförmåga och rehabilitering, sammanfattande uppgifter samt hälso- och vårdplan. I handboken ingår också anvisningar för hur man dokumenterar en patients viljeyttringar med anknytning till informering, samtycken och förbud samt patientens livstestamente och donationsvilja.

Handboken innehåller exempel på dokumentering såväl i texten och i form av bilder som i en bilaga. I bilagorna presenteras dessutom viktiga begrepp och uttryck som används i handboken samt ges exempel på faser i vårdprocessen och rubriker som ska användas med olika vyer samt på test som är avsedda att mäta faktorer som påverkar hälsan.

Nyckelord: Hälsovård, elektronisk patientjournal, patientuppgift, riksomfattande elektroniska tjänster, datastruktur, klassificering, koder, vy, rubrik, fas i vårdprocessen, enhetlighet.

## Abstract

Lehtovirta, Jukka and Vuokko, Riikka (eds.). Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen – Osa I [Manual for structured data entry in health care. Entering essential patient record structures in the electronic patient record – Part I]. National Institute for Health and Welfare (THL). Ohjaus 1/2014. 98 pages. Helsinki 2013. ISBN 978-952-302-108-2 (online).

The patient record is the repository for all details concerning the patient's disease prevention, health monitoring, treatment implementation and evaluation. The manual for structured data entry describes the essential patient record structures principally from the perspective of the person recording and entering the patient details. 'Patient record structures' are here understood to mean details that are recorded and entered according to a predetermined data structure. Free text can always be added to structured details for clarification. This manual describes the entering of structured data by heading, view and treatment process stage, using the classifications and codes defined for the purpose.

The consistency of data entries is governed by the requirements for the providing of national electronic services in health care. The information content in the patient record archives is available to health care and medical professionals irrespective of service provider or IT system, restricted only by the consent and prohibitions issued by the patient himself/herself. The information content of a patient record may be used for documentation of patient details and also for purposes such as monitoring the availability and quality of treatment, evaluating the effectiveness and comparability of operations, and nationwide statistics and research. The manual discusses the statutory framework concerning the recording, storage and handling of patient details.

Structured data entry is performed multi-professionally, and under its principles essential details are compatible between the primary health care and specialist medical care patient information systems. Similarly, essential data structures are compatible between public and private service providers.

The electronic patient record features screen views, using which health care professionals can enter patient details under specific subject headings, for instance. Data entered under a particular heading can be further structured for instance by using the codes and classifications specified for data entry. Also, the patient information system can automatically generate a reference to the stage of the treatment process, i.e. whether a particular data entry concerns treatment planning or implementation.

Part I of the manual for structured data entry discusses the following topics at the level of entry of patient details: basic patient information; treatment provider and service event IDs; reason for visit; reason for treatment and diagnosis; risk factors; factors affecting health; examinations and measurements; procedures; pharmaceutical treatment; prevention including vaccinations; statements; assistive devices; functional capacity and rehabilitation; summary details; and health care and treatment plan. The manual also discusses how to record the patient's expressions of will with regard to information provided to the patient, consent given by the patient, prohibitions imposed by the patient, living wills and organ donor wills.

The manual includes examples of the data entry procedures in the text, as illustrations and in an appendix. Further appendices list the key terms and expressions used in the manual, include examples of the stages of the treatment process and the headings in the various screen views, and tests intended for measuring various factors affecting health.

**Keywords:** Health care, electronic patient record, patient information, national electronic services, data structure, classification, code, screen view, heading, stage of treatment process, consistency.

## Sisällys

Lukijalle.....	3
Tiivistelmä.....	4
Sammandrag.....	5
Abstract.....	6
1 Oppaan tausta ja tavoite.....	11
1.1 Oppaan tavoite ja rajaukset.....	11
1.2 Oppaan käyttö ja rakenne.....	11
2 Rakenteistamisen merkitys terveydenhuollossa.....	13
2.1 Rakenteisen kirjaamisen hyöty terveydenhuollon ammattilaiselle.....	13
2.2 Hyöty organisaation johdolle ja ammattilaiselle.....	13
2.3 Rakenteisen kirjaamisen hyöty potilaalle.....	14
2.4 Potilaskeskeinen kirjaamismalli.....	14
3 Lainsäädännön asettamat puitteet.....	15
3.1 Potilasasiakirjamerkinnot.....	15
3.2 Yksityisyys ja potilastietojen käsittely.....	15
3.3 Valtakunnalliset sähköiset palvelut.....	16
3.4 Alueellinen ja valtakunnallinen arkisto.....	16
3.5 Omakanta ja Tiedonhallintapalvelu.....	17
4 Rakenteisen kirjaamisen oppaan suhde muihin oppaisiin ja ohjeisiin.....	18
4.1 Potilasasiakirjamerkintöihin ja luokituksiin liittyvät oppaat.....	18
4.2 Keskitetyn tiedonkeruun ohjeet.....	19
4.3 Viranomaistahojen oppaat.....	19
4.4 Muut terveydenhuollon ammattilaisen oppaat.....	20
4.5 Potilastiedon arkiston valtakunnalliset määrittelyt.....	20
5 Rakenteiden käytön ja hyödyntämisen periaatteita.....	22
5.1 Yleisiä periaatteita.....	22
5.2 Luokitusten, termistöjen ja koodistojen käyttö.....	23
5.3 Rakenteisen kirjaamisen periaatteita.....	24
5.4 Erikoisala- ja ammattikohtaisten potilastietojen käyttö.....	24
6 Sähköisen potilaskertomuksen näkymät, hoidon vaihe, otsikot ja rakenteiset tiedot.....	26
6.1 Näkymät.....	27
6.1.1 Yleiset näkymät ja koosteet.....	28
6.1.2 Erikoisala- ja palvelukohtaiset näkymät.....	28
6.1.3 Ammatilliset näkymät.....	29
6.1.4 Hoitokertomus.....	29
6.1.5 Lisänäkymät.....	29
6.1.6 Käytetyn näkymän kirjaaminen.....	29
6.1.7 Erityissuojattu asiakirja.....	30
6.1.8 Erillinen asiakirja (ERAS-näkymä).....	30
6.2 Hoitoprosessin vaihe.....	30
6.3 Otsikot ja otsikoiden alle kirjattavat asiat.....	31
6.3.1 Organisaation omat lisäotsikot.....	34
6.3.2 Näkymien ja otsikoiden tunnistaminen.....	34
6.3.3 Erikoisalakohdat ja ammatilliset rakenteiset tiedot.....	34
7 Potilaan perustiedot.....	35
7.1 Potilaan yksilöintitiedot.....	35
7.1.1 Nimi.....	36
7.1.2 Henkilötunnus.....	36
7.1.3 Syntymäaika ja kuolinaika.....	36



7.1.4 Sukupuoli.....	36
7.2 Potilaan yhteystiedot.....	36
7.2.1 Osoite.....	37
7.2.2 Kotikunta.....	37
7.2.3 Puhelin, faksi ja sähköposti.....	37
7.2.4 Ammatti.....	37
7.2.5 Vakuutusyhtiö.....	37
7.2.6 Äidinkieli.....	37
7.2.7 Asiantikieli.....	37
7.2.8 Tulkin tarve.....	37
7.2.9 Turvakielto.....	38
7.2.10 Yhteyshenkilö.....	38
7.3 Henkilötietolomake.....	38
7.4 Henkilötietojen jatkokehitys.....	38
8 Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetiedot.....	39
8.1 Merkintä ja hoidon antajan tunnistetiedot.....	39
8.2 Palvelutapahtuman tunnistetiedot.....	40
9 Tulosyy, hoidon syy ja diagnoosi.....	42
9.1 Tulosyy.....	42
9.2 Hoidon syy.....	43
9.3 Diagnoosi.....	43
9.3.1 Diagnoosin ensisijaisuus.....	44
9.3.2 Diagnoosin pysyvyys.....	44
9.3.3 Diagnoosin varmuusaste.....	45
9.3.4 Tiedon lähde.....	45
9.3.5 Diagnoosin päättymisen syy.....	45
9.3.6 Hoitoepisodi ja diagnoosin episoditunnus.....	46
10 Riskitiedot.....	47
10.1 Riskitiedot.....	47
10.1.1 Riskin tyyppin kirjaaminen.....	47
10.1.2 Riskin aste.....	48
10.1.3 Selite, riskin huomiointi potilaan hoidossa.....	49
10.2 Kriittiset riskitiedot.....	49
10.3 Hoidossa huomioitavat tiedot.....	49
10.3.1 Raskaus.....	50
10.3.2 Toimenpide- ja ATC-luokitusten käyttö.....	50
11 Terveyteen vaikuttavat tekijät.....	51
11.1 Terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen.....	51
11.2 Terveyteen vaikuttavat tekijät ja niiden mittarit.....	51
11.2.1 Todetun tilanteen kirjaaminen.....	52
11.2.2 Tupakointi.....	52
11.2.3 Päihteet ja huumaavat aineet.....	52
11.2.4 Liikunta.....	52
11.2.5 Raskaus.....	53
11.2.6 Ravitsemus.....	53
12 Tutkimukset ja mittaukset.....	54
12.1 Fysiologiset mittaukset.....	54
12.1.1 FinLOINC-luokitus.....	54
12.1.2 Fysiologisten mittausten kirjaaminen.....	55
12.2 Tutkimukset.....	55
12.2.1 Laboratoriotutkimukset.....	55

12.2.2 Radiologiset tutkimukset .....	56
12.2.3 Tutkimusten pyynnöt ja lausunnot.....	56
12.2.4 Kriittinen löydös .....	56
12.2.5 Tutkimusten arviointi potilaskertomuksessa .....	56
12.2.6 Muiden tai potilaan itse tekemät tutkimukset.....	56
12.2.7 Säteilyaltistus.....	57
13 Toimenpiteet.....	58
13.1 Toimenpiteiden kirjaaminen .....	58
13.2 Toimenpiteisiin liittyvät kuvat ja muut kuvat.....	59
14 Lääkehoito .....	60
14.1 Lääkitysmerkintöjen kirjaaminen .....	60
14.1.1 Lääkevalmisteen kauppanimi, ATC-koodi, vahvuus ja lääkekuoto .....	61
14.1.2 Lääkeannos .....	61
14.1.3 Lääkepakkaus .....	61
14.1.4 Lääkkeen määrääminen .....	61
14.1.5 Lääkehoidon aloituksen syy .....	62
14.1.6 Lääkkeen muuttaminen.....	62
14.1.7 Lääkkeen antokirjaus .....	62
14.1.8 Lääkkeen vaihdettavuus.....	63
14.1.9 Tiedon lähde .....	63
14.1.10 Lääkitysmerkinnät ja lääkityksen tarkastaminen.....	63
14.1.11 Lääkehoidon ohjeistus .....	64
14.2 Lääkehoidon jatkokehitys .....	64
15 Preventio.....	65
15.1 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto ja rokotustiedot.....	65
15.2 Rokotustiedot Tiedonhallintapalvelussa .....	66
16 Lausunnot .....	67
16.1 Lausunnot.....	67
16.2 Lomakerakenteet.....	67
17 Apuvälineet, toimintakyky ja kuntoutus.....	68
17.1 Apuvälineet .....	68
17.2 Toimintakyky .....	68
17.3 Kuntoutus .....	69
18 Yhteenvetotiedot.....	70
18.1 Potilasyhteenveto .....	70
18.2 Palvelutapahtuman yhteenveto .....	70
18.2.1 Yhteenvetonäkymä .....	70
18.2.2 Loppu- ja seurantayhteenveto.....	70
18.2.3 Muu yhteenvetotasoinen teksti .....	71
18.2.4 Päivittäismerkintä .....	71
18.2.5 Muiden ammattihenkilöiden loppu- ja väliyhteenvedet.....	71
18.2.6 Yhteenveto potilastietojärjestelmässä.....	71
18.3 Hoitotyön yhteenveto .....	72
18.3.1 Hoitotyön yhteenvetodokumenttien näkymät ja otsikot .....	72
18.3.2 Hoitotyön yhteenvetodokumenttien kirjaaminen.....	72
19 Terveys- ja hoitosuunnitelma .....	74
19.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoite .....	74
19.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman periaatteita .....	75
19.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman täyttäminen .....	75
19.3.1 Hoidon tarve .....	75
19.3.2 Hoidon tavoite .....	76

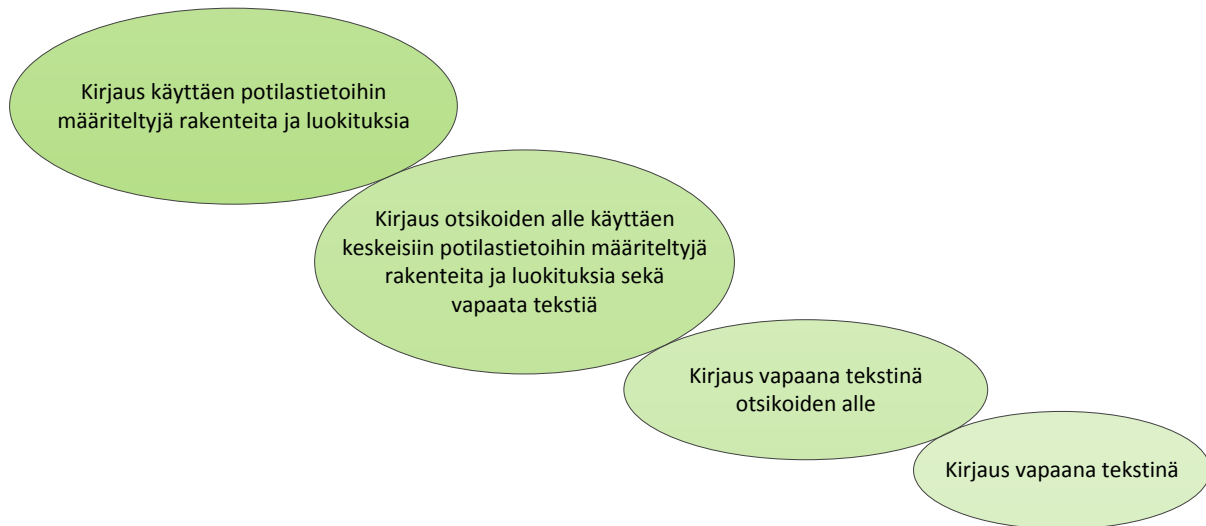
19.3.3 Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot .....	76
19.3.4 Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi .....	76
19.3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot .....	76
19.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman esimerkki .....	76
20 Potilastietojen luovutus .....	78
20.1 Potilastietojen luovutuksen peruskäsitteet .....	78
20.2 Potilastietojen luovutus perustuu lakiin .....	78
20.3 Informointiasiakirja .....	79
20.4 Suostumusasiakirja .....	79
20.5 Kieltoasiakirja .....	80
21 Potilaan tahdonilmaukset .....	81
21.1 Hoitotahto .....	81
21.2 Elinluovutustahto .....	81
22 Kirjaamisen standardista .....	82
22.1 Sähköisen potilaskertomuksen standardirakenne .....	82
22.1.1 Näyttömuoto .....	83
22.1.2 Rakenteinen muoto .....	83
22.2 CDA-asiakirjan toteutus .....	83
22.3 Kenttäpituudet rakenteisessa kirjaamisessa .....	85
22.4 Päivämäärien ja muiden aikaleimojen kirjaaminen .....	85
Lähteet .....	87
LIITE 1: Keskeiset käsitteet ja ilmaukset .....	89
LIITE 2: Eri näkymillä käytettävät hoitoprosessin vaiheet ja otsikot .....	95
LIITE 3: Terveysteen vaikuttavat tekijät; testien sisältöjä .....	97
LIITE 4: Kertomusesimerkki .....	98

# 1 Oppaan tausta ja tavoite

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

## 1.1 Oppaan tavoite ja rajaukset

Yhtenäisten tietorakenteiden määrittelyn avulla kirjaaminen helpottuu, kun tiedon löytäminen tehostuu ja kertaalleen kirjattua tietoa voidaan hyödyntää uudestaan tarpeen mukaan. Tiedon rakenteisuus vähentää tarvetta manuaalisesti kopioida tietoa järjestelmästä, asiakirjasta tai näytöstä toiseen, kun esimerkiksi pelkkä tiedon linkitys riittää. Potilastietojärjestelmä voi tarjota käyttäjälle myös oletusarvona tietoa, kuten hoitoprosessin vaihetta. Lisäksi potilasasiakirjoihin määritellyt yhtenäiset tietorakenteet ovat edellytyksenä valtakunnallisten sähköisten tietojärjestelmäpalveluiden (Kanta) hyödyntämiseen. Tiedon rakenteistamisessa voidaan erotella eri rakenteistamisen asteita (kuvio 1) ja kirjaamista voidaan toteuttaa kulloinkin riittäväksi arvioidulla rakenteisuudella.



**Kuvio 1. Rakenteisuuden asteita.**

Tässä oppaassa kuvataan rakenteista kirjaamista ja siihen liittyen tiedon säilytysmuotoa. Rakenteisesti kirjatun tiedon näyttömuoto voi vaihdella potilastietojärjestelmästä riippuen. Oppaassa kuvataan lisäksi kirjatun tiedon jatkohyödyntämistä potilaan hoidossa, esimerkiksi yhteenvetojen tuottamisessa tai lääketietojen interaktiivisissa päätöksentekutilanteissa sekä erilaisten ongelma- ja tilannekohtaisten näyttöjen koostamisessa. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa kertakirjauksen periaatteiden hyödyntämisen tulevaisuudessa esimerkiksi tilastotiedon tuottamisessa.

Rakenteisesti kirjatun tiedon toisiokäyttöä esimerkiksi rekisteri- ja tilastointitarkoituksiin ei käsitellä tässä oppaassa. Oppaassa ei myöskään arvioida rakenteisen tiedon käytettävyyttä, jota ei voida määrittellä valtakunnallisella tasolla, koska käytettävyyden on riippuvainen potilastietojärjestelmätoteutuksesta. Tietojärjestelmiä koskevat vaatimukset on kuvattu omissa määrittelyissään.

## 1.2 Oppaan käyttö ja rakenne

Rakenteisen kirjaamisen opas täydentää omalta osaltaan potilastiedon kirjaamisen ja käytön ohjeistusta. Rakenteisen kirjaamisen opas korvaa vuonna 2009 julkaistun oppaan *Kansallisen sähköisen potilaskerto-*

*muksen vakioidut tietosisällöt* (jatkossa Ydintieto-opas). Tämä oppaan ensimmäinen osa korvaa vuonna 2009 julkaisun luvut 1-6 ja oppaan myöhemmin julkaistava toinen osa jäljelle jäävät luvut.

Sähköinen potilaskertomus käsittää potilaskertomustiedon lisäksi useiden muiden järjestelmien, kuten kuvantamisen, päivystyksen, ensihoidon ja tehohoidon tietojärjestelmien sekä digitaalisten mittalaitteiden tuottamaa tietoa. Näissä järjestelmissä syntyvän olennaisen tiedon poimiminen ilman ohjeistusta ja määrittelyä on hankalaa. Kansallisessa terveyshankkeessa on laadittu tätä koskevaa ohjeistusta<sup>1</sup>. Potilasasiakirjaoppaassa (STM 2012) on lisäksi kuvattu säädeksiin perustuvaa ohjeistusta, joka koskee kertomustiedon tuottamista, käsittelyä ja tallentamista. Yhteisen ohjeistuksen lisäksi rakenteiseen kirjaamiseen liittyviä kirjaamiskäytäntöjä voidaan tarkentaa organisaatiokohtaisesti.

Rakenteisen kirjaamisen opas on tarkoitettu ensisijaisesti terveydenhuollossa toimiville tietojärjestelmien pääkäyttäjille ja tietohallinnon edustajille, jotka vastaavat sähköisten potilaskertomusten käyttöönotosta, kouluttamisesta ja kertomustiedon hyödynnettävyydestä potilaiden hoidossa. Opasta voivat käyttää sekä alan opiskelijat että ne, jotka päivittäisessä työssään tallentavat ja hyödyntävät sähköisen potilaskertomuksen tietoja. Opas toimii suunnittelun apuvälineenä myös järjestelmätoimittajille, jotka vastaavat määrittysten edellyttämistä muutoksista potilastietojärjestelmissä. Opasta voivat hyödyntää lisäksi terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien päättäjät, tutkijat sekä hallintotehtävissä toimivat lääkärit ja muut ammattilaiset.

Rakenteisen kirjaamisen oppaan ensimmäiseen osaan on koottu sähköisten potilaskertomusten valtakunnallinen, yhtenäiseksi sovittu rakenne, näkymät, hoitoprosessin vaiheet, otsikot sekä tietosisällöt keskeisimmille potilasasiakirjojen tiedoille. Oppaan alku kuvaa rakenteisen tiedon käytöstä saatavia hyötyjä kirjaajalle, organisaatiolle ja potilaalle (luku 2) sekä lainsäädäntöä, joka ohjaa potilastiedon sähköistä kirjaamista (luku 3), ja Rakenteisen kirjaamisen oppaan suhdetta muihin terveydenhuollon toimintaa ohjaaviin oppaisiin, ohjeisiin ja määrittelyihin (luku 4). Rakenteiden käytön ja hyödyntämisen yhteisiä periaatteita on kuvattu luvussa 5. Luvussa 6 esitellään sähköisen potilaskertomuksen perusrakenteet, joita ovat näkymät, otsikot ja hoitoprosessin vaihe. Luvuissa 7 ja 8 kuvataan potilaan, hoidon antajan ja palveluyksikön perus- ja tunnistetietojen kirjaamista.

Näiden lukujen jälkeen oppaassa käydään läpi potilastiedon kirjaamista aihealueittain luvuissa 8-19 seuraavasti: tulosityy, hoidon syy ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, preventio sisältäen rokotukset, lausunnot, apuvälineet, toimintakyky ja kuntoutus, yhteenvetotiedot sekä terveys- ja hoitosuunnitelma. Luvussa 20 kuvataan potilastiedon luovutustenhallintaan sisältyvien potilaan lomakkeiden kirjaaminen, ja luvussa 21 potilaan muiden tahdonilmausten kirjaaminen. Oppaan luku 22 on potilastietojärjestelmän peruskäyttäjän tai kirjaajan kannalta lisäaineistoa, jossa kerrotaan sähköisen potilaskertomuksen asiakirjastandardista ja tähän liittyvistä periaatteista. Opas sisältää lisäksi neljä liitettä, joissa kuvataan oppaassa käytetyt keskeiset käsitteet ja ilmaukset, eri näkymillä käytettävien otsikoiden ja hoitoprosessin vaiheen esimerkkejä, terveyteen vaikuttavien tekijöiden testejä sekä kertomusesimerkki.

---

<sup>1</sup> Yhteenveto määrittelyistä, ks. [http://www.kanta.fi/documents/12105/3450131/KanTa-tekniestm%C3%A4%C3%A4ritykset\\_20121203.pdf/597c5870-e809-43ab-ae6a-8d43bf703ac8](http://www.kanta.fi/documents/12105/3450131/KanTa-tekniestm%C3%A4%C3%A4ritykset_20121203.pdf/597c5870-e809-43ab-ae6a-8d43bf703ac8)

## 2 Rakenteistamisen merkitys terveydenhuollossa

### Hyvä tietää

Potilaskertomuksen rakenteistamisella on tarkoitus helpottaa kirjaamista, tiedon hakua ja hoidon seuranta. Vapaamuotoinen teksti ei auta edellä kuvattua tarkoitusta, minkä vuoksi kirjaamisessa käytetään yhteisesti sovittuja koodistoja, luokituksia ja muita sovittuja rakenteita. Rakenteisen kirjaamisen avulla voidaan hyödyntää esimerkiksi kertaalleen syötettyä tietoa toisessa käyttötarkoituksessa kuten todistuksessa.

Potilasta rakenteisuus auttaa parantamalla tiedon laatua ja edistämällä potilasturvallisuutta, kun kirjattu tieto on käytettävissä myös oman organisaation ulkopuolella. Potilas voi tulevaisuudessa osallistua hoitoon tuottamalla itse tietoa, jota on mahdollista hyödyntää potilaskertomuksen kirjauksissa.

Rakenteisen tiedon käyttö mahdollistaa lisäksi päätöksenteon tukea esimerkiksi hoito-ohjeiden ja virhe- tai vaarailmoitusten muodossa.

### 2.1 Rakenteisen kirjaamisen hyöty terveydenhuollon ammattilaiselle

Terveydenhuollon ammattilaisen oman organisaation tai potilastietojärjestelmän sisällä rakenteisen kirjaamisen odotetaan parantavan potilastiedon laatua, kun tiedon kirjaaminen on aiempaa yhdenmukaisempaa, ja helpottavan tiedon löytymistä sekä hyödyntämistä yhteisesti sovittujen tietorakenteiden avulla. Sähköisen potilaskertomuksen ja valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden avulla ajantasaista tietoa voidaan hyödyntää lisäksi eri toimipaikoissa tai terveydenhuollon organisaatioissa. Yhteentoimivuuden näkökulmasta potilaskertomuksissa käytettävien rakenteiden ja niiden käytön tulee olla valtakunnallisesti yhteisesti sovittuja, eivätkä keskeiset potilastiedon rakenteet saisi poiketa toisistaan eri organisaatioissa, jotta potilaskertomustietoa voidaan käyttää ja hyödyntää eri terveydenhuollon toimipaikoissa ja organisaatioissa riippumatta siitä, kuka tiedon on tuottanut.

Tietojen hyödynnettävyyttä ovat vaikeuttaneet esimerkiksi useat potilastietojärjestelmät ja saman potilastietojärjestelmän eri versiot, kun niiden toteuttamisessa ja kehittämisessä on käytetty monenlaisia tietomalleja. Tietomallien ja -rakenteiden erilaisuus on vaikeuttanut tietojen yhteiskäyttöisyyttä. Kun tiedon rakenteisuuden aste on ollut vähäisempää, ja kun potilastietoa on kirjattu pääasiallisesti vapaana tekstinä, tiedon yhteis- ja jatkokäyttömahdollisuuden ovat olleet vähäisempiä.

### 2.2 Hyöty organisaation johdolle ja ammattilaiselle

Rakenteista potilastietoa voidaan hyödyntää organisaatioissa myös toisissa käyttötarkoituksissa kuin potilaan sairauden tai terveyden hoitoon. Organisaatiossa rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa palvelujen toteutumisen arvioinnin ja oman organisaation toiminnan ohjauksen aikaisempaa paremmin, kun raportointia voidaan automatisoida. Samoin lakiperustaiset valvonta- ja seurantatehtävät helpottuvat.

Yhdenmukaisesti kirjattaessa tiedon laatu on sitä uudelleen tarvittaessa parempi. Kirjattua tietoa voidaan hyödyntää päivittäistä potilastyötä laajemmin, tehtiinpä sitten sähköisiä lääkemääräyksiä, läheteitä, hoitopapereita, hoitoilmoituksia tai lakisäätteisiä rekisteri-ilmoituksia. Rakenteisen tiedon käyttö mahdollistaa lisäksi hoito-ohjeita tarjoavan ja mahdollisista virhe- tai vaaratilanteista varoittavan päätöksenteon tuen liittämisen sähköiseen potilaskertomukseen. Rakenteinen tieto helpottaa tiedon hyödyntämistä muun muassa kliinisessä tutkimuksessa, erilaisessa päätöksenteossa, laadun arvioinnissa ja kustannusten seurannassa.

## 2.3 Rakenteisen kirjaamisen hyöty potilaalle

Sähköisen potilaskertomuksen rakenteisuus parantaa potilaan hoidon laatua, jos se auttaa noudattamaan hoitosuosituksia, ja kun potilaan tiedot ovat aiempaa laadukkaampia, paremmin saatavissa ja löydettävissä. Ajantasaisen tiedon saatavuus hoitavasta organisaatiosta riippumattomasti lisää myös potilasturvallisuutta. Potilastietojen saattaminen sähköiseen muotoon parantaa myös potilaan oikeusturvaa, sillä tietojen käyttöä voidaan seurata tarkemmin kuin paperikertomuksessa ja tiedon käyttäjien yhteinen käsitteistö vähentää tulkintaepäselvyyksiä.

Sähköisen potilaskertomuksen tietoja voidaan tuottaa myös potilaan katseltavaksi valtakunnallisissa sähköisissä tietojärjestelmäpalveluissa (Omakanta). Tulevaisuuden kehityssuunta on, että potilas voi itse tuottaa terveystietojaan esimerkiksi ennen hoitokäyntiä. Terveystietojen ammattilainen hyväksyy tällöin aina hoitopäätöksen perusteena olevat potilaan tuottamat tiedot potilaskertomukseen. Tulevaisuudessa potilaan osallistuminen sähköisen asiointin avulla tietojen tuottamiseen voi sekä voimaannuttaa potilasta ja parantaa hoitoprosessin joustavuutta potilaan näkökulmasta että lisätä terveydenhuollon tuottavuutta.

## 2.4 Potilaskeskeinen kirjaamismalli

Potilastietojen käyttöä ja hyödynnettävyyttä voidaan edistää kokoamalla keskeisimmät hoidolliset tiedot, kuten diagnoosit, lääkitys, riskitiedot, tutkimukset, toimenpiteet sekä terveys- ja hoitosuunnitelma omiksi asiakirjoikseen. Näiden asiakirjojen tulisi potilasturvallisuuden lähtökohdista tarkasteltuna olla aina kaikkien terveydenhuollossa toimivien henkilöiden käytössä ajantasaisina (STM 2012). Potilastiedon arkistoon toteutettu toimintamalli toteuttaa tämän muun muassa ammattilaisen Tiedonhallintapalveluna, joka tarjoaa keskeisten potilastietojen yhteenvedet.

Toisen palvelunantajan tai eri rekisterinpitäjän hoidossa syntyneitä potilasasiakirjoja voidaan hyödyntää organisaation toiminnassa potilaan voimassa olevalla suostumuksella. Terveystietojen ammattilainen tarkastaa valtakunnallisista sähköisistä palveluista potilaan viimeisimmät tiedot ja tarvittaessa täydentää niitä omassa organisaatiossa syntyneellä tiedolla. Päivitetty tieto tallennetaan paitsi oman organisaation potilasasiakirjoihin myös Potilastiedon arkistoon oman organisaation rekisteriin. Näin pyritään tilanteeseen, jossa keskeisiä potilaan hoitotietoja käytetään potilaskeskeisesti aikaisemman organisaatiokeskeisyyden sijaan.

# 3 Lainsäädännön asettamat puitteet

## Hyvä tietää

Suomessa on lainsäädännöllä määrätty, kuinka potilaskertomusmerkintöjä tehdään, kuinka asiakirjoja on säilytettävä ja kenellä on oikeus lukea niitä. Aiemmin potilaskertomukset säilytettiin sairaalakohtaisesti, mutta vuonna 2010 terveydenhuoltolaki mahdollisti sairaanhoitopiirin laajuisen yhteisen potilastietorekisterin.

Valtakunnallinen potilastiedon arkisto (KanTa) on otettu käyttöön 2013. Julkisen terveydenhuollon palvelunantajilla on velvollisuus liittyä sen käyttäjiksi syyskuuhun 2014 mennessä ja yksityisten palvelunantajienkin syyskuuhun 2015 mennessä. Ainoastaan sellaisen palvelunantajan, jolla ei ole sähköistä potilaskertomusjärjestelmää ei tarvitse siihen liittyä. Valtakunnalliseen arkistoon tallennettava tietosisältö lisäantyy vaiheistusasetuksen määräysten mukaan.

Potilailla on mahdollisuus katsoa valtakunnallisessa arkistossa olevia omia tietojaan. Potilaat voivat Omakannan avulla hallita sitä, mitä tietoja valtakunnallisen arkiston kautta välitetään muille palvelunantajille. Lisäksi potilaat voivat tehdä Omakannan kautta elinluovutusta koskevan tahdonilmaisun tai hoitotahdon.

## 3.1 Potilasasiakirjamerkinnot

*Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994)* mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä *laisissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään (785/1992)*. *Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön 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 hyväksytyjä 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 tulosyys, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystieteiden ministeriön on julkaissut potilasasiakirja-asetukseen perustuvan oppaan (STM 2012). Siinä kuvataan tarkemmin potilasasiakirjojen laatimista ja muuta potilastietojen käsittelyä.

## 3.2 Yksityisyys ja potilastietojen käsittely

Potilastietojen käsittely perustuu *henkilötietolakiin (523/1999)*. Sen tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. Lakia sovelletaan henkilötietojen automaattiseen käsittelyyn.



Potilasasiakirjat muodostavat henkilötietolaisa tarkoitettun 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. Rekisterinpitäjänä toimii terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö. (STM 2012)

Henkilötietolaki edellyttää, että henkilörekisterin käyttötarkoitus määritellään siten, että siitä ilmenee, minkälaisen rekisterinpitäjän tehtävien hoitamiseksi henkilötietoja käsitellään, mistä henkilötietoja säännönmukaisesti hankitaan ja mihin niitä säännönmukaisesti luovutetaan. Samoin kaikki muut käsittelyvaiheet ja prosessin eri vaiheet määritellään ja kuvataan, jotta tietojärjestelmät ja niiden rakenteet voidaan suunnitella ja toteuttaa kaikkien käsittelyvaiheiden osalta toiminnallisten, teknisten ja oikeudellisten vaatimusten kannalta asianmukaisesti.

*Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä* (159/2007, jäljempänä asiakastietolaki) tuli voimaan heinäkuussa 2007. Laki sisältää säännökset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista. 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.

### 3.3 Valtakunnalliset sähköiset palvelut

Asiakastietolain mukaan terveydenhuollon potilastietojen säilyttämistä ja luovuttamista varten on laadittu valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut potilastietojen arkistoinniseksi sekä tietojen luovutuksen hallinnoimiseksi. Sähköisten palveluiden käyttöönottoaikataulua on kuvattu vaiheistusasetuksessa. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden toteuttamisessa keskeiset toimijat ovat STM, THL, Kela, Väestörekisterikeskus ja Valvira. Valtakunnallisten toimijoiden keskeiset vastuualueet ovat seuraavat:

- **Sosiaali- ja terveysministeriön** (STM) yhteyteen on perustettu Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon neuvottelukunta, jonka tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen toteutuksen ja kehittämisen sekä palvelujen käyttäjien tietojärjestelmien yhtenäistämisen ja kehittämisen edistäminen (VNA 683/2007).
- **Kansaneläkelaitos** (Kela) hoitaa tietojärjestelmäpalveluita, joiden avulla potilastietojen sähköinen säilytys, käyttö ja luovuttaminen voidaan toteuttaa valtakunnan tasolla yhtenäisin perustein ja tietoturvasuosin. Kela hoitaa terveydenhuollon palvelujen antajien lukuun Potilastiedon arkistoa, Tiedonhallintapalvelua, Omakantaa ja Reseptikeskusta. Kela vastaa myös luovutuslokirekisterien säilytyksestä osana arkistointipalvelua ja Koodistopalvelun teknisestä ylläpidosta.
- **Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen** (THL) tehtävänä on määrittää valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen toteutuksen edellyttämät tietosisällöt ja -rakenteet. THL vastaa Koodistopalvelun sisällöstä. Lisäksi THL vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon sähköisen käsittelyn, siihen liittyvän tietohallinnon, valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ja yhteisten hallinnonala-kohtaisten tietovarantojen käytön ja toteuttamisen suunnittelusta, ohjauksesta ja seurannasta.
- **Väestörekisterikeskus** (VRK) 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.

### 3.4 Alueellinen ja valtakunnallinen arkisto

*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. Lain 9 §:ssä on säädetty sairaanhoitopiirin alueen kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä. Yhteisen potilasrekisterin tietojen käyttö ja luovutus-tenhallinta voidaan toteuttaa valtakunnallisten sähköisten palveluiden avulla.

*Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulaissa* (811/2000) säädetään saumattoman palveluketjun alueellisen kokeilun järjestämisestä ja muun muassa **viitetietokannasta**, jonka avulla nähdään, missä sähköisessä rekisterissä on asiakasta koskevaa tietoa sekä asiakkaan suostumuksesta viitetietojen käyttöön. Kokeilulaki on voimassa 31.8.2015 saakka, jotta lain nojalla toteutettuja aluetietojärjestelmäkokeiluja voitaisiin jatkaa siihen asti, että valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut otetaan käyttöön.

Julkisen sektorin terveydenhuollon palvelujen antajilla on velvollisuus liittyä valtakunnallisesti toteutettavien tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi. **Potilastiedon arkiston** tulee olla käytössä julkisessa terveydenhuollossa viimeistään 1.9.2014 mennessä. Yksityisen terveydenhuollon palvelujen antajan tulee liittyä näiden tietojärjestelmäpalvelujen käyttäjäksi, jos sen potilasasiakirjojen säilytys toteutetaan sähköisesti. Yksityisten terveydenhuollon toimintayksiköiden liittymisen takaraja on 1.9.2015.

Terveydenhuollon valtakunnalliset sähköiset 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. *Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista* (165/2012, vaiheistusasetus) määrittelee, mitä tietosisältöjä arkistoon aletaan tallentaa eri vaiheissa.

### 3.5 Omakanta ja Tiedonhallintapalvelu

Potilaan tiedonsaantia helpotetaan Omakanta-katseluyhteyden avulla. Potilas voi katseluyhteyden kautta katsoa keskeisiä potilastietojaan, kuten vaiheistusasetuksessa on kuvattu, ja niiden käyttöön liittyviä luovutuslokitietoja, antaa suostumuksensa potilastietojensa käyttöön ja tehdä tietojen käyttöä rajoittavia kielloja esimerkiksi palvelutapahtuman perusteella. Lisäksi potilas voi tehdä katseluyhteyden kautta elinluovutusta koskevan tahdonilmaisun tai hoitotahdon.

Osana valtakunnallista arkistointipalvelua ylläpidetään lisäksi terveydenhuollon ammattilaiselle tarkoitettua Tiedonhallintapalvelua (Virkkunen et al, 2012). Tiedonhallintapalvelun toiminnallisuuteen perustuen Potilastiedon arkistosta palautetaan terveydenhuollon ammattilaiselle keskeiset, hoidossa tarvittavat tiedot. Palautetut tiedot näytetään ammattilaiselle potilasyhteenvetonäkymällä.

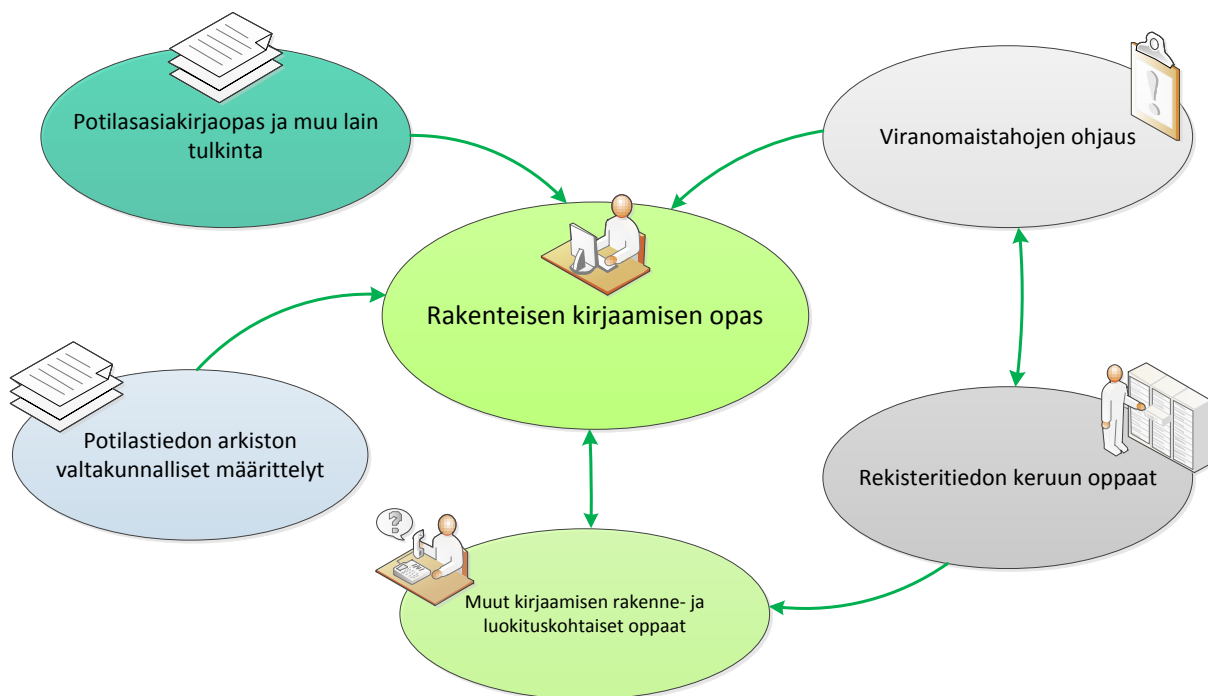
Tiedonhallintapalvelu sisältää lisäksi potilastietojen luovutusta koskevan informaation antamismerkinnän, potilaan antaman suostumuksen ja hänen mahdollisesti potilastiedon käyttöä rajaavat kiellot. Tiedonhallintapalvelu sisältää myös muita potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä tahdonilmaisuja.

# 4 Rakenteisen kirjaamisen oppaan suhde muihin oppaisiin ja ohjeisiin

## Hyvä tietää

Rakenteista kirjaamista ja siihen liittyviä seikkoja on ohjeistettu ja opastettu eri näkökulmista useissa oppaissa ja muissa julkaisuissa. Rakenteisen kirjaamisen oppaassa ei toisteta muiden ohjeistavien julkaisujen sisältöjä, vaan keskeisimmät oppaat ja julkaisut on listattu tähän lukuun, jos haluat perehtyä asiaan tarkemmin.

Rakenteisen kirjaamisen oppaan ensisijainen tarkoitus on tukea ja ohjeistaa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivien terveydenhuollon ammattilaisten potilastietojen kirjaamista ja hoidollisten merkintöjen tekemistä mahdollisimman yhdenmukaisella tavalla potilaskohtaiseen potilaskertomukseen. Kirjaamiseen liittyviä seikkoja on kuvattu lisäksi muissa oppaissa ja ohjeistuksissa, joita kuvataan tässä luvussa (kuvio 2).



Kuvio 2. Rakenteisen kirjaamisen oppaan suhde muihin oppaisiin, ohjeisiin ja määrittelyihin.

## 4.1 Potilasasiakirjamerkintöihin ja luokituksiin liittyvät oppaat

Potilaskertomusmerkintöjen kirjaamista ohjaavat lähtökohtaisesti luvussa 3 kuvatut lait ja asetukset sekä näiden soveltamisesta laaditut ohjeet ja oppaat, kuten *Potilasasiakirjaopas* (STM 2012). Potilasasiakirjaopaseen verrattuna Rakenteisen kirjaamisen oppaassa tarkennetaan laintulkintaan keskittyviä ohjeita käyttäjän näkökulmasta potilaskertomusmerkintöjen kirjaamisen tasolla ja voimassa olevien tietosisältömäärittelyiden mukaisesti.

Kirjaamista tarkennetaan useissa rakenne- ja luokituskohtaisissa oppaissa (ks. taulukko 1). Esimerkiksi rakenteisen terveys- ja hoitosuunnitelman ohjeistus kattaa suunnitelman rakenteen esittelyn ja kirjaamisen periaatteita (Komulainen et al, 2011).

**Taulukko 1. Kirjaamisen oppaat ja muut ohjaavat julkaisut.**

Ohjeistuksen taso	Julkaisu
Lain soveltamisohje	Potilasasiakirjaopas
Sähköisen rakenteen käyttöohje	Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma
Luokituskohtaiset julkaisut	Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja Tautiluokitus ICD-10 ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus THL Toimenpideluokitus Psykiatrian luokituskäsikirja Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus Laboratoriotutkimusnimikkeistö Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas Apuvälinepalvelunimikkeistö - opas terveydenhuoltoon Kuntoutusohjausnimikkeistö - opas sisältöön ja käyttöön Ravitsemusterapianimikkeistö - opas sisältöön ja käyttöön Jalkaterapianimikkeistö Fysioterapianimikkeistö - opas sisältöön ja käyttöön Terveyssoisialityön nimikkeistö Toimintaterapianimikkeistö Musiikkiterapianimikkeistö Puheterapianimikkeistö Psykologityön palvelutoimintojen luokitusopas

## 4.2 Keskitetyn tiedonkeruun ohjeet

Rekisteritiedon keruuseen eli hoitoilmoitustietoihin (Rautiainen et al, 2013, HILMO 2012) liittyvissä oppaissa painottuvat tilastoseurannan tarpeet ja tilastoviranomaisen näkökulma potilaskohtaisessa tiedonkeruussa, eikä niissä pääsääntöisesti oteta kantaa tiedon kirjaamiseen tai potilaskertomukseen tehtäviin merkintöihin. Oppaat päivittyvät säännöllisesti:

- AvoHILMO Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2013 (Rautiainen et al, 2013).
- HILMO Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2013 (HILMO 2012).
- Erikoissairaanhoidon hoitopääsyn opas (Häkkinen, 2013).

## 4.3 Viranomaistahojen oppaat

Viranomaistahojen oppaat ja soveltamisohjeet tarkentavat potilastiedon käsittelyä rajatuista näkökulmista. Viranomaistoiminnan ohjeet tarkentavat terveydenhuollon alaan liittyvää valvontaa ja ilmoitusvelvollisuutta. Tällaisia ohjeistuksia ovat muun muassa:

- Potilasturvallisuusopas, THL
- Lääkkeiden haittavaikutuksista ilmoittaminen, Lääkealan kehittämis- ja turvallisuuskeskus
- Erytysuojattavien tietojen kirjaamisen ohje, Tietosuojavaltuutetun toimisto
- Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontasuunnitelmat, Valvira

- Tietoturvallisuussuunnitelman laatiminen, Opas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille, STM
- Vaaratapahtumien raportointi ja ohjeet, HaiPro
- Ensihoitoon liittyvät ohjeet ja kenttäjärjestelmä, KEJO

#### **4.4 Muut terveydenhuollon ammattilaisen oppaat**

Muita kirjaamiseen liittyviä oppaita ovat esimerkiksi eri ammatillisten yhdistysten ja liittojen, kuten TEHY:n, Suomen Fysioterapeuttien, Toimintaterapeuttiliiton ja Lääkäriliiton kirjaamisen suositukset. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisille julkaistaan erilaisia substanssiosaamiseen liittyviä oppaita, kuten Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa (Mäki et al, 2011). Perusluokituksia soveltavien järjestelmien käyttöön liittyviä oppaita ovat muun muassa NordDRG- ja pDRG/-kirjauskäytäntöjen ohjeet (ks. esimerkiksi FCG 2012). Työterveyshuollon käytännöt poikkeavat muista terveydenhuollon erikoisaloista, ja työterveyshuoltoon on omat ohjeistuksensa.

#### **4.5 Potilastiedon arkiston valtakunnalliset määrittelyt**

Potilastiedon arkisto on osa valtakunnallisia sähköisiä tietojärjestelmäpalveluita eli Kanta-palveluita. Potilastiedon arkisto sisältää muun muassa potilasasiakirjojen arkistointipalvelun ja ammattilaiselle tarkoitetun Tiedonhallintapalvelun sekä kansalaiselle tarkoitetun Omakannan. Palveluiden toteuttamiseksi on määritetty yhteisiä valtakunnallisia kirjaamisen rakenteita.

Kanta-palveluiden ohjaavat julkaisut ja määrittelyt tarkentavat laissa kuvattua valtakunnallisten sähköisten palveluiden tavoitetta ja toteutusta sekä määrittelevät Kanta-palveluiden toteutuksen yksityiskohdat. Ne sisältävät myös muun muassa potilastietojärjestelmän käyttötapauskuvaukset. Rakenteisen kirjaamisen opas ottaa teknispainotteisiin Kanta-julkaisuihin verrattuna huomioon enemmän käyttäjän tai vähintään pääkäyttäjän näkökulmaa potilaskertomusrakenteiden käytössä.

Kaikki Kanta-julkaisujen viimeisimmät versiot ovat sähköisessä muodossa saatavissa Kanta-sivuilta. Ne jakautuvat yleisiin määrittelyihin, sähköisen reseptin määrittelyihin, Kanta-arkkitehtuuriratkaisujen kuvauksiin ja HL7-standardin mukaisiin määrittelyihin (ks. taulukko 2).

Taulukko 2. Kanta-määrittelyjen julkaisut.

Määrittelyn tavoite	Julkaisut
Kanta-periaatteiden kuvaaminen	Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely Sairaanhoitopiirin yhteisen potilasrekisterin ja Kanta-suostumuksenhallinnan toiminnallinen määrittely Kanta-määrittelyiden ydindokumentti Potilashallinnon varmistuksen lomakkeet Perustietosisällön mukaiset asiakirjojen kuvailutiedot Erillisjärjestelmien liittäminen Kantaan -määrittely Sähköisen lääkärintodistuksen välittämisen määrittely eArkiston kuvailutietojen yhteenveto eArkiston virhekoodit
Kanta-arkkitehtuuri	Tietojärjestelmäarkkitehtuurin määritysten julkaisupaketti Koodistopalvelun rajapinnat ja liittymisohje -opas Sähköisen allekirjoituksen määrittely XML-allekirjoitusten soveltamisopas Osapuolittiedot Kanta-sanomaliikenteessä – määrittely
Sähköinen lääkemääräys	Sähköisen reseptin yleiskuvaus Käyttötapauskuvaukset potilastietojärjestelmäpäähän Käyttötapauskuvaukset apteekkijärjestelmiin Tietosisältöjen, käyttäjien jne määrityksiä Rajapintakuvaus
HL7-standardin mukaiset määritykset	Terveys- ja hoitosuunnitelman tekninen CDA R2 -määrittely eArkiston Medical Records -määrittely eArkiston CDA R2 Headerin tietojen käyttö Suomessa eArkiston kertomustietojen siirron ja säilytyksen CDA R2-muodon ja rakenteen sekä kertomuksen lomakkeet Rokotustietojen CDA R2 -rakennemäärittely Laboratoriovastaukset: Kliinisen kemian ja mikrobiologian määrityksien/tilauksien ja tutkimustuloksien CDA R2- rakenne Kanta kuvantamisen CDA R2 asiakirjarakenteet Lääkityksen merkintöjen CDA R2-rakenne Lähetteen ja hoitopalautteen CDA R2-rakenne Sähköisen lääkemääräyksen CDA R2-rakenne sekä joukko muita teknisiä määrityksiä, standardeja ja ohjeita

# 5 Rakenteiden käytön ja hyödyntämisen periaatteita

## Hyvä tietää

Sähköisiin potilastietojärjestelmiin kirjataan vapaamuotoisen tekstin lisäksi sitä täydentäviä tai korvaavia rakenteisia potilastietoja, jonka kertomusrakenteet ovat valtakunnallisesti yhdenmukaisiksi määriteltyjä tietoja. 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 hyväksytyjä tietosisältöjä, kuten lomakerakenteita, koodistoja, luokituksia ja termistöjä ylläpidetään THL:n Koodistopalvelimella, josta ne ovat ladattavissa potilastietojärjestelmiin. Yhdenmukaiset koodistot perustuvat kansallisiin ja kansainvälisiin määrittelyihin ja standardeihin, jotka on valittu käytettäviksi suomalaisissa potilastietojärjestelmissä.

Sähköiseen potilaskertomukseen tallennetaan kattavasti hoidon toteutuksen ja seurannankannalta oleelliset tiedot. Tietoa voidaan kirjata rakenteisessa muodossa käyttäen sitä varten määriteltyjä valtakunnallisia tietorakenteita, koodistoja ja luokituksia. Lisäksi on mahdollista täydentää rakenteista kirjausta vapaamuotoisella tekstillä.<sup>A</sup>

## 5.1 Yleisiä periaatteita

Terveydenhuollon ammattilainen kirjaa potilastietoa rakenteisesti ja/tai vapaamuotoisena tekstinä (narratiivi). Kirjaaja voi aina esimerkiksi täydentää rakenteisia tietoja vapaamuotoisella tekstillä. Tällöin kirjaus koostuu rakenteisesta tiedosta ja vapaamuotoisesta tekstistä, kuten terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjauksessa (ks. luku 12). Näkymän tietosisältö voi muodostua myös yksinomaan rakenteisiin kentiin tehdyistä kirjauksista, kuten saattaa tapahtua esimerkiksi lääkehoidon kirjauksessa.

Rakenteisella tiedon kirjaamisella saavutetaan se etu, että tieto on tällöin usein suoraan hyödynnettävissä eri näkymillä ja voidaan poimia esimerkiksi yhteenvedoon. Vapaamuotoisen tekstin hyödyntäminen toisella näkymällä tarkoittaisi tekstin kopioimista manuaalisesti tai saman asian uudelleen kirjaamista uudelle näkymälle. Kertomustekstin ja erillisosioiden välillä tapahtuvaa kirjaamista on helpotettu tai ratkaistu eri tavoin eri potilastietojärjestelmissä

Potilaskertomuksen otsikot jäsentävät potilaskertomusta myös silloin, kun kirjaus koostuu vapaamuotoisesta tekstistä. Määriteltyjen rakenteiden avulla kirjatessa potilaskertomusmerkinnät toteuttavat tarkemman tason sisällön jäsenystä. Esimerkiksi diagnoosin rakenteinen kirjaaminen merkitsee, että potilaskertomuksessa on selkeästi eroteltavissa diagnoositieto ja diagnoosi voidaan kirjata siihen määritellyn luokituksen avulla, joka esimerkkitapauksessa on ICD-10 tai ICPC-2. Kirjaaja voi poimia haluamansa koodin järjestelmän tarjoamalta listalta, ja järjestelmä tuottaa kirjaajan valitseman koodin perusteella diagnoosin koodin mukaisen nimen. Potilastietojärjestelmässä ja Kanta-palveluissa rakenteisesti kirjattu diagnoositieto voidaan tunnistaa ja poimia automaattisesti, koska sähköisessä potilaskertomuksessa diagnoosikoodin kirjaamiseen on määritelty tietty kenttä ja asianomaisen kentän tunniste.

Käyttäjät voi halutessaan tarkentaa koodiston avulla tehtyä kirjausta. Esimerkiksi diagnoosin rakenteeseen sisältyy varmuusastetta ja pysyvyyttä kuvaavat lisämääreet eli attribuutit. Otsikoiden ja varmuusasteen ilmoittaman asiayhteyden avulla voidaan päätellä, mikä on kunkin diagnoosin merkitys potilaskertomuksen sisällä. Tärkeää on, että pysyvät ja varmat diagnoosit kirjataan potilaskertomukseen rakenteisina. Kun diagnoosi kirjataan rakenteisena tai diagnoosikoodi on valittuna potilastietojärjestelmässä, voidaan diag-

noosikoodin perusteella hakea kyseiseen diagnoosiin liittyvät hoitosuositukset päätöksenteon tueksi, ehdottaa tutkimus- tai hoitotoimenpiteitä sekä tarkistaa mahdollisia lääkitykseen liittyviä vasta-aiheita. Hoitosuosituksen kuvailutiedoista voidaan puolestaan päätellä ja esittää käyttäjälle esimerkiksi se, milloin kyseistä hoitosuositusta on päivitetty. Rakenteisesti kirjattu diagnoositieto on hyödynnettävissä myös muissa hoitokirjaukseen liittyvissä osioissa, kuten todistuksissa ja lausunnoissa.

Taulukossa 3 on esitetty potilastiedon rakenteisuuden aste eli mitkä tässä oppaan osassa kuvatut potilastiedot kirjataan rakenteisesti luokitusten avulla ja mitkä potilasasiakirjamerkinnot on rakenteistettu vain otsikkotasolla. Otsikkotasoon rakenteisuus tarkoittaa, että otsikon alle kirjataan vapaana tekstinä.

**Taulukko 3. Tarkin käytettävissä olevan rakenteisuuden aste (vuonna 2014 voimassa olevien määritysten mukaisesti). Rakenteisen tiedon lisäksi otsikoiden alle voidaan aina kirjata tarvittaessa vapaana tekstinä.**

Kirjattava potilastieto	Rakenteinen kirjaaminen, luokitusten hyödyntäminen	Otsikoiden alle vapaana tekstinä kirjatun
Ongelmat ja diagnoosit: Riskitiedot, diagnoosit, hoidon syy	x	
Terveysteen vaikuttavat tekijät	x <sup>2</sup>	
Fysiologiset mittaukset	x	
Hoitotyö		x
Tutkimukset	x	
Toimenpiteet	x	
Lääkehoito	x	
Preventio: rokotukset	x	
Lausunnot		x
Toimintakyky		x
Kuntoutus	x	
Apuvälineet	x	
Palvelutapahtuman yhteenveto	x	
Terveys- ja hoitosuunnitelma	x	
Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot		x
Potilaan informointi, suostumus ja kiellot	x	

## 5.2 Luokitusten, termistöjen ja koodistojen käyttö

Luokitusten, termistöjen ja koodistojen käyttöönotto ja hyödyntäminen edellyttää, että kirjaaminen niiden avulla on helppoa ja sujuvaa. Koodistojen on oltava käytettävissä yhtenäisesti kaikilla näytöillä, missä niitä on tarve hyödyntää kirjaamisessa. Kehittynyt potilastietojärjestelmä tukee erilaisia tapoja käyttää koodisto-

<sup>2</sup> Terveysteen vaikuttavista tekijöistä rakenteisena tupakoinnin status ja määrä, alkoholin käytön kartoitus ja liikkumistiedot



ja ja luokituksia kirjaamiseen. Luokitusten, termistöjen ja koodistojen käyttöä tukevia toimintoja voivat esimerkiksi olla:

1. Luokituksen, termistön tai koodiston kirjaaminen on mahdollista antamalla suoraan koodi tai termi. Käyttäjä painaa pikanäppäintä ja potilastietojärjestelmä tuottaa koodin tai termin tarkemman selityksen (merkityksen) tekstiin tai täydentää näyttöön esimerkiksi koodin mukaisen nimen.
2. Luokitusta, termistöä tai koodistoa voidaan selata. Esimerkiksi, kun käyttäjä joutuu etsimään luokituksen rakenteesta tiettyä luokkaa, voidaan luokitus esittää hierarkkisenä puurakenteena, josta käyttäjä voi avata ja sulkea alaluokkia.
3. Tekstihaku voi olla tuettuna suorassa koodin syötössä tai selausmallissa, jolloin potilastietojärjestelmä hakee luokkien nimien ja kuvausten pohjalta hakusanaa vastaavat luokat.
4. Synonyymihaku (ammattislangin tuki), kun esimerkiksi tekstihauissa on tuettuna ammattiryhmän yleisesti käyttämät sanat, jotka vastaavat käytetyn luokituksen luokkia.

Luokitusten, termistöjen ja koodistojen käytöstä on hyötyä myös, kun Potilastiedon arkistosta haetaan asiakirjoja ja potilastietojärjestelmissä voidaan niiden avulla tuottaa erilaisia hakuja tai hakutulosten suodatuksia. Erilaisten luokitusten, koodien ja otsikoiden avulla voidaan tehdä hakuja potilastietojärjestelmistä, mutta hakuja voidaan tehdä myös muun muassa ajankohdan, hoitoprosessin vaiheen, merkinnän tekijöiden, ammattiryhmien tai edellisten yhdistelmien avulla.

### 5.3 Rakenteisen kirjaamisen periaatteita

Terveydenhuollon keskeisiin rakenteisiin potilastietoihin liittyvät luokitukset, termistöt ja koodistot on julkaistu THL:n koodistopalvelimella<sup>3</sup>. Koodistopalvelimella julkaistut, ajantasaiset koodistot korvaavat aiemmat ydintietomääritykset.

Keskeisten rakenteisten potilastietojen sekä erikoisala- ja ammattikohtaisten rakenteisten tietojen peruseriaatteet ovat seuraavat:

1. Rakenteiset tiedot ovat keskeisiltä osin yhteneviä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä.
2. Tietosisällöt ovat yhtenevät sekä julkisilla että yksityisillä palvelun antajilla.
3. Potilaskertomus on moniammatillinen ja palvelee eri ammattiryhmien tarpeita.
4. Potilaskertomukseen kirjataan terveyden seurannan, hoidon toteutuksen ja arvioinnin kannalta kaikki tarpeellinen tieto. Kaikkiin rakenteisten tietojen tietokenttiin ei tule välttämättä kirjausta potilaan jokaisen hoitokontaktin yhteydessä. Rakenteista tietoa voidaan aina 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. Tarkoituksena on, että 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 Kanta-määrittelyitä, ja niiden käyttöönottoa ja toimivuutta arvioidaan esimerkiksi alueellisissa pilottihankkeissa.

### 5.4 Erikoisala- ja ammattikohtaisten potilastietojen käyttö

Keskeisten potilastietojen lisäksi valtakunnallisesti on määritelty erikoisala- ja ammattikohtaisia rakenteisia tietoja. Erikoisala- ja ammattikohtaiset määritykset sisältävät keskeisiä tietoja tietyllä erikoisalalla tai tiettyssä toiminnossa, eikä tällä tiedolla välttämättä ole keskeistä merkitystä muilla osa-alueilla.

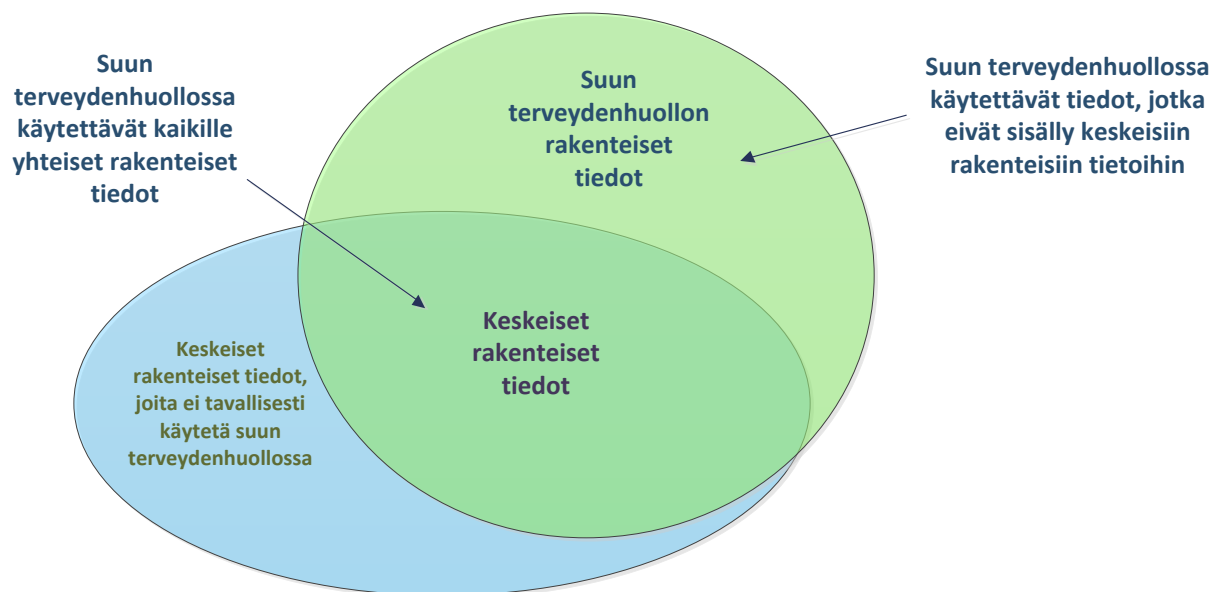
Erikoisala- ja ammattikohtaisten tietojen määrittelytyötä on tehty laajojen asiantuntijaryhmien ja erikoisalayhdistysten tukemana, kuten kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden, ensihoidon ja päivystyksen, työter-

<sup>3</sup> [www.thl.fi/koodistopalvelu](http://www.thl.fi/koodistopalvelu)

veyshuollon, suun terveydenhuollon, keuhkosairauksien, äitiyshuollon, lasten kasvun ja kehityksen seurannan, psykiatrian sekä diabeteksen ja valtimosairauksien ehkäisyyn rakenteisten potilaskertomustietojen määrittelyhankkeissa. Näissä määrittelyissä on huomioitu asianomaisen alan erityispiirteet, jotka tulee huomioida sähköistä potilaskertomusta kehitettäessä.

Erikoisala- ja ammattikohtaiset tiedot käsittävät kyseisen osa-alueen edellyttämiä rakenteisia tietoja, jotka eivät sisälly keskeisiin potilastietoihin. Keskeinen rakenteinen potilastieto on erikoisalasta riippumaton 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. kuvio 3).

Hoitotyön, kuntoutuksen ja erityistyöntekijöiden sekä erikoisala- ja ammattikohtaisten tietojen yhdenmukaistaminen mahdollistaa jatkossa näiden tietojen tehokkaamman yhteiskäytön sähköisessä potilaskertomuksessa. Näitä tietorakenteita ja -määrittelyjä kuvataan tarkemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaan toisessa osassa.



**Kuvio 3. Esimerkki keskeisten rakenteisten tietojen ja erikoisala-kohtaisten tietojen suhteesta. Esimerkkinä suun terveydenhuolto.**

## 6 Sähköisen potilaskertomuksen näkymät, hoidon vaihe, otsikot ja rakenteiset tiedot

### Hyvä tietää

Merkinnät sähköiseen potilaskertomukseen tehdään kirjoittamalla tekstiä jollekin näkymälle. Lääkärit kirjoittavat todennäköisesti erikoisalakohtaiselle näkymälle, ja muut terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät jotakin ammatillisista näkymistä. Tekstin voi ryhmittää asiakokonaisuuksiin käyttäen otsikoita. Tekstiä voi rakentaa edelleen, jos kirjatessa käytetään sovittuja luokituksia ja koodistoja. Jos tiedot kirjataan edellä mainitulla tavalla mahdollisimman rakenteisesti, voidaan kirjattua tietoa helpommin käyttää uudelleen ja voidaan välttää saman asian uudelleenkirjaamisen esimerkiksi todistusta tehdessä.

Hoitoprosessin vaiheella kerrotaan järjestelmälle liittyykö käynnin kirjaus hoidon suunnitteluun, toteutukseen vai muuhun prosessin vaiheeseen. Hoitoprosessin vaiheen järjestelmä voi kirjata automaattisesti.

Rakenteisen kirjaamisen oppaassa kuvataan näkymät, lisänäkymät, otsikot ja käytettävät luokitukset ja koodistot. Potilaskertomusohjelmistot hyödyntävät näitä THL:n koodistopalvelimella julkaistuja tietoja. Käytössä olevilla lisänäkymillä voidaan esimerkiksi erottaa päivystyskäynti muiden saman erikoisalan käyntien joukosta.

Käytössä voi olla myös omia organisaatiokohtaisia näkymiä ja otsikoita, vaikka niiden käyttöä ei suositella. Sellaiselle näkymälle tai otsikon alle kirjattu tiedon tulee siirtyä valtakunnallisesti sovitun otsikon tai näkymän alle, kun tieto lähetetään valtakunnalliseen arkistoon. Tarvittavan tiedon vastaavasta valtakunnallisesta näkymästä tai otsikosta on oltava käytössä järjestelmässä.

Potilasasiakirjoihin (potilasasiakirja-asetus 298/2009) sisältyvät potilaskertomuksen lisäksi siihen liittyvät potilastiedot ja asiakirjat kuten läheteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja -lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen tai hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat. Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu erilaisista tietokokonaisuuksista, joita ovat näkymät ja lisänäkymät, hoitoprosessin vaiheet, otsikot ja keskeiset rakenteiset potilastiedot (kuvio 4).

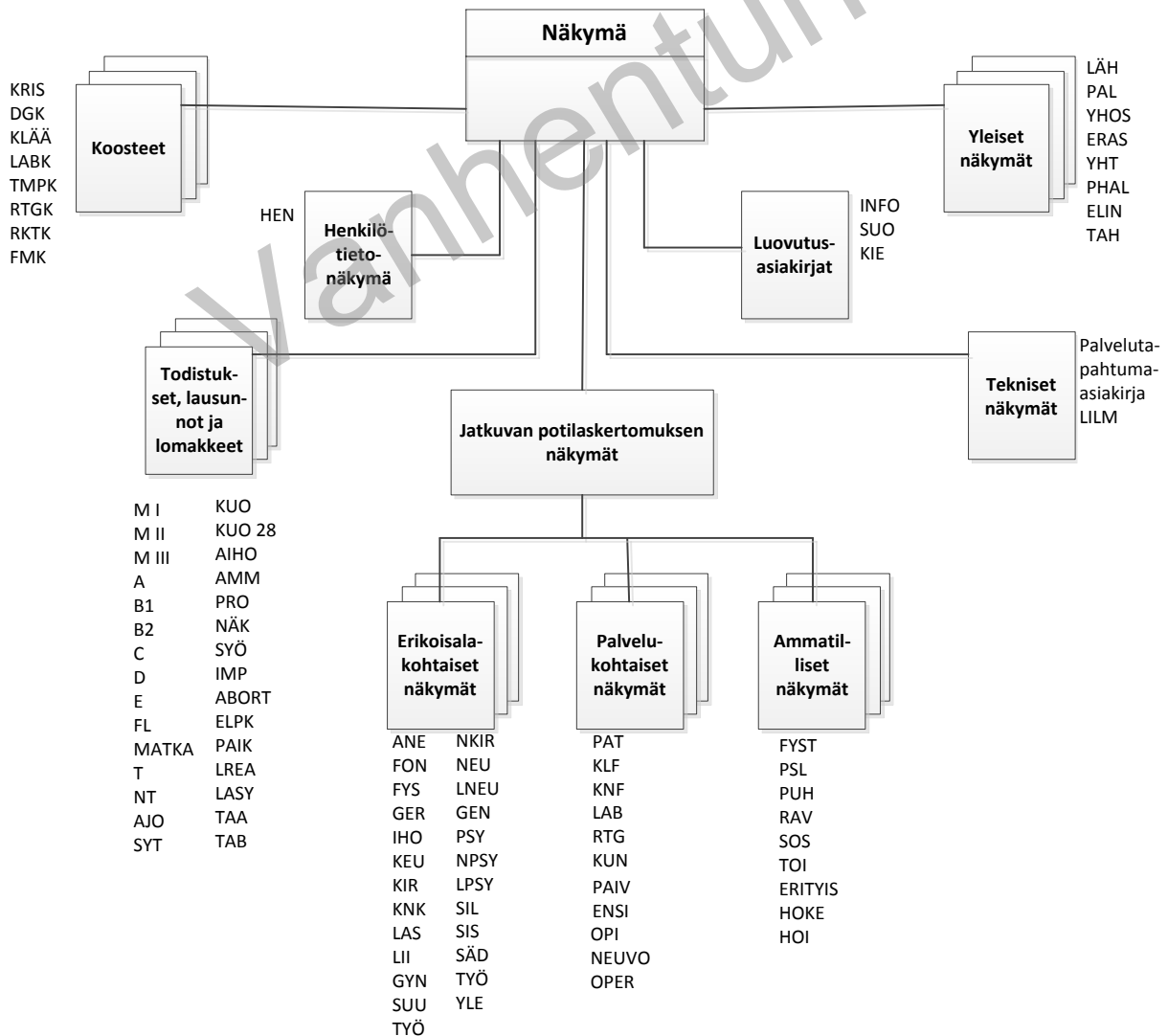


**Kuvio 4. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteita hierarkkisesti kuvattuna.**

## 6.1 Näkymät

Näkymällä tarkoitetaan terveydenhuollon tietokokonaisuutta tai asiayhteyttä, joka sitoo tiedon tiettyyn sisältö- ja hoitokokonaisuuteen kuten lääketieteen erikoisalaan, ammattialaan tai palveluun. Näkymä eli tietokokonaisuus voi näin ollen sisältää potilastietojärjestelmän eri näytöissä esiintyviä tietoja. Potilastietojärjestelmässä voi olla erilaisia näyttöjä ja osioita, joiden tiedot tallentuvat kuitenkin tiettyyn tietokokonaisuuteen eli näkymään. Toisaalta näkymä voi olla hyvin lähellä näyttöä. Esimerkiksi useiden lomakkeiden ulkoasut määrittelyineen muistuttavat näyttöä samoin kuin tietyt erikoisalanäkymät. Erillisten osioiden ja tietojen välillä on yhteydet, jolloin yhteen paikkaan kirjattu tieto näkyy siellä missä sitä tarvitaan.

Sähköisen potilaskertomuksen näkymät kattavat vaiheistusasetuksen mainitsemat potilasasiakirjat. Sähköinen potilaskertomus käsittää yleiset, lääketieteen erikoisaloittaiset, palvelukohtaiset ja perusterveydenhuollon näkymät sekä erilaisia ammatillisia näkymiä (ks. kuvio 5). Ajantasainen luettelo näkymistä on julkaistu THL:n koodistopalvelimella koodistona *AR/YDIN - Näkymät*.



Kuvio 5. Sähköisen potilaskertomuksen näkymät. Ryhmittely vain havainnollistamista varten.

### 6.1.1 Yleiset näkymät ja koosteet

Yleiset näkymät, kuten henkilötiedot, riskitiedot, lääkehoito, lähete, hoitopalaute ja erilaiset todistukset, ovat lääketieteen erikoisalasta riippumattomia yleisiä tietokokonaisuuksia. Yleisistä näkymistä henkilötietönäkymä ja erilaisten todistusten ja lausuntojen esitystapa on määrämuotoinen lomake. Koosteet ovat Tiedonhallintapalvelussa muodostettuja ja potilasyhteenvedolla näytettäviä tietokokonaisuuksia.

Potilashallinnon näkymä PHAL on tarkoitettu ainoastaan ajanvarauksiin liittyville merkinnöille. Jos samassa yhteydessä tehdään hoidon tarpeen arviointi tai jokin muu hoidollinen merkintä, käytetään HOI, YLE tai muuta ammatin tai erikoisalan perusteella määräytyvää näkymää.

Henkilötietojen, kriittisten riskitietojen ja lääkitystietojen käsittely on kuvattu Kanta-ydindokumentissa (Kärkkäinen, valmisteilla) ja Tiedonhallintapalvelun määrittelyssä (Virkkunen et al, 2012) ja niiden tietosäällöt ovat ladattavissa THL:n koodistopalvelimella.

### 6.1.2 Erikoisala- ja palvelukohtaiset näkymät

Lääketieteen erikoisala-kohtaiset näkymät on pääasiassa määritelty *HILMO – Terveystieteiden erikoisala-luokituksen* karkeimman tason mukaan. Esimerkiksi terveyskeskuksen lääkäri kirjaa YLE-lehdelle tiedot vastaanottokäynneistä. TYÖ-, OPI- ja NEUVO-näkymiä käytetään sekä hoitajien että lääkäreiden työterveys- ja neuvolatoiminnan kirjauksiin. Kun koulu- ja opiskeluter-

veydenhuollon käynnillä hoidetaan vain sairautta, joka ei ole ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa, käytetään YLE- tai erikoisalakohtaista näkymää.

Kehitysvammahuoltoon ei ole omaa näkymäänsä, ja kehitysvammahuollon kirjauksien päänäkymänä käytetään tilanteesta ja lääkärin erikoisalasta riippuen näkymistä parhaiten sopivaa, esimerkiksi LAS-, NEU- tai YLE-näkymää.

Palvelukohtaiset näkymät käsittävät erilaisten palvelujen kuten laboratorion, kliinisen fysiologian, patologian, radiologian tai kuntoutuksen näkymät. Eri laboratorion erikoisalojen ja radiologian näkymille tallennetaan erilaisten laboratorio- tai röntgentutkimusten pyynnöt, lähetteet, tulokset ja lausunnot.

### 6.1.3 Ammatilliset näkymät

Ammatilliset näkymät on määritelty lääkärit ja hammaslääkärit poislukien muille laillistetuille terveydenhuollon ammattihenkilöille, kuten sairaanhoitajille, psykologeille, puheterapeuteille, fysioterapeuteille ja toimintaterapeuteille. Ammatilliset näkymät käsittävät eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden tai erityistyöntekijöiden tietokokonaisuuksia sekä hoitokertomuksen. Näistä esimerkiksi kuntoutus-palvelunäkymän käyttöä käsitellään yksityiskohtaisemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaan toisessa osassa.

Kunkin ammattiryhmän yhteenvetotasoiset tiedot tallennetaan ammatti- tai erikoisalakohtaiselle näkymälle. Esimerkiksi yhteenvetotasaisen hoitotyön tiedon ja hoitohenkilökunnan itsenäisesti pitämän vastaanoton kirjaukset tehdään HOI-näkymälle lukuun ottamatta neuvola sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa toimivia hoitajia, jotka käyttävät NEUVO- ja OPI-näkymiä, itsenäisesti pitämänsä sairaanhoitokäyntien tiedot hekin kirjaavat HOI-näkymälle. HOI-näkymää käytettäessä voidaan tarvittaessa lisänäky-  
mäksi merkitä esimerkiksi kyseessä oleva lääketieteen erikoisala tai PAIV-näkymä. NEUVO-näkymälle tehdään perhetyön kirjaukset, jos ne tehdään neuvolatoiminnan osana. Perusterveydenhuollossa toimiva erikoislääkäri voi käyttää myös oman alansa erikoisalakohtaista näkymää.

### 6.1.4 Hoitokertomus

Hoitokertomuksen HOKE-näkymälle tallennetaan eri terveydenhuollossa toimivien henkilöiden (muiden kuin lääkäreiden) tekemät niin sanotut päivittäiset merkinnät, joissa hyödynnetään kunkin ammattiryhmän omia termistöjä ja vapaamuotoista tekstiä. Muun muassa sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kättilöt ja perushoitajat kirjaavat hoitokertomukseen myös hoitosuunnitelman.

### 6.1.5 Lisänäkymät

Näkymien joukossa on lisänäkymiä, jotka eivät koskaan esiinny yksinään vaan niissä oleva tieto on aina osa myös toista näkymää. Lisänäkymällä voidaan toteuttaa esimerkiksi organisaatiokohtaiset näkymät tai merkinnän kuuluminen useammalle näkymälle. Esimerkki lisänäkymistä on PAIV-näkymä, joka esiintyy varsinaisen erikoisalanäkymän lisänäkymänä erottamassa päivystystyyppisen käynnin tietoja. PAIV-näkymän avulla voidaan hakea kaikki päivystyskäynnit muiden käyntien joukosta. Samalla lailla esimerkiksi hoitotyön ja kuntoutuksen arvioissa voidaan käyttää kyseessä olevan erikoisalan näkymää lisänäkymänä (esim. NEU), kun kirjaus tehdään HOI- tai KUN-näkymälle.

Yhteenvetotieto tai yhteenvetotasoinen tieto kirjataan lisänäkymälle Yhteenveto (YHT). Yhteenveto-lisänäkymällä voidaan rajata nähtäväksi vain väli- tai loppuarviot ja muut yhteenvetotasoiset tiedot.

Vaikka tavoite on, että käytettäisiin vain keskeisiä ja suurimman tietomassan sisältäviä valtakunnallisesti hyväksytyjä näkymiä, voi terveydenhuollon organisaatioissa olla alueellisesti ja paikallisesti siitä huolimatta käytössä runsaasti erilaisia näkymiä. Potilaskertomukseen säilytettävään asiakirjaan jää organisaation omaa lisänäkymää käytettäessä talteen tieto sekä organisaatiokohtaisesta että valtakunnallisesta näkymästä.

### 6.1.6 Käytetyn näkymän kirjaaminen

Merkinnät tehdään aina jollekin näkymälle. Potilastietojärjestelmä kirjaa näkymän automaattisesti merkinnän teon yhteydessä. Jos potilastietojärjestelmässä käytetään organisaatiokohtaista näkymää, on Potilastiedon arkistoon siirrettävässä asiakirjassa oltava sekä vastaavuus valtakunnalliseen näkymään (päänäkymään) että oman organisaatiokohtaisen näkymän tunniste.

Kun potilastietojärjestelmä tallentaa potilaskertomustietoa Potilastiedon arkistoon, potilastietojärjestelmät muodostavat OID-koodin avulla automaattisesti vastaavuuden valtakunnallisiin näkymiin. Esimerkiksi gastroenterologia voi kuulua sisätautien tai kirurgian erikoisalaan ja näkymälle, tai allergologian näkymä voi olla sisätautien, lastentautien, korva-, nenä- ja kurkkutautien, iho- ja sukupuolitautien tai keuhkosairauksien lisänäkymä riippuen lääketieteen erikoisalasta, jonka osa-alueeksi suppea erikoisala kyseisessä tilanteessa määritellään.

### 6.1.7 Erityissuojattu asiakirja

Erityissuojattuja merkintöjä ovat potilasasiakirja-asetuksen (298/2009) 4 §:n mukaan psykiatrian ja perinnöllisyyslääketieteen päivittäis- ja yhteenvetomerkinnät. Erityissuojatun asiakirjan päänäkymä (PSY tai GEN) suojaa myös sen mahdolliset lisänäkymät. Suojaus ei 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.

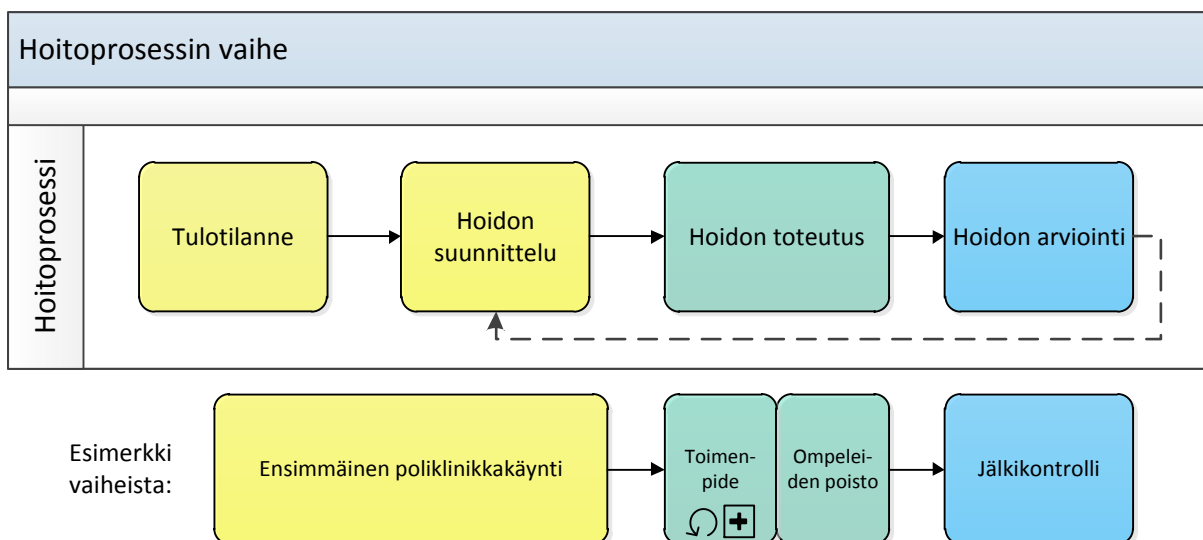
### 6.1.8 Erillinen asiakirja (ERAS-näkymä)

Kun potilaan elämäntilanteen kartoittamisen tai muun vastaavan syyn vuoksi on hoidon kannalta välttämättömyyksiä kirjata muun henkilön kuin potilaan itsestään tai omasta elämäntilanteestaan kertomia yksityiskohtaisia arkaluonteisia tietoja, kirjataan nämä tiedot potilaan palvelutapahtumaan kuuluvaan erilliseen asiakirjaan. Potilasasiakirjaoppaassa (STM 2012) ohjeistetaan kyseisten tietojen kirjaamisesta.

## 6.2 Hoitoprosessin vaihe

Hoitoprosessi-luokitukseen *Hoitoprosessin vaihe* sisältyvät tulotilanne, jossa hoidon tarve määritellään, ja muita prosessin vaiheita, jotka ovat hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi (ks. kuvio 3). Hoitoprosessin vaihe kuvaa hoidon pääasiallista vaihetta potilaan näkökulmasta. Kunkin prosessin vaiheen sisällä voi olla useita ammattikohtaisia prosesseja, joissa hoitoon osallistuva ammattilainen tekee jatkuvaa hoidon suunnittelua ja arviointia.

Merkinnässä on aina tieto hoitoprosessin vaiheesta. Hoitoprosessi on jatkumo hoidon suunnittelusta sen arviointiin ja edelleen tarvittaessa uuden hoidon suunnitteluun. Yksi käynti kuuluu yleensä yhteen potilaan hoitoprosessin vaiheeseen, mutta useampiakin vaiheita voi käyttää



Kuvio 6. Hoitoprosessin vaiheet ja niiden esimerkki.

Kaikki hoitoprosessin vaiheet voivat toteutua yhdenkin käynnin aikana, mutta silloin niitä ei tarvitse käytännössä erotella kirjatessa, vaan merkintä voidaan tehdä käyttäen yhtä prosessin vaihetta, kuten hoidon toteutusta. Prosessin vaiheen ei tarvitse muuttua, vaikka hoidon toteutusvaiheen käynnin kirjauksessa käytettäisiin esimerkiksi suunnittelu/pohdinta-otsikkoa. Merkinnästä voi kuitenkin käyttää useampaa hoitoprosessin vaihetta, kun se on tarpeellista. Toisaalta, jos esimerkiksi jälkikontrollissa todetaan hankala hoitoa vaativa haittavaikutus, jota aletaan hoitaa erikseen ja mahdollisesti eri henkilöiden toimesta, muuttuu hoidon syy tältä osin jatkossa haittavaikutuksen hoidoksi ja näiden käyntien hoitoprosessin vaihe haittavaikutuksen hoidon vaiheen mukaiseksi.

Hoitoprosessin vaiheen avulla voidaan seurata kuinka potilaan hoito on toteutunut. Hoitoprosessin vaiheen kirjaamisen avulla keskeiset potilastiedot saadaan liitettyä hoitoprosessiin ja sen vaiheeseen, jolloin voidaan esimerkiksi tunnistaa tilanne hoitoon tullessa. Esimerkkejä eri hoitoprosessin vaiheen alle kirjattavista asiakokonaisuuksista on koottu taulukkoon 4.

Hoitotyön väli- ja loppuarviot kirjataan HOI-näkymälle käyttäen väli- tai loppuarvio-otsikoita sekä hoidon arviointi vaihetta. Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden kirjaamat väli- ja loppuarviot tehdään samalla tavalla.

Joidenkin asiakirjojen yhteydessä on tarpeetonta ilmaista hoitoprosessin vaihetta, jolloin käytetään vaihetta määrittämätön.

**Taulukko 4. Hoitoprosessin vaiheiden alle kirjoitettavia asiakokonaisuuksia.**

Hoitoprosessin vaihe	Esimerkkejä kirjattavista asiakokonaisuuksista
Tulotilanne	Potilaan taustatiedot: potilaan ilmoittama tulosyy, hoidon syy, esitiedot, ongelmat, nykytila, lääkehoito, apuvälineet, toimintakyky, terveyteen vaikuttavat tekijät ja riskitiedot. Osa tiedoista voi siirtyä myös läheteestä merkintöjen pohjaksi.
Hoidon suunnittelu	Terveyden- ja sairaanhoitoon osallistuvien henkilöiden, potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa yhteistyössä suunnittelema potilaan hoito: hoidon tarve, hoidon tavoitteet, lääkärin määräämät tutkimukset, toimenpiteet, konsultaatiot, lääkemääräykset ja suunnitellut hoitotyön toiminnot.
Hoidon toteutus	Hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi valitut keinot ja menetelmät kuten tutkimukset, toimenpiteet, hoitotyön toiminnot, lääkehoito ja rokotukset. Lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen antama ohjaus muun muassa ravitsemuksesta ja liikunnasta.
Hoidon arviointi	Potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset ja toteutuneen hoidon arviointi suhteessa hoidon suunnitelmassa asetettuihin päätavoitteisiin: tutkimuksiin, toimenpiteisiin, lääkehoitoon, toimintakykyyn ja hoitotyön toimintoihin liittyvät muutokset.
Määrittämätön	Määrittämätöntä hoitoprosessin vaihetta käytetään niissä tilanteissa joissa ei ole mielekästä hyödyntää mitään määritellyistä vaiheista, kuten todistuksissa.

### 6.3 Otsikot ja otsikoiden alle kirjattavat asiat

Hoitoprosessin vaiheen lisäksi teksti jäsenellään otsikoiden avulla asiaryhmiin ja sidotaan asiayhteyteen. Otsikoiden tarkoitus on jäsentää kertomustekstiä, ne auttavat hahmottamaan mitä asioita tekstin siinä osassa käsitellään. Otsikoiden alle kirjataan kyseiseen asiayhteyteen liittyvää tietoa vapaamuotoisena tekstinä sekä hyödyntäen keskeisiä rakenteisia tietoja. Otsikoiden luokitus on julkaistu Koodistopalvelimella nimellä *Otsikot*.

Otsikko Hoidon tarve on käytössä kun hoitotyön henkilöstö kuvaa potilaan terveydentilan ongelmia. Tarkemmin eri otsikoiden alle kirjattavien tietojen esimerkkejä on kuvattu alla taulukossa 5.



Taulukko 5. Otsikoiden alle kirjattavia asioita.

Otsikko	Kirjaamisesimerkkejä
<b>Apuvälineet</b>	Otsikon alle kirjataan toimintarajoitteisen henkilön selviytymistä tukevat käytössä olevat apuvälineet. Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden antama apuvälineohjaus kirjataan oman alan nimikkeistöllä kuntoutus-otsikon alle joko palvelukohtaiselle tai ammatilliselle näkymälle.
<b>Diagnoosi</b>	Diagnoosi kirjataan rakenteisesti siihen tarkoitettulla koodistolla. Lisäksi voidaan käyttää diagnoosi-otsikkoa, mutta sen käyttö ei ole välttämätöntä, jos diagnoosille on rakenteinen osio.
<b>Esitiedot (anamneesi)</b>	Hoidon syyhyn liittyviä esitietoja, kuten pääasialliseen ongelmaan liittyviä potilaan kertomia subjektiivisia oireita, sairauden mahdollisia aikaisempia vaiheita, tietoja muista sairauksista ja suvussa esiintyneistä sairauksista tai tutkimustuloksista sekä muista ongelman kannalta huomiioon otettavista sairauksista tai lääkehoidoista. Potilaan, hänen omaisensa tai saattajansa antamat tiedot mm. sairauden alkamisesta ja kulusta sekä potilaan aikaisemmasta kuntoutusinterventios- ta, elinympäristöstä ja elämäntilanteesta, jolla on vaikutusta kuntoutumiseen.
<b>Etäkontakti</b>	Otsikon alle kirjataan sähköisten ja puhelinkontaktien tiedot.
<b>Fysiologiset mittaukset</b>	Henkilön terveydentilaan liittyviä fysiologisia suureita, kuten pituus, paino ja verenpaine. Jos fysiologisille mittauksille on potilastietojärjestelmässä oma rakenteinen osionsa, ei fysiologiset mittaukset -otsikkoa tarvitse käyttää. Jos fysiologisille mittaukselle ei ole FinLOINC-koodia, merkinnässä tulisi käyttää fysiologiset mittaukset -otsikkoa, mutta tällaisten mittausten tulokset eivät tule fysiologisten mittausten koostenäytölle. Sairaanhoidajat kirjaavat hoitokertomukseen fysiologiset mittaukset hoitotyön luokitusta hyödyntäen ja FinLOINCin mukaan.
<b>Hoidon syy</b>	Otsikon alle kirjataan ammattilaisen arvioima tieto potilaan hoidon syystä sekä potilaan itse kertoma tulosyy.
<b>Hoidon tarve</b>	Potilaan terveydentilaan liittyvät, jo olemassa olevat tai tulevaisuudessa mahdollisesti ilmenevät ongelmat, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotyön toimintojen avulla.
<b>Hoidon tavoitteet</b>	Hoidon suunnittelussa määritellyt tavoitteet.
<b>Hoidon tulokset</b>	Potilaan tilassa hoidon seurauksena tapahtuneet muutokset suhteessa hoidon päätavoitteisiin.
<b>Hoitoisuus</b>	Otsikkoa käytetään, kun kuvataan potilaan tarvitseman hoidon määrä ja vaativuus esim. hoito- paikan vaihtuessa toiseen laitokseen tai kotihoitoon.
<b>Hoitotyön toiminnot</b>	Potilaan hoidon suunnittelun ja toteutuksen toiminnot.
<b>Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot</b>	Potilaille suunniteltu jatkohoito tai kuntoutus toisessa yksikössä, silloin kun terveys- ja hoito- suunnitelmaa tai Kelaa tai vakuutusyhtiötä varten laadittavaa varsinaista kuntoutussuunnitelmaa ei tehdä. Tiedot käsittävät jatkohoidon syyn, jatkohoitopaikan ja tiedot palvelusta.
<b>Konsultaatio</b>	Konsultaatiopyyntö ja -vastaus tai suunnitelma eri asiantuntijoilta pyydetävistä sisäisistä tai ulkoisista konsultaatioista.
<b>Kuntoutus</b>	Potilaan kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen, seurantaan ja arviointiin liittyvä dokumentaa- tio. Kattaa myös päivittäismerkinnät, menettelyohjeet tai informaation muille potilasta hoitaville työntekijöille sekä potilaan kuntoutukseen, terapiaan tai ohjaukseen liittyvää päivittäistä tietoa. Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden tekemä apuvälineohjaus kirjataan alan nimikkeistöllä kuntou- tus-otsikon alle joko palvelukohtaiselle tai ammatilliselle näkymälle.
<b>Lausunnot</b>	Lausunnot ja todistukset, jotka on tehty. Sähköisessä potilastietojärjestelmässä laaditut asiakirjat kuten lääkärin lausunnot voidaan toteuttaa liittämällä ne kyseiseen palvelutapahtumaan. Tällöin otsikon alle voidaan tuottaa linkki kyseiseen lausuntoon. Merkinnät poliisin virka-apupyntöihin liittyvistä lausunnoista ja muista toisille viranomaisille tai vakuutusyhtiöille annetuista ilmoituk-

	sista ja lausunnoista, esimerkiksi lastensuojeluilmoitukset tai ilmoitus potilaan tietojen luovutuksesta PotL:n 13 §:n 3 momentin 3 kohdan nojalla. Itse lausunnot tai ilmoitukset toimitetaan kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa niiden arkistoinnista.
<b>Lääkehoito</b>	Lääkehoitoon liittyvää tietoa. Kun lääkeshoidolle on potilastietojärjestelmässä rakenteinen osio, ei lääkeshoito-otsikkoa tarvitse käyttää. Kun lääkeshoito kirjataan potilaskertomustekstiin, merkinnässä tulisi käyttää lääkeshoito-otsikkoa. Rakenteisten tietojen lisäksi CDA-asiakirjan näyttömuotoon tuotetaan tekstimuotoinen yhteenveto lääkityksestä.
<b>Loppuarvio (epikriisi)</b>	Kuvaus hoidon, kuntoutuksen tai terapian kulusta, lopputuloksesta, mahdollisista poikkeavuuksista ja potilaan tilasta hänen poistuessaan hoitoyksiköstä.
<b>Nykytila (status)</b>	Terveydenhuollon ammattihenkilön tekemässä kliinisessä tutkimuksessa todetut löydökset tai muut tutkimukset. Kliinisiä tutkimuksia ovat esimerkiksi sydämen auskultaatio, kilpirauhasen palpaatio, perifeeriset jännevenytysheijasteet tai silmänpohjien tutkiminen oftalmoskopiolla. Tutkimusten mittaustuloksia ovat esimerkiksi aivopaineen mittaus tai kivenston koon mittaus, jotka eivät tällä hetkellä sisälly FinLOINC:iin.
<b>Ongelmat</b>	Subjektiiiset tai objektiiviset oireet, poikkeavat fyysiset tai psyykkiset löydökset, sosiaaliset ongelmat, tutkimuslöydökset esimerkiksi hypersedimentaatio tai varjostuma keuhkojen röntgen-kuvassa.
<b>Preventio</b>	Rokotustiedot kirjataan rakenteisena tietona. Muun terveystarkastukseen liittyvän tiedon lääkärit kirjaavat vapaamuotoisena tekstinä. Hoitajat kirjaavat ohjauksen hoitotyön luokitusten mukaisesti ja terapeutit omien nimikkeistöjensä mukaisesti omille näkymilleen.
<b>Päivittäismerkintä (decursus)</b>	Otsikkoa käytetään kirjattaessa potilaan osastohoidon tai sen kaltaisen hoidon aikaisia päivittäismerkintöjä.
<b>Suunnitelma/pohdinta</b>	Otsikon alla kuvataan potilaan terveydentilaa, tutkimusta, hoitoa ja/tai hoidon järjestämistä käsittelevä suunnitelma tai pohdinta palvelutapahtuman muiden tietojen yhteydessä.
<b>Terveystarkastus</b>	Terveystarkastuksiin liittyvää tietoa, kuten tarkastuksessa ilmenneet tai vaikuttaneet ongelmat, jatkotoimien tavoitteet ja tarve sekä ohjeet. Hoitohenkilöstö kirjaa terveystarkastukseen liittyvät tiedot soveltuvin osin hoitotyön luokitusten mukaisesti.
<b>Terveyteen vaikuttavat tekijät</b>	Tietoja, jotka kuvaavat henkilön terveyteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita kuten tupakointi ja päihteiden käyttö. Terveyteen vaikuttaviin tekijöihin kirjataan todettu tilanne, ei sitä, miten asiaa pyritään korjaamaan. Terveyden edistämiseen liittyvän ohjauksen hoitajat kirjaavat hoitotyön luokitusten mukaisesti sekä terapeutit omien nimikkeistöjensä mukaisesti omille näkymilleen.
<b>Testaus- ja arviointitulokset</b>	Erityistyöntekijöiden (esimerkiksi psykologien) tekemät tutkimukset, testaukset ja haastattelut sekä niihin perustuvat johtopäätökset.
<b>Toimenpiteet</b>	Toimenpide, löydökset (toimenpidekertomus), komplikaatiot.
<b>Toimintakyky</b>	Kuvaus henkilön kyvystä selviytyä päivittäisten toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista sekä muutokset potilaan palvelutapahtuman (kuntoutus- tai terapiajakso) tai palvelukokonaisuuden aikana. Käytetty toimintakykymittari tai arviointimenettely sekä potilaan oma arvio toimintakyvystään ja siinä tapahtuneista muutoksista. Toimintakyvyn ylläpitoon tai parantamiseen liittyvät toimet kirjataan kuntoutus-otsikon alle.
<b>Tutkimukset</b>	Laboratorio- (käsittää kaikki laboratorion erikoisalut myös kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian) ja kuvantamistutkimusten pyynnöt ja vastaukset, lähetteet ja lausunnot.
<b>Väliarvio</b>	Hoidon, kuntoutuksen tai terapian aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtunut oleellinen kehitys ja muutos esitietoihin nähden.
<b>Muu merkintä</b>	Tiedot, jotka eivät sovellu muiden otsikoiden alle.

Kanta-ydindokumentissa (Kärkkäinen, valmisteilla) merkinnän pakollisiksi kuvailutiedoiksi on määritetty näkymä, hoitoprosessin vaihe ja otsikko. Tämä tarkoittaa, että potilastietojärjestelmän on tuotettava nämä tiedot CDA-standardin mukaiseen potilasasiakirjaan. Potilastietojärjestelmissä tiedot voidaan esisitoa tiettyihin tietosisältöihin tai näyttöihin, jolloin käyttäjän ei tarvitse välttämättä kirjata niitä manuaalisesti.

### 6.3.1 Organisaation omat lisäotsikot

Organisaatiossa voi olla käytössä valtakunnallisista otsikoista poikkeavia lisäotsikoita. Lisäotsikko voi esiintyä vain valtakunnallisten otsikon yhteydessä ja yhdellä otsikolla voi olla vain yksi lisäotsikko

### 6.3.2 Näkymien ja otsikoiden tunnistaminen

Potilastietojärjestelmiä varten kaikki näkymät ja otsikot saavat omat yksilöivät OID-tunnisteensa, jotka yksilöivät ne ja toimivat apuna tiedon hakemisessa ja yhdistelemisessä omassa järjestelmässä, järjestelmien välillä sekä potilastietojärjestelmän ja Potilastiedon arkiston välillä. Kun potilastietojärjestelmät tallentavat potilaskertomustietoa Potilastiedon arkistoon, tieto valtakunnallisista otsikoista ja näkymistä siirtyy OID-tunnisteiden avulla.

### 6.3.3 Erikoisalakohdaiset ja ammatilliset rakenteiset tiedot

Koodistopalvelimella on julkaistu koodistoja, luokituksia, lomakkeita ja muita rakenteisessa kirjaamisessa tarvittavia tietoja, joiden tulee olla valtakunnallisesti yhdenmukaisia. Näitä tietoja kuvataan tarkemmin omissa luvuissaan (ks. luvut 7 – 21). Esimerkki kertomusrakenteesta on esitetty alla kuviossa 4.

NEU (neurologia) (näkymä)
Tulotilanne (hoitoprosessin vaihe)
Esitiedot (otsikko)
91-vuotias nainen, jolla MCC ja dieettihoitoinen diabetes. 11/03 basaalin collum-murtuma hoidettu DHS-ruuveilla. Potilas kotiutunut jo omatoimiseksi ja pärjännyt kotona, kunnes tänään kaatunut, kun vasen puoli mennyt kehosta voimattomaksi.
Status (otsikko)
Yleistila hyvä. Asiallinen. Vasemmassa lonkassa kipua. Jalka lämmin, periferiset pulssit palpoituvat.
Fysiologiset mittaukset (otsikko)
Lämpö, kainalo 37.8 (8328-7)(FinLOINC)
Verenpaine 161/79 (8480-6, 8462-4) (FinLOINC)
Diagnoosi (otsikko)
S72.0 reisiluun kaulan murtuma (ICD-10)
163.5 aivoinfarkti (ICD-10)

Kuvio 7. Esimerkki potilaskertomuksen rakenteesta.

# 7 Potilaan perustiedot

## Hyvä tietää

Potilas tulee pystyä tunnistamaan ja uusista potilasta on kirjattava tarpeelliset tiedot, kun se on mahdollista. Suuri osa potilaan perustiedoista tulee potilastietojärjestelmään ajantasaisina väestötietojärjestelmästä, mutta kirjaajan 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, väliaikainen henkilötunnus, syntymäaika, sukupuoli ja potilaan kuolin-aika. Tiedoista ilmenee myös potilaan yksilöintitietoja viimeksi päivittäneen palvelunantajan ja tämän organisaation tiedot. Potilaan yksilöivänä tunnuksena toimii henkilötunnus.

Potilasasiakirja-asetuksen mukaan potilaan yksilöintitietojen minim tiedot 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 käytettävät luokitukset ja tietorakenteet on koottu taulukkoon 6.

Taulukko 6. Potilaan perustietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia	Huom.
AR/YDIN – Sukupuoli	VTJ:stä saatavat tiedot
VRK/THL – Kuntakoodit	<b>Lomakerakenne</b>
TK – Ammattiluokitus	AR/YDIN - Perushenkilötietolomake
SFS – Kielikoodisto	
AR/YDIN - Sukulaisuus	
AR/YDIN – Yhteyshenkilön ensisijaisuus	

## 7.1 Potilaan yksilöintitiedot

Suomessa asuvien henkilöiden perustiedot löytyvät Väestörekisterikeskuksen (VRK) 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 aikatauluihin.

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

### 7.1.1 Nimi

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.

### 7.1.2 Henkilötunnus

Potilastietojärjestelmään kirjataan potilaan henkilötunnus. Potilaalle voidaan kirjata väliaikainen henkilötunnus, jos henkilöä ei ole kirjattu väestötietojärjestelmään tai henkilötunnus ei muusta syystä ole tiedossa. Väliaikaisen henkilötunnuksen lisätietona voidaan kirjata sen voimassaoloaika.

Potilastietojärjestelmä luo väliaikaisen henkilötunnuksen ja tuottaa sille ISO-standardin mukaisen OID-tunnuksen (*mallia* 1.2.246.10.<y-tunnus>.22.<vuosi>.<tilapäinen h-tunnus>). Oikeat henkilötunnukset esitetään potilastietojärjestelmässä myös OID-tunnuksella täydennettyinä (*mallia* 1.2.246.21.<henkilötunnus>). Käyttäjälle henkilötunnukset näytetään tekstimuodossa eli vain järjestelmä käsittelee niitä numeerisina.

### 7.1.3 Syntymäaika ja kuolinaika

Terveystietojärjestelmän organisaatioissa syntymä- ja kuolinaika kirjataan minuutin tarkkuudella, jos ne ovat tiedossa. Väestörekisterikeskuksesta tieto kuolinajasta saadaan päivän tarkkuudella.

### 7.1.4 Sukupuoli

Sukupuoli kirjataan potilastietojärjestelmään luokituksella *Sukupuoli*. Luokitus on kansainvälisen ISO 5218 ja kansallisen SFS 4182 -standardien mukainen. Kirjaamisessa on huomioitava, että Väestörekisterikeskuksesta välitettävässä tiedossa ei ole käytössä standardin mukaista koodistoa (ks. taulukko 7 vastaavuuksista). VRK:n tiedoissa mies ilmaistaan koodilla "1", nainen ilmaistaan koodilla "2" ja tiedon puuttuminen ilmaistaan koodilla "B1".

**Taulukko 7. Sukupuoli-koodistojen vastaavuus.**

Koodi	AR/YDIN – Sukupuoli (SFS 4182)	VRK-koodiston vastaavuus
1	Mies	1
2	Nainen	2
3	Ei tiedossa/määriteltävissä	(ei vastaavuutta)
9	Määrittelemättä	(ei vastaavuutta)
0	Tuntematon	B1

## 7.2 Potilaan yhteystiedot

Potilaan yhteystiedot käsittävät potilaan osoitteen, osoitteen tyyppin, kuntaanmuuttopäivän, kotikunnan, puhelinnumeron, faksin numeron, sähköpostiosoitteen, ammatin, äidinkielen ja asiointikielen. Väestötietojärjestelmästä voidaan päivittää osoite, osoitteen tyyppi, kotikunta, ammatti, äidinkieli ja asiointikieli. Potilasasiakirja-asetuksen mukaan minim tiedot ovat kotikunta ja yhteystiedot sekä tarvittaessa potilaan äidinkieli, asiointikieli ja ammatti. Potilaan yhteystietoihin voidaan lisäksi sisällyttää muita tietoja, kuten tulkin tarve, kansalaisuus, turvakielto ja yhteyshenkilö. Potilaan yhteystiedot voidaan tarkastaa esimerkiksi tulotilanteen yhteydessä ja kirjaaja päivittää muuttuneet tiedot potilastietojärjestelmään tarpeen vaatiessa.

### 7.2.1 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. Terveystietojärjestelmässä osoitteen tyyppiä ovat vakituinen ja tilapäinen osoite. Jaottelun avulla voidaan ilmaista mikä on henkilön ensisijainen osoite. Väestötietojärjestelmässä on lisäksi tarkempi jaottelu. JHS 106 -suosituksessa<sup>4</sup> määritellään käytettävien osoitetietojen rakenne ja merkintätavat.

### 7.2.2 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 110 -suositusta kuntien numerotunnuksista<sup>5</sup>.

### 7.2.3 Puhelin, faksi ja sähköposti

Puhelintietoihin voidaan kirjata potilaan koti-, työ- ja matkapuhelinnumero. Tietoihin voidaan kirjata myös sähköpostiosoite ja faksin numero sekä tietojen voimassaoloaika. Potilasasiakirjoihin nämä tiedot kirjataan CDA-asiakirjan tietotyyppin TelecommunicationAddress (TEL) avulla (ks. tarkemmin Kertomus ja lomakkeet -opas, Kanta 2013).

### 7.2.4 Ammatti

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

### 7.2.5 Vakuutusyhtiö

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

### 7.2.6 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.

### 7.2.7 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.

### 7.2.8 Tulkin tarve

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

<sup>4</sup> <http://www.jhs-suositukset.fi/web/guest/jhs/recommendations/106> Postiosoite

<sup>5</sup> <http://www.jhs-suositukset.fi/web/guest/jhs/recommendations/110> Kuntien numerotunnus

### 7.2.9 Turvakielto

Jos potilaalle on myönnetty turvakielto, potilaan kotikunta- tai osoitetietoja voidaan käyttää laskutukseen, mutta tietoja ei saa antaa muille. Turvakiellon saanut voi myös ilmoittaa maistraatille Väestötietojärjestelmään merkittävän yhteysosoitteen (esimerkiksi työosoite tai postilokero), joka on käytettävissä postilähe-tyksien vastaanottamiseen, ja jota luovutusrajoitukset eivät koske.

Tieto turvakiellosta ja sen alku- ja loppupäivästä saadaan Väestötietojärjestelmästä. Turvakiellon alai-sista tiedoista on säädetty Väestötietojärjestelmästä ja Väestörekisterikeskuksen varmennepalveluista anne-tussa laissa (661/2009 § 36). Tieto turvakiellosta tulee näkyä vähintään potilaan osoitetietojen yhteydessä.

### 7.2.10 Yhteyshenkilö

Yhteyshenkilön tiedoissa hyödynnetään samoja koodistoja ja suosituksia kuin potilaan perustiedoissa. Yh-teyshenkilön sukulaisuus kirjataan luokituksella *Sukulaisuus*. Yhteyshenkilöitä voi olla useita, jolloin luoki-tuksella *Yhteyshenkilön ensisijaisuus* voidaan kirjata, onko kyseessä ensisijainen vai toissijainen yhteyshen-kilö. Sukulaisuuden lisäksi yhteyshenkilö voi olla muu edunvalvoja tai huoltaja. Esimerkiksi alaikäisen potilaan osalta yhteyshenkilön tiedoista tulee käydä ilmi, onko yhteyshenkilö huoltaja tai laillinen edustaja. Täysikäisen potilaan yhteyshenkilön tiedoista tulee käydä ilmi määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteyshen-kilön tiedot. Potilasasiakirja-asetuksen mukaan yhteyshenkilön minimitiedot ovat alaikäisen potilaan osalta huol-tajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä tarvittaessa potilaan ilmoittaman lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot.

VRK:sta saadaan tieto edunvalvonnan alkamis- ja päättymispäivästä, tieto mahdollisesta edunvalvonnan tehtävien jaosta edunvalvojien kesken (kyllä/ei) ja edunvalvontatiedosta (toimikelpoisuutta ei ole rajoitettu / henkilön toimikelpoisuutta on rajoitettu osittain / henkilö on julistettu vajaavaltaiseksi). Huoltajaa tai huoltajia koskevana tietoina saadaan väestörekisteristä tieto määräyksestä tehtävien jaosta huoltajien kesken (kyllä/ei) ja huoltajuussuhteen voimassaolosta (voimassa/päättynyt). Potilaan laillisen edustajan, huoltajan tai edunvalvojan tietoja voidaan täydentää henkilötietolomakkeessa kirjaamalla potilaskertomuksessa va-paamuotoisena tekstinä tehtävien jakoa.

## 7.3 Henkilötietolomake

Sähköinen henkilötietolomake on julkaistu koodistopalvelimella (*Perushenkilötietolomake*). Henkilötieto-asiakirjan ja sen mukaisen HEN-näkymän tulee olla sen kanssa yhteensopiva ja käytössä viimeistään 1.9.2016. Henkilötiedot tallennetaan Potilastiedon arkistoon tämän määrittelyn mukaisin rakentein.

## 7.4 Henkilötietojen jatkokehitys

Kanta-palveluiden Tiedonhallintapalvelussa henkilötiedot ovat ylläpidettävänä asiakirjana. Tämä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot ovat velvollisia ylläpitämään potilaan ajantasaisia henkilötie-toja. Henkilötietojen ylläpitoon osallistuvien tahojen yhteistyön ja potilaan mahdollisten omien kansalais-palveluiden kautta tapahtuva omaehtoinen tietojen ylläpito vaativat vielä lisäselvitystä ylläpidettävän hen-kilötietoasiakirjan toimintamallien määrittelemiseksi.

# 8 Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetiedot

## 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.<sup>A</sup>

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. Tunnistetiedoissa käytettäviä luokituksia on kuvattu taulukossa 8.

**Taulukko 8. 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 Merkintä ja hoidon antajan tunnistetiedot

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

Merkinnän tekijä on pakollinen tieto. 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. (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 koodistopalvelun mukaisella roolitunnuksella (*eArkisto - tekninen CDA R2 henkilötarkennin (Ammattihenkilön funktio/rooli)*). Ammatilainen 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 paikallinen tieto.

Terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön tiedot kertovat henkilön nimen ja ammatin. Potilasasiakirja-asetuksessa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 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 ammatilaisen 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. Hoidonantajiksi 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 (Kela 2012) ja Kanta-potilaskertomusarkiston Medical Records -sanomaoppaasta (HL7 2013).

Palvelun toteuttajan ja palveluja tuottavan palveluyksikön tiedot sisältävät tekstimuotoisen nimen ja OID-tunnuksen. Käyttäjä kirjaa palveluyksikön osaston tarkkuudella, kuten esimerkiksi Kuopion yliopistolaisen sairaalan vuodeosasto 2, ja lisäksi erikoisalatieon, 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 kokonaisuuden, jonka avulla hallinnoidaan potilaan tekemiä suostumuksia ja kieltöjä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaalla on mahdollisuus kieltää tietyn palvelutapahtuman tietojen näkyminen toisessa organisaatiossa.

Palvelutapahtuma kohdistetaan tietojärjestelmissä jollekin 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. Kaikki Kanta-arkistoon tallennettavat hoitoasiakirjat tulee liittää yksilöityyn palvelutapahtumaan..

Palvelutapahtuma on esimerkiksi (1) yksittäinen avohoitokäynti perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa siihen ajallisesti ja asiallisesti liittyvine tutkimuksineen, toimenpiteineen ja yhteydenottoi-

neen, tai (2) laitoshoitajakso siihen liittyvine toimenpiteineen, tutkimuksineen ja konsultaatioineen, tai (3) määrittelystä syystä tapahtuva sarjakäynti.

Vaikka palvelutapahtumat voitaisiin palvelujentuottajan näkökulmasta jaotella myös pienempiin kokonaisuuksiin, ei tällainen jaottelu olisi välttämättä käytännöllinen potilastietoja haettaessa. Sarjakäynti (hoitojen sarja) taas on yksi ja sama suoritettava 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 palveluntuottajan. 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 Tulosyy, hoidon syy ja diagnoosi

## Hyvä tietää

Potilaan hoitoon tulon syyn kirjaamisessa on käytössä kaksi termiä. Tulosyllä tarkoitetaan potilaan itsensä ilmoittamaa syytä ja hoidon syyllä puolestaan ammattilaisen arvioimaa syytä. Hoidon syy kirjataan aina koodattuna ICD- tai ICPC -luokituksia käyttäen. Potilaan kertoma tulosyy kirjataan (tai potilas kirjaa) käyttäen vapaata tekstiä.

Diagnoosi kirjataan ICD- tai ICPC-luokitusta avulla. Diagnoosin merkintää voidaan tarkentaa lisäksi käytössäsi luokituksilla, jotka kuvaavat diagnoosin tyyppiä (pää- vs. sivu-diagnoosi), kestoa (määräaikainen vs. pysyvä) ja varmuutta (epäily vs. todennäköinen tai varma). Jos merkintä päädiagnoosista puuttuu, tulkitaan ensimmäinen merkitty diagnoosi päädiagnoosiksi.

Tiedonhallintapalvelu koostaa potilaan diagnooseista listan, jonka potilastietojärjestelmän tulisi pystyä esittämään selkeästi niin, että pysyvät diagnoosit ja voimassa olevat määräaikaisten diagnoosit erottuvat helposti.

Potilaan hoitoon tulon syy voidaan kirjata potilaan itsensä kertomana vapaamuotoisena ja ammattilaisen arvioimana koodatussa muodossa. Hoidon syy kirjataan aina koodattuna. Tietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia on kuvattu taulukossa 9.

**Taulukko 9. Potilaan tulosyy, hoidon syyn ja diagnoosien kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.**

Kirjaamisen luokituksia
THL – Tautiluokitus ICD-10
Kuntaliitto – ICPC Perusterveydenhuollon luokitus
AR/YDIN – Diagnoosin/toimenpiteen ensisijaisuus
AR/YDIN – Pysyvyys
AR/YDIN – Varmuusaste
THL – Tiedon lähde
AR/YDIN – Terveystiedon voimassaolon päättymisen syy

## 9.1 Tulosyy

Tulosyy-tieto kuvaa potilaan itsensä ilmoittaman, omaan kokemukseensa ja näkemykseensä perustuvan arvion syystä tai syistä, jotka ovat johtaneet yhteydenottoon tai hoitoon hakeutumiseen. Potilaan henkilökohtaiset hoitoon hakeutumisen ja muiden yhteydenottojen syyt voivat liittyä erilaisiin oireisiin, aiemmin diagnosoituihin sairauksiin tai diagnostisiin ja hoidollisiin toimenpiteisiin tai lääkitykseen liittyviin tarpeisiin. Tulosyy-tietoja on perinteisesti kirjattu vapaamuotoisena tekstinä ajanvarauksen tai ilmoittautumisen yhteydessä ja tulotilanteessa erityisesti perusterveydenhuollon vastaanotoilla.

Tulosyy kirjaa terveydenhuollon ammattihenkilö tai puhelinneuvonta- tai vastaanottopisteessä toimiva muu vastaava henkilö vapaana tekstinä mahdollisimman autenttisenä potilaan (tai hänen edustajansa) ilmoi-

tuksen pohjalta. Tulevaisuudessa sähköiset palvelut ja tietojärjestelmät mahdollistavat myös sen, että potilas voi kirjata tulossyyntä itse.

Tulosyyntä kirjaamiseen liittyvää ohjeistusta tullaan jatkossa tarkentamaan, muun muassa suhteessa hoidon syy- ja diagnoositiedon kirjaamiseen

## 9.2 Hoidon syy

Hoidon syy -tieto ilmaisee terveydenhuollon ammattihenkilön näkemyksen vastaanottokäynnillä hoidetusta terveysongelmasta. Hoidon syy pohjautuu aina ammattihenkilön havaintoon ja arvioon ja sen määrittäminen tapahtuu vastaanottotilanteen edetessä ja perusteella. Tulosyy-tiedosta poiketen hoidon syy -tieto edellyttää aina terveydenhuollon ammattihenkilön aktiivista kannanottoa potilaan terveysongelmaan ja tilanteeseen.

Hoidon syyn kirjaaminen tapahtuu terveydenhuollon ammattihenkilön koulutuksen, ammatillisen osaamisen, tehtävien ja työnkuvan pohjalta. Hoidon syyksi kirjataan ne ennaltaehkäisevät toiminnot, oireet, vaivat ja sairaudet, jotka ovat hoidon ja toiminnan kohteena tai muutoin ovat käsiteltävänä kyseisellä hetkellä. Potilaan perus- tai pitkäaikaissairaudet kirjataan hoidon syyksi ainoastaan silloin, kun ne ovat ajankohtaisesti hoidettavina.

Hoidon syy -tieto kirjataan *Tautiluokitus ICD-10:llä* tai *ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokituksella*. Hoidon syytä voi olla yksi tai useampia. Hoidon syy -tiedon avulla potilaan hoidon perusteet voidaan kirjata myös silloin, kun yksityiskohtaisen diagnoosin asettaminen ei ole mahdollista. Esimerkiksi potilaan hoidon käynnistyessä tai hoitoprosessin alkuvaiheissa merkittävä osa potilaskontakteista saattaa olla vaikeasti määriteltävissä tarkkojen etiologisten, patologisten ja morfologisten diagnoosien avulla (Komulainen, 2012). Hoidon syy voidaan tällöin rinnastaa ”työdiagnoosiin”. Toisaalta myös muut kuin lääketieteellisen koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat asiantuntijavastaanotoillaan kirjata ammatillaisen arvioon pohjautuvan tiedon hoidon syystä ja hoitamistaan terveysongelmista ICPC-2-luokituksella.

Hoidon syy voidaan tarvittaessa luokitella, diagnoosien tapaan, pää- tai sivusyiksi (ks. tarkemmin luku 9.3). Hoidon pääsyy voi esimerkiksi olla päänsärky, ja hoidon sivusyitä masentuneisuus sekä sosiaaliset ongelmat. Hoidon syyn nimi tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ICD- tai ICPC-luokituksesta. Mahdolliset koodinimen täsmennykset, tarkennukset ja lisäykset kirjataan erilliseen lisätietokenttään.

Hoidon syyn synonyyminä on käytetty myös termejä käyntisyys ja käynnin syy (Rautiainen et al, 2013). Hoidon syy -tiedon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tapahtuva kirjaaminen tukee kliinisen päätöksentuen käytön mahdollisuutta.

Hoidon syyn kirjaamista on kuvattu tarkemmin *Suomalaisessa tautien kirjaamisen ohjekirjassa* (Komulainen, 2012). ICD-10- ja ICPC-2 -luokituksia esitellään yksityiskohtaisemmin oppaissa *Tautiluokitus ICD-10* (2011) ja *ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus* (Kvist ja Savolainen, 2010):

## 9.3 Diagnoosi

Diagnoosi ilmaisee lääketieteellisesti määritetyn taudin. Sillä tarkoitetaan taudin olemassaolon ja laadun määrittävää taudin kuvausta (Komulainen, 2012). Diagnoosi-tiedon kirjaa potilasta hoitava lääkäri mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Diagnoositiedon teknisenä kirjaajana voi kuitenkin toimia myös muu kuin lääketieteellisen koulutuksen saanut henkilö.

Diagnoosi kirjataan *ICD-10-* tai *ICPC-2-luokituksella*. Diagnooseja voi olla yksi tai useampia. Diagnoosin nimi tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ICD- tai ICPC-luokituksesta, mutta diagnoosin tehnyt lääkäri voi myös muokata diagnoosin nimeä luokituksessa käytettyä termiä täsmällisemmäksi. Mahdolliset koodinimen täsmennykset, tarkennukset ja lisäykset voidaan myös kirjata diagnoosin nimen perään (esimerkiksi: ICD-10 S92.0 Kantaluun murtuma, *oikean jalan*).

Tiedonhallintapalvelun (Virkkunen et al, 2012) yhteydessä erotetaan toisistaan määräaikaiset ja pysyväisluonteiset diagnoosit:

- *Määräaikainen diagnoosi* on diagnoosi, jolla ei ole pitkäaikaista merkitystä potilaan terveyden, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien hoidon kannalta.

- *Pysyväisluonteinen diagnoosi* on pitkäkestoinen tai pysyvä tai jolla sen väistyttyäkin on merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien hoidon kannalta. (ks. luku 9.3.2, Diagnoosin pysyvyys.)

Käynnin diagnooseilla viitataan kulloisenkin kontaktin yhteydessä hoidettuihin terveysongelmiin, hoidon syihin ja (määräaikaisiin tai pysyväisluonteisiin) diagnooseihin (ks. myös luku 9.2). Sellaisia aiempia diagnooseja, joilla ei ole merkitystä ajankohtaisen terveysongelman tutkimisessa, hoidossa tai ennusteessa, tai jotka eivät kulloisellakin hetkellä vaikuta potilaan terveydentilaan, ei tule merkitä hoitotapahtuman diagnooseiksi.

Diagnoosin lisämääreitä ovat diagnoosin ensisijaisuus, pysyvyys, varmuusaste, tiedon lähde sekä diagnoosin (terveystiedon) päättymisen syy. Kutakin lisämäärettä käytetään silloin, kun se on potilaan hoidon kannalta mielekästä. Luvussa Hoidon syy kuvatun esimerkin mukaisesti päädiagnoosi voisi olla päänsärky (ICD-10 R51.80), todennäköinen tai varma, määräaikainen. Tutkimusten edetessä diagnoosiksi tulisi aivo-  
kasvain (ICD-10 D43), epäilty, määräaikainen, joka edelleen täsmentyisi jatkossa meningeomaksi (ICD-10 D32.0), todennäköinen tai varma, pysyväisluonteinen.

Diagnoosille tuotetaan automaattisesti tieto anto- ja päättymispäivästä. Diagnoosin antopäivä tarkoittaa päivää, jolloin diagnoosi on todettu. Päättymispäivämäärän muodostuminen on kuvattu tarkemmin luvussa 9.3.5.

Hoidon syyn kirjaamista on kuvattu tarkemmin *Suomalaisessa tautien kirjaamisen ohjekirjassa* (Komulainen, 2012). ICD-10- ja ICPC-2 -luokituksia esitellään yksityiskohtaisemmin oppaissa *Tautiluokitus ICD-10* (2011) ja *ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus* (Kvist ja Savolainen, 2010):

### 9.3.1 Diagnoosin ensisijaisuus

Kirjatun diagnoosin merkitystä kunkin hoitotapahtuman yhteydessä kuvataan potilaskertomuksessa pää- ja sivudiagnoosimääreillä. *Päädiagnoosilla* tarkoitetaan potilaan hoidon kannalta kyseisessä hoitotilanteessa ensisijaista diagnoosia. *Sivudiagnoosilla* tarkoitetaan muita potilaan hoidon kannalta toissijaisia diagnooseja, joilla on kuitenkin kyseisessä hoitotilanteessa vaikutusta potilaan tutkimiseen, hoitoon, ennusteeseen tai hänen välittömään terveydentilaansa.

Tieto diagnoosin ensisijaisuudesta kirjataan *Diagnoosin ensisijaisuus* -luokituksen mukaisesti. Käynnille tai hoitojaksoille tulee määrittää päädiagnoosi viimeistään hoitojakson tai käynnin päättyessä. Päädiagnoosiksi merkitään se terveysongelma ja tauti, joka on ollut ensisijainen kyseisen hoitotapahtuman aihe. Kuten käyntiä tai hoitojaksoa kohden voi olla vain yksi päädiagnoosi. Mikäli sitä ei ole määritelty, ensimmäiseksi merkitty diagnoosi tulkitaan pää- ja muut diagnoosit sivudiagnooseiksi.

### 9.3.2 Diagnoosin pysyvyys

Diagnoosin pysyvyydellä viitataan diagnoosin ajalliseen ulottuvuuteen potilaan hoidossa. Diagnoosin pysyvyys - tieto liittyy siihen, aiheuttaako asetettu diagnoosi potilaalle pitkäaikaista hoidon tarvetta tai vaikuttaako kerran asetettu diagnoosi hänen tulevaan terveydentilaansa tai hänelle muiden sairauksien johdosta annettavaan hoitoon. Hoitoon liittyessään myös pitkäaikaisdiagnoosit kirjataan käynnin tai hoitojakson diagnooseiksi.

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.
- *Pysyväisluonteinen* diagnoosi on pitkäaikainen tai pysyväisluontoinen ja sillä voi olla erityistä merkitystä potilaan terveyden, hyvinvoinnin ja hoidon kannalta sairauden tai muun terveysongelman väistyttyäkin.

Diagnoosit näytetään Tiedonhallintapalvelun (Virkkunen et al, 2012) diagnoosikoosteella (ks. tarkemmin luku 9.3). Pysyväisluonteiset diagnoosit vaikuttavat muiden sairauksien etenemiseen ja hoitoon ja siksi niillä on merkitystä useimpien potilaskontaktien yhteydessä, vaikka ne eivät olisikaan varsinaisen hoitoon hakeutumisen syy.

Diagnoosin pysyvyyden määrittäminen on vapaaehtoista mutta suositeltavaa. Diagnoosien pysyvyydelle voidaan potilastietojärjestelmissä antaa oletusarvoja. Käyttäjän pitää pystyä tarvittaessa muokkaamaan oletusarvojen mukaisia tietoja, ja potilastietojärjestelmien tulee mahdollistaa tämä muokkaaminen käyttäjälle.

Pysyväisluonteinen diagnoosi säilyy diagnoosilistalla yleensä pysyvästi. Määräaikaiselle diagnoosille voidaan tarvittaessa antaa päättymispäivä jo diagnoosia kirjattaessa. Tieto siitä, onko diagnoosi pääsääntöisesti ja oletusarvoisesti pitkäaikainen (*Pysyvyys* = Pysyväisluonteinen), määritellään ja julkaistaan lisätietokenttänä ICD- ja ICPC-luokituksissa. Diagnoosin pysyvyyden oletusarvon lisätietomäärittelyt on hyväksytty koodistopalvelimelle tuotettavaksi ja määrittelyt ovat etenemässä julkaisemista viimeisteleviin tarkistuksiin.

Mikäli potilaalla on aiemmin muualla todettu pysyväisluonteinen diagnoosi, ja kyseinen diagnoosi halutaan kirjata potilaan diagnoosiksi, voidaan diagnoosin toteaja ja toteamispäivä kirjata menneisyyteen esimerkiksi vuoden tarkkuudella tai jättää kirjaamatta. Tiedonhallintapalvelun diagnoosilistalla oleva diagnoosi voidaan vastaavasti merkitä tarvittaessa (mikäli potilas esimerkiksi parantuu) päättyneeksi. Tämä tapahtuu tekemällä diagnoosista uusi merkintä ja antamalla sille päättymistiedot, päiväys ja päättymisen syy (ks. tarkemmin luku 9.3.5).

### 9.3.3 Diagnoosin varmuusaste

Diagnostikalle on ominaista sen epävarmuus. Diagnoosille voidaan antaa epävarmuuden astetta kuvaavia määreitä. Diagnoosin varmuusaste kirjataan *Varmuusaste*-luokituksella. Diagnoosi voi tällöin olla *Epäilty* tai *Todennäköinen tai varma*.

*Epäilty* diagnoosin varmuusasteena viittaa käytettävissä olevien tietojen perusteella oletettuun diagnoosiin, riskiin tai hoidon tarpeeseen, jonka todentamiseksi tarvitaan lisätietoja tai muiden mahdollisten diagnoosien poissulkemista. Diagnoosi, riski tai hoidon tarve voi käytettävissä olevien tietojen perusteella olla myös *todennäköinen tai varma*.

Diagnoosien 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 työn alla. Tietoa epäillyksi kirjatusta diagnoosista voidaan tällöin käyttää kliinisen päätöksenteon tuessa.

### 9.3.4 Tiedon lähde

Diagnoosin kirjaamisessa voidaan tarvittaessa ilmaista tiedon lähde eli keneltä tieto on peräisin *Tiedon lähde* -koodiston avulla. Tiedon lähteenä voi olla esimerkiksi toinen hoitava organisaatio tai potilas tai hänen edustajansa.

### 9.3.5 Diagnoosin päättymisen syy

Diagnoosin päättymispäivä on päivämäärä, jolloin diagnoosin mukainen tauti on todettu päättyneeksi.

Diagnoosin päättymispäivän oletuksena on merkinnän kirjaamispäivä. Niiltä osin kuin pysyväisluonteiseksi merkitty diagnoosi on tarpeellista muuttaa päättyneeksi, esimerkiksi potilaan parantuessa, diagnoosille tulee kirjata päättymisen syy.

Diagnoosin päättymisen syy kirjataan *Terveystiedon voimassaolon päättymisen syy* -luokituksen avulla. Päättymisen syitä voivat olla Parantunut, Tarkentunut, Virheellinen kirjaus ja Muu syy.

Suosittelavaa on, että Tiedonhallintapalvelun pitkäaikaisdiagnoosilistalla (Virkkunen et al, 2012) on toiminto, jonka avulla järjestelmä kopioi päättymiskirjaukselle alkuperäisen kirjauksen tiedot automaattisesti ja kysyy käyttäjältä vain lopetuksen syytä sekä antaa mahdollisuuden muuttaa päättymispäivää.

Diagnoosit näytetään diagnoosilistalla aina käyntipäivämäärien mukaisesti, uusimmat ensin. Pysyväisluonteisista diagnooseista näytetään listalla kaikki ne diagnoosit, joita ei ole merkitty päättyneeksi. Päättäneet diagnoosit saadaan esiin erikseen haettaessa.

### 9.3.6 Hoitoepisodi ja diagnoosin episoditunnus

Hoitoepisodilla (episode of care) viitataan potilaan tiettyyn terveysongelmaan liittyvään, ajallisesti etenevään hoidon kokonaisuuteen, johon voi sisältyä useita hoitotapahtumia.

Potilastietojärjestelmät tuottavat kullekin diagnoosille episoditunnuksen, jonka avulla diagnoosi voidaan liittää potilaan hoitoepiisodiin. Episoditunnuksen avulla yksittäisen potilaan samaan sairauteen liittyviä tapahtumia voidaan liittää yhteen palvelujen antajasta riippumatta (vrt. esimerkki luvussa 9.3).

Terveydenhuollon ammattihenkilön kirjatessa diagnoosia, järjestelmä liittää kyseisen diagnoosin automaattisesti vanhaan diagnoosiin, eli antaa diagnooseille saman episoditunnuksen, mikäli sama diagnoosikoodi esiintyy potilaan pitkäaikaisdiagnoosien listalla tai alle kolme kuukautta vanhoissa käyntidiagnooseissa.

Mikäli diagnoosi on yli kolme kuukautta vanhoissa käyntidiagnooseissa, kysytään käyttäjältä liittyykö diagnoosi vanhaan diagnoosiin vai onko uusi sairaus. Jos diagnoosi ei liity aikaisempaan, muodostaa järjestelmä uuden episoditunnuksen. Jos potilaalle ei ole aiemmin kirjattu kyseistä diagnoosia, muodostetaan uusi episoditunnus.

Diagnoosin kirjauksen yhteydessä käyttäjällä on tarvittaessa mahdollisuus liittää diagnoosi mihin tahansa potilaan hoidon syy -diagnooseista tai pitkäaikaisdiagnooseista löytyvään diagnoosiin esimerkiksi poimimalla vanha diagnoosi uuden kirjauksen diagnoosiksi tai hoidon syyksi.

Jos diagnosikirjaus tehdään kopioimalla vanha diagnosimerkintä, kopioidaan vanhan merkinnän episoditunnus uuteen merkintään, vaikka diagnosikoodia muutettaisiin uudessa kirjauksessa. Jos samalla kertaa kirjataan useampi diagnoosi, joita potilailla ei ole pitkäaikaisdiagnooseissa tai alle kolme kuukautta vanhoissa käyntidiagnooseissa, saa kukin diagnoosi oman episoditunnuksen. Aina vanhan diagnoosin kopioiminen ei ole mahdollista juuri siksi, että myös episoditunnus kopioituu. Esimerkiksi toisen lonkan murtumassa ei voida kopioida aikaisempaa lonkkamurtumadiagnoosia, koska kyseessä on toinen episodi.

Hoitoepisodille ei toistaiseksi tarvitse tuottaa nimeä. Episodin nimi voidaan kuitenkin tuottaa automaattisesti siten, että uuden episodin nimeksi asetetaan oletuksena diagnoosin nimi. Episodin nimi voi muuttua episodin aikana ja nimenä käytetään aina uusimman kirjauksen mukaista nimeä. Vanhaan episodiin liittyvässä kirjauksessa episodin nimeksi tulee oletuksena vanhan episoditunnuksen mukainen nimi. Molemmissa tapauksissa käyttäjän tulee kuitenkin voida muuttaa episodin nimeä tarvittaessa. Episodin nimi voi siis muuttua episodin aikana ja episodin nimenä käytetään aina uusimman kirjauksen mukaista episodin nimeä.

# 10 Riskitiedot

## Hyvä tietää

Riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Kriittiset riskitiedot käsittävät allergiset ja lääkeaineen aiheuttamat henkeä uhkaavat reaktiot ja muut riskit, jotka aiheuttavat hengenvaaran.

Riskit kirjataan käyttäen riskitiedon aste- ja pysyvyyskoodistoja, tarvittaessa ICD-diagnosikoodia ja riskitiedon tyyppi koodistoja. Lääkeaineiden ATC-koodia käytetään silloin, kun riski liittyy lääkeaineeseen, esim. lääkeallergiaan.

Riski voidaan kirjata myös silloin, kun väkivaltainen potilas aiheuttaa vaaraa henkilökunnalle eikä ole vaaraksi pelkästään itselleen.

Riskitiedot koostuvat kriittisistä riskeistä ja potilaan hoidossa tai henkilökunnan turvallisuudessa huomiotavista tiedoista. Riskien kirjaamisessa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 10.

**Taulukko 10. Potilaan riskitietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.**

Kirjaamisen luokituksia
AR/YDIN – Riskitiedon tyyppi
AR/YDIN – Riskitiedon aste
AR/YDIN – Varmuusaste
AR/YDIN – Pysyvyys
THL – Tautiluokitus IDC-10
Kuntaliitto – ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus
Fimea – ATC-luokitus
THL – Toimenpideluokitus

## 10.1 Riskitiedot

Riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Tietoja käytetään huomauttamaan potilasta hoitavia henkilöitä siitä, että hoitoa täytyy mahdollisesti toteuttaa tavanomaisesta poikkeavalla tavalla. Riskitiedon tyyppin ilmaisemisessa käytetään *Riskitiedon tyyppi* -koodistoa. Riskitiedot jaetaan kriittisiin ja hoidossa huomioitaviin tietoihin ja niiden ilmaisemisessa hyödynnetään *Riskitiedon aste* -koodistoa.

### 10.1.1 Riskin tyyppin kirjaaminen

*Riskitiedon tyyppi* -koodistolla ilmaistaan millaisesta riskitiedosta on kyse (ks. taulukko 11). Riskitietojen tarkoitus on tulla huomioduksi kaikissa tarpeellisissa tilanteissa. Jaottelu kriittisiin ja hoidossa huomioitaviin tietoihin helpottaa tärkeimpien tietojen huomaamista. Riskitietojen kirjaamiseen tulee suhtautua kriittisesti. Niitä arvioidaan aina potilaskohtaisesti ja kirjaamiskäytännöt sovitaan organisaatiokohtaisesti.



Taulukko 11. Riskityyppien pääluokat.

Koodi	Riskityyppi
L	Lääkereaktiot ja -allergiat
A	Muut allergiat
S	Riskitaudit
V	Verituotteiden annossa huomioitavat asiat
H	Erityishuomiointia vaativat hoidot
I	Vieras kudus ja materiaali
E	Moniresistentit mikrobit ja erityistarve
R	Hoidon rajaukset
K	Käyttäytymiseen liittyvät riskit
M	Muut riskit

Taulukossa 11 on riskien pääluokat. Kukin pääluokka jakaantuu 2-8 tarkempaan riskiluokkaan. Luokitus on julkaistu koodistopalvelimella. Tarkoitus on, että jatkossa potilastietojärjestelmässä tietty toimenpide tai ICD-10 koodattu diagnoosi saisi automaattisesti aikaan riskin kirjauksen, joka varmennetaan kirjausten tekijältä. Tällöin myös ICPC-koodilla kirjattu diagnoosi voi ICPC - ICD-10 -siltauksen johdosta synnyttää riskikirjauksen.

Käyttäytymiseen liittyvien riskien alaluokan K1 väkivaltaisuus hoitotilanteessa voi kirjata, vaikka potilas ei olisikaan riski itselleen, sillä uuden määritelmän mukaan myös ne riskit, jotka aiheuttavat riskin henkilökunnan terveydelle, kirjataan.

Riskitietoja tarvitsevat ajankohtaisiin ja tuleviin hoitoihin osallistuvat terveydenhuoltoa toteuttavat henkilöt. Riskitiedot kirjataan riskitietonäkymälle. Luokituksen avulla ilmoitettavan tiedon lisäksi voidaan käyttää vapaamuotoista tekstiä. Riskitietoihin sisältyy lisäksi päivämäärä, jolloin riskitieto on todettu tai poistettu. Päivämäärätieto tuotetaan järjestelmätasolla, jossa oletusarvona on merkinnäntekopäivämäärä. Riskitiedon anto tai poistopäivä on kirjattava vähintään vuoden tarkkuudella, mutta se voidaan kirjata myös tarkemmalla tasolla.

Muita riskien kirjaamisessa käytettäviä luokituksia ovat:

- *Tiedon lähde* -koodiston avulla ilmaistaan keneltä tai mistä tieto riskistä on peräisin.
- *Varmuusaste* -koodistolla ilmaistaan riskin varmuusaste. Koodistoa käytetään silloin, kun halutaan kuvata diagnoosin tai riskin todennäköisyyttä.
- *Pysyvyys*. Pysyvyydestiedon avulla voidaan erotella pysyväisluonteiset riskit määräaikaista riskeistä. Määräaikaistulle riskille voidaan asettaa haluttaessa päättymispäivä jo kirjatessa. Tieto riskin pysyvyydestä voi helpottaa tiedon elinkaaren hallinnointia ja tiedon hakemista (esimerkiksi "hae pysyväisluonteiset riskitiedot").

Potilastietojärjestelmissä voidaan kriittiset riskitiedot tuoda aktiivisesti käyttäjälle tiedoksi, kun taas hoidossa huomioitavia tietoja ei ole tarpeen tuoda, vaikka ne kuuluvatkin riskitietorakenteen alle. Tiedonhallintapalvelun koosteelle (Virkkunen et al, 2012) tulevat kaikki voimassa olevat riskit.

Jos epäilty riskitieto, esimerkiksi jokin diagnoosi, on kirjattu riskitautiksi, mutta epäily osoittautuu vääräksi, poistetaan tieto riskitautista tilanteen varmistuttua. Samoin toimitaan taudin mahdollisesti väistyessä.

### 10.1.2 Riskin aste

Riskin asteen oletusarvo tulee riskityypin mukaan, mutta käyttäjä voi muuttaa sitä.

*Kriittiset tiedot* 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.

*Hoidossa huomioitavat tiedot* ovat tietoja, joiden huomioiminen vaikuttaa potilaan hoitoon mutta joiden huomiotta jättäminen ei aiheuta hengenvaarallista tai muuta huomattavaa riskiä potilaan tai henkilökunnan terveydelle tai ympäristölle. Kriittisistä riskitiedoista ja hoidossa huomioitavista tiedoista on tarkemmin alempana.

### 10.1.3 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 käyttäjät voivat vapaamuotoisesti kirjata, miten riski vaikuttaa hoitotoimenpiteisiin. Esimerkiksi poikkeavan anatomian (lisätieto ahdas virtsaputki) selitteenä voi olla ”katetrointi ei onnistu, tehtävä aina rakkopunktio katetroinnin sijaan”.

## 10.2 Kriittiset riskitiedot

Kriittiset riskitiedot käsittävät allergiset ja lääkeaineen aiheuttamat henkeä uhkaavat reaktiot ja muut riskit, jotka aiheuttavat hengenvaaran.

*Henkeä uhkaaviksi lääkereaktioiksi* kirjataan anafylaktiset tai muut henkeä uhkaavat lääkeainereaktiot, jotka aiheuttavat hengenvaaran. Diagnoosin (riskin nimi) lisäksi lääkeainereaktiolle kirjataan joko valmisteen kaupp nimi 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).

*Henkeä uhkaavaksi ruoka-aineallergiaksi tai muuksi henkeä uhkaavaksi välittömäksi allergiaksi 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.

*Poikkeavat veriryhmävasta-aineet* kirjataan kriittiseksi riskitiedoksi.

*Tahdistimet ja defibrillaattorit.* Näiden kirjaaminen kriittisiin riskitietoihin voi tapahtua toimenpiteen kirjaamisen yhteydessä.

### 10.3 Hoidossa huomioitavat tiedot

Keskeisiin hoidossa huomioitaviin tietoihin kirjataan niitä tietoja, joita ei kirjata kriittisiin riskitietoihin. Niiden huomioiminen vaikuttaa potilaan hoitoon, mutta niiden huomiotta jättäminen ei aiheuta hengenvaarallista riskiä potilaan tai henkilökunnan terveydelle tai ympäristölle. Hoidossa huomioitavat tiedot käsittävät muun muassa allergiat, ruoka-aineallergiat, lääkeaineen aiheuttamat poikkeavat reaktiot, riskitaudit, moniresistentit mikrobit, erityishuomiota vaativa lääkitys tai hoitomuoto, siirretyt kudokset ja keinomateriaalit, verituotteiden annossa huomioitavat asiat, päihderiippuvuus sekä väkivaltaisuus.

*Allergian* keskeisiin hoidossa huomioitaviin tietoihin kirjataan sellaiset allergiat, joilla on merkitystä potilaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Esimerkiksi muna-allergian aiheuttajana tieto on huomioitava rokotuksissa, koska rokotteet voivat sisältää munaa. Allergian aiheuttaja/aiheuttajat kirjataan aina, jos ne ovat tiedossa.

*Lääkeaineen aiheuttamista poikkeavista reaktioista* kirjataan hoidossa huomioitaviksi tiedoiksi sellaiset lääkkeestä aiheutuneet verisoluvaikutukset ja ihoreaktiot, joita ei kirjata kriittisiin riskitietoihin.

*Riskitauteihin* kirjataan sellaiset sairaudet, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon, kuten tukostaipumus ja immuunipuutostilat.

*Verituotteiden annossa huomioitavat asiat:* Hoidossa huomioitaviin verituotteiden annossa kirjattaviin asioihin kirjataan muut riskit, kuin kriittisiin tietoihin kuuluvat poikkeavat veriryhmävasta-aineet.

*Mikrobit ja eristystarve.* Hoidossa huomioitava tieto potilaan eristystarpeesta. Ryhmään kuuluvat potilaat, jotka ovat tai joiden epäillä olevan moniresistenttien bakteerien kantajia. Myös muu eristystarve ilmaistaan tässä.

*Hoidon rajaukset* sisältävät tiedon potilaan tekemistä tahdonilmaisuista ja lääketieteellisin perustein tehdyistä hoidon rajauksista

*Potilaan tahdon ilmaisu* sisältää potilaan ilmoittaman tahdon, joka antaa luvan hoidon lopettamiseen, kun parantavaa hoitoa ei ole eikä henkilö enää itse kykene ilmaisemaan tahtoaan.

*Käyttäytymiseen liittyviin riskeihin* kirjataan tieto potilaan tai hänen läheisensä väkivaltaisuudesta hoitotilanteessa sekä hoidossa huomioitavat lääke- ja muut riippuvuudet

*Muut riskit* sisältävät muun muassa tiedon dialyysin tai kommunikaatioavun tarpeesta. Ryhmään kirjataan myös esimerkiksi tieto poikkeavasta anatomiasta, joka voi esimerkiksi tehdä intubaation vaikeaksi anestesian yhteydessä.

### **10.3.1 Raskaus**

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 raskautta 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.

### **10.3.2 Toimenpide- ja ATC-luokitusten käyttö**

Lääkeainereaktioiden osalta riskitietoa tarkennetaan lisäämällä lääkeaineen ATC-luokituksen mukainen tieto ainakin viiden ensimmäisen merkin tarkkuudella. Keino- ja siirtoelinten osalta toimenpideluokituksen koodi yksilöi tehdyn toimenpiteen ja sen aiheuttaman riskin.

# 11 Terveysteen vaikuttavat tekijät

## Hyvä tietää

Terveysteen vaikuttaviin tekijöihin kirjataan tiedot potilaan alkoholin ja muiden päihteiden käytöstä, tupakoinnista, liikunnasta ja mahdollisesta raskaudesta. Kirjaamisessa käytetään yleisien mittareiden antamia tuloksia ja tiedot kirjataan Terveysteen 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 terveystkäyttämässä ovat seurattavissa.

Terveysteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen koskee potilaan todetun tilanteen dokumentoimista eri luokitusten ja mittareiden tai testien avulla. Näitä on koottu taulukkoon 12. Terveysteen vaikuttavien tekijöiden selvittämisessä käytettäviä testejä ja kyselyjä on kuvattu lisäksi liitteessä 3.

**Taulukko 12. Potilaan terveystteen vaikuttavien tekijöiden kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.**

Kirjaamisen luokituksia mm:	Mittareita ja testejä mm:
FinLOINC – Fysiologiset mittaukset	Tupakointistatus
THL – Tautiluokitus ICD-10	Fagerstömin nikotiiniriippuvuustesti
Kuntaliitto – ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus	AUDIT-testi
	Nuorten päihdemittari
	Liikkumisresepti

## 11.1 Terveystteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen

Potilaan terveystden kannalta oleelliset tekijät on kuvattu rakenteisesti, jotta esimerkiksi päätöksenteon tuen avulla voidaan tuottaa ehdotuksia riskien minimoimiseksi sekä potilaiden terveystkäyttämisestä saadaan populaatiotasoa tietoa. Kattava kirjaaminen on tärkeää, jotta populaatiotason tieto on luotettavaa ja muutokset potilaiden terveystkäyttämässä ovat seurattavissa.

## 11.2 Terveystteen vaikuttavat tekijät ja niiden mittarit

Terveystteen vaikuttavat tekijät ovat henkilön terveystteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita, kuten tupakointia tai päihteiden käyttöä, kuvaavia tietoja. Tietoja tarvitsevat potilaan hoitoon osallistuvat terveystdenhuollon ammattilaiset. Terveystteen vaikuttaviin tekijöihin keskeisissä tiedoissa kuuluvat tupakointi, päihteet, liikunta, raskaus ja ravitsemus.

Tupakoinnin, alkoholin käytön ja liikunnan määrän kartoitusta varten on olemassa soveltuvia mittareita. Potilaskertomukseen kirjataan kustakin mittarista saatu indeksiluku. Mittarit kokonaisuudessaan suositellaan tallennettaviksi, jotta voidaan seurata mittarin eri osatekijöiden kehitystä myöhemmin. Kussakin kohdassa voidaan lisäksi hyödyntää tilanteen sanallista kuvausta otsikoiden avulla.

### 11.2.1 Todetun tilanteen kirjaaminen

Terveysteen vaikuttaviin tekijöihin kirjataan todettu tilanne. Potilasta ohjaavat useat eri ammattiryhmät ja he kirjaavat kukin oman mallinsa mukaisesti. Sairaanhoidajat kirjaavat terveysteen vaikuttaviin tekijöihin liittyvää neuvontaa ja ohjeistusta hoitotyön luokitusten mukaisesti hoitokertomukseen ja kuntoutuksen erityistyöntekijät ammatilliseen tai palvelukohtaiseen näkymään. Lääkärit kirjaavat ohjeistuksen ja neuvonnan väliarvioihin tai loppuarvioon. Näin ollen ne tulevat myös tallentumaan usealle eri näkymälle. Kuten muitakin keskeisiä tietoja, terveysteen vaikuttavia tekijöitä kirjataan vain silloin, kun ne ovat tarpeen potilaan ongelman hoidossa.

### 11.2.2 Tupakointi

Tieto potilaan tupakointitilanteesta on suositeltavaa kirjata perusterveydenhuollossa jokaiselta potilaalta vähintään kahden vuoden välein.

Tupakoinnin kirjaamisessa ilmaistaan aina tupakointitilanne ja lisäksi tarvittaessa tupakoinnin määrä sekä nikotiiniriippuvuus siihen tarkoitetuilla koodistoilla (ks. liite 3).

Tupakoinnin määrä ilmaistaan savukkeina/vrk (FinLOINC: 8663-7) tai askivuosina (FinLOINC: 11366-2)<sup>6</sup>. Jos henkilö polttaa yhden askin päivässä vuoden ajan, tulee yksi *askivuosi* ja jos 20 vuotta 2 askia päivässä = 40 askivuotta. Potilaan nuuskankäyttö kirjataan vapaalla tekstillä otsikon Terveysteen vaikuttavat tekijät alle.

Nikotiiniriippuvuutta testataan Fagerströmin kahden kohdan nikotiiniriippuvuustestillä (ks. Tupakka-riippuvuus ja tupakasta vieroitus, 2012). Testi on julkaistu myös THL:n koodistopalvelimella<sup>7</sup>. Nikotiiniriippuvuus saadaan laskemalla testin kysymysten summapistheet. Potilastietojärjestelmiin voidaan luoda laskuri joka laskee summan ja siihen on liitetty myös tulkinta.

### 11.2.3 Päihteet ja huumaavat aineet

Alkoholin käytön kartoitukseen soveltuu 10 kohdan AUDIT-testi (ks. kuvaus Vuokko et al, 2012). AUDIT-testi kuvaa hyvin aikuisen ihmisen alkoholin käyttöä. Testi on käytettävissä muun muassa Terveysteen sportissa<sup>8</sup> ja Päihdelinkissä<sup>9</sup>. Testin tulos kirjataan vapaalla tekstillä otsikon Terveysteen vaikuttavat tekijät alle, kunnes AUDIT-mittari on julkaistu Koodistopalvelimella. Raskaana olevilla ja nuorilla AUDIT-testiä voidaan hyödyntää keskustelun pohjana, suora indeksin tuottama arvo voi näiden ryhmien osalta luoda virheellisiä tuloksia, joita ei voida suoraan hyödyntää esimerkiksi arvioitaessa äidin alkoholinkäytön sikiölle aiheuttamaa riskiä. Nuorten päihdemittareita kuvataan oppaan toisessa osassa CRAFFT) ja 15 (ADSUME).

Huumeiden käytön osalta voidaan soveltaa OYS:in käyttämää huumeekyselyä, josta on esitetty yksinkertaistettu versio liitteessä 3. Tulokset kirjataan vapaalla tekstillä otsikon Terveysteen vaikuttavat tekijät alle.

Tieto muista kuin edellä kuvatuista päihdyttävistä aineista kirjataan vapaalla tekstillä otsikon Terveysteen vaikuttavat tekijät alle. Lisäksi käytetään ICD-10-luokituksista luokkia F10-F19 tai Z72.1-Z72.2 tai ICPC2-luokituksista koodeja P15-P19. Tieto päihderiippuvuudesta tulee siirtyä myös automaattisesti riskitietoihin kohtaan K2 Päihderiippuvuus.

### 11.2.4 Liikunta

Tieto potilaan terveyden kannalta riittämättömästä liikkumisesta voidaan kirjata rakenteisesti ICD-10-luokituksen koodilla Z72.3 Fyysisen harjoituksen puuttuminen.

Kun tavoitteena on saada potilas liikkumaan riittävä ja turvallinen määrä, kannustimena liikkumiseen voidaan käyttää Liikkumisreseptiä<sup>10,11</sup>. Reseptin rakennetta on määritetty THL:ssä (Vuokko et al, 2012),

<sup>6</sup> <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=273&versionKey=350>

<sup>7</sup> <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=247&versionKey=322>

<sup>8</sup> <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028b.pdf>

<sup>9</sup> <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/audit>

<sup>10</sup> <http://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti/materiaalit>

<sup>11</sup> <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075>

mutta lomakekoodistoa ei ole vielä saatavilla Koodistopalvelimelta. Koodistopalvelussa julkaisuun asti voidaan käyttää potilaalle tulostettavaa paperiversiota ja tieto liikunnasta kirjataan vapaamuotoisella tekstilä otsikon Terveysteen vaikuttavat tekijät alle. Liikkumisreseptiä varten on näkymäluokituksessa lomakemuotoinen näkymä LREA Liikkumisresepti aikuisille, joka on määritelty seuraavasti: ”Liikkumisresepti aikuisille on liikkumistiedon, -tottumusten ja -ohjeiden kirjaamiseen tarkoitettu kirjaamisalusta sähköisessä potilaskertomuksessa.”

#### **11.2.5 Raskaus**

Tieto naisen raskaudesta on oltava käytettävissä hoitopäätöksiä tehtäessä. Tiedossa olevan raskauden laskettu aika ja raskaudet/synnytykset-luku kirjataan otsikon Terveysteen vaikuttavat tekijät alle. Laskettu aika ja raskauksien lukumäärä ovat tulossa osaksi FinLOINC-luokitusta vuoden 2014 päivityksessä, minkä jälkeen kirjaamisessa käytetään tätä luokitusta.

Tieto raskaudesta ja myöhemmin myös laskettu aika on potilastietojärjestelmissä siirrettävä Hoidossa huomioitaviin tietoihin (ks. luku 10, Riskitiedot), kun kyseiset tiedot ovat voimassa olevia.

#### **11.2.6 Ravitsemus**

Potilaan ravitsemukseen liittyvät huomiot kirjataan erikoisala- tai ammattikohtaiselle näkymälle otsikon Terveysteen vaikuttavat tekijät alle, jonne lääkäri kirjaa myös antamansa ravitsemusohjauksen. Muut ammattiryhmät kirjaavat antamansa ohjauksen omien nimikkeistöjensä mukaisilla luokituksilla.

# 12 Tutkimukset ja mittaukset

## Hyvä tietää

Tutkimuksilla ja mittauksilla tarkoitetaan tässä fysiologisia mittauksia sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksia. Tutkimukset ja mittaukset kirjataan käyttäen tutkimusnimikkeistöjä tai FinLOINC-koodia. Laboratoriossa voidaan käyttää myös yksikön omia koodeja, jos tutkimus on niin uusi, ettei sille vielä ole valtakunnallista koodia.

Vieritutkimuksina tai kotona itse tehdyille tutkimuksille merkitään tulokseen tieto tutkimustavasta.

Voimakkaasti odotetusta poikkeava kuvantamistulos voidaan merkitä kriittiseksi löydökseksi, jolloin potilaskertomusjärjestelmään voidaan rakentaa hälytysmenettelyjä joilla lähettävä lääkäri saadaan reagoimaan tulokseen nopeasti. Laboratoriotutkimuksilla voi olla käytössä vastaava hälytysraja.

Fysiologisille mittauksille sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksille on kullekin tiedonhallintapalvelussa oma koosteensa, jonka avulla saat tiedon muissa yksiköissä tehdyistä tutkimuksista ja mittauksista.

Fysiologiset mittaukset koostuvat tutkimus- ja mittaustuloksista sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista, joita kirjataan taulukossa 13 kuvatuilla luokituksilla.

**Taulukko 13. Potilaan fysiologisten mittausten kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.**

Kirjaamisen luokituksia
FinLOINC – Fysiologiset mittaukset
Kuntaliitto – Laboratoriotutkimusnimikkeistö
THL - Toimenpideluokitus
THL – Tiedon lähde

## 12.1 Fysiologiset mittaukset

Fysiologiset mittaustulokset kuvaavat henkilön kliinis-fysiologisia löydöksiä. Jotta tietoja voidaan käsitellä tietokoneen avulla, ne tulee kirjata sovituilla luokituksilla, nimikkeistöillä tai koodistoilla. Näin kirjattuja tietoja voidaan hyödyntää potilaan tilassa tapahtuvien muutosten seurannassa tarvittaessa graafisesti, tietojen siirtämisessä arkistoon ja/tai toiseen potilastietojärjestelmään sekä päätöksenteon tuen tietolähteenä.

### 12.1.1 FinLOINC-luokitus

Fysiologiset mittaukset kirjataan FinLOINC-luokituksella. FinLOINC:iin 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 suurei-

ta, kuten BMI, ei sisällytetä näihin määrittelyihin, jos ne ovat pääteltävissä muista tiedoista. FinLOINC on julkaistu koodistopalvelimella<sup>12</sup>, jossa luokituksen tuorein versio on saatavilla.

Kirjaaminen on mahdollista kaikilla hierarkkisen luokituksen tasoilla. Hierarkia mahdollistaa sen, että alemmalle tasolle kirjattuja suureita voidaan hakea ja tarkastella hierarkiassa ylemmällä tasolla olevan termin avulla. Näin esimerkiksi 8302-2 ”Pituus” sisältää myös tiedot 3137-7 ”Pituus, mitattu” ja 3138-5 ”Pituus, ilmoitettu tai arvioitu”.

FinLOINC-luokitus on joiltain osin päällekkäinen laboratoriotutkimusnimikkeistön kanssa. Kyseisistä laboratoriotutkimuksista voidaan käyttää FinLOINC-termiä silloin, kun mittaaminen tapahtuu laboratorion ulkopuolella, esimerkiksi tällaisesta on vastaanotolla tehtävä PEF-mittaus. Jos potilastietojärjestelmään kirjaetaan esimerkiksi potilaan itsensä suorittamia fysiologisia mittauksia, tulee merkitä myös mittauksen tekotapa eli tieto siitä, onko kyseessä laboratoriossa tehty mittaus, vierimittaus vai omamittaus.

Kaikki potilaan hoidon kannalta tarpeelliset fysiologiset mittaustulokset, joille on olemassa FinLOINC-koodi, tallennetaan rakenteisessa muodossa. Jos kirjaamiseen käytetään muuta kuin FinLOINC-luokitusta tai tieto kirjataan ilman luokitusta Fysiologiset mittaukset -otsikon alle, ei mittaustieto tule Tiedonhallintapalvelun koosteelle. Tiedon tallentaminen rakenteisessa muodossa ei estä tiedon sanallista kuvaamista kertomustekstissä hyödyntämällä Fysiologiset mittaukset -otsikkoa, jos tämä on tarkoituksenmukaista.

### 12.1.2 Fysiologisten mittausten kirjaaminen

Fysiologisista mittauksista kirjataan potilastietojärjestelmiin mitattu arvo ja yksikkö pääsääntöisesti SI-järjestelmän mukaisina yksikköinä. Potilastietojärjestelmissä voidaan fysiologisia mittauksia kirjata eri kohtiin, esimerkiksi kuumekurvaan, hoitokertomukseen tai lääkärin teksteihin ensisijaisesti FinLOINC-luokituksella tai jos mittaukselle ei ole koodia FinLOINC-luokituksessa, toissijaisesti kirjaamalla Fysiologiset mittaukset -otsikon alle. Mittausten yhteydessä voidaan tarvittaessa ilmoittaa myös mittalaite, jolla mittaus on suoritettu.

Esimerkki verenpaineen kirjauksesta: FinLOINC-koodit 8480-6 Systolinen verenpaine 125 mmHg ja 8462-4 Diastolinen verenpaine 80 mmHg. Vaikka systolinen ja diastolinen verenpaine tallennetaan erikseen, on potilaskertomusjärjestelmän näytettävä tulos totuttuun tapaan kauttaviivalla erotettuna 125/80 ja kirjauskin tulisi voida tehdä vinoviivalla erotetussa muodossa.

## 12.2 Tutkimukset

Tutkimuksia ovat laboratoriotutkimukset ja radiologiset tutkimukset, jotka on kuvattu tarkemmin alla omista luvuissaan.

### 12.2.1 Laboratoriotutkimukset

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

Jos laboratoriotutkimus on niin uusi, ettei sille vielä ole valtakunnallista koodia, voidaan sen kirjaamisessa käyttää toimintayksikössä käytössä olevaa, omaa koodia. Hyvä tapa olisi, että toimintayksiköissä pyrittäisiin omalla koodina käyttämään LOINC-koodia<sup>13</sup>. LOINC-koodeja käyttämällä saavutettaisiin uusien tutkimusten tiedoissa parempi yhtenäisyys sairaaloiden välillä.

<sup>12</sup> <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=273&versionKey=350>

<sup>13</sup> <http://www.loinc.org>



### 12.2.2 Radiologiset tutkimukset

Radiologiset tutkimukset ovat kuvantamismenetelmiin perustuvaa lääketieteellistä diagnostiikkaa. Erilaisiin kuvantamismenetelmiin liittyviä tutkimuksia ovat esimerkiksi natiiviröntgenkuvat (esim. thorax), tietokonetomografiat (TT) sekä isotooppitutkimukset (röntgenosastojen lisäksi myös kliinis-fysiologisilla osastoilla ja sädeyksiköissä). Kuvien lisäksi isotooppitutkimuksissa voidaan tulostaa myös aktiivisuuskäyriä (esimerkiksi munuaisten toimintatutkimukset ja isotooppireografiat).

Radiologian yksikössä tehdyt tai radiologian yksikön toimesta yksikön ulkopuolella tehdyt toimenpiteet kirjataan tutkimuksina radiologian järjestelmään, josta tieto välittyy potilaskertomusjärjestelmään. Muiden yksiköiden tekemät tutkimukset kirjataan toimenpiteinä potilaskertomusjärjestelmään. Tieto kirjatuista tutkimuksista välittyvät valtakunnalliseen sähköiseen Potilastiedon arkistoon, jonka kautta tieto potilaalle tehdyistä tutkimuksista on helposti saatavissa myös muihin sairaaloihin.. Potilastietojärjestelmien käytävissä oleva tietosisältö on kuvattu koodistopalvelimella<sup>14</sup>.

### 12.2.3 Tutkimusten pyynnöt ja lausunnot

Tutkimuksista kirjataan pyynnöt ja/tai läheteet laboratorion tai radiologian ohjelmistoihin tai potilaskertomukseen. Jos osastolla on käytössä suppea valikoima tutkimuksia, niin käytävyyden edistämiseksi käytössä voi olla osajoukko luokituksesta tai käytettävät pikatestit voidaan etukäteen sitoa tiettyyn tutkimuskoodiin. Laboratoriotutkimuspyynnöt ja radiologian läheteissä pyydetty tutkimukset kirjataan *Laboratoriotutkimusnimikkeistöllä* tai *Toimenpideluokituksella*. Merkinnän tekijän tiedoissa on myös palveluyksikkö-tieto, jonka pohjalta tiedetään näkymäriippumattomasti missä tieto on syntynyt.

Vastaukset ja/tai lausunnot löydöksistä kirjataan laboratorion tai radiologian ohjelmistoihin, joista tieto välittyy potilaskertomukseen. Laboratoriotutkimusten pyynnöt ja vastaukset ja/tai lausunnot tallentuvat laboratorion näkymään, radiologisten tutkimusten läheteet ja lausunnot radiologian näkymään.

Lausuntoihin on myös kirjattu lausunnon antaneen terveydenhuollon ammattihenkilön nimi ja palvelun toteuttaja sekä ajankohta, jolloin lausunto on annettu.

Myös osastoilla tehdyt laboratoriotutkimukset ja tiedot muualla, esim. osastolla, leikkaussalissa tai hammashoidossa, tehdyistä röntgenkuvauksista tai ultraäänitutkimuksista on tallennettava arkistoon.

### 12.2.4 Kriittinen löydös

Laboratoriotutkimusten tuloksissa voi olla käytössä hälytysraja viitearvoista huomattavasti poikkeaville tuloksille. Kuvantamistutkimusten lausunnoissa voidaan vastaavasti merkitä huomattavasti odotetusta poikkeava löydös kriittiseksi. Hälytysrajan ylittävä tai alittava ja kuvantamistutkimuksen kriittinen löydös voivat potilaskertomusjärjestelmässä laukaista automaattisen hälytyksen, jonka avulla potilasta hoitava lääkäri osaa katsoa tiedon löydöksestä nopeasti.

### 12.2.5 Tutkimusten arviointi potilaskertomuksessa

Saaduista tuloksista tehdään yleensä 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 18.2, Palvelutapahtuman yhteenveto).

### 12.2.6 Muiden tai potilaan itse tekemät tutkimukset

Muista kuin laboratorion tekemistä tutkimuksista (ei tarkoita FinLOINCin mukaan kirjattavia fysiologisia mittauksia) pyritään kirjaamaan tiedot laboratorionäkymälle nimikkeistöllä käyttäen vierimittaus-lisätietoa.

Muiden yksiköiden tekemien (esimerkiksi leikkaussalissa tapahtuneiden) kuvantamistutkimusten ja toimenpiteiden kuvat tallennetaan radiologian kuva-arkistoon. Niistä voidaan antaa lausunto radiologian

<sup>14</sup> <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-list-page.xhtml>

järjestelmään, mutta ellei niin tehdä, on tutkimustuloksia arvioitava erikoisalanäkymällä. Muiden kuin radiologisten kuvien luokituksista kerrotaan enemmän luvussa 13 (Toimenpiteet).

Jos potilastietojärjestelmään kirjataan potilaan itsensä suorittamia laboratoriotutkimuksia, tulee käyttää tutkimuksen tekotapa -kenttää ja sen lisäksi tarvittaessa liittää tiedon lähde *Tiedon lähde*-koodistolla.

### 12.2.7 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. Asian yksityiskohtainen ohjeistus on Säteilyturvakeskuksen ST-ohjeessa 3.3<sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> <http://www.finlex.fi/data/normit/25457-ST3-3.pdf>

# 13 Toimenpiteet

## Hyvä tietää

Toimenpiteet kirjataan toimenpideluokituksella. Toimenpiteen lisätietona voidaan käyttää tietoa toimenpiteen ensisijaisuudesta. Toimenpiteet luokitellaan vaativiin ja pientoimenpiteisiin. Oletuksena on, että pientoimenpiteet tulevat tiedonhallintapalvelun tekemälle toimenpidekoosteelle vain erikseen haluttaessa. Komplikaatioiden kirjaamisessa käytetään ICD-10-luokitusta.

Toimenpiteiden ja niiden tarkennusten kirjaamiseen on käytettävissä useita luokituksia, joita on koottu taulukkoon 14.

**Taulukko 14. Potilaan toimenpiteiden kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.**

Kirjaamisen luokituksia
THL - Toimenpideluokitus
AR/YDIN – Diagnoosin/toimenpiteen ensisijaisuus
AR/YDIN – Toimenpiteen tyyppi
SSR – ICD-O-3-Topografiat
THL – Tautiluokitus ICD-10
PTHAVO – Perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus (SPAT)

## 13.1 Toimenpiteiden kirjaaminen

Potilaskertomusjärjestelmään tai leikkausosaston tai poliklinikan tietojärjestelmään kirjataan potilaalle tehdyt toimenpiteet *Toimenpideluokituksella*. Toimenpiteen lisämääränä on toimenpiteen ensisijaisuus, jonka ilmaisemisessa hyödynnetään *Diagnoosin ja toimenpiteen ensisijaisuus* -koodistoa. Toimenpiteestä laaditaan toimenpidekertomus, jossa tulee olla riittävän yksityiskohtainen kuvaus toimenpiteen suorittamisesta ja sen aikana tehdyistä havainnoista. Toimenpidekertomuksessa tulee esittää perustelut toimenpiteen aikana tehdyille ratkaisuille uusissa tilanteissa (ks. potilasasiakirja-asetus 298/2009).

Toimenpiteet tullaan jakamaan toimenpiteisiin ja pientoimenpiteisiin käyttäen luokitusta *Toimenpiteen tyyppi*. Oletuksena on, että pientoimenpiteeksi luokiteltu toimenpide ei tule Tiedonhallintapalvelun toimenpidekoosteelle, mutta pientoimenpiteet voidaan tarvittaessa hakea koosteelle.

Jos toimenpiteessä ilmenee välittömiä komplikaatioita, kuvataan komplikaatio sanallisesti ja komplikaation diagnoosi kirjataan ICD-10-luokituksella esimerkiksi seuraavasti:

- Toimenpiteen komplikaatio: Infektio
- Komplikaation diagnoosi Muu toimenpit.jälkein.infektio
- Komplikaation koodi T81.4

Myöhemmin havaittavat komplikaatiot tai haittavaikutukset kirjataan haittavaikutusdiagnoosin kirjaamisen periaatteella, koska uutta toimenpidekirjausta ei voida tehdä.

Tietoja käytetään tehtyjen toimenpiteiden ja niiden tulosten sekä komplikaatioiden tarkasteluun. Tietoja tarvitsevat sekä senhetkisiin että tuleviin palvelutapahtumiin osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset.

### 13.2 Toimenpiteisiin liittyvät kuvat ja muut kuvat

Valokuvia voidaan ottaa mm. tähystysten ja toimenpiteiden yhteydessä tai tavanomaisen potilaskäynnin yhteydessä. Potilaasta voidaan tehdä myös piirroksia. Näin syntyvät kuvat voidaan tallentaa samaan arkistoon radiologian kuvien kanssa tai omaan arkistoonsa.

Arkistointia varten kuvien koodauksessa käytetään *Toimenpideluokitusta* radiologian tutkimusten tapaan. Jos esimerkiksi tähystyksen yhteydessä otetaan kuvia, ne tallennetaan tähystystoimenpiteen koodilla. Koodin lisäksi voidaan käyttää tarkentimena ICD-10-diagnosikoodia vähintään kolmen merkin tarkkuudella ja sijainnin ilmoittamiseen ICD-O-3-topografia-koodia myös vähintään kolmen merkin tarkkuudella. Näin kuvien hakuja voidaan tehdä henkilötietojen ja toimenpidekoodin lisäksi myös diagnoosin ja/tai sijainnin perusteella.

# 14 Lääkehoito

## Hyvä tietää

Lääkehoito kirjataan omana kokonaisuutena, ja viimeistään 1.9.2014 alkaen lääkehoidon merkinnät tallentuvat Potilastiedon arkistoon LÄÄ-näkymän perusteella. Lääkityksen perustietoja ovat lääkkeen nimi, määrä, lääkemuoto, kerta- ja vuorokausiannos sekä annostelutapa, antopäivä ja -aika sekä antajan nimi ja lääkkeen määrääjän nimi. Näiden tietojen lisäksi lääkehoidon kirjaamista voidaan tarkentaa rakenteisesti kirjaamalla muun muassa lääkehoidon luokitusten avulla tai vapaana tekstinä.

Organisaatiokohtainen lääkityslista (VLÄÄ) korvautuu 1.9.2016 Tiedonhallintapalvelun valtakunnallisella lääkityslistalla (KLÄÄ). Samalla lääkityserkinnän tietosisältö muuttuu jonkin verran. Tässä Rakenteisen kirjaamisen oppaassa kuvataan vuoden 2014 kirjaamisen tilannetta.

Potilaan lääkitykseen liittyviä tietoja voidaan kirjata sekä rakenteisesti että vapaamuotoisena tekstinä. Rakenteisessa kirjaamisessa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 15.

**Taulukko 15. Potilaan lääkehoidon kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.**

Kirjaamisen luokituksia	Huom.
Fimea – ATC-luokitus	Läaketietokannasta palautuvat tiedot
THL – Lääkehoidon pysyvyys	Sähköisen lääkemääräyksen luokitukset
THL – Tautiluokitus ICD-10	
Kuntaliitto – ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus	
THL – Lääkehoidon muutoksen syy	
THL – Tiedon lähde	
AR/LÄÄKITYS - Lääkkeenantoreitti	
AR/LÄÄKITYS - Lääkkeenantopaikka	
AR/LÄÄKITYS - Lääkkeenantotapa	
Hoitotyö – Toimintoluokitus (SHToL)	

## 14.1 Lääkityserkintöjen kirjaaminen

STM:n turvallisen lääkehoito-oppaan (2006) mukaan lääkkeiden määräämisen ja antamisen osalta tulisi potilasasiakirjoissa olla lääkkeen nimi, määrä, lääkemuoto, kerta- ja vuorokausiannos sekä annostelutapa, antopäivä ja -aika sekä antajan nimi ja lääkkeen määrännyt lääkäri, jos kyse on muusta kuin osastopotilaan lääkelistan mukaisesta jatkuvasta lääkityksestä.

Lääkityserkinnät kirjataan potilastietojärjestelmissä sisällöltään yhtenäisin rakentein ja tallennetaan Kanta-arkistoon viimeistään 1.9.2014 alkaen lääkityserkintöjen CDA-määrittämisessä kuvatulla tavalla (Kanta 2011). Tiedonhallintapalvelun koosteen pohjalta potilastietojärjestelmissä näytettävä valtakunnallinen lääkityslista (KLÄÄ) tulee käyttöön viimeistään 1.9.2016 (Virkkunen et al, 2012). Tällöin lääkityksen

rakenteinen kirjaaminen päivittyy joidenkin kenttien osalta. **Tässä Rakenteisen kirjaamisen oppaan versiossa kuvataan vuoden 2014 tilanne lääkityksen rakenteisen kirjaamisen osalta.** Lääkehoidon perustietoihin kuuluvat tiedot kirjataan tässä luvussa kuvatulla tavalla.

#### 14.1.1 Lääkevalmisteen kaupan nimi, ATC-koodi, vahvuus ja lääkemuoto

Lääkevalmisteen kaupan nimi löytyy *ATC-luokituksen* avulla. ATC-luokitus on julkaistu THL:n koodistopalvelimella, mutta sitä on mahdollista käyttää potilastietojärjestelmässä muun muassa suoraan Lääketietokannan pohjalta. Kun käyttäjä valitsee lääkevalmisteen kaupan nimen tai vaikuttavan aineen, potilastietojärjestelmän on mahdollista täydentää kirjausta automaattisesti Lääketietokannassa olevien tietojen pohjalta. Näihin tietoihin sisältyy lääkevalmisteen ATC-koodi, valmisteen nimi, vahvuus, vahvuuden yksikkö, lääkemuoto, pakkauskoko ja pakkauskoon yksikkö. Lääketietokannassa on tieto siitä, jos valmisteella ei ole ATC-koodia, kuten yhdistelmävalmiste. Ex tempore -lääkkeiden tiedoista voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä muun muassa lääkkeen vahvuus, lääkemuoto, ATC-koodi ja ATC-koodin mukainen nimi, jos lääke sisältää aineksia lääkevalmisteista.

Lääkkeen vahvuus on esimerkiksi 600, vahvuuden yksikkö esimerkiksi mg (milligramma) ja lääkemuoto tabletti. Lääkeinfusioiden osalta voidaan kirjata infuusionopeus, kokonaisaika ja kokonaisvolyyymi. Vastaavaa rakennetta voidaan käyttää suonensisäistä nestehoitoa kirjattaessa.

Lääkkeen perustietoihin kuuluu lisäksi tieto lääkkeen pysyvyydestä. Koodistopalvelimella on lääkkeen pysyvyyden kirjaamista varten päivitetty luokitus *Lääkehoidon pysyvyys*, joka sisältää kolme luokkaa:

- jatkuva,
- määräaikainen ja
- tarvittaessa.

#### 14.1.2 Lääkeannos

Lääkkeen annostus voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä, kuten yksi tabletti kolmasti päivässä ”1 tabl x 3 päivässä”. Lääkkeen annostus voidaan kirjata myös rakenteisessa muodossa. Rakenteisen annostuksen kirjaamisessa voi käyttää apuna syöttökoodia, jonka toteutus potilastietojärjestelmissä on tavanomaista, vaikkakaan ei pakollista. Valvotun syöttökoodin toiminnan periaatteet ovat saatavissa Lääkitysmerkinnän määrittelyjulkaisussa (Mäkelä-Bengs et al, valmisteilla), jossa esitetyt määrittelyt astuvat voimaan viimeistään vuonna 2016.

#### 14.1.3 Lääkepakkaus

Lääkepakkauksen tuotenumero eli VNR-koodi mahdollistaa yksittäisen lääkepakkauksen luotettavan tunnistamisen kaikissa toimitus- ja jakeluvaiheissa. Lääkepakkauksen tuotenumero saadaan Lääketietokannasta.

Pakkaustiedot saadaan suoraan Lääketietokannasta, ja sähköistä lääkemääräystä tehtäessä myös pakkauskoko ja pakkauskoon kerroin kirjataan. Ne eivät näin ollen ole pakollisia tietoja kertomuskirjauksessa, mutta sähköistä lääkemääräystä tehtäessä ne ovat pakollisia tietoja.

#### 14.1.4 Lääkkeen määrääminen

Ammattilainen kirjaa potilaan lääkehoidossa syntyvät tiedot lääkehoidon näkymälle (LÄÄ). Lääkkeen määräämisajankohta ilmaistaan päivämäärällä. Lääkkeen määrääjä kirjaa lääkemääräyksen aina lääkehoito-osioon ja voi tehdä sen pohjalta lääkkeen toimitusmääräyksen eli reseptin.

Kun lääkkeen määrääjä ja merkinnän kirjaaja ovat eri henkilöitä, molemmista jää tieto merkintään. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi lääkkeen annostuksen muutosten kirjaaminen ja puhelimitse määrättyjen lääkkeiden kirjaaminen sairaanhoitajan toimesta. Sairaanhoitajalla on oikeus kirjata lääkehoidon tietoja lääkkeen määrääjän puolesta kertomukseen, mutta sairaanhoitaja ei voi tehdä esimerkiksi sähköisen lääkemääräyksen korjausta kirjattuaan lääkkeen annostuksen muutoksia kertomukseen. Tämän vuoksi Potilastiedon arkistoon tallennettavien lääkehoidon tietojen ja Reseptikeskuksessa olevien reseptitietojen välillä voi vallita (hetkittäin) ristiriitaa.

Lääkehoidon kirjaaminen sisältää päivämääräkenttiä, kuten aloittamis-, anto- ja muuttamis- ja lopettamispäivämäärät. Potilastietojärjestelmä tuottaa tavallisesti päivämäärätiedon merkinnän perusteella.

Lääkkeen määrääjän tiedot tuotetaan tavallisesti myös potilastietojärjestelmässä kirjautumisen perusteella. Lääkkeen määrääjän tiedot koostuvat muun muassa kentistä SV-numero (tunniste), nimi, lääkärin erikoisala ja virka-, tehtävä- tai toimitiedosta sekä lääkkeen määrääjän palveluyksikkötiedoista. Lääkärin lisäksi rajatun lääkkeenmääräämisoikeuden omaavalla sairaanhoitajalla tai opiskelijalla on käytössä myös SV-numero.

#### 14.1.5 Lääkehoidon aloituksen syy

Lääkärien aloittaman lääkehoidon syyn tulee olla kirjattuna sairaskertomuksessa rakenteisena tai vapaamuotoisena tekstinä. Lääkehoidon aloituksen syy eli lääkehoidon indikaatio voidaan kirjata rakenteisena luokituksella ICD-10 tai ICPC-2.

Käyttötarkoitus voidaan kirjata myös vapaana tekstinä. Sähköisessä lääkemääräyksessä näytetään vapaamuotoinen käyttötarkoitus, ei diagnoosikoodia.

Lääkkeen aloitustieto täydennetään sähköistä lääkemääräystä varten myös kenttään, joka kertoo kyseessä olevan lääkkeen aloitus.

#### 14.1.6 Lääkkeen muuttaminen

Lääkehoidon muutoksen tai lopettamisen syyn kirjaamiseen voidaan käyttää luokitusta *Lääkehoidon muutoksen syy*<sup>16</sup>, jossa on seuraavat viisi luokkaa: määräaikainen hoito, lääkehoidon tarve on päättynyt, hoidon komplikaatio, sopimaton hoitovaste tai muu syy. Vaihtoehtoisesti lääkehoidon muutoksen tai lopettamisen syy voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä.

Lääkehoidon muutoksen tai lopettamisen syynä voi olla esimerkiksi haittavaikutus tai tehon puute. Lääkehoidon haittavaikutuksia voivat olla esimerkiksi allergiset reaktiot, oireet tai laboratorioarvojen muutokset. Kun lääkehoidon muutoksen tai lopettamisen syyn kirjaamisessa hyödynnetään koodistoa, kirjaus mahdollistaa paremmin päätöksenteon tuen tarkastukset ja järjestelmätason automaattiset varoitukset uusia lääkemääräyksiä annettaessa.

Kun merkintään lisätään lääkkeen haittavaikutuksen kirjaus, tulee harkita asian kirjaamista myös potilaan riskitietoihin, erityisesti silloin, kun haittavaikutuksesta on aiheutunut potilaalle muuta hoitoa vaativa oire tai sairaus (tarkemmin Komulainen, 2012). Varoitusten tulisi lääkehoidon osalta kohdistua paitsi haittavaikutuksen tai allergisen reaktion aiheuttaneeseen lääkkeeseen, myös vaikutusmekanismiltaan tai kemialliselta rakenteeltaan sitä muistuttaviin lääkkeisiin, jotka voivat aiheuttaa saman haittavaikutuksen tai reaktion.

#### 14.1.7 Lääkkeen antokirjaus

Lääkkeen antokirjaus perustuu lääkkeen määräämiseen ja siinä kirjattuihin tietoihin. Lääkkeen antoon liittyvät tiedot, kuten päiväys ja lääkkeen antaja muodostetaan automaattisesti järjestelmässä osaksi merkintää. Tällöin antokirjauksen aikaleima muodostuu kirjausajankohdasta.

Lääkkeen antotiedot koostuvat lääkevalmisteen kaupanimestä tai lääkkeen nimestä, ATC-koodista, vahvuudesta, vahvuuden yksiköstä ja lääkemuodosta. Lääkkeen antona voidaan kirjata myös kertaannoksia, lääkainfuusioita ja lääkelisiä. Infuusiolääkkeiden antokirjaus sisältää infuusionopeuden, kokonaisajan ja kokonaisvolyymin. Lääketietokannan ulkopuolisten lääkkeiden kuten ex tempore -lääkkeiden ja erikoislupavalmisteiden lääkkeenantokirjaus sisältää vahvuuden, lääkemuodon, ATC-koodin ja ATC-koodinmukaisen nimen, jos lääkkeellä on ATC-koodi. Lääkkeen antokirjaukseen sisältyy myös lääkkeen annostelutapa, joka voidaan kirjata luokituksella *Lääkkeenantoreitti*. Lääkkeenantoreitin voi lisätä merkintään myös vapaamuotoisena tekstinä. Lääkkeen antopaikka voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä tai luokituksella *Lääkkeenantopaikka*. Saman lääkkeen antotapa voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä tai

<sup>17</sup> <http://www.toimia.fi/>

luokituksella *Lääkkeenantotapa*. Jos antokirjaukseen liittyy erityisiä huomioita, ne voidaan kirjata vapaa-  
muotoisena tekstinä.

Potilastietojärjestelmät voivat kuitata automaattisesti lääkityslistalla (VLÄÄ-näkymä) olevat saman antokerran lääkkeet annetuiksi. Lääkityslistasta poikkeavat sekä tarvittaessa annetut lääkkeet kirjataan erikseen. Kun potilastietojärjestelmässä on käytössä rakenteinen lääkehoidon osio (LÄÄ), kaikki lääkityksen muutokset ja sen myötä lääkkeen anto kirjataan siihen.

Lääkkeen anto on usein sairaanhoitajan toteuttama, jolloin se tulee voida kirjata myös hoitotyön toimintoluokituksella hoitotyön näkymään. Sairaanhoitajat voivat lisäksi kirjata hoitokertomukseen tarvittaessa, miksi lääke on annettu ja miten se on vaikuttanut. **Kaikkien lääkkeen antokirjaukseen liittyvien merkintöjen tulee kuitenkin olla nähtävissä sekä näkymällä lääkehoito (LÄÄ) että näkymällä hoitokertomus (HOKE).**

#### 14.1.8 Lääkkeen vaihdettavuus

Lääkkeen vaihdettavuus on lääkemääräyksen tekemiseen liittyvä tieto, joka ilmaisee, voidaanko lääke vaihtaa apteekissa. Lääkkeen määrääjä voi kirjata lääkkeen vaihtokiellon kyllä/ei-arvoisella kentällä, joka on toteutettu myös sähköiseen lääkemääräykseen. Kertomusmerkintään voidaan tämän lisäksi perustella lääkenvaihtokiellon syy.

#### 14.1.9 Tiedon lähde

Lääkitykseen liittyvä tieto voi olla peräisin esimerkiksi potilaalta itseltään. Tavanomaista on, että esimerkiksi tulotilanteessa sairaanhoitaja voi haastatella potilasta ja kirjata sen perusteella potilaan sen hetkistä lääkitystä. Tällöin kirjatun tiedon lähde voidaan ilmaista koodistolla *Tiedon lähde*. Kun tieto saadaan esimerkiksi potilaan omaisilta, valitaan koodistosta kyseinen arvo kuvaamaan tiedon lähettä.

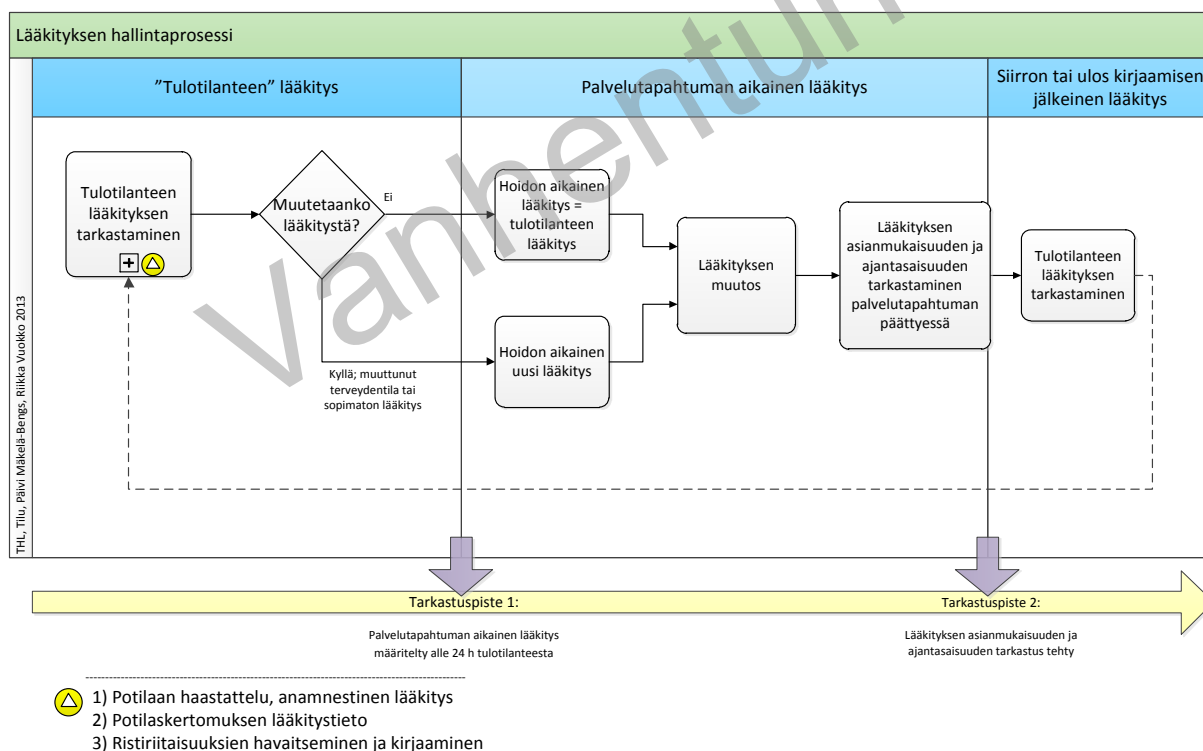
#### 14.1.10 Lääkitysmerkinnät ja lääkityksen tarkastaminen

Lääkitysmerkinnät tallentuvat lääkehoitonäkymään (LÄÄ), ja ne voivat liittyä hoitoprosessin eri vaiheisiin. Esimerkiksi lääkkeen määrääminen on hoidon suunnittelua ja lääkkeen anto hoidon toteutusta. Hoidon suunnittelua lääkityksen kannalta ovat esimerkiksi voimassaolevan lääkityksen selvittäminen osana esitietoja ja hoidon toteutusta esimerkiksi lääkkeen antokirjaukset. Hoitajakin voi tarkistaa potilaan lääkityksen ajanmukaisuuden, kun hän selvittää voimassaolevaa lääkitystä, mutta vain lääkäri voi tarkistaa potilaan lääkityksen asianmukaisuuden. Lääkitysmerkintöihin liittyen sähköinen lääkemääräys on määritelty rakenteisena tietosisältönä ja sille ei ole määritelty hoitoprosessin vaihetta.

Hoitokäynnin tai osastohoitojakson päättyessä voimassa oleva lääkitys tallennetaan voimassa olevan lääkehoidon näkymälle eli VLÄÄ-näkymälle (näin toimitaan 1.9.2016 asti). Voimassa olevan lääkehoidon näkymää (VLÄÄ) voidaan päivittää myös avohoidon käyntien yhteydessä. Tällöin VLÄÄ-näkymä voidaan liittää läheteeseen tai hoitopalautteeseen.

Voimassa olevan lääkityksen (VLÄÄ) tarkoituksena on välittää terveydenhuollon ammattilaisille ja hoidettavalle potilaalle tieto potilaan voimassa olevista lääkityksistä. Voimassa olevan lääkityksen listaus käsittää potilaan jatkuvat ja määräaikaikaiset lääkkeet. VLÄÄ-näkymä mahdollistaa potilastietojärjestelmässä erillisen lääkitysyhteenvedon tekemisen. Yhteenvetotieto voidaan siirtää esimerkiksi jatkohoitoaikaan, mikä edistää lääkitystietojen hallintaa, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen. Tämän vuoksi siirron yhteydessä voimassa olevan lääkityksen lista tulisi tallentaa välittömästi Potilastiedon arkistoon, jotta se on myös toisen hoitoon osallistuvan organisaation hyödynnettävissä. Samoin hoitotyön yhteenvedo tulisi tallentaa Potilastiedon arkistoon välittömästi, jotta voidaan selvittää potilaan lähtöpäivänä saamat lääkkeet ja niiden antajat.





Kuvio 8. Lääkehoidon tarkastuspisteet.

#### 14.1.11 Lääkehoidon ohjeistus

Lääkitykseen liittyvän ohjeistuksen antaminen potilaalle voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä lääkahoito-osioon. Lisäksi sairaanhoitajan antamaa lääkehoidon ohjausta voidaan kirjata hoitokertomukseen hoitotyön toimintoluokituksella.

Sähköisen lääkemääräyksen käyttöönoton myötä laki velvoittaa tulostamaan potilasohjeen, kun potilas saa sähköisen lääkemääräyksen.

#### 14.2 Lääkehoidon jatkokehitys

Lääkitystiedon tallentamisen yhteydessä tiedot tallentuvat aina myös Potilastiedon arkistoon viimeistään 1.9.2014 alkaen. Potilaan suostumuksella eri palvelutapahtumiin liittyviä lääkitystietoja voidaan hakea arkistosta. Näistä palvelutapahtumista voidaan hakea myös uusin voimassa oleva lääkitys. Jatkossa (1.9.2016 alkaen) ajantasaisen lääkityksen kattava lääkityslista (KLÄÄ) muodostetaan Tiedonhallintapalvelussa Potilastiedon arkistosta palautettavan tiedon koosteena, jonka tiedot näytetään potilastietojärjestelmässä ammattilaiselle potilasyyteenvedolla.

# 15 Preventio

## Hyvä tietää

Preventio-otsikon alle kirjataan vapaamuotoisena tekstinä potilaalle annettua ohjeistusta. Rokotustiedot kirjataan rakenteisesti ja käyttäen siihen sovittuja luokituksia. Vuodesta 2014 alkaen rokotustiedot voidaan näyttää potilasyhteenvedolla Tiedonhallintapalvelun koosteen perusteella. Tiedonhallintapalvelun myötä rokotustietojen kirjaamista on tarkennettu.

Preventio-otsikon alle voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä potilaalle annettua ennaltaehkäisevän terveydenhuollon ohjeistusta sekä rakenteisesti potilaan rokotustiedot. Rokotusten kirjaamiseen käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 16.

**Taulukko 16. Potilaan rokotustietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.**

Kirjaamisen luokituksia	Organisaatiokoodisto
Fimea – ATC-luokitus	SOTE - Organisaatiorekisteri
AR/YDIN – Rokotustapa	
AR/YDIN – Pistokohta	
THL – Tautiluokitus ICD-10	
Kuntaliitto – ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus	
THL – Tiedon lähde	

## 15.1 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto ja rokotustiedot

Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto kirjataan Preventio-otsikon alle. Otsikon alle kirjataan terveystieteeseen liittyvää lääkärin antamaa ohjausta vapaamuotoisena tekstinä. Sairaanhoitajat voivat lisäksi kirjata antamaansa ohjeistusta hoitotyön osuuteen hoitotyön luokituksilla. Samoin terapeutit voivat kirjata ohjeistusta omien nimikkeistöjensä mukaisesti omille näkymilleen.

Preventio-otsikon alle kirjataan myös rokotustiedot. Muusta lääkityksestä poiketen rokotuksista kirjataan rakenteisesti vain niiden antokirjaus, eikä erillistä määräyskirjausta yleensä tallenneta, kun muista lääkkeistä käytetään pääsääntöisesti nimenomaan määräysmerkintöjä. Potilaan rokotustiedoissa yhteisiä eli keskeisiä rakenteisia tietoja ovat rokotekoodi, rokotteen nimi, rokotepakkauksen yksilöintinumero eli VNR-numero ja annoksen järjestysluku. Rokotekoodi, rokotteen nimi ja VNR-numero saadaan Lääketietokannasta. Rokotekoodi voidaan kirjata myös ATC-koodilla ja rokotteen nimi voidaan vastaavasti kirjata vapaamuotoisena tekstinä. Rokotustapa ja pistokohta kirjataan luokituksilla *Rokotustapa* ja *Pistokohta*.

Rokotuksen aiheuttama haittavaikutus kirjataan potilastietojärjestelmään haittavaikutuksen diagnoosiksi tai oirekoodilla ICD-10- tai ICPC-2-luokituksen mukaisesti. Haittavaikutuksen koodausta voi täydentää tarvittaessa ATC-luokituksella. Haittavaikutuksen kirjaukseen liitetään myös päivämäärä, jolloin haittavaikutus on todettu. Jotkin rokotuksen haittavaikutukset voidaan mieltää riskitiedoksi, jolloin tieto tulee tallentaa riskitieto-osioon. Haittavaikutuksen kirjauksessa on hyvä muistaa, että jotkin rokotereaktiot ovat toivotuja. Haittavaikutuksen kuvausta voidaan tarvittaessa täydentää vapaamuotoisena tekstinä kirjatulla lisätiedolla.

Rokotuskirjaukseen sisältyy myös rokotuksen antopäivämäärä ja rokotuksen antajan tiedot. Rokotuksen antajan organisaation palveluyksikkö voidaan kirjata SOTE-organisaatiorekisterin mukaisesti. Tarvittavat lisätiedot voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä.

## 15.2 Rokotustiedot Tiedonhallintapalvelussa

Tiedonhallintapalvelussa rokotukset koostetaan näytettäväksi käyttäjälle potilaan yhteenvetonäytöllä. Tiedonhallintapalvelun tietosisältömäärityksessä (Virkkunen et al, 2012) rokotuksen rakenteisia tietoja on laajennettu lisäämällä niihin annosmäärä ja -yksikkö, annoksen järjestysluku, eränumero, käyttötarkoitus, tiedon lähde ja tutkimusrokote sekä tutkimusrokotteen tunnus. Tiedon lähde mahdollistaa esimerkiksi potilaan itse kertoman rokotteen lisäämisen rokotustietoihin. Tutkimusrokotteen nimi ja tunnus voidaan kirjata omiin kenttiinsä vapaamuotoisena tekstinä, ja käyttäjä voi tutkimuksen päätyttyä täydentää rokotteen nimen. Tiedonhallintapalvelun määrittelyn yhteydessä tarkennetun rokotustiedon kirjauksen pohjalta voitaisiin jatkossa toteuttaa rokotusrekisteri-ilmoituksen tekeminen automaattisesti ilman lisäkirjaamista.

# 16 Lausunnot

## 16.1 Lausunnot

Lausunnot käsittävät lääkärintodistukset, lakiin perustuvat ilmoitukset eri viranomaisille (esimerkiksi ilmoitus implanttirekisterille) sekä muut lausunnot, joita terveydenhuollon ammattilaiset laativat.

## 16.2 Lomakerakenteet

Todistuksille, määrämuotoisille lausunnoille ja lakiin perustuville ilmoituksille määritellään standardoidut lomakkeet, jotka tallennetaan Potilastiedon arkistoon. Tällä hetkellä koodistopalvelimella on todistuksista ja lausunnoista rakenne kuolintodistusta, lääkärilausunto C:tä ja lääkärintodistus A:ta varten. Näkyminä ovat olemassa edellä mainittujen lisäksi myös lääkärintodistukset B1, B2, D ja E. Tavoite on, että tietosisältöään määriteltyjä lausuntoja ja ilmoituksia voidaan osittain automaattisesti täyttää potilaskertomuksen sisältämien tietojen avulla.

# 17 Apuvälineet, toimintakyky ja kuntoutus

## Hyvä tietää

Kuntoutuksen ammattilaiset ja erityistyöntekijät kirjaavat kuntoutukseen liittyvän palvelun ammatilliselle tai palvelukohtaiselle näkymälle käyttäen Kuntoutus-otsikkoa. Kirjaamisessa käytetään ammatillisia ja palvelukohtaisia nimikkeistöjä. Potilaan käytössä olevat apuvälineet kirjataan Apuvälineet-otsikon alle apuvälineluokitusta käyttäen.

Kuntoutuksen tavoitteet ja tarvittavat palvelut määritellään joko monialaisessa kuntoutussuunnitelmassa tai palvelukohtaisessa suunnitelmassa, jotka laaditaan yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa.

Potilaan toimintakyvyn, kuntoutuksen ja apuvälineiden kirjaamiselle on omat otsikkonsa. Näistä apuvälineiden kirjaamiseen on julkaistu oma luokituksensa Koodistopalvelussa (taulukko 17). Lisäksi kirjaamiseen voidaan käyttää muita nimikkeistöjä ja luokituksia, kuten Apuvälinepalvelunimikkeistöä ja ICF-luokitusta.

**Taulukko 17. Potilaan apuvälineiden, toimintakyvyn ja kuntoutuksen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.**

Kirjaamisen luokituksia
SFS/THL – Apuvälineluokitus

## 17.1 Apuvälineet

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineinä luovutettavien välineiden, laitteiden, tarvikkeiden, tietokoneohjelmien sekä muiden ratkaisujen tarkoituksena on edistää potilaan kuntoutumista, tukea, ylläpitää tai parantaa toimintakykyä jokapäiväisissä toiminnoissa taikka ehkäistä toimintakyvyn heikentymistä (Apuvälineasetus 1326/2010).

Potilaalle määräaikaiseen tai jatkuvaan käyttöön luovutetuista apuvälineistä kootaan lista, josta eri ammattiryhmät näkevät, mitä apuvälineitä potilaalla on käytössään kyseisellä hetkellä. Lista muodostetaan Apuvälineet-otsikon alle *Apuvälineluokituksen* avulla.

Apuvälinepalvelujen toteutukseen liittyvät tiedot kirjataan joko palvelukohtaiselle tai ammatilliselle näkymälle Kuntoutus-otsikkoa käyttäen. Kuntoutus- ja erityistyöntekijät käyttävät työnsä sisältöjen kuvaamisessa omia nimikkeistöjään (esimerkiksi *Apuvälinepalvelunimikkeistö*).

## 17.2 Toimintakyky

Toimintakykytiedolla kuvataan henkilön toimintakykyä ja toimintarajoitteita sekä sitä, miten sairauden ja vamman vaikutukset näkyvät henkilön elämässä. Toimintakyky koostuu terveydentilan sekä yksilön ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. Toimintakyky käsittää kaikki ruumiin ja kehon toiminnot ja rakenteet, suoritukset sekä osallistumisen.

Toimintakykyyn liittyvää tietoa kirjataan mm. selvitetessä potilaan sairaushistoriaa (anamneesi) tai nykytilaa (status). Tietoa tarvitaan arvioitaessa hoidon, kuntoutuksen tai muiden tukitoimien tarvetta sekä seurattuna niiden vaikuttavuutta.

Toimintakykyä arvioidaan tarkoitukseen yleisesti hyväksytyillä mittaus- ja arviointimenetelmillä. Toimintakyvyn eri osa-alueita voi kuvailla tekstimuotoisesti tai ICF-koodeilla ja tarkenteilla (ks. tarkemmin TOIMIA-hanke<sup>17</sup>, toimintakyvyn mittaamisen ja arvioinnin kansallinen asiantuntijaverkosto).

Toimintakykyarvio kirjataan ammatilliselle tai palvelukohtaiselle näkymälle Toimintakyky-otsikon alle. Toimintakyvyn arvioinnin ja seurannan kirjaamisessa voidaan käyttää kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöjä sekä hoitotyön luokituksia (ks. tarkemmin 18.3).

### 17.3 Kuntoutus

Tieto kuntoutuksesta liittyy suunnitelmalliseen ja monialaiseen toimintaan, jonka avulla vaikutetaan kuntoutujan mahdollisuuksiin selviytyä elinympäristössään ja elämäntilanteessaan.

*Kuntoutuksen suunnitelmat* laaditaan yhdessä potilaan ja tarvittaessa hänen läheistensä kanssa. Kuntoutukseen liittyvät suunnitelmat voivat olla palvelukohtaisia (kuten ”fysioterapiasuunnitelma”) tai monialaisia. Suunnitelmissa määritellään kuntoutustarpeen perusta ja tavoitteet, tarvittavat palvelut ja aikataulut sekä vastuunjako ja seuranta.

Monialaisen kuntoutussuunnitelman laadinnassa hyödynnetään kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden tekemiä tutkimuksia, arvioita sekä palvelukohtaisia suunnitelmia. Kuntoutussuunnitelmasta on tarkoitus tulla kiinteä osa pitkäaikaispotilaille laadittavaa Terveys- ja hoitosuunnitelmaa.

Kuntoutuksen suunnitelmat kirjataan ammatillisille, erikoisala- tai palvelukohtaisille näkymille tekstimuotoisena suunnitelmaotsikkona käyttäen tai kulloiseenkin tarkoitukseen varatuille lomakkeille. Lomaketta KU207 käytetään Kelan korvaamaan vaikeavammaisten kuntoutuksen suunnitteluun.

*Kuntoutuksen toteutukseen* liittyvät tiedot kirjataan ammatilliselle tai palvelukohtaiselle näkymälle kuntoutusotsikkona käyttäen. Kuntoutus- ja erityistyöntekijät käyttävät työnsä sisältöjen kuvaamisessa omia nimikkeistöjään (esim. Fysioterapianimikkeistö).

Lisää nimikkeistöjen käyttöön liittyvää sekä kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden rakenteiseen kirjaamiseen liittyvää ohjeistusta on saatavissa Kuntaliiton sivustolta. Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden kirjaamiseen liittyvät yksityiskohtaisemmat ohjeet julkaistaan Rakenteisen kirjaamisen oppaan toisessa osassa.

# 18 Yhteenvetotiedot

## Hyvä tietää

Potilaan hoidosta kirjataan hoidon päättyessä tai määräajoin yhteenveto. Palvelutapahtuman päättyessä käytetään otsikkoa loppuarvio ja palvelutapahtuman kuluessa tehdyissä arvioissa otsikkoa väliarvio. Näillä otsikoilla tehdyt merkinnät menevät yhteenvetonäkymälle. Myös hoitotyön yhteenvetotiedot sekä kuntoutuksen loppuarviot siirtyvät automaattisesti yhteenvetonäkymälle.

Yhteenvetonäkymälle on mahdollista saada myös muu tärkeänä pidetyn käynnin tieto, jos tällaisen käynnin kirjauksen lisänäköksi merkitään yhteenvetonäkymä.

Tiedonhallintapalvelu kokoaa potilaan tärkeimmistä tiedoista potilasyhteenvetotiedon, jonka tarkoitus on helpottaa potilaan kokonaistilanteen hahmottamista.

## 18.1 Potilasyhteenveto

Potilasyhteenveto on Tiedonhallintapalvelun kokoama näkymä potilaan tärkeimpiin tietoihin. Se helpottaa kokonaistilanteen hahmottamista ja mahdollistaa nopean pääsyn asiakirjoihin, joista yhteenvedolla näytettävä tieto on peräisin. Vähemmän tärkeää tietoa ei välttämättä näytetä yhteenvedolla, vaan se voidaan linkittää yhden klikkauksen päähän näytöllä olevasta tiedosta.

Osa yhteenvetotiedoista on sellaisia, joita käyttäjä voi suodattaa muutenkin kuin päivämäärärajoituksen avulla. Esimerkiksi päättyneet vanhat diagnoosit ja pientoimenpiteet voidaan rajata pois. Toimintayksikkö- tai käyttäjäkohtaisesti voidaan myös rajata, mitä fysiologisia mittauksia näytetään oletuksena.

Yhteenveto ei ole kirjaamiseen käytettävä näyttö, mutta potilastietojärjestelmässä siihen voidaan rakentaa toiminnallisuus, joka mahdollistaa esimerkiksi saman tutkimuksen tai saman lääkityksen määräämisen helposti uudelleen.

## 18.2 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.

### 18.2.1 Yhteenvetonäkymä

Yhteenvetonäkymä on ns. lisänäkö. Lisänäkö ei voi koskaan esiintyä itsenäisenä näkymänä, vaan se vaatii aina päänäkymän, jollainen voi olla esim. erikoisalanäkymä. Yhteenvetonäkymän tarkoituksena on edesauttaa kokonaiskäsityksen muodostamista potilaan tilanteesta ilman, että tietoja tarvitsisi lähteä poimimaan pirstaleisesta tietomassasta. Se ei kuitenkaan vastaa suoraan hoitopalautetta, joka on erikseen koottava asiakirja ja koostuu pääsääntöisesti yhdestä tai useammasta yhteenvetotasoisesta merkinnästä ja muista tarvittavista tiedoista. Kun tieto kirjataan väli- tai loppuarvio-otsikoita käyttäen, se tallentuu automaattisesti yhteenvetolisänäkökymälle.

### 18.2.2 Loppu- ja seurantayhteenveto

Jokaisesta osastohoitojaksosta ja sellaisesta polikliinisestä hoitojaksosta, jonka loputtua hoito päättyy tai hoitovastuu siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön, tulee tehdä loppuyhteenveto. Seurantayhteenvetotiedon lääkäri tekee vähintään 3 kk välein osastohoidossa olevista potilaista (vrt. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009). Kaikki hoidon aikana tapahtuvat seurantayhteenvetotiedot kirjataan hyödyntäen otsikkoa väliarvio. Väliarvioon kirjataan esitietoja täsmentävä tärkeä lisätieto, oleellinen

tieto potilaan voinnissa, hoidossa ja kuntoutuksessa tapahtuneesta kehityksestä, merkittävät tutkimustulokset ja johtopäätökset sekä hoito- tai kuntoutussuunnitelma.

Loppu- ja seurantayhteenvedon kirjaamisessa (taulukko 18) hyödynnetään hoitoprosessin vaihetta hoidon arviointi. Tarvittavat tiedot ilmaistaan soveltuvin osin luokitusten, nimikkeistöjen tai koodistojen avulla. Yhteenvedot kirjataan ja tallennetaan erikoisalakohtaiseen, palvelukohtaiseen tai ammatilliseen näkymään.

Vapaamuotoinen yhteenvetoteksti kirjataan loppu- tai väliarvio-otsikon alle. Loppuarvio- ja väliarvio-otsikoilla tehdyt kirjaukset menevät automaattisesti yhteenvetolisänäkymälle. Käyttäjä voi kuitenkin estää tämän niin halutessaan.

Lääkärrien tekemissä arvioissa voidaan tapausten mukaan hyödyntää muun muassa seuraavia otsikoita väli- ja loppuarvio-otsikoiden lisäksi:

- tutkimukset (yhteenveto tehdyistä tutkimuksista),
- toimenpiteet (tehdyt toimenpiteet, mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa),
- jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot (jatkohoito-ohjeet kotiin tai seuraavaan hoitopaikkaan, selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon sekä kuntoutuksen toteuttamiseksi).

Suunnitelma/pohdinta-otsikkoa voidaan käyttää lääkityksen arviointiin, mutta varsinainen tieto lääkityksestä tulee kirjata rakenteisesti.

**Taulukko 18. Loppu- ja väliarvio-otsikot.**

<b>Väliarvio</b>	Hoitojakson aikana vähintään 3 kk välein kirjattu seurantayhteenveto hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta kehityksestä.
<b>Loppuarvio</b>	Hoitojakson päättyessä kirjattu tieto hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta kehityksestä.

### 18.2.3 Muu yhteenvetotasoinen teksti

Yksittäisestä polikliinisestä käynnistä tai avohoidon muusta vastaavasta palvelutapahtumasta ei tarvitse tehdä yhteenvetoa, koska avohoitokäynnin tiedot luokitellaan aina yhteenvetotasoisiksi. Potilaan muukin yksittäinen tieto voi kuitenkin olla tiedonvälityksen ja jatkohoidon kannalta hyvin tärkeä. Tällaisen kirjauksen lisänäkymäksi voi merkitä yhteenvetonäkymän, vaikka kyseessä ei olekaan varsinainen väli- tai loppuarvio. Tällä tavoin tärkeät yksittäiset tiedot saadaan esille yhteenvetotietoihin.

### 18.2.4 Päivittäismerkintä

Päivittäistä decursus-tyyppistä lyhyttä, osastohoidon tai vastaavan aikaista tilanteen kuvausta tai arviota tehtäessä käytetään päivittäismerkintäotsikkoa, ei väliarvio-otsikkoa. Päivittäismerkintäotsikon alle kirjattu tieto ei tallennu Omakantaan kuten väli- ja loppuarviotekstit tallentuvat.

### 18.2.5 Muiden ammattihenkilöiden loppu- ja väliyhteenvedot

Myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt laativat yhteenvetoja (hoitotyön väli- ja loppuarvioista seuraavassa kappaleessa). Kuntoutuksen osalta yhteenvetoja laaditaan yleisesti kuntoutusjakson edetessä sekä sarjamuotoisen terapia- tai kuntoutusjakson päätteeksi. Myös hoitotyön yhteenvedon tiedot sekä kuntoutuksen loppuarviot siirtyvät automaattisesti yhteenvetolisänäkymälle.

### 18.2.6 Yhteenveto potilastietojärjestelmässä

Potilastietojärjestelmissä yhteenvedon kirjaamisessa voidaan etukäteen määrittää tarvittavia kokonaisuuksia. Esimerkiksi jos ilmaistaan että tehdään sisätautien loppuyhteenveto, niin potilastietojärjestelmä voi tuottaa yhteenvetolisänäkymän ja hoitoprosessin vaiheen automaattisesti. Lisäksi varsinaista tietosisältöä



voidaan poimia aiemmista rakenteisista merkinnöistä tietokoneavusteisesti, esimerkiksi tehtyjä toimenpiteitä ja tutkimuksia voidaan tarjota poimittavaksi yhteenvetoon.

Merkintä 1	Merkintä 2
<p>HOI (hoitotyö) {tietojen tallennusnäkyvä}            YHT (yhteenveto) {lisänäkyvä}            SIS (sisätaudit) {lisänäkyvä}</p> <p>Hoidon arviointi {hoitoprosessin vaihe}            Loppuarvio {otsikko}  <i>yhteenvetoteksti</i> {merkinnän tietosisältöä}            Hoidon tarve {otsikko}  <i>rakenteiset tiedot</i> {tietosisältöä}            Hoitotyön toiminnot {otsikko}  <i>rakenteiset tiedot</i> {tietosisältöä}            Hoidon tulokset {otsikko}  <i>rakenteiset tiedot</i> {tietosisältöä}            Hoitoisuus {otsikko}  <i>rakenteiset tiedot</i> {tietosisältöä}            Muita keskeisiä tietoja {tietosisältöä}</p>	<p>SIS (sisätaudit) {tietojen tallennusnäkyvä}            YHT (yhteenveto) {lisänäkyvä}</p> <p>Hoidon arviointi {hoitoprosessin vaihe}            Loppuarvio {otsikko}  <i>yhteenvetoteksti</i> {merkinnän tietosisältöä}            Diagnoosi {otsikko}  <i>rakenteiset tiedot (palvelutapahtumaan sisältyvistä kirjauksista poimitut diagnosit)</i> {tietosisältöä}            Tutkimukset {otsikko}  <i>rakenteiset tiedot (palvelutapahtumaan sisältyvistä kirjauksista poimitut tutkimukset)</i> {tietosisältöä}            Toimenpiteet {otsikko}  <i>rakenteiset tiedot (palvelutapahtumaan sisältyvistä kirjauksista poimitut toimenpiteet)</i> {tietosisältöä}            Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot {otsikko}  <i>rakenteiset tiedot</i> {tietosisältöä}</p>

Kuvio 9. Yhteenvedon toteutus asiakirjassa lisänäkyvän avulla.

## 18.3 Hoitotyön yhteenveto

Hoitotyön yhteenvedon tavoitteena on turvata potilaan hoidon jatkuvuus, kun hoitovastuu siirtyy hoitopaikasta toiseen, ja koota palvelutapahtuman keskeisimmät tiedot helposti luettavaan ja tiiviiseen muotoon.

### 18.3.1 Hoitotyön yhteenvedon näkymät ja otsikot

Hoitotyön keskeisiä rakenteisia tietoja ovat hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto. Hoitotyön sisällön kirjaaminen hoitoprosessin eri vaiheissa tapahtuu esimerkiksi FinCC-luokituksista valittavalla luokalla, jota täydennetään vapaalla tekstillä. Päivittäismerkinnot tehdään HOKE-näkymälle (moniammatillinen hoitokertomus).

Hoitotyön yhteenveto on osa palvelutapahtuman yhteenvettoa ja se noudattaa normaalin kertomusmerkinnän rakennetta. Hoitotyön yhteenveto tallennetaan hoitotyön näkymälle (HOI). Lisänäkyväksi merkitään aina yhteenvetonäkyvä (YHT). Hoitoprosessin vaiheena on hoidon arviointi. Yhteenvedon taseisia muita merkintöjä kirjataan myös HOI-näkymälle, mutta niiden lisänäkyvä ei ole YHT. Tällaisia merkintöjä ovat esimerkiksi sairaanhoitajan itsenäinen ja yksittäinen avovastaanotto tai muu kontakti, joka ei ole osa sarjahoitoa. Pidempiaikaisen palvelutapahtuman sisäiset (kuten osastojakso) merkinnät kirjataan päivittäiskirjauksina HOKE-näkymälle.

### 18.3.2 Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen

Terveydenhuollon ammattihenkilö koostaa hoitajakson ajalta hoitotyön yhteenvedon, joka sisältää hoidon kannalta keskeisiä hoitotyön tietoja: hoidon tarve, hoitotyön toiminnot ja hoidon tulos sekä hoitoisuus. Yhteenveto tuotetaan otsikoiden avulla jatkuvan kertomuksen muotoon. Hoitotyön yhteenveto kirjataan samoin periaattein kuin lääkärin tekemä loppuarvio sekä aina tarvittaessa.

Yhteenveto koostuu rakenteisista tiedoista sekä vapaasta tekstistä. Hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset ja hoitoisuus kirjataan kyseisten otsikoiden alle. Päivittäiskirjaamisessa on suositeltavaa käyttää tarve- ja toimintoluokituksia sekä erilaisia arviointiasteikkoja ja -mittareita, jotta aiemmin kirjattua tietoa voidaan siirtää automaattisesti yhteenvetoon ja muokata sitä yhteenvedolla tarpeen mukaan.

Vapaatekstimuotoinen yhteenveto tuotetaan Loppuarvio-otsikon alle, ja muita otsikoita voidaan käyttää tarpeen mukaan. Muualla koottua ja esitettyä tietoa, kuten lääkitys, ei tule kirjata erikseen hoitotyön yhteenvedolle. Tarvittaessa yhteenvedolle voidaan tuottaa linkki kyseiseen tietoon tai muuttamaton kopio kyseisestä tiedosta, jos linkkiä ei ole mahdollista tuottaa. Mikäli tietoa potilaan lähtöpäivänä saamista lääkkeistä ei ole muualta saatavilla, niin lääkitys tulee kirjata hoitotyön yhteenvetoon Hoitotyön toimintona Lääkehoito. Hyvä esimerkki hoitotyön yhteenvedosta on esitetty FinCC- luokituskokonaisuuden käyttöoppaassa (Liljamo et al, 2012).

# 19 Terveys- ja hoitosuunnitelma

## Hyvä tietää

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan potilaskeskeisesti hoidon suunnittelun ja koordinaation tueksi. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa ylläpitävät kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot. Terveys- ja hoitosuunnitelmaan on tämän lisäksi hyvä kirjata hoidon koordinoinnista vastuussa oleva taho.

Terveys- ja hoitosuunnitelmaan kirjataan potilaan kanssa yhdessä tunnistetut hoidon tarpeet ja hoidolle asetetut tavoitteet. Yhteisillä tavoitteilla pyritään voimaannuttamaan potilasta ja hänen läheisiään, jotta he osallistuisivat hoidon toteuttamiseen. Potilas saa oman kopionsa terveys- ja hoitosuunnitelmaa tulosteena tai voi tulevaisuudessa tarkastella suunnitelmaa Omakannassa. Terveystenhuollon ammattihenkilö on aina vastuussa terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaskohtainen ylläpidettävä asiakirja, johon voidaan kirjata tietoa sekä vapaana tekstinä että rakenteisesti luokituksilla. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 19.

**Taulukko 19. Potilaan terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisessa käytettäviä luokituksia.**

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

## 19.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoite

Terveys- ja hoitosuunnitelma (Komulainen et al, 2011; Virkkunen et al, 2012) on tarkoitettu hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittämiseksi ja kuvaamiseksi yhdessä potilaan kanssa ja potilaskeskeisesti. Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan kaikille potilaille, joiden hoito edellyttää koordinoimista ja jotka hyötyvät tehdyistä suunnitelmasta. Tällaisia potilaita ovat erityisesti pitkäaikais- ja monisairaant potilaat, joita halutaan voimaannuttaa ja motivoida omasta terveydestä huolehtimiseen. Terveys- ja hoitosuunnitelman hyödyntäminen ei ole riippuvainen potilaan hoitopaikasta tai potilastietojärjestelmästä. Kuntoutussuunnitelman on tarkoitus muodostaa osa terveys- ja hoitosuunnitelmasta.

Terveys- ja hoitosuunnitelma kattaa potilaan hoitajaksojen väliset suunnitelmat, ja hoitajaksokohtaiseen suunnitteluun käytetään hoitosuunnitelmaa. Kun potilaalle on tehty terveys- ja hoitosuunnitelma, hänelle ei kirjata erikseen jatkohoidon suunnitelmaa hoitajakson päättyessä, vaan sen sijaan päivitetään terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Jos epikriisin yhteyteen kirjataan jatkohoidon suunnitelmaa, nämä tiedot olisi hyvä poimia myös terveys- ja hoitosuunnitelmaan, kun potilaalla on voimassa oleva terveys- ja hoitosuunnitelma.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja, jota kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuoltoa toteuttavat henkilöt ylläpitävät yhteisesti. Terveys- ja hoitosuunnitelma tulee ottaa käyttöön osana Tiedonhallintapalvelua viimeistään 1.9.2016.

## 19.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman periaatteita

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Se on osa potilaskertomusta, jonka ylläpitoon osallistuvat kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt. Hoitava lääkäri vastaa hoitosuunnitelman tekemisestä<sup>18</sup>.

Terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja koordinoimisesta huolehtii ensisijaisesti perusterveydenhuolto, erityisesti paljon palveluita käyttävien potilaiden kohdalla. Kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot, mukaan lukien erikoissairaanhoido, ylläpitävät ja muokkaavat terveys- ja hoitosuunnitelmaa antamansa hoidon osalta. Päälinjaukset suunnitelmaan tekee kuitenkin potilas yhdessä koordinoivan tahon kanssa.

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

- potilas käyttää paljon palveluja (esimerkiksi yli viisi potilaskontaktia vuodessa per 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 ammattilaisen) tutkimuksia ja/tai hoitoa tai
- potilas haluaa itselleen terveys- ja hoitosuunnitelman.

## 19.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman täyttäminen

Terveys- ja hoitosuunnitelman rakenteinen tieto koostuu seitsemästä pääkomponentista, jotka ovat terveys- ja hoitosuunnitelman perustiedot, hoidon tarve, hoidon tavoite, suunnitellun hoidon toteutus ja keinot, suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi, terveydenhuollon ammattihenkilö ja 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.

### 19.3.1 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. Terveydenhuollon ammattilainen voi kirjata tähän kohtaan lisäksi *hoidon syyn* luokituksilla ICD-10, ICPC-2 tai ICF-toimintakykyluokituksella. Lisäksi *Hoidon syyn tarkenne* voidaan kirjata tarvittaessa vapaamuotoisena tekstinä. Hoidon tarpeeseen kirjataan myös potilaan terveys- ja hoitosuunnitelmaa koordinoiva taho ammattihenkilön ja palveluyksikön nimellä. Tieto palveluyksiestä perustuu SOTE-organisaatiorekisteriin. Mahdollinen lisätieto kirjataan tarvittaessa vapaamuotoisena tekstinä.

<sup>18</sup> <http://www.valvira.fi/files/ohjeet/Hoitosuunnitelmat.pdf>

### 19.3.2 Hoidon tavoite

Hoidon tavoite -kohtaan kirjataan vapaamuotoisena tekstinä potilaan kanssa tunnistetut hoidon tavoitteet sekä toiminta- ja työkykyyn liittyvät tavoitteet. Tavoitteeksi asetetaan se tavoite, johon potilaan kanssa yhteisesti sovitulla hoidolla pyritään. Tavoitteen asettaneet henkilöt voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä. Tavoitteen yksilöivän tekijän kirjaamiseen terveydenhuollon ammattilainen voi käyttää esimerkiksi luokituksia *Ravitsemusterapianimikkeistö*, *Radiologinen tutkimus- ja toimenpidenimikkeistö* tai *FinLOINC – Fysiologiset mittaukset*. Tavoitteen mittarin taso voidaan kirjata kenttään yksilöivän tekijän ehto ja tätä voidaan täydentää vapaamuotoisena tekstinä yksilöivän tekijän ehdon lisätietoon.

### 19.3.3 Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot

Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot kattaa terveydenhuollon toimintayksikköön ja palveluun liittyvät kirjaukset. Terveydenhuollon toimintayksikköön kirjataan SOTE-organisaatiorekisterin mukaiset tiedot palveluyksiköstä, terveydenhuollon ammattihenkilön ammattinimike kirjataan *Ammattiluokituksen* mukaisesti ja nimi sekä hoitopaikan lisätieto vapaamuotoisena tekstinä. Palvelun sisällön yksilöinti kirjataan esimerkiksi luokituksilla *Laboratoriotutkimusnimikkeistö*, *Radiologinen tutkimus- ja toimenpidenimikkeistö*, *Fysioterapianimikkeistö*, *Puheterapianimikkeistö* ja/tai *Ravitsemusterapianimikkeistö*. Palvelun kirjausta tarkennetaan työvarauksen tunnuksella, palvelun tilaa (suunniteltu, pyydetty, luvattu, ehdotettu, tilattu, varattu, käynnissä tai toteutunut) ja ajankohtaa koskevalla tiedolla ja mahdollisesti lisätiedolla vapaamuotoisena tekstinä sekä palvelun ehdolla. Palvelun 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.

### 19.3.4 Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi

Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi kirjataan vapaamuotoisena tekstinä. Terveydenhuollon ammattihenkilö kirjataan nimellä ja henkilötunnuksella, ammattinimike luokituksella *Ammattinimike* ja lisätieto, kuten ammattihenkilön vastuualue, vapaamuotoisena tekstinä. Tässä kohdassa kirjattu ammattihenkilö on vastuussa terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja koordinoinnista, jos koordinoivaa tahoja ei ole kuvattu hoidon tarpeen yhteydessä.

### 19.3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot

Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätietoihin voidaan liittää potilaan suunnitelman laatimis- tai päivitysajan kohdan diagnoosi- ja/tai lääkityslistat. Diagnoosi- ja/tai lääkityslistoja ei ylläpidetä terveys- ja hoitosuunnitelman kautta, vaan ne liitetään suunnitelmaan kopiona tai linkittämällä alkuperäiseen listaan potilastietojärjestelmätoteutuksen mukaan.

## 19.4 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 tarpekseni: Tupakointi ja huolimattomuus lääkkeiden käytössä.

Koordinoiva taho: Terveyskeskus

Koordinoiva ammattihenkilö: Hellä Hoitaja

Koordinoiva palveluyksikkö: Terveystyöpalvelut

Tavoitteekseni olen asettanut: tupakoinnin lopettamisen.

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.

Terveydenhuollon toimintayksikkö: Terveyskeskus

Palveluyksikkö: Terveysyötypalvelut

Omahoidon tueksi on sovittu seuraavaa: Sairaanhoidajan puhelinvastaanotto tupakkaryhmän päätyttyä.

Tämän suunnitelman on laatinut/ovat laatineet kanssani:

Sairaanhoidaja Hellä Hoitaja

Ammattihenkilön yksilöivä tunnistenumero: 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)

Diagnoosit:

J45.1 Ei-allerginen astma

J44.8 Keuhkohtaumatauti

I10 Essentiaalinen (primaarinen) verenpainetauti

E03.9 Määrittämätön kilpirauhasen vajaatoiminta

Z72.0 Tupakan käyttö

# 20 Potilastietojen luovutus

## Hyvä tietää

Potilastietojen luovuttamista Potilastiedon arkistosta säädellään lailla, ja potilas voi rajata potilastiedon luovuttamista suostumus- ja kielloasiakirjoilla. Asiakirjojen muodostaminen edellyttää potilaan informointia terveydenhuollon sähköisistä tietojärjestelmäpalveluista ja niihin liittyvästä potilastiedon sähköisestä käsittelystä.

Potilaan informointi-, suostumus- ja luovutuskieltoasiakirjat ovat Tiedonhallintapalvelun ylläpidettäviä asiakirjoja. Potilas voi hallinnoida näiden asiakirjojen sisältöä Omakannassa.

Potilastiedon käytön ja luovuttamisen hallinnointiin valtakunnallisissa sähköisissä palveluissa on julkaistu omat lomakkeensa potilaan informoinnin, suostumuksen ja luovutuskieltojen varmentamiseen ja hallinnointiin. Luovutukseen liittyvät rakenteet on koottu taulukkoon 20.

**Taulukko 20. Potilastiedon luovutustenhallinnan kirjaamisessa käytettäviä luokituksia.**

Kirjaamisen luokituksia
eArkisto/Lomake - Potilaan informointiasiakirja
eArkisto/Lomake - Suostumus ja suostumuksen peruutus
eArkisto/Lomake - Luovutuskielto ja luovutuskieillon peruutus
SOTE-organisaatiorekisteri
KanTa-palvelut - Potilasasiakirjan rekisteritunnus

## 20.1 Potilastietojen luovutuksen peruskäsitteet

Potilastietojen luovutukseen Potilastiedon arkistosta liittyvät seuraavat käsitteet:

*Potilastiedon luovutus* on potilastiedon toimittamista valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla tai muulla tavoin toiselle terveydenhuollon palvelujen antajalle. Luovutuksen tulee perustua potilaan suostumukseen tai luovutuksen oikeuttavan lain säännökseen.

*Suostumus* on vapaaehtoinen, yksilöity ja tietoinen tahdonilmaisu, jolla potilas hyväksyy henkilötietojensa käsittelyn. Suostumuksen antajan tulee tietää, missä asioissa hänen suostumustaan tarvitaan ja mihin hän suostuu.

*Kielto* koskee tilannetta, jossa potilas rajaa potilastietojensa luovuttamisen ja käytön muilta kuin potilastiedot tuottaneelta rekisterinpitäjältä.

## 20.2 Potilastietojen luovutus perustuu lakiin

Suostumus on potilaan vapaaehtoisesti antama kirjallinen tai suullinen tahdonilmaisu, jolloin hän on tietoinen tietojen luovuttamisesta, luovutuksensaajasta, luovutettavista tiedoista sekä luovutettavien tietojen käyttötarkoituksesta ja luovuttamisen merkityksestä (PotL 13 §).

Kantan Potilastiedon arkiston sisältämien potilaan tietojen luovutuksen hallinta perustuu asiakastietolaikiin. Terveydenhoitolaissa (1326/2010) on lisäksi kuvattu oma, yhteistä potilastietorekisteriä koskeva suostumuskäytäntönsä. Myös laissa sähköisestä lääkemääräyksestä on kuvattu sähköiseen lääkemääräykseen

sisältyvien tietojen hallintaa. Asiakastietolain mukainen informointi-, suostumus- ja kieltomalli ja terveydenhuoltolain mukainen informointi- ja kieltomalli on määritelty yhdenmukaisiksi (STM 2012).

Terveydenhuoltolain mukaan sairaanhoitopiirin yhteisen potilastietorekisterin potilastietoja voidaan käyttää hoitosuhteessa eri rekisterinpitäjien tai toimintayksiköiden välillä ilman potilaan erillistä suostumusta. Tämä edellyttää sitä, että potilasta on informoitu potilastiedon luovutuskäytännöstä ja mahdollisuudesta rajata potilastiedon luovutusta, mutta potilas ei ole tehnyt luovutuskielto. Asiakastietolain mukainen potilastietojen luovutus koskee terveydenhuollon palvelujen antajien välillä tapahtuvaa potilastiedon luovutusta terveyden- ja sairaanhoidon käyttötarkoitukseen valtakunnallisen tietojärjestelmäpalvelun avulla, kun potilas on antanut suostumuksensa siihen. Suostumuksen edellytyksenä on potilaan informointi valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista. Halutessaan potilas voi milloin tahansa rajata suostumusta erillisillä kielloilla kohdistuen kiellon johonkin tiettyyn palvelunantajaan, palvelunantajan rekisteriin tai yksittäiseen palvelutapahtumaan.

Suostumus ei koske palvelunantajan omissa toiminnassa syntyneen potilastiedon hakemista Potilastiedon arkistosta, jolloin on kyse ”organisaation oman” tiedon käyttämisestä. Potilastietojen luovuttamisen periaatteita on kuvattu tarkemmin *Potilastietojärjestelmien käyttötapauksissa* (Kela 2012) ja *Yhteisrekisterin määrittelyssä* (Vuokko et al, 2012). Potilastiedon luovuttamiseen liittyvät asiakirjat ovat Tiedonhallintapalvelun ylläpidettäviä asiakirjoja, mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään niitä.

Potilaan informointiin valtakunnallisista sähköisistä palveluista, potilaan suostumuksen ja kieltojen antamiseen tai peruuttamiseen on julkaistu sähköiset asiakirjat koodistopalvelimella nimillä *Potilaan informointiasiakirja*, *Suostumus ja suostumuksen peruutus* ja *Luovutuskielto ja luovutuskieillon peruutus*. Näitä asiakirjoja käytetään, kun potilas haluaa antaa tai peruuttaa suostumuksensa ja/tai hallita kieltojaan palvelunantajan luona asioidessaan. Potilaalla on lisäksi mahdollisuus hallita suostumuksiaan ja kieltojaan Omakanta-palvelun avulla. Alla on kuvattu sähköisten asiakirjojen tietosisältö terveydenhuollon ammattilaisen näkökulmasta.

### 20.3 Informointiasiakirja

Potilaan saama informointi terveydenhuollon valtakunnallisista sähköisistä palveluista ja potilastietojen käsittelystä merkitään informointiasiakirjaan potilastietojärjestelmässä, ja asiakirjan tallennus merkitsee tiedon siirtymistä myös Potilastiedon arkistoon, Omakantaan ja Tiedonhallintapalveluun. Informointiasiakirjaan voidaan tallentaa potilaan informointi aihealueittain seuraavasti:

- Potilas on informoitu sairaanhoitopiirien yhteisistä potilastietorekistereistä.
- Potilas on informoitu Kanta-palveluista ja Potilastiedon arkistosta.
- Potilas on informoitu Kanta-Reseptikeskuksesta.

Informointiasiakirja sisältää potilaan perustiedoista nimen ja henkilötunnuksen. Informointi kirjataan aiheittain, kuten ”Kanta-arkisto informointi”, kyllä/ei -kentällä. Informointitietoa voidaan tarkentaa tiedolla siitä, onko alaikäisen potilaan informointi annettu huoltajalle (kyllä/ei -kenttä). Asiakirja sisältää myös tiedon informoinnin kirjaajasta (nimi ja henkilötunnus), ajankohdasta ja palveluyksiköstä, jossa informointi on kirjattu.

Informointiasiakirjaan voidaan tarkentaa kyllä/ei-kentillä, onko potilas vastaanottanut informaation suullisesti vai kirjallisena. Potilasta voidaan informoida kerran per aihealue. Informointia ei voi peruuttaa.

### 20.4 Suostumusasiakirja

Potilaan suostumus ja sen mahdollinen peruutus kirjataan suostumusasiakirjaan potilastietojärjestelmässä, ja asiakirjan tallennus merkitsee tiedon tallentumista myös Potilastiedon arkistoon, jolloin luovutustieto on käytettävissä myös Tiedonhallintapalvelussa ja Omakannassa.

Suostumusasiakirja sisältää potilaan perustiedoista nimen ja henkilötunnuksen. Potilaan tietoihin voidaan lisäksi kirjata tieto siitä, että potilas ei ole kykeneväinen itse allekirjoittamaan suostumusta tai sen peruutusta esimerkiksi sairauden tai vamman vuoksi. Tieto voidaan kirjata *kyllä/ei*-kentällä ja täydentää vapaamuotoisena tekstinä perustekenttään.



Suostumuksen allekirjoitukseen kirjataan ajankohta kellonajan tarkkuudella. Kun potilaan laillinen edustaja, kuten alaikäisen potilaan huoltaja tai edunvalvoja, allekirjoittaa suostumuksen, hänen henkilötietonsa liitetään asiakirjaan. Kun terveydenhuollon ammattilainen kirjaa suostumuksen tai sen peruutuksen potilastietojärjestelmässä, asiakirjaan liitetään myös tiedot ammattilaisen nimestä, henkilötunnuksesta ja palvelunantajasta *SOTE – organisaatiorekisterin* mukaisesti.

## 20.5 Kieltoasiakirja

Potilaan mahdolliset luovutuskieollot ja niiden peruutus kirjataan sähköiseen asiakirjaan potilastietojärjestelmässä, ja asiakirjan tallentuminen Potilastiedon arkistoon merkitsee samalla, että luovutuskieollotieto on saatavilla Tiedonhallintapalvelussa ja Omakannassa. Potilas voi kohdistaa luovutuskieollon yksittäiseen palvelutapahtumaan tai laajemmin palvelunantajaan ja palvelunantajan rekisteriin. Potilaan voimassa oleva luovutuskieollot säätelee potilastiedon luovuttamista Potilastiedon arkistosta terveydenhuollon ammattilaiselle. Kun potilaalla on voimassa oleva luovutuskieollot, ammattilaiselle ei voida luovuttaa kieollon alaista tietoa, eikä hän saa edes tietoa siitä, että potilaalla on voimassa oleva luovutuskieollot.

Luovutuskieollotasiakirjassa potilaan perustiedot koostuvat nimestä ja henkilötunnuksesta. Potilaan tietoihin voidaan lisäksi kirjata tieto siitä, että potilas ei ole kykeneväinen itse allekirjoittamaan luovutuskieollot tai sen peruutusta esimerkiksi sairauden tai vamman vuoksi. Tieto voidaan kirjata *kyllä/ei*-kentällä ja täydentää vapaamuotoisena tekstinä perustekenttään.

Terveydenhuollon palvelunantajat ja näiden rekisterit, joihin potilaan kieollot kohdistetaan, voidaan kirjata käyttäen *SOTE-organisaatiorekisteriä*. Kielto palvelunantajan rekisteriin voidaan kirjata luokituksella *Potilasasiakirjan rekisteritunnus*. Palvelutapahtuma, joka halutaan kieollottaa, kirjataan palvelutapahtuman ajankohdan ja OID-tunnisteen avulla.

Luovutuskieollon tai sen peruutuksen allekirjoitukseen kirjataan ajankohta kellonajan tarkkuudella. Luovutuskieollotasiakirjaan voidaan lisätä ehto siitä, että kielletyt tiedot voidaan luovuttaa hätätilanteessa (*kyllä/ei*-kenttä). Kun terveydenhuollon ammattilainen kirjaa luovutuskieollon, asiakirjaan liitetään myös tiedot ammattilaisen nimestä, henkilötunnuksesta ja palvelunantajasta *SOTE-organisaatiorekisterin* mukaisesti.

# 21 Potilaan 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 Omien tietojen katselun kautta.

## 21.1 Hoitotahto

Hoitotahdolla kansalainen ilmaisee tulevaa hoitoaan koskevat toiveet siltä varalta, ettei hän itse pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun vastaavan syyn vuoksi. Hoitotahtoa on tarkemmin kuvattu Tiedonhallintapalvelun määrittelyssä (Virkkunen et al, 2012). Hoitotahto on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja, mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään sitä.

Hoitotahtoasiakirjan rakenne sisältää seuraavat tiedot. 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. Allekirjoitukseen liitetään tieto tahdonilmauksen ajankohdasta ja teko-paikasta sekä, kun terveydenhuollon palvelun antaja kirjaa hoitotahdon, tieto palveluyksiköstä *SOTE-organisaatiorekisterin* perusteella.

## 21.2 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. Elinluovutustahtoa on tarkemmin kuvattu Tiedonhallintapalvelun määrittelyssä (Virkkunen et al, 2012). Elinluovutustahto on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja, mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään sitä.

Elinluovutusasiakirjan rakenne sisältää seuraavat tiedot: Potilaasta kirjataan 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. Allekirjoitustietoon kirjataan myös paikka ja aika. Asiakirjan tallentajan ollessa terveydenhuollon palvelun antaja, palvelun antajan tiedot kirjataan *SOTE-organisaatiorekisterin* perusteella.

## 22 Kirjaamisen standardista

### Hyvä tietää

Sähköiseen potilaskertomukseen kirjattavat ja Kannan Potilastiedon arkistoon tallennettavat potilaskertomusmerkinnät koostuvat vapaasta tekstistä ja rakenteisesta tiedosta. Sähköinen potilaskertomus noudattaa kansainvälistä CDA-standardia. Potilaskertomuksen CDA-asiakirja jakautuu kahteen pääosaan: metatietoihin, jotka kertovat asiakirjan syntykontekstin ja varsinaiseen sisältöön. Yleensä käyttäjän tarvitsee kirjata vain sisältöä eli potilasasiakirja-merkintöjä.

Kun sähköisen potilaskertomuksen käyttäjä kirjaa potilastietoa rakenteisesti, se tarkoittaa, että jokaisen tiedon paikka on määritelty CDA-asiakirjassa. Rakenteisesta tiedosta on erotettavissa ihmisen luettavissa oleva näyttömuoto ja järjestelmän ymmärtämä rakenteinen muoto, entry. Molemmat muodot syntyvät yhdellä kirjauksella, joten muotojen välillä ei voi olla ristiriitaa.

Tässä luvussa tarkennetaan kirjaamiseen liittyvää ohjeistusta. CDA-standardia tai XML-skeemaa ei tarvitse tuntea kirjatessa, mutta lisätietoa CDA-standardista ja siihen liittyvistä periaatteista löytyy tarvittaessa tästä luvusta.

### 22.1 Sähköisen potilaskertomuksen standardirakenne

Sähköisten potilaskertomuksen tiedonsiirto- ja arkistointirakenteeksi on valittu CDA-standardi (Clinical Document Archive). Kansainvälisen standardin pohjalta Suomessa on määritelty valtakunnallisia toteutusohjeita eri potilastietojärjestelmän osakokonaisuuksille. Yksityiskohtaiset paikallistamis- ja soveltamisoppaat löytyvät HL7-yhdistyksen dokumenttiarkistosta<sup>19</sup> ja Kanta-palveluiden sivuilta<sup>20</sup> (ks. luku x). Tässä luvussa kuvataan CDA-standardia, sen periaatteita ja hyödyntämisestä niiltä osin, kun CDA-standardi vaikuttaa potilaskertomusmerkintöjen kirjaamiseen.

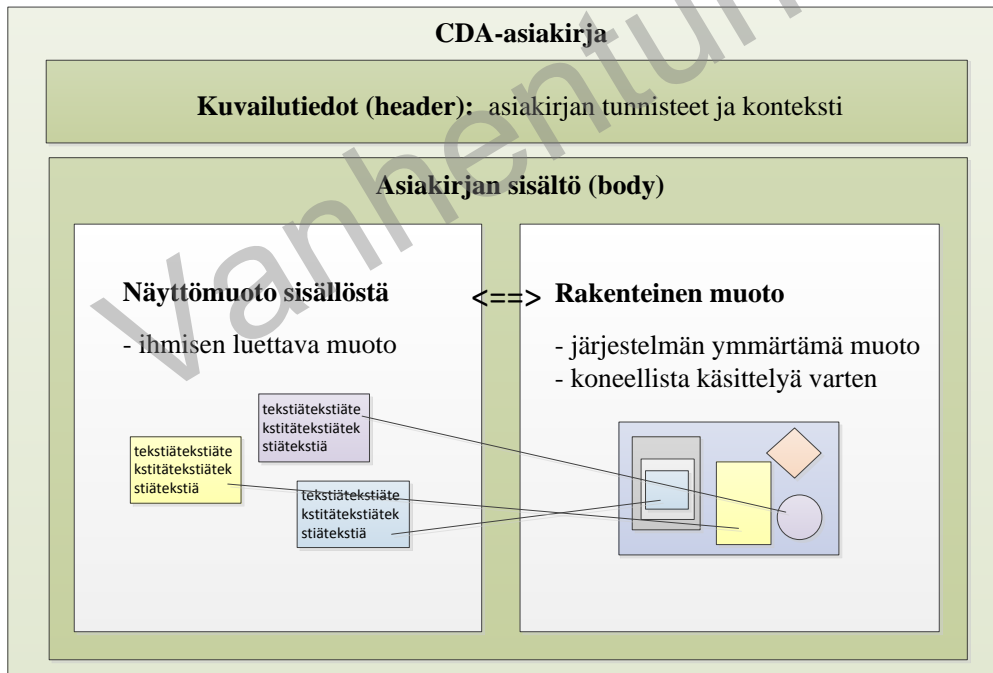
CDA-määrittelyt ovat XML-standardin mukaisia, jolloin XML-tiedostojen käsittelyyn tarkoitettuja säilytys- ja prosessointiratkaisuja voidaan hyödyntää myös CDA-määrittelyiden yhteydessä.

CDA-asiakirja jakaantuu kahteen pääosaan: metatietoihin (header eli kuvailutiedot, yksilöintitiedot) ja sisältöön (body). **Metatiedot** ovat tietoa, joka kuvaavat asiakirjan varsinaista sisältöä ja sen syntykontekstia, kuten tieto asiakirjan tuottaneesta palvelun toteuttajasta ja henkilöstä, asiakirjan luontiaika sekä palvelutapahtuman ajankohta. Tavanomaista on, että potilastietojärjestelmä tuottaa automaattisesti metatiedot asiakirjan header-osaan, eikä käyttäjän tarvitse kirjata niitä manuaalisesti (ks. kuvio 5).

CDA-standardiin on määritelty kansainvälisesti tärkeiksi nähtyjä metatietoja, joiden lisäksi on määritelty tarvittavia valtakunnallisia metatietoja. Metatiedot kertovat asiayhteyden, jossa asiakirjan sisältö on tuotettu. Potilasasiakirjojen metatietoja on kuvattu tarkemmin eri julkaisuissa, kuten *Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset* (Kanta 2013b) ja *Medical Records -sanomat* (HL7 2013).

<sup>19</sup> [www.hl7.fi](http://www.hl7.fi)

<sup>20</sup> [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi)



Kuvio 10. Sähköiset potilasasiakirjat on toteutettu HL7:n CDA-dokumenttirakenteen pohjalta.

### 22.1.1 Näyttömuoto

Asiakirjan sisältö ja sisällön kirjaaminen jakautuvat näyttömuotoon ja rakenteiseen muotoon (ks. kuvio 5). Näyttömuoto eli *narrative block* on dokumentin esitysmuoto ja vastaa tiedon näyttämistä potilastietojärjestelmissä. Näyttömuodon tarkoitus on varmistaa asiakirjan luettavuus järjestelmäriippumattomalla tavalla. Se helpottaa samalla käyttäjälle jossakin toisessa potilastietojärjestelmässä tuotetun potilasasiakirjan tulkitusta.

Tiedot tallennetaan sekä näyttömuodossa että rakennemuodossa. Tietoa ei kuitenkaan tarvitse kirjata kahteen kertaan vaan potilastietojärjestelmä osaa tuottaa kirjatun tietorakenteen perusteella myös näyttömuodon. Perusteena tiedon tallentamiselle kahteen kertaan on se, että kaikki tieto on näkyvässä näyttömuodossa, vaikka järjestelmä ei osaisikaan hyödyntää kaikkia rakenteita. CDA-standardi ei määrittele kuinka rakenteinen tieto tuotetaan asiakirjaan. Rakenne voidaan periaatteessa tuottaa luonnollisen kielen analysointiohjelmistolla (NLP) tai jollain muulla tavalla. Suomen kielen käsittelyyn ei kuitenkaan ole tuotettu erillistä ohjelmistoa, joten tällä hetkellä rakenteiset tiedot syötetään suoraan järjestelmien käyttöliittymistä.

### 22.1.2 Rakenteinen muoto

Rakenteinen muoto eli *entry* sisältää potilastietojärjestelmille tarkoitettua tietoa. Rakenteisessa muodossa esitetään kaikki niin määritellyt kertomusmerkintöihin sisältyvät tiedot ja muita keskeisiä tietoja, kuten teknisiä tietoja tai järjestelmäkohtaisia rakenteita. CDA-standardi määrittelee, että rakenne- ja näyttömuodoissa ei saa olla keskenään ristiriitaisia tietoja.

Kirjaajan kannalta on oleellista, että samaa tietoa ei syötetä kahteen kertaan. Esimerkiksi diagnoositietoa voidaan kirjata potilastietojärjestelmäpäässä ICD-10-tautiluokituksen avulla. Potilastietojärjestelmä täydentää tällöin järjestelmän käyttämän diagnoosikoodin (koodiarvo) ja kirjaajan käyttämän koodin mukaisen nimen. Kirjaaja voi halutessaan lisäksi muokata diagnoosin koodin mukaista nimeä tai täydentää diagnoositietoa lisätietokenttään vapaalla tekstillä kuvaillen.

## 22.2 CDA-asiakirjan toteutus

Suomalaisissa CDA-standardin soveltamisoppaissa on kuvattu yksityiskohtaisesti, miten potilaskertomukseen sisältyvät asiakirjat esitetään standardin avulla. Soveltamistapaan liittyy kahden perustyyppin mukaisia

asiakirjoja: jatkuvaa kertomustekstiä ja määrämuotoisia lomakkeita. Sekä lomakkeissa että kertomustekstissä on viittaukset valtakunnallisen näkymäluokituksen mukaisiin näkyymiin.

Terveydenhuollossa käytetään erilaisia **todistuksia ja lomakkeita**, joiden avulla tietoa on aikaisemmin rakenteistettu paperipohjaisessa järjestelmässä. Lomakkeissa tieto on ryhmitelty kokonaisuuksiksi, jotka sisältävät yksittäisiä kenttiä tiedon kirjaamista varten, kuten potilaan yhteystiedoissa kentät osoite ja puhelinnumero. Kentät voivat sisältää tekstiä tai koodattua tietoa, esimerkiksi äidinkielelle ja sukupuolelle on omat luokituksensa kirjaamista varten. Lomake ja erityisesti todistus muodostavat tietokokonaisuuden, jota halutaan käsitellä yksittäisenä asiakirjana ja mahdollisesti liittää toiseen potilasasiakirjaan tai kokonaisuuteen.

Lomakkeiden tietosisältö voidaan rakenteistaa kokonaan, ja potilastietojärjestelmissä on useimmille lomakkeille määritelty oma näkymänsä. CDA-standardin soveltamisessa on haluttu hyödyntää lomakkeiden kehittämiseen käytetty työpanos. Kuvio 6 havainnollistaa, miltä lomakerakenteen määrittely näyttää. Taulukkoon eritellään jokainen tietokenttä, jolle kuvataan tietotyyppi, pakollisuus, kentän toistuvuus ja niin edelleen. Jokaisella lomakerakenteella, kuten kuviossa 6 näkyvällä terveys- ja hoitosuunnitelman lomakerakenteen alkuosalla on oma yksilöivä OID-tunnuksensa. Samoin lomakkeelle määritellyt kentät saavat yksilöivän tunnisteiden, joka tuotetaan lomaketunnuksen haarasta (kuviossa 6 sarake *tietokentätunnus oid*). Kuvion 6 esimerkissä lomakerakenteessa on käytössä HL7-tietotyyppiä, kuten otsikko (Label, LB), koodattu arvo (CodedValue, CV), ajankohta (PointInTime, TS), tunniste (InstanceIdentifier, II), henkilön nimi (PersonName, PN) ja merkkijono eli vapaan tekstin kenttä (String, ST). Tietotyyppi kertoo, kuinka kyseisen kentän tieto tulee kirjata. Esimerkiksi tietotyyppiä PN oleva kenttä rakentuu henkilön nimiin liittyvistä osista, kuten etunimi ja sukunimi. Kentän osilla on myös lisämääreitä, joiden avulla voidaan ilmaista muun muassa henkilön kutsumanimi. Kentässä, johon kirjataan koodattu arvo (CV), kirjaaminen tapahtuu käyttäen kyseiseen kenttään tarkoitettua koodistoa. Tämän vuoksi CV-kenttä edellyttää lisätietona koodiston tunnustetta, joka kuvataan rakennemäärittelyssä *koodistoviittauksena*.

Codeld	LongName	ParentId	HierarchyLevel	A:Tietokentän oid tunniste	A:Tietotyyppi	A:Tietotyypin tunniste	A:Kentän pakollisuus	A:Kentän toistuma
<b>1</b>	<b>Terveys- ja hoitosuunnitelma</b>		<b>0</b>	<b>1.2.246.6.12.2002.323.1</b>	<b>Label</b>	<b>LB</b>		
<b>2</b>	<b>Potilaan henkilötiedot</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1.2.246.6.12.2002.323.2</b>	<b>Label</b>	<b>LB</b>		
3	Potilaan nimi	2	2	1.2.246.6.12.2002.323.3	Person Name	PN	P	
4	Henkilötunnus	2	2	1.2.246.6.12.2002.323.4	Instance Identifier	II	P	
5	Päivämäärä	2	2	1.2.246.6.12.2002.323.5	Point in Time	TS	P	
<b>100</b>	<b>Hoidon tarve</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1.2.246.6.12.2002.323.100</b>	<b>Label</b>	<b>LB</b>		
<b>101</b>	<b>Hoidon tarve</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>1.2.246.6.12.2002.323.101</b>	<b>String</b>	<b>ST</b>	<b>EP</b>	
<b>102</b>	<b>Toiminta- ja työkykyyn liittyvät tarj</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>1.2.246.6.12.2002.323.102</b>	<b>String</b>	<b>ST</b>		
<b>111</b>	<b>Hoidon syy</b>	<b>100</b>	<b>2</b>	<b>1.2.246.6.12.2002.323.111</b>	<b>Coded Value</b>	<b>CV</b>		<b>T</b>
112	Palvelukokonaisuus	111	3	1.2.246.6.12.2002.323.112	Coded Value	CV		
113	Hoidon syyn tarkenne	111	3	1.2.246.6.12.2002.323.113	String	ST		
<b>114</b>	<b>Koordinoiva taho</b>	<b>111</b>	<b>3</b>	<b>1.2.246.6.12.2002.323.114</b>	<b>String</b>	<b>ST</b>		
115	Koordinoiva ammattihenkilö	114	4	1.2.246.6.12.2002.323.115	Person Name	PN		
116	Koordinoiva palveluyksikkö	114	4	1.2.246.6.12.2002.323.116	Instance Identifier	II		

**Kuvio 11. Tietorakenteen määrittely, esimerkkinä terveys- ja hoitosuunnitelman alkua.**

Kirjattaessa koodiarvoista kenttää, potilastietojärjestelmä käsittelee tietoa kentän saaman koodiarvon perusteella, kun taas käyttäjälle näytetään tavallisesti koodin mukainen nimi. Lomakkeen XML-muodossa

käytetään CDA-standardin elementtiä Observation, johon sisältyy kyseisen kentän tunnus ja kentän tietotyypin määrittelemä XML-rakenne arvoineen. Lomakkeiden näyttömuotoon ei ole kiinnitetty erityistä huomiota HL7-standardissa. CDA-näyttömuoto voi olla esimerkiksi yksinkertainen listaus kentistä ja niiden tietosisällöistä.

Toinen keskeinen dokumenttityyppi on **jatkuvan kertomuksen teksti**, joka voidaan esittää CDA-standardin tyypillisin rakentein. CDA-asiakirja koostuu osista (section), joiden sisällä ovat ihmisen ymmärtämä näyttömuoto ja järjestelmän ymmärtämät rakenteiset tiedot. Asiakirjan metatiedot kuvailevat asiakirjan syntykontekstin, mutta asiakirjassa voidaan ohittaa kontekstimäärytykset tarvittaessa osiokohtaisesti. Esimerkiksi koko asiakirjan tekijäksi voi olla merkitty asiakirjan kirjaaja, mutta asiakirjan tiettyssä osiossa kirjaajana voi olla esimerkiksi toinen terveydenhuollon ammattihenkilö.

Kuvio 5 (s. 35) näyttää, miten CDA-asiakirja koostuu näyttömuodosta ja rakenteisesta muodosta. Toisin sanoen molemmat muodot sisältyvät CDA-asiakirjaan. Asiakirjan osioon liittyy yksi näyttömuotoinen kokonaisuus ja vaihteleva määrä rakenteisia tietoja, niiden välisiä suhteita ja ulkoisia viittauksia. Näyttömuodon esittäminen tapahtuu CDA-standardin mukaisesti erillisen XML-skeeman avulla. Rakenteiset tiedot puolestaan esitetään CDA-entryjen avulla, jotka pohjautuvat HL7 V3 -standardin Clinical Statements -malliin. Entry vastaa merkintää, ja siinä tiedot on ilmaistu rakenteisesti niin, että potilastietojärjestelmä voi käsitellä kirjattua tietoa.

## 22.3 Kenttäpituudet rakenteisessa kirjaamisessa

Potilastietojärjestelmät käsittelevät tietoja CDA-standardin mukaisina XML-asiakirjoina. XML-tiedostoissa olevissa elementeissä ja attribuuteissa ei ole varsinaista kokorajoitusta. Koska XML ei sinänsä aseta kokorajoituksia, ja potilastietojärjestelmissä saatetaan tehdä joka tapauksessa omia tarkastuksia tietojen suhteen, niin Rakenteisen kirjaamisen oppaassa ei ole yleensä tarpeen määritellä kenttien pituuksia.

Rakenteisesti kirjattavien potilastietojen kenttäpituuksia on kuvattu Kanta-sivuilla kootuissa Potilastiedon arkisto -toteutuksen CDA R2 -määrytyksissä niiden tietokenttien osalta, jossa se on relevanttia. Kenttäpituuksien rajoitukset johtuvat yleensä eri ohjelmointikielten mukaisten tiedosto- ja käyttöjärjestelmien ja XML-käsittelijöiden toteutuksien reunaehdoista, joissa määritellään järjestelmäratkaisussa elementeille ja attribuuteille maksimikoko. Lisäksi on huomattava, että potilaskertomuskirjauksia tehdään paljon vapaamuotoisena tekstinä. Vapaamuotoiseen tekstikenttään kirjattavan tiedon pituudelle ei ole mielekäästä asettaa rajoituksia, mutta joissakin ratkaisuihin, kuten sähköisen lääkemääräyksen CDA R2 -määrytyksissä myös vapaamuotoisten tekstikenttien pituutta on rajoitettu reseptisanoman rajoitteiden vuoksi.

Käyttäjän on kuitenkin hyvä varautua järjestelmätason ongelmiin, jotka johtuvat erimittaisista eli yhteensopimattomista tietokentistä. Tietojen siirtoon liittyvässä tarkastuksessa tutkitaan täyttääkö vastaanotettava tieto tietojärjestelmän asettamat kriteerit muun muassa tiedon pituuden ja sisällön suhteen. Jos tieto ei sovelu käsittelyyn tai tallennukseen, niin tarkastusohjelma voi tällöin aiheuttaa virhetilanteen tai muokata tietoa tallentamiskelpoiseksi. Virhetilanne voi käytännössä johtaa koko vastaanotettavan tietokokonaisuuden hylkäämiseen. Tiedon muokkaaminen puolestaan saattaa hävittää alkuperäisestä lähteestä tulevaa tietoa.

## 22.4 Päivämäärien ja muiden aikaleimojen kirjaaminen

Rakenteisessa kirjaamisessa päivämäärä tai muu aikaleima tallennetaan kansainvälisen ISO-standardin mukaisessa muodossa yyyymmddhhmmss, jossa:

yyyy	on	vuosi,
mm	on	kuukausi,
dd	on	päivämäärä,
hh	on	tunti (24 tunnin merkinnällä),
mm	on	minuutti ja
ss	on	sekunti.

Yleisesti tietorakenteissa tarkoitetaan aikamääreillä päivän tarkkuutta. Se, millä tarkkuudella päivämäärä tai muu aikaleima kirjataan, riippuu tiedon luonteesta ja käyttötarkoituksesta. Käyttäjän on tästä syystä hyvä tietää, että CDA-standardin tietotyyppi itsessään ei rajoita kirjaamista. Esimerkiksi lääkityksen aloi-

tusajankohta voidaan merkitä päivän tarkkuudella, mutta sairaalahoitossa ja erityisesti tehohoidossa lääkityksen aloittamisajankohta merkitään yleensä täsmällisemmin (kellonaika minuuttien tai sekuntien tarkkuudella). Toisaalta voidaan tarvita myös epätasällisempia ilmaisuja, esim. jos kirjataan potilaan ilmoittamaa itsehoitolääkitystä potilasasiakirjamerkintöihin. Tekniseen käyttöön tarkoitetuissa aikaleimoissa tulisi käyttää tarkempaa aikaleimamuotoa (esimerkiksi sekunti tai millisekunti). Terveystuollon organisaatiot ja ohjelmistotoimittajat voivat harkita käyttötarkoituksen mukaan millä tarkkuudella kukin aikamäärä on ilmaistava.

Tietorakenteiden yhteentoimivuuden kannalta on tarpeen, että päivämäärätieto tai muu aikaleima on määritelty samalla tavalla potilastietojärjestelmässä ja Potilastiedon arkiston CDA R2 -määrittelyissä. CDA-standardi määrittelee kuinka erilaiset aikamäärät esitetään XML-dokumenteissa. CDA-standardi noudattaa ISO-standardointijärjestön mallia, joka sallii vaihtelevan tarkkuuden ajankohdissa vuosien tarkkuudesta sekunnin murto-osiin.

## Lähteet

- FCG 2012. Erikoissairaanhoidon tuotteistuksen käsikirja 2013. Versio 2013, 27.12.2012. FCG Tietojohtaminen Oy, Helsinki. Saatavissa <http://www.norddrg.fi/sites/default/files/Kansallinen%20DRG%20-keskus%20Erikoissairaanhoidon%20tuotteistuksen%20k%C3%A4sikirja%20v.%202013.pdf> [12.11.2013].
- HILMO 2012. HILMO - Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2013 - Määrittelyt ja ohjeistus. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 3/2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-725-7> [21.3.2013].
- HL7 2013. Kanta – eArkiston Medical Records, versio 1.94, 3.9.2013. Saatavissa [http://www.kanta.fi/documents/3430315/0/MR\\_v194/0f6a5a9d-e63b-49d1-a206-0e68fe97411c](http://www.kanta.fi/documents/3430315/0/MR_v194/0f6a5a9d-e63b-49d1-a206-0e68fe97411c) [11.6.2013].
- Häkkinen, Pirjo, 2012. Erikoissairaanhoidon hoitopäätösten seuranta - Määrittelyt ja ohjeistus 2013. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 8/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-780-6> [7.11.2013].
- Kanta 2013. KanTa – eArkiston Kertomus ja lomakkeet, versio 4.62, 8.7.2013. Saatavissa [http://www.kanta.fi/documents/3430315/0/Kertomus+ja+lomakkeet\\_Kela\\_v462/1df707fd-7d27-4be5-bc01-00de2c23aa0a](http://www.kanta.fi/documents/3430315/0/Kertomus+ja+lomakkeet_Kela_v462/1df707fd-7d27-4be5-bc01-00de2c23aa0a) [18.8.2013].
- Kanta 2013b. eArkisto. Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset. Versio 2.5, 29.8.2013. Saatavissa <http://www.kanta.fi/documents/12105/3458358/eArkisto+PTJ-kayttotapaukset+v2.5.pdf/5a4bb936-c568-4d2e-82e4-e539d262f0c9> [6.11.2013].
- Kanta 2011. Lääkityksen merkintöjen CDA R2-rakenne. Versio 4.3, 16.3.2011. Saatavissa <http://www.kanta.fi/documents/3430315/0/L%20C3%A4%20C3%A4%20kysymysmerkinn%C3%A4t+V+4.30.zip/c79437b9-98d3-4941-893f-64c7706a88e6> [18.8.2013].
- Komulainen, Jorma, 2012 (toim). Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. THL. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-511-6> [18.8.2013].
- Komulainen, Jorma, Vuokko, Riikka ja Mäkelä, Matti, 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085285> [6.11.2013].
- Kvist, Märten ja Savolainen, Tuija, 2010 (toim.). ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Kuntaliitto. Saatavissa <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b4e0fc7f-073e-4bfa-90dc-45f36193d779> [18.8.2013].
- Kärkkäinen, Anna (valmisteilla). Valtakunnallinen potilastiedon arkisto. Potilastiedon arkiston toiminnalliset periaatteet. Ohjaussarja, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki.
- Liljamo, Pia, Kinnunen, Ulla-Mari ja Ensio, Anneli, 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas - SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 2/2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5> [6.11.2014].
- Mäki, Päivi, Wikström, Katja, Hakulinen-Viitanen, Tuovi ja Laatikainen, Tiina, 2011. Terveystarkastukset lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa: Menetelmäkäsikirja. Opas 14, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki. Saatavissa <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085455> [12.11.2013].
- Rautiainen, Hanna ja Saukkonen, Sanna-Mari, 2013. AvoHILMO 2013 - Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2013 - Määrittelyt ja ohjeistus. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 6/2012, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-765-3> [21.3.2013].
- STM 2012. Potilasasiakirjaopas. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollossa. STM:n julkaisuja 4/2012. Saatavissa [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf) [18.8.2013].
- STM 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkähoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaia 32/2005. Saatavissa [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen\\_laakehoito\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf) [18.8.2013].
- Tautiluokitus ICD-10, 2011. Tautiluokitus ICD-10, 3. painos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/15c30d65-2b96-41d7-aca8-1a05aa8a0a19> [18.8.2013].
- Ydintieto-opas 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymi- en sekä erikoisala ja ammattikohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa, v. 3.0. Saatavissa [http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot\\_otsi\\_kot\\_nakymat\\_opas\\_uusi.pdf](http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot_otsi_kot_nakymat_opas_uusi.pdf) [21.3.2013].
- Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012. Käypä hoito, versio 19.1.2012. Suomalainen Lääkärisseura Duodecim ja Suomen Yleislääketieteen yhdistys. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020> [6.11.2013].
- Ydintiedot 2009. Sähköisen potilaskertomuksen ydintiedot, v. 4.0, 18.5.2009. Saatavissa [http://www.kanta.fi/documents/10180/3437462/Ydintietomaarit\\_ykset.pdf](http://www.kanta.fi/documents/10180/3437462/Ydintietomaarit_ykset.pdf) [21.3.2013].
- Virkkunen, Heikki, Porrasmäe, Jari, Suhonen, Jari, Mäkelä-Bengs, Päivi, Lehtovirta, Jukka ja Vuokko, Riikka, 2012. Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 4/2012, Terveyden ja hyvinvoinnin



laitos. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-540-6>  
[21.3.2013].

Vuokko, Riikka. Komulainen, Jorma, Mäkelä, Matti ja Meriläinen,  
Outi, 2012. Rakenteinen potilaskertomus 2010 -hankkeen tuot-  
tamia määritelmiä. Raportti 32/2012. Terveyden ja hyvinvoin-  
nin laitos (THL), Helsinki. Saatavissa  
<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085284> [4.4.2012].

## LIITE 1: Keskeiset käsitteet ja ilmaukset

**Apuväline** on väline, laite tai vastaava, joka edistää tai ylläpitää henkilön toimintakykyä ja osallistumista silloin, kun ne ovat vamman, sairauden tai ikääntymisen vuoksi heikentyneet.

**Asiakirja** on (tässä julkaisussa) tunnisteella yksilöity tekninen tallenne, johon on koottu virallinen, asiakirjallinen tieto.

**CDA, Clinical Document Architecture** on HL7:n määrittelemä standardi dokumenttien (tässä potilasasiakirjojen) rakenteelle ja dokumenttien jakamiseen. CDA-rakenne on XML<sup>21</sup>-standardin mukainen.

**Diagnosi** tarkoittaa taudin olemassaolon ja laadun määrittävää taudin kuvausta. Diagnosi ilmaisee lääketieteellisesti määritellyn taudin.

**Elinluovutus** tarkoittaa elimien, kudoksien ja solujen luovuttamista lääketieteelliseen käyttöön. Henkilö voi ilmaista oman tahtonsa elinluovutuksen rajoittamiseksi elinluovutustahdolla.

**Erikoisala** tarkoittaa lääketieteen alaa, jolla on päävastuu potilaan hoidosta. Erikoisalat ovat yleislääketiede ja erikoissairaanhoidon kliiniset toimialat.

**Esitiedot** (anamneesi) tarkoittavat potilaan, hänen omaisensa tai edustajansa antamia tietoja sairauden alkamisesta, oireista ja kulusta.

**Fysiologiset mittaukset** kuvaavat henkilön kliinis-fysiologisia löydöksiä.

**Henkilörekisteri** tarkoittaa käyttötarkoituksensa vuoksi yhteenkuuluvista merkinnöistä muodostuvaa henkilötietoja sisältävää tietojoukkoa, jota käsitellään osin tai kokonaan automaattisen tietojenkäsittelyn avulla taikka joka on järjestetty kortistoksi, luetteloksi tai muulla näihin verrattavalla tavalla (henkilötietolaki 3 §).

**Hoidon arviointi** tarkoittaa potilaan voinnissa tapahtuneiden muutosten ja toteutuneen hoidon arvioimista suhteessa hoidon suunnitelmassa asetettuihin päätavoitteisiin, kuten tutkimuksiin, toimenpiteisiin, lääkehoitoon, toimintakykyyn ja hoitotyön toimintoihin liittyviin muutoksiin.

**Hoidon suunnittelu** tarkoittaa toimintaa, jossa terveydenhuollon ammattihenkilö, potilas ja tarvittaessa potilaan omainen tai edustaja yhteistyössä suunnittelevat potilaan hoidon tavoitteet, keinot ja menetelmät.

**Hoidon syy** on terveydenhuollon ammattihenkilön arvioima syy potilaan hoitoon hakeutumiselle. Hoidon syy on myös otsikko, jonka alle kirjataan potilaan ilmoittama oire (tulosyy) ja ammattihenkilön arvio (hoidon syy).

**Hoidon tarve** tarkoittaa potilaan terveydentilaan liittyviä jo olemassa olevia tai tulevaisuudessa mahdollisia ongelmia. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa laadittaessa hoidon tarve muodostuu yhdestä tai useammasta potilaan tunnistamasta terveysongelmasta, joiden tunnistamisessa terveydenhuollon ammattihenkilö toimii apuna.

---

<sup>21</sup> **XML, eXtensible Markup Language** on World Wide Web Consortiumin (<http://www.w3.org/>) suositus rakenteisen tiedon esittämisestä sähköisessä muodossa.

**Hoidon tavoite** tarkoittaa sitä potilaan terveydentilan muutosta, johon yhdessä sovitulla hoidolla pyritään. Terveydenhuollon ammattihenkilö on potilaan tukena tavoitteita asetettaessa.

**Hoidon toteutus** tarkoittaa hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi valittuja keinoja ja menetelmiä, kuten tutkimuksia, toimenpiteitä, hoitotyön toimintoja, lääkehoitoa ja rokotuksia sekä esimerkiksi lääkärin antamaa ohjeistusta ravitsemuksesta ja liikunnasta. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa **hoidon toteutus ja keinot** sisältää sekä potilaan itsensä tai hänen tukiverkostonsa toteutettaviksi suunnitellut toimet (omahoito) että terveydenhuollon palvelut potilaan terveyden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittäyksestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

**Hoito** käsittää ne potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden toimet, jotka tähtäävät potilaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja ylläpitoon tai hänen terveydentilaansa koskevien ongelmien tutkimiseen, lievittämiseen tai poistamiseen.

**Hoitojakso** on ajanjakso, jonka potilas tai asiakas on kirjattuna avo- tai laitoshoidon saajaksi.

**Hoitoprosessi** kattaa saman potilaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien muodostaman suunnitelmallisen toimintosarjan.

**Hoitosuhde** on tiettyyn hoitovastuuseen liittyvä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välinen vuorovaikutussuhde.

**Hoitotahto** on henkilön ilmaisema tulevaa hoitoa koskevat toiveet siltä varalta, ettei hän pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun vastaavan syyn vuoksi.

**Indikaatio** tarkoittaa aihetta, hoidon aihetta, kuten lääkkeen aloittamisen tai käytön syytä.

**Kanta** sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallinen arkistointipalvelu terveystietokanta on yhteinen nimitys terveydenhuollon valtakunnallisille tietojärjestelmäpalveluille, joita ovat sähköinen lääkemääräys ja siihen liittyen Reseptikeskus ja Lääketietokanta sekä sähköinen Potilastiedon arkisto, kansalaisille tarkoitettu katseluliittymä (Omakanta) ja terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettu Tiedonhallintapalvelu.

**Keskeiset rakenteiset tiedot** tarkoittavat tässä potilaan hoidosta kirjattavia tarpeellisia ja välttämättömiä tietoja, joiden kirjaaminen tapahtuu valtakunnallisesti yhtenäisten rakenteiden avulla ja moniammatillisesti. Rakenteet ovat tällöin yhtenevät niin perusterveydenhuollon kuin erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä sekä julkisilla että yksityisillä palvelun antajilla.

**Kielto** (luovutuskielto) on tahdonilmaisu, jolla potilas kieltää potilastietojensa luovuttamisen muille kuin potilastiedot tuottaneelle rekisterinpitäjälle.

**Kirjaus**, *kts* merkintä

**Komplikaatio** tarkoittaa aikaisempaan tautitilaan tai hoitoon liittyvää uutta häiriötä, jolla on merkitystä potilaan jatkohoidolle tai kuntoutukselle.

**Konsultaatio** tarkoittaa sosiaali- tai terveydenhuollon palvelunantajan antamaa ja vastaanottamaa neuvontaa toiselle palvelunantajalle asiakasta koskevassa asiassa.

**Koodistopalvelu** on THL:n ylläpitämä valtakunnallinen palvelu, jonka tehtävänä on julkaista ja jakaa sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisissä tietojärjestelmissä hyödynnettäviä koodistoja, luokituksia ja termistöjä sekä ylläpitää rekisteritietoja.

**Lausunto** on asiantuntemukseen perustuva, tavallisesti kirjallinen mielipiteen ilmaisu, kannanotto tai selvitys. Lausunto voi olla lääketieteellisesti perusteltu lääkäriasiantuntijan arvio potilaan tilanteesta esimerkiksi viranomaiselle tai vakuutusyhtiölle.

**Looginen (henkilö)rekisteri** tarkoittaa, (henkilö)rekisteriä, johon luetaan kuuluvaksi kaikki ne saman rekisterinpitäjän tiedot, joita käytetään samaan käyttötarkoitukseen riippumatta siitä, miten ja mihin tiedot on talletettu.

**Loppuarvio** on kuvaus potilaan hoidon, kuntoutuksen tai terapian kulusta, lopputuloksesta, mahdollisista poikkeavuuksista ja potilaan tila, kun hän poistuu hoitoyksiköstä.

**Luovutus** tarkoittaa potilastietojen toimittamista valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla toiselle terveydenhuollon palvelun antajalle. Luovutuksen tulee perustua potilaan suostumukseen tai luovutuksen oikeuttavaan lakiin tai säädökseen.

**Lääkehoito** tarkoittaa lääkkeiden avulla annettua hoitoa.

**Lääkitys** tarkoittaa lääkehoitoa tai lääkkeiden käyttöä.

**Löydös** on kliinisesti merkittävä havainto, esimerkiksi potilaan tutkimisessa, laboratoriotutkimuksissa tai kuvantamisessa havaittu poikkeama.

**Merkintä** on yhden käyttäjän yksittäiseltä näkymältä samalla kertaa kirjaamien ja samojen metatietojen sitoma kokonaisuus. Merkintä on pienin terveydenhuollon prosesseissa syntyvä sisältökokonaisuus tai asiakirjallinen tieto, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö tallentaa potilastietojärjestelmään; tietynä ajankohtana tallennettu, yhden ammattihenkilön kirjoittama tai mittauslaitteen tuottama tulos tai kuvantamislaitteen tuottama kuva, jonka ammattihenkilö on arvioinut ja tallentanut tietyn potilaan hoitoa koskevaksi dokumentaatioksi.

**Metatieto** (kuvailutieto, yksilöintitieto) on tietoa kuvaileva tieto, joka ilmaisee kohteena olevan tiedon tarkoituksen tai merkityksen jollain sovitulla tavalla.

**Näkymä** tarkoittaa terveydenhuollon potilastietojärjestelmässä tietokokonaisuutta tai asiayhteyttä, joka sitoo tiedon tiettyyn sisältö- tai hoitokokonaisuuteen kuten lääketieteen erikoisalaan, ammattialaan tai palveluun. Sähköisen potilaskertomuksen näkymät kattavat vaiheistusasetuksen mainitsevat potilasasiakirjat.

**Nykytila** tarkoittaa potilaan yleisvoinnin kuvausta sekä subjektiivisesti, eli miten potilas kokee voivansa, että objektiivisesti, eli miten potilas näyttää voivan.

**Ongelma** on subjektiivinen tai objektiivinen oire, poikkeava fyysinen tai psyykinen löydös, sosiaalinen ongelma, tutkimustulos tai varma diagnoosi.

**Otsikkoa** käytetään potilastietojärjestelmässä jäsentämään potilastietoa tiettyihin asiaryhmiin ja sitomaan sitä asiayhteyteen. Otsikot ovat karkeaa potilastiedon rakenteistamista.

**Palvelun antaja** on palvelunjärjestäjän toimeksiannosta tai itsenäisesti hoitoa tuottava terveydenhuollon organisaatio. Palvelun antaja on yleisnimitys missä tahansa roolissa yksittäisen potilaan hoitoon osalliselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai yksittäiselle ammatinharjoittajalle.

**Palvelunjärjestäjä** on taho, jolla on lakiin perustuva järjestämisvastuu potilaan hoidosta. Palvelunjärjestäjä on potilaan hoidosta syntyvien potilasasiakirjojen rekisterinpitäjä.

**Palveluntoteuttaja** on taho, joka toteuttaa potilaan hoidon. Palveluntoteuttaja tulee ilmetä potilasasiakirjamerkinnöistä.

**Palvelutapahtuma** on terveydenhuollon palvelujenantajan ja potilaan välinen yksittäisen palvelun järjestäminen tai toteuttaminen sekä siihen ajallisesti ja asiallisesti liittyvät tutkimukset, toimenpiteet, konsultatiot ja yhteydenotot.

**Palvelutapahtuman yhteenveto** on loppuarvio, muu yhteenveto tai väliarvio, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö laatii potilaan tutkimisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta palvelutapahtumana aikana tai sen päättyessä.

**Palveluyksikkö** on terveydenhuollon palvelun antajan yksikkö, joka tuottaa terveydenhuollossa potilaspalveluja. Palveluyksikkö voi terveydenhuollossa olla ominaisuudeltaan joko hoitoyksikkö tai hoidollinen tukiyksikkö.

**Potilas** on terveyden- ja sairaanhoitopalveluita käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva henkilö.

**Potilasasiakirja** on asiakirja, joka koostuu potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävistä, laadituista tai saapuneista asiakirjoista (sähköisessä potilasasiakirjassa teknisistä tallenteista), jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja.

**Potilaskertomus** on jatkuva, aikajärjestyksessä etenevä potilasasiakirja, joka kattaa terveys- ja sairaskertomukset. Jokaisesta potilaasta tulee laatia potilaskertomus. Se voi koostua myös erilaisille lomakkeille tai tiedostoihin tehdyistä, eri ammattiryhmien tekemistä merkinnöistä. Potilaskertomukseen kuuluvat myös muut hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa syntyneet sähköiset ja paperiset asiakirjat, kuten lähetteet, laboratorio- ja röntgenlausunnot jne.

**Potilasrekisteri** on henkilörekisteri, jossa on potilastietoja. Potilasrekistereillä on eri tyyppejä, kuten julkisen potilashoidon potilasrekisteri, työterveyshuollon potilasrekisteri ja yksityisen terveydenhuollon potilasrekisteri.

**Potilastieto** on potilasta koskeva tieto, joka sisältyy potilaslaissa tarkoitettuun potilasasiakirjaan.

**Potilastietojärjestelmä** on potilastietojen tallentamiseen ja käsittelyyn tarkoitettu tietojärjestelmä.

**Preventio** tarkoittaa sairauden ehkäisyä, potilaan saamaa sairauksia ehkäisevää hoitoa tai neuvontaa.

**Rakenteinen muoto** on CDA-asiakirjan muoto, jossa tieto esitetään esimerkiksi koodeina ja jonka tietojärjestelmä ymmärtää.

**Rakenteinen tieto** tarkoittaa tietoa, joka kirjataan ja tallennetaan etukäteen sovitun rakenteen avulla. Tiedon rakenteisuus voi vaihdella esimerkiksi sovitun otsikon alle kirjattavasta vapaasta tekstistä tietyllä koodilla kirjaamiseen. Tiedon rakenteisuus mahdollistaa tiedon automaattista käsittelyä.

**Rekisterinpitäjä** on yksi tai useampi henkilö, yhteisö, laitos tai säätio, jonka käyttöä varten henkilörekisteri perustetaan ja jolla on oikeus määrätä henkilörekisterin käytöstä tai jonka tehtäväksi rekisterinpito on lailla säädetty.

**Riski** tarkoittaa vaaratilanteeseen liittyvän vahingon todennäköisyyden ja vakavuuden yhdistelmää. Riski voi kohdistua ihmisten tai ympäristön turvallisuuteen, terveyteen, ominaisuuteen tai muihin taloudellisiin tekijöihin.

**Riskitiedot** tarkoittavat (terveydenhuollossa) tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Tietoja käytetään huomauttamaan potilasta hoitavia henkilöitä siitä, että hoitoa täytyy mahdollisesti toteuttaa tavanomaisesta poikkeavalla tavalla

**Rokote** on mikrobin aiheuttamien tautien ehkäisemiseen tehty valmiste.

**Rokotus** tarkoittaa rokotteen tuomista elimistöön immuniteetin aikaansaamiseksi.

**Suostumus** on vapaaehtoinen, yksilöity ja tietoinen tahdon ilmaisu, jolla henkilö hyväksyy henkilötietojensa käsittelyn. Suostumuksen antajan tulee tietää, missä asioissa hänen suostumustaan tarvitaan ja mihin hän suostuu.

**Terveyteen vaikuttavat tekijät** tarkoittavat sellaisia hoitopäätökseen vaikuttavia tietoja, jotka kuvaavat henkilön terveyteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita, kuten tupakointi, päihteet, liikunta tai tieto raskaudesta.

**Terveydenhuollon ammattihenkilö** on terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu henkilö. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat kaikki laillistetut, luvan saaneet ja nimikesuojatut ammattihenkilöt.

**Terveydenhuollon asiakirja** on asiakirja, joka sisältää potilasasiakirjat sekä muut terveydenhuollon palvelun antajan tuottamat asiakirjat (esimerkiksi taloushallinnolliset asiakirjat).

**Terveydenhuollon toimintayksiköt** ovat lain potilaan asemasta ja oikeuksista 2 §:n mukaisia toimintayksiköitä (PotL 2 §) eli kansanterveyslaissa (66/1972) tarkoitettu terveyskeskus, erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) tarkoitettu sairaala ja siitä erillään oleva sairaanhoidon toimintayksikkö. Toimintayksikkö voi olla myös sairaanhoitopiirin kuntayhtymän päättämä muu hoitovastuussa oleva kokonaisuus, yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) tarkoitettu terveydenhuollon palveluja tuottava yksikkö, työterveyslaitos siltä osin kuin se tuottaa työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetussa laissa (159/1978) tarkoitettuja terveyden- ja sairaanhoidon palveluita, valtion mielisairaaloista annetussa laissa (1292/1987) tarkoitettu valtion mielisairaala, terveydenhuollon järjestämisestä puolustusvoimissa annetussa laissa (322/1987) tarkoitettu sairaanhoitolaitos ja vankeinhoitolaitoksesta annetussa asetuksessa (134/1986) tarkoitettu vankimielisairaala ja psykiatrinen osasto sekä muu laitossairaala, sairausosasto ja vankiloiden poliklinikka.

**Terveydenhuoltoa toteuttava ammattihenkilö** tarkoittaa terveydenhuollon ammattihenkilöä tai muuta hoitoon osallistuvaa henkilöä.

**Terveys- ja hoitosuunnitelma** on kirjallinen nimettyä henkilöä varten suunniteltu lääketieteellisen ja hoitotyön ohjelma.

**Terveystarkastus** on tarkastus, joka tehdään riippumatta mahdollisista sairaudenoireista lähinnä yleisen terveydentilan tarkistamiseksi (esimerkiksi keski-ikäisen yleinen terveystarkastus) tai tiettyjen sairauksien pois sulkemiseksi (esimerkiksi asbestityöläisen terveystarkastus) tai jossa pyritään varmistamaan, että terveydentila tai toimintakyky on riittävä johonkin tehtävään (esimerkiksi kutsuntatarkastukset, ajokorttitarkastukset, työhönnötarkastukset).

**Toimenpide** on määrättyä suorittamiseen tähtäävä kertaluonteinen toiminto tai toimintojen kokonaisuus.

**Toimintakyky** on kuvaus henkilön kyvystä selviytyä päivittäisten toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista ja muutoksista näissä potilaan palvelutapahtuman aikana.

**Tulosyy** on potilaan itse ilmoittama hoitoon hakeutumisen syy.

**Tulotilanne** tarkoittaa terveydenhoidon organisaatioon saapumisen syyn selvittämistä sekä tilanteeseen liittyvien tutkimusten ja selvitysten suorittamista sekä näistä toimista syntyvää tietoa.

**Tutkimuksia** ovat laboratoriotutkimukset ja radiologiset tutkimukset, joilla saadaan tietoa henkilön terveydentilasta tai diagnosoidaan sairauksia.

**Väliarvio** tarkoittaa hoidon, kuntoutuksen tai terapian aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneen oleellisen kehityksen tai muutoksen kuvausta esitietoihin nähden.

**Yhteinen potilastietorekisteri** on sairaanhoitopiirin alueen kunnallisen terveydenhuollon rekisterinpitäjien yhteinen potilastietorekisterien kokonaisuus, joka muodostuu suoraan terveydenhuoltolain nojalla.





Hoidon tulokset	x											x
Hoitoisuus												x
Hoitotyön toiminnot												x
Jatkohoidon järjestä- mistä koskevat tiedot	x			x					x	x		
Konsultaatio	x			x					x	x		
Kuntoutus	x			x					x	x		x
Lausunnot	x			x					x	x		
Loppuarvio	x			x					x	x		x
Lääkehoito	x						x		x	x		
Muu merkintä				x								
Nykytila (status)	x								x	x		
Ongelmat	x						x	x	x	x		
Preventio	x			x					x	x		
Riskitiedot	x								x	x		
Suunnitelma/ Pohdinta, Terveystarkastus				x					x	x		
Terveysteen vaikuttavat tekijät	x								x	x		
Testaus- ja arviointitu- lokset	x			X					x	x		
Toimenpiteet	x					x			x	x		
Toimintakyky	x			x					x	x		
Tutkimukset	x					x	x	x	x	x		x
Väliarvio	x			x					x	x		x

## LIITE 3: Terveyteen vaikuttavat tekijät; testien sisältöjä

### Tupakointistatus

1	Päivittäin	Tupakoi päivittäin	<i>Tupakoi tällä hetkellä vähintään yhtä savuketta vastaavan määrän päivittäin.</i>
2	Satunnaisesti	Tupakoi satunnaisesti	<i>Tupakoi tällä hetkellä harvemmin kuin päivittäin.</i>
3	Passiivinen	Merkittävä passiivinen tupakointi	<i>Ei tupakoi itse, mutta altistuu tällä hetkellä tupakansavulle siinä määrin, että se oletettavasti aiheuttaa terveysriskin.</i>
4	Ei tupakoi	Ei merkittävää tupakka-altistusta	<i>Ei tupakoi tällä hetkellä itse eikä altistu tällä hetkellä tupakansavulle siinä määrin, että se oletettavasti aiheuttaisi terveysriskiä.</i>
9	Ei tietoa	Ei tietoa tupakoinnista	<i>Tämänhetkisestä tupakoinnista ei ole tietoa.</i>

### Fagertrömin nikotiiniriippuvuustesti

10	Aamun ensimmäinen savuke	Kuinka pian herättyäsi poltat ensimmäisen savukkeen?
11	<i>Alle 6 minuuttia</i>	<i>Alle 6 minuuttia</i>
12	<i>6-30 minuuttia</i>	<i>6-30 minuuttia</i>
13	<i>31-60 minuuttia</i>	<i>31-60 minuuttia</i>
14	<i>Yli 60 minuuttia</i>	<i>Yli 60 minuuttia</i>
20	Kuinka paljon poltat päivittäin?	Kuinka paljon poltat päivittäin?
21	<i>Alle 10 savuketta</i>	<i>Alle 10 savuketta</i>
22	<i>10-20 savuketta</i>	<i>10-20 savuketta</i>
23	<i>21-30 savuketta</i>	<i>21-30 savuketta</i>
24	<i>Yli 30 savuketta</i>	<i>Yli 30 savuketta</i>
30	Nikotiiniriippuvuustestin tulos	Nikotiiniriippuvuustestin tulos
31	<i>Vähäinen riippuvuus</i>	<i>Vähäinen nikotiiniriippuvuus</i>
32	<i>Kohtalainen riippuvuus</i>	<i>Kohtalainen nikotiiniriippuvuus</i>
33	<i>Vahva riippuvuus</i>	<i>Vahva nikotiiniriippuvuus</i>
34	<i>Hyvin vahva riippuvuus</i>	<i>Hyvin vahva riippuvuus</i>

### Huumekysely

- Käytettäkö/oletteko koskaan käyttänyt huumaavia aineita?
  - Ei
  - Kyllä, käytän tällä hetkellä
  - Kyllä, lopettanut käytön
- Milloin lopetitte käytön? (Kysytään, mikäli vastattu 1c)
  - Vastaus: \_\_\_\_\_
- Mitä huumaavia aineita käytätte/käytitte? (Näytetään, mikäli ensimmäisen kysymyksen vastaus oli b tai c): \_\_\_\_\_

## LIITE 4: Kertomusesimerkki

LAS  
YHT

Matti Mallikas  
110397-1111

### Hoidon arviointi

KYS, Lastentaudit, 2405  
1.12.2006 – 3.12.2006

### Loppuarvio

Neljä vuotta diabetesta sairastanut poika tuli osastohoitojaksolle sovitusti pumppuhoidon aloitusta varten. Tulovaiheessa hän valitti tunte-neensa viikon verran oikeassa polvitaipessa tuntunutta lievää kipua, joka kliinisen löydöksen perusteella sopi Bakerin kystan aiheuttamaksi. Matille ja hänen vanhemmilleen opetettiin insuliinipumppuhoidon pe-riäätteet. Matti ja vanhemmat oppivat pumppuhoidon hyvin. Siirryttiin pumppuhoitoon. Insuliiniannos pieneni 10 %. Kotiutuessa Novorapid perusannos oli 9 yks, bolukset 3+3+3+2 yks. Polvitaipessa todettiin lievä palpaatioarkuus, ja kipu tulkittiin johtuvan Bakerin kystasta. Kipu-lääkettä ei tarvittu.

### Hoidon syy

E10.9 Tyypin 1 diabetes, pumppuhoidon aloitus

### Diagnoosit

E10.9 Tyypin 1 diabetes (päädiagnoosi, todennäköinen tai varma, pysyvä)  
M71.2 Bakerin kysta (sivudiagnoosi, epäily, väliaikainen)  
E03.8 Kilpirauhasen vajaatoiminta (sivudiagnoosi, todennäköinen tai varma, pysyvä)

### Tutkimukset

B-GHb-A1c 8.3 % (1.12.2006)  
S-TSH 2,7 mmol/l (1.1.2006)

### Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot

Sovittu soittoaika ja myöhemmin käynti TK:ssa.

4.12.2006  
Liisa Lääkäri SV-12345  
lastenendokrinologian erl