

# Kirjaamisopas

## Hoitokertomus

Tiina Hassinen

Ulla-Mari Kinnunen

Mikko Härkönen

1.0

8/2022



# Versionhallinta

Versio ja julkaisuajankohta	Muutokset
1.0 8/2022	Ensimmäinen julkaistu versio

# Sisällys

<b>VERSIONHALLINTA</b> .....	<b>2</b>
<b>LUKIJALLE</b> .....	<b>4</b>
<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>5</b>
<b>2 RAKENTEISESTI KIRJATUN HOITOKERTOMUSTIEDON HYÖDYNTÄMINEN</b> .....	<b>6</b>
2.1 TIEDON MÄÄRITTELY .....	6
2.2 TIEDON KERÄÄMINEN .....	7
2.3 ALUEELLISET JA KANSALLISET TIETOVARANNOT .....	7
2.4 ENSISIJAINEN KÄYTTÖ.....	7
2.5 TOISSIJAINEN KÄYTTÖ.....	8
<b>3 HOITOKERTOMUKSEN YHTENÄISET TIETORAKENTEET</b> .....	<b>9</b>
3.1 HOITOKERTOMUKSEN TIETORAKENTEET .....	9
3.2 HOITOTYÖN PÄIVITTÄISKIRJAAMISEN TIETOMALLISTA .....	11
3.3 HOITOKERTOMUS-NÄKYMÄ .....	12
3.4 TULOTILANNE.....	12
3.5 HOIDON SUUNNITTELU .....	12
3.5.1 Hoidon tarve .....	12
3.5.2 Hoidon tavoite .....	13
3.5.3 Suunnitellut hoitotoimet.....	13
3.6 HOIDON TOTEUTUS .....	14
3.6.1 Hoitotoimet.....	14
3.7 HOIDON ARVIOINTI .....	15
3.7.1 Hoidon tulokset.....	15
3.7.2 Hoitoisuus .....	16
3.8 LISÄOTSIKOT .....	16
<b>4 HOITOTAUUKKO</b> .....	<b>17</b>
<b>5 MUUT ASIAAN LIITTYVÄT OHJEISTUKSET JA OPPAAT</b> .....	<b>18</b>
5.1 FINCC-LUOKITUSKOKONAISUUDEN KÄYTTÄJÄOPAS FINCC 4.0.....	18
5.2 KUNTOUTUS- JA ERITYISTYÖNTEKIJÖIDEN NIMIKKEISTÖT .....	18
5.3 FINCC.FI .....	18
<b>6 HOITOKERTOMUKSEN JATKOKEHITYS</b> .....	<b>19</b>
6.1 AUTOMATISOINTI .....	19
6.2 HOIDON VAIKUTTAVUUDEN MITTAAMINEN JA TODENTAMINEN .....	19
6.3 TIEDON HAKEMINEN, LAJITTELU JA PRIORITEETTI .....	19
<b>LÄHDELUETTELO</b> .....	<b>21</b>
<b>SANASTO</b> .....	<b>22</b>

# Lukijalle

**Hoitokertomuksen kirjaamisopas** kuuluu THL:n kirjaamisoppaiden sarjaan, jonka tarkoitus on ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä kansallisesti potilastiedon yhdenmukaisesti rakenteisiin kirjaamiskäytäntöihin, mikä parantaa tietojen yhteiskäytettävyyttä eri organisaatioiden ja ammattihenkilöiden välillä ja mahdollistaa tietojen hyödyntämistä myös toisiokäyttöön.

[Potilastiedon kirjaamisen yleisopas](#) (2022) on tarkoitettu kaikille Potilastiedon arkistoa käyttäville terveydenhuollon ammattihenkilöille. Yleisopas ohjaa kirjaamaan potilaan hoidosta arkistokäyttöön vaaditut perustiedot. Kirjaamisoppaiden sarjassa Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaan lisäksi julkaistaan useita erikoisala- sekä palvelu- ja ammattialakohtaisia kirjaamisoppaita, jotka antavat tarkemmat kirjaamisohjeet alojen erikoistarpeisiin.

**Hoitokertomuksen kirjaamisopas** on tarkoitettu kaikille terveydenhuollossa toimiville ja asiakas- ja potilastietoa kirjaaville. Rakenteisten tietojen määrittelyssä on huomioitu hoitokertomuksen erityinen tehtävä potilaan hoitamisen monialaisessa arvioinnissa ja kirjaamisessa. Ohjeeseen on sisällytetty hoitokertomusta koskeva oleellinen kirjattava tieto. Lisäksi mukana on tietoa hoitotaulukkoon kirjaamisesta sekä hoitokertomuksen jatkokehitysideoista, jotka helpottavat rakenteisesti kirjatun hoitokertomustiedon hyödyntämistä monialaisesti potilaan päivittäisessä hoidossa. Tarkat hoitokertomusta koskevat otsikkohierarkiat, tietojen rakenteellisuus ja näiden pakollisuus on nähtävissä Kelan Koodistopalvelussa julkaistuissa palvelualakohtaisissa tietosisältömäärittelyissä.

Ohjetta ovat olleet laatimassa Itä-Suomen yliopistosta Tiina Hassinen ja Ulla-Mari Kinnunen sekä THL:stä Mikko Härkönen. Esitämme kiitokset THL:n Taina Kauvolle ja Heikki Virkkuselle ohjeen laadinnan mahdollistamisesta ja arvokkaista kommentteista sekä käytännön konkreettisesta avusta Irmeli Luukkoselle. Suuri kiitos myös FinCC-työryhmän jäsenille Pia Liljammolle, Anne Kuusistolle ja Timo Ukkolalle arvokkaista lausunnoista sekä Kaarina Tantulle.

# 1 Johdanto

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa potilaan hoitoon liittyvää hoitokertomuksen rakenteistettua tietoa pääsääntöisesti kansallisesti määriteltyjen luokitusten, koodistojen tai nimikkeistöjen avulla. Näitä rakenteisesti kirjattuja tietoja voidaan käyttää sellaisenaan yksittäisinä otsikkotason tietokenttinä tai niitä voidaan tarkentaa vapaamuotoisella tekstillä. Kuntoutus- ja erityistyöntekijät sekä osastofarmaseutit kirjaavat potilaan saaman palvelun pääasiassa ammattikohtaiselle näkymälle tai joillakin erikoisaloilla palvelukohtaisille näkymille.

Hoitokertomuksen hoitotyön tietomäärittelytyö on tehty Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asettaman Kansallisesti yhdenmukaisten rakenteisten potilaskertomustietojen asiantuntijaryhmän Hoitotyön alaryhmän koordinoimana 2013-2016. Suomessa hoitotyön rakenteiseen kirjaamiseen on käytössä FinCC-luokituskokonaisuus, joka koostuu Suomalaisesta hoidon tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHToL) sekä Suomalaisesta hoidon tuloluokituksesta (SHTuL). Näiden käyttö yhdessä eri mittaritietojen sekä vapaan tekstin kanssa tukevat potilaan hoidon sisällöllisesti laadukasta kirjaamista.

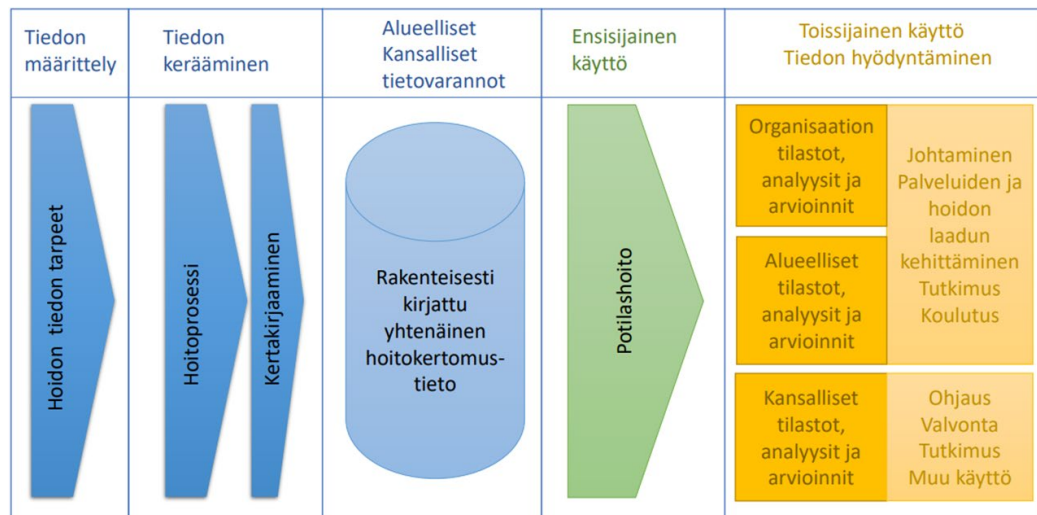
Eri ikäiset potilaat saavat hoidollisia palveluja erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä. Sosiaali- ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien rakenteisen kirjaamisen tietorakennemallit mahdollistavat rakenteisesti kirjatun ja tallennetun tiedon sekä ensisijaisen että toissijaisen käytön hyödyntämisen riippumatta siitä fyysisestä paikasta, missä sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilö kohtaa potilaan ja hänen omaisensa.

## 2 Rakenteisesti kirjatun hoitokertomustiedon hyödyntäminen

Tässä luvussa kuvataan, miten rakenteisesti kirjattua hoitokertomustietoa voidaan hyödyntää tiedon määrittelyn ja tiedon keruun eri vaiheissa, miten kertakirjaaminen helpottaa rakenteisen tiedon käyttöä sekä miten tietoa voidaan hyödyntää sen ensisijaisessa ja toissijaisessa käytössä.

- [2.1 Tiedon määrittely](#)
- [2.2 Tiedon kerääminen](#)
- [2.3 Alueelliset ja kansalliset tietovarannot](#)
- [2.4 Ensisijainen käyttö](#)
- [2.5 Toissijainen käyttö](#)

Tiedon laatuun vaikuttavista tekijöistä kansallisesti yhteiset toimintamallit ja kirjaaminen ovat hyvin merkittäviä onnistumisen edellytyksiä. Sekä julkisten että yksityisten palveluntuottajien on kiinnitettävä erityistä huomiota kirjaamisen käytäntöihin, ohjeistuksiin ja koulutukseen. Laadun perustan luovat tiedon rakenteisuus sekä kansallisesti yhteiset, standardoidut luokitukset ja koodistot. Tämä kaikki edellyttää ammattilaisten käyttämien asiakas- ja potilastietojärjestelmien hyvää käytettävyyttä ja suoria hyötyjä kirjaamisesta myös omalle työlle. Rakenteisesti kirjatun hoitokertomustiedon hyödyntämisen mahdollistavia vaiheita on kuvattu kuvassa 2.1. Jokaisen vaiheen oikea-aikaisuus ja laadukas toteutuminen ovat edellytyksenä sille, että rakenteisesti kirjattua yhdenmukaista hoitokertomustietoa voidaan hyödyntää erilaisissa käyttötarkoituksissa kansallisesti määritellyllä ja yhtenevällä tavalla.



**Kuva 2.1 Rakenteisesti kirjatun hoitokertomustiedon hyödyntämisen malli**

### 2.1 Tiedon määrittely

Rakenteisesti kirjattua hoitokertomustietoa voidaan hyödyntää sen käyttötarkoituksen mukaisesti. Sen vuoksi on erittäin tärkeää jo rakenteisesti kirjatun hoitokertomustiedon

määrittelyvaiheessa tunnistaa ja kirjata potilaan **keskeiset hoidon tarpeet** kyseisen palvelutapahtuman käynnin tai hoitopäivän aikana.

## 2.2 Tiedon kerääminen

Keskeisten rakenteisten hoitokertomustietojen keräämisvaiheessa (kuva 2.1) on oleellista kaikkien kirjattavien tietojen kohdistuminen kansallisten määritysten mukaisesti johonkin **hoitoprosessin** vaiheeseen kertakirjaamisen periaatetta noudattaen. Potilaskertomuksen kertakirjaamisen periaate tarkoittaa tietoa, joka on kirjattu kansallisia keskeisiä rakenteisia tietosisältöjä käyttäen vain kerran, jolloin kertaalleen kirjattu rakenteinen tieto on kirjaajan halutessa linkitettävissä potilaskertomuksen eri näkymille, kuten esimerkiksi hoitotaulukkoon kirjattun tiedon linkittäminen hoitokertomukseen.

Terveystietojen eri ammattihenkilöt hyödyntävät rakenteisesti kirjattua tietoa potilaan/asiakkaan hoidossa eri tavoin. Rakenteinen potilaskertomusjärjestelmä mahdollistaa **kertakirjaamisen** periaatteen toteutumisen. Samalle merkinnälle voidaan kertakirjaamisen periaatteen mukaisesti valita useita näkymiä, jolloin kirjaus näkyy kaikkien valittujen näkymien tiedoissa, kuten esimerkiksi hoitokertomuksessa ja hoitotyön yhteenvedossa erikoisala-lehdellä. Näin kertaalleen kirjattu rakenteinen tieto on eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden nähtävissä reaaliaikaisesti heitä parhaiten ammatillisesti palvelevilla potilaskertomuksen näkymillä. Hoitokertomukseen kirjattu rakenteistettu tieto on linkitettävissä eri näkymille esimerkiksi hoitotaulukkoon, mutta niistä ei voi siirtää tietoa hoitokertomukseen.

Kertakirjaamalla kirjattu tieto on hyödynnettävissä moniammatillisesti ensisijaisesti potilaan hoidossa, mutta myös tiedon toisiokäytössä tutkimuksessa, johtamisessa esimerkiksi resursien hallinnassa ja kliinisten hoitoprosessien sekä laatuindikaattoreiden kehittämisessä. Kertakirjaaminen lisää hoidon potilasturvallisuutta ja kirjaamisen laatua, säästää kirjaajan tai toisen tietoa tarvitsevan terveydenhuollon ammattihenkilön työaikaa, kun samaa tietoa ei esimerkiksi tarvitse etsiä toisaalta tai muistin varaisesti kirjata uudelleen tai siirtää kopioidulla toiseen tietokenttää.

## 2.3 Alueelliset ja kansalliset tietovarannot

Yhtenäisesti kirjatusta hoitotyön tiedosta syntyy paikallisten, organisaatiokohtaisten tietovarantojen lisäksi myös alueelliset ja kansalliset tietovarannot. Silloin, kun kertaalleen kirjattu tieto asiakas- ja potilastietojärjestelmissä on riittävän kattavaa, laadukasta ja yhdenmukaista sekä mahdollisuuksien mukaan rakenteisessa muodossa, sitä voidaan käyttää monenlaisissa ensi- ja toissijaisissa käyttötarkoituksissa.

## 2.4 Ensisijainen käyttö

Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019) määrittelee henkilötietojen ensisijaisen käyttötarkoituksen sellaiseksi tarkoitukseksi, johon henkilötiedot on alun perin tallennettu. Käytännössä se tarkoittaa, että asiakas- ja/tai potilasrekisteriin kirjattavia päivitettäisiä asiakas- ja potilastietoja käytetään esimerkiksi potilaan hoitamiseen, tutkimiseen tai kuntouttamiseen tai sosiaalihuollossa esimerkiksi asiakkaan palvelun suunnitteluun tai asioiden käsittelyyn (STM 2019). Ensisijaiseen käyttöön tallennettua rakenteista tietoa voidaan hyödyntää myös hyvinvointialueiden tietojohdattamisessa ja palveluiden järjestämisen suunnittelussa (STM 2020).

Rakenteisesti kirjattua hoitokertomustietoa hyödynnetään päivittäisessä potilastyössä, mikä on tiedon ensisijainen käyttötarkoitus (kuva 2.1). Rakenteisesti kirjattu hoitokertomustieto noudattaa **potilaan hoitoprosessia**, jolloin yhtenäisten ja vertailukelpoisten tietorakenteiden käyttö vapaamuotoiseen tekstiin verrattuna helpottaa kirjaamista, tehostaa tiedon nopeaa, tarkkaa hakua ja löytämistä sekä jatkohyödyntämistä. Täten yhtenäinen rakenteinen hoitokertomustieto parantaa potilastiedon laatua. Rakenteisesti kirjatun hoitokertomustiedon suurin hyöty tulee kuitenkin kertaalleen kirjatusta tiedosta, jolloin se on linkitettävissä ja käytettävissä uudelleen eri asiantuntijoiden tarpeisiin ja myös potilaan itsensä tarpeisiin yhteenvetojen muodossa. Esimerkiksi Hoitotyön yhteenveto kootaan HOI-näkymälle potilaan hoitajakson aikaisista keskeisistä hoitokertomukseen tehdyistä kirjauksista. Kirjaamisessa käytetään hoitotyön ja potilaskertomuksen keskeisiä rakenteisia tietoja (Hoidon tarve, Hoitoimet, Hoidon tulokset, Hoitoisuus, Lääkehoito ja Muu merkintä) ja Suunnitelma-otsikkotasoa tietoja, joita täydennetään FinCC-luokituskokonaisuuden luokituksilla ja vapaamuotoisella tekstillä. Kertakirjaaminen vähentää kopioinnin tarvetta manuaalisesti tietojärjestelmästä, asiakirjasta tai näytöstä toiseen ja edistää näin myös potilasturvallisuutta.

## 2.5 Toissijainen käyttö

Hoitokertomuksen tietosisältöä voidaan hyödyntää edellä mainitun potilaan hoitamisen, tutkimisen tai kuntouttamisen lisäksi myös tiedon toisiokäytössä. Hoitokertomustietojen toissijaisella käytöllä tarkoitetaan terveydenhuollossa syntyneiden tietojen anonymisoitua hyödyntämistä muissa lainsäädännön mahdollistamissa käyttötarkoituksissa kuin ensisijaisessa käyttötarkoituksessa eri toimipaikoissa tai terveydenhuollon organisaatioissa riippumatta siitä, kuka tiedon on tuottanut. Hoitokertomustietoja voidaan tarkastella tilastojen, analyysien ja arvioinnin näkökulmasta tällä hetkellä organisaatiotasolla, mutta tulevaisuudessa myös alue- ja kansallisella tasolla, kun raportointia voidaan automatisoida (kuva 2.1). Hoitokertomustiedon käyttötarkoituksia ovat hoidon saavutettavuuden ja laadun seuranta, toiminnan vaikuttavuuden arviointi, hoitoisuustietoon pohjautuva automatisoitu henkilöstöressursoinnin arviointi, vertaisarviointi, tieteellinen tutkimus ja analyysit, tilastointi, kehittämis- ja innovaatiotoiminta, viranomaisohjaus ja valvonta, viranomaisen suunnittelu- ja selvitystehtävät sekä opetus ja tietojohtaminen. Hoitokertomustietojen laajamittainen hyödyntäminen pohjautuu mahdollisuuteen yhdistää terveydenhuollon toiminnoissa syntynyttä tietoa tietoturvalisessa käyttöympäristössä.



# 3 Hoitokertomuksen yhtenäiset tietorakenteet

Tässä luvussa kuvataan hoitokertomuksen rakenteista kirjaamista koskevat ja noudatettavat linjaukset sekä se, mitä tietoa kirjataan rakenteisina tietoina. Luvussa esitetyissä hoitotyön kirjaamisen esimerkeissä on käytetty FinCC 4.0 versiota.

- [3.1 Hoitokertomuksen tietorakenteet](#)
- [3.2 Hoitotyön päivittäiskirjaamisen tietomallista](#)
- [3.3 Hoitokertomus-näkymä](#)
- [3.4 Tulotilanne](#)
- [3.5 Hoidon suunnittelu](#)
  - [3.5.1 Hoidon tarve](#)
  - [3.5.2 Hoidon tavoite](#)
  - [3.5.3 Suunnitellut hoitotoimet](#)
- [3.6 Hoidon toteutus](#)
  - [3.6.1 Hoitotoimet](#)
- [3.7 Hoidon arviointi](#)
  - [3.7.1 Hoidon tulokset](#)
  - [3.7.2 Hoitoisuus](#)
- [3.8 Lisäotsikot](#)

## 3.1 Hoitokertomuksen tietorakenteet

Hoitokertomuksen tietorakenteet (kuva 3.1) koostuvat hoidon prosessin vaiheista, jotka ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi. Potilaskohtainen monialainen hoitokertomus muodostuu potilaan hoitoa koskevista päivittäismerkinnoistä, jotka on kirjattu luokituksilla, nimikkeistöillä, koodistoilla, mittareilla ja indeksiluvuilla hoidollisen päätöksenteon vaiheiden mukaisesti.

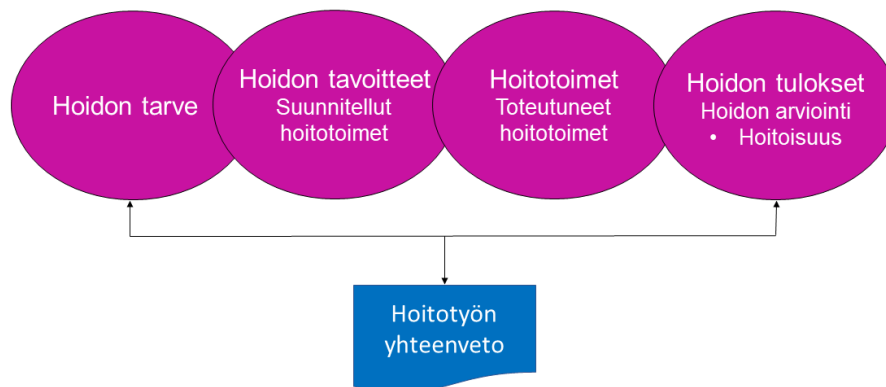
Hoitokertomus (HOKE)	HOITOPROSESSIN VAIHEET					
	TULOTILANNE	HOIDON SUUNNITTELU			HOIDON TOTEUTUS	HOIDON ARVIOINTI
Hoidollisen päätöksenteon vaiheet	Tulosyy Esitiedot Havainnot ja tutkimukset	<b>Hoidon tarve</b>  <i>Hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeet ja mittaustulosten indeksiluvut</i>	<b>Hoidon tavoite</b>  <i>Hoidon tavoitteet</i>	<b>Suunnitellut hoitotoimet</b>  <i>Keskeiset suunnitellut hoitotoimet, joilla vastataan hoidon tavoitteisiin</i>	<b>Hoitotoimet Toimenpiteet Kuntoutus Lääkehoito Ennaltaehkäisy Apuvälineet ja hoitotarvikkeet</b>  <i>Merkittävät hoitotoimet, testaus- ja arviointitulokset sekä indeksiluvut</i>	<b>Hoidon arviointi Hoidon tulos</b>  <i>Potilaan vointia tai selviytymistä arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, tavoitteisiin, suunniteltuihin hoitotoimiin ja/tai toteutuneeseen hoitoon.</i>
<b>Luokitukset Koodistot Nimikkeistöt Indeksiluvut</b>	ICPC-2 ICD-10	SHTaL, AR/YDIN-varmuusastekoodisto, FinLOINC, Indeksiluvut, Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöt, Sosiaali- ja terveyspalveluiden luokitus	SHTaL	SHToL	SHToL, FinLOINC, Indeksiluvut, Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöt, Sosiaali- ja terveyspalveluiden luokitus	SHToL ja SHTuL, FinLOINC, Indeksiluvut, Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöt, Sosiaali- ja terveyspalveluiden luokitus

**Kuva 3.1 Hoitokertomuksen tietorakenteet**

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön tulee kirjata potilaan hoitoon liittyvää hoitokertomuksen rakenteistettua tietoa pääsääntöisesti kansallisesti määriteltyjen luokitusten, koodistojen tai nimikkeistöjen avulla. Näitä rakenteisesti kirjattuja tietoja voidaan käyttää sellaisenaan yksittäisinä tietokenttinä tai niitä voidaan tarkentaa vapaamuotoisella tekstillä. Kuntoutus- ja erityistyöntekijät sekä osastofarmaseutit kirjaavat potilaan saaman palvelun pääasiassa ammattikohtaiselle näkymälle tai joillakin erikoisaloilla palvelukohtaisille näkymille. He voivat kirjata kuntoutusta koskevia hoito-ohjeita ja tiedotusluonteisia viestejä tai muita lyhyitä merkintöjä potilaan hoitoprosessin mukaan hoitokertomukseen. Hoitokertomusta kehitettäessä on sosiaali- ja terveydenhuollon erikoisala- ja ammattikohtaisissa tietosisältömäärittelyissä huomioitu kyseisen alan erityispiirteitä. (kuva 3.1).

Hoitotyön päivittäismerkintöjen kirjaamisessa käytetään Hoitokertomus-näkymää (HOKE). Hoitotyön päivittäismerkinnät kirjataan hoitoprosessin vaiheittain käyttäen Suomalaisen luokituskokonaisuuden (Finnish Care Classification, FinCC) komponentteja ja luokkia sekä tarvittaessa vapaamuotoista tekstiä. Hoitokertomus voi sisältää myös lisäotsikoita. Lisäotsikoiden käyttöä on kuvattu tarkemmin luvussa 3.8 Lisäotsikot.

Kansallisesti määritellyt keskeiset rakenteiset hoitotyön tiedot ovat hoidon tarve, hoitotoimet, hoidon tulokset, hoitoisuus ja hoitotyön yhteenveto (kuva 3.2). Hoitotyön päivittäismerkintöjen kirjaamista keskeisten rakenteisten hoitotyön tietojen mukaisesti ohjeistetaan tarkemmin THL:n [FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäoppaassa FinCC 4.0](#) (sähköinen julkaisu). Uusi, päivitetty opas on julkaistu joulukuussa 2019 ja se on ladattavissa käyttäjille myös pdf-versiona.



**Kuva 3.2 Hoitotyön prosessimallin mukaiset kansallisesti määritellyt keskeiset rakenteiset hoitotyön tiedot**

### 3.2 Hoitotyön päivittäiskirjaamisen tietomallista

THL julkaisi koodistopalvelimella [THL/Tietosisältö-Hoitokertomus tietomallin](#), mikä on ollut lähtökohtana rakenteiselle kirjaamiselle ja eri luokitusten hyödyntämiselle hoitotyössä. Tietomalli pohjautuu WHO:n hoitotyön päätöksentekoprosessiin ja sitä on täydennetty THL:n Hoitotyön rakenteisen kirjaamisen asiantuntijaryhmässä vuosina 2014-2016. THL/Tietosisältö - Hoitokertomus määrittää valtakunnallisesti yhtenäiset hoidon päivittäismerkinnän rakenteiset tiedot, jotka syntyvät päivittäisissä hoitotilanteissa ja tallennetaan terveydenhuollon tietojärjestelmiin. Hoitokertomus on hoitohenkilökunnan laatima potilaskertomuksen osa, joka sisältää potilaan hoidon suunnittelun, toteutuksen, seurannan ja arvioinnin. Hoitotyössä syntyvää hoitokertomuksen tietosisältörakenteen mukaista potilastietoa välitetään eri ammattiryhmille ja organisaatioille. Hoitokertomuksen tietosisältörakenne perustuu hoitotyön päätöksentekomalliin. Tietomalli sisältää joitakin ns. pakollisia tietoja, mitkä tulee täyttää aina, kun potilaasta kirjataan tietoa ja sen lisäksi tietomalli hyödyntää koodistopalvelimella julkaistuja muita koodistoja, kuten esimerkiksi Hoitotyön luokitukset sekä ICD-10 tautiluokitus, Kuntaliitto-ICPC perusterveydenhuollon luokitus tai THL-Toimenpideluokitus. Tavoitteena on mahdollistaa tietojen kirjaaminen mahdollisimman sujuvasti ja yhtenäistää kirjaamista eri puolella Suomea. Tietomallin kautta kirjattua tietoa voidaan jatkossa hyödyntää myös mm. fysiologisten mittausten siirtämisestä Hoitokertomuksesta hoitotaulukkoon.

Tietomallissa on tärkeää huomioida, että tieto kirjataan oikeaan paikkaan. Tarkoituksena ei ole, että valitaan vain yksi hoidon tarve, minkä yhteyteen kirjataan kaikki potilaalla havaitut tai mitatut oireet ja vaivat. Sen sijaan kirjaamisessa hyödynnetään laajasti kaikkia käytettävissä olevia koodistoja, esimerkiksi VAS-kipumittarin tai painehaavariskimittarin koodeja sen mukaan, mitkä ovat potilaan tai asiakkaan tunnistetut hoidon tarpeet. Tämä on tärkeä huomata, jotta myös hoitotyön tietoa voidaan hyödyntää mm. päätöksenteon tukena ja tutkimuksessa. Oikein kirjattu tietomallin mukainen tieto parantaa potilaan hoidon laatua ja lisää potilasturvallisuutta.

### 3.3 Hoitokertomus-näkymä

Hoitokertomus on osa potilastietojärjestelmää. Se on ammatillinen näkymä, joka tarkoittaa terveydenhuollon tietokokonaisuutta tai asiayhteyttä, jolla tiettyyn sisältö- ja hoitokokonaisuuteen kuuluvia tietoja voidaan sitoa toisiinsa potilaskertomuksessa. Yhteen näkymään liittyvä tietokokonaisuus voi näin ollen sisältää potilastietojärjestelmän eri näytöissä tai eri "välilehdillä" esiintyviä tietoja. Toisaalta näkymä voi olla hyvin lähellä potilastietojärjestelmässä näytettävää yksittäistä näyttöä.

### 3.4 Tulotilanne

Hoitoprosessi alkaa Tulotilanteen kirjaamisella. Tulotilanne kirjataan ensisijaisesti rakenteisesti esimerkiksi ICPC-2 tai ICD-10 koodilla (käytetään silloin, kun esimerkiksi hoitaja on tavannut potilaan ja määritellyt tulosyyn oireiden mukaisesti ICPC-2 koodilla tai lääkäri on määritellyt potilaan tai asiakkaan lääketieteellisen diagnoosin ja antanut ICD-10 koodin) tieto tulosyystä tai vapaamuotoisena tekstinä potilaan taustatietoihin liittyviä tietoja, kuten potilaan itsensä tai hänen saattajansa ilmoittama tulosyy. Tieto perustuu potilaan omaan kokemukseen, näkemykseen tulkintaan tai arvioon terveystietojen palveluissa asiointin synä. Asiointin syyt voivat liittyä erilaisiin oireisiin, aiemmin diagnosoituihin sairauksiin tai diagnostisiin ja hoidollisiin toimenpiteisiin tai lääkitykseen liittyviin tarpeisiin. Tulotilanteen tietokenttään kirjataan myös tulotilanteesta tehdyt havainnot, tutkimukset ja arvioinnit. (kuva 3.1)

*Esimerkki*

Tulotilanne
Asuu yksin kotona. Kotisairaanhoidaja käynyt hoitamassa haavaa. Jalkaterä turvoksissa ja säärihaava katteinen.
Kipujen vuoksi ei ole ollut hoitomyönteinen. Tullut sairaalahoitojaksolle tehostettuun haavan hoitoon ja kipulääkityksen tarkistusta varten.

### 3.5 Hoidon suunnittelu

Hoitokertomuksen ensimmäinen hoitotyön prosessivaihe on Hoidon suunnittelu. Hoidon suunnittelu on terveydenhuollon ammattihenkilöiden, potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa yhteistyössä laadittu suunnitelma potilaan hoidosta, sen perusteista ja tavoitteista. Hoitotyössä hoidon suunnitteluun kirjataan Hoidon tarve, Hoidon tavoitteet ja Suunnitellut hoitotoimet. Kuntoutus- ja erityistyöntekijät voivat kirjata hoitokertomukseen potilaan hoidon suunnitelmaa Hoidon suunnitteluun käyttämällä ensisijaisesti omia erikoisalakohtaisia nimikkeistöjä. Hoidon suunnittelussa voidaan hyödyntää esimerkiksi organisaatioiden valmiita mallipohjia helpottamaan hoidon suunnittelua ja koko prosessia. Valmiit mallipohjat eivät kuitenkaan saa ohjata kirjaamista liikaa, vaan hoitosuunnitelmat pitää aina tehdä yksiköllisesti.

#### 3.5.1 Hoidon tarve

Hoitokertomuksessa Hoidon tarve on hoitohenkilöstön laatima kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä, jo olemassa olevista tai tulevaisuuden mahdollisista ongelmista, joita voidaan poistaa tai lievittää hoitotoimien avulla. Hoidon tarpeen määrittäminen on potilaan hoitoon tai

elämäntilanteeseen liittyvien ongelmien kartoittamista. Potilas kertoo omista oireistaan, hoitaja havainnoi potilasta ja tekee tarvittaessa erilaisia mittauksia (esimerkiksi verenpaineen tai lämmön mittaus). Saatujen tietojen perusteella hoitaja yhdessä potilaan kanssa määrittelee hoidon kannalta merkittävät hoidon tarpeen tai tarpeet. Hoitotyön hoidon tarpeen kirjaamisessa käytetään FinCC-luokituskokonaisuuden Suomalaisen hoitotyön tarveluokitusta (SHTaL). Hoidon tarve kirjataan komponenttiin sidottuun pää- tai alaluokkaan ja valittua pää- tai alaluokan mukaista tietoa voi tarvittaessa täydentää vapaalla tekstillä. Hoidon tarpeen lisämääreinä on varmuusaste, joka voidaan kirjata silloin, kun se on hoidon kannalta mielekästä. Kirjaamiseen käytetään AR/YDIN - varmuusaste-koodistoa: Epäily (EP), Todennäköinen ja varma (TOD).

[Hoitotyö - tarveluokitus \(SHTaL\)](#)

[AR/YDIN - varmuusaste-koodisto](#)

*Esimerkki*

<b>Hoidon tarve</b>
<b>KUDOSEHEYS/Säärihaava</b> Haavassa runsas, kova kate, reunat maseroituneet TOD

### 3.5.2 Hoidon tavoite

Hoidon tavoite kirjataan potilaslähtöisesti suhteessa potilaan Hoidon tarpeeseen. Tavoitteen voidaan kirjata potilaan hoidossa käytettäviä mittareita ja niiden tai erilaisten hoidossa käytettävien mittauslaitteiden tavoiteltavia mittaustuloksia tai viitearvoja. Tavoitteen on oltava riittävän konkreettinen niin, että sen toteutuminen on arvioitavissa. Hoitotyön tavoitteen kirjaamiseen valitaan komponentin lisäksi tarkentavaksi otsikkotason tiedoksi sitä vastaava Hoidon tarpeen (SHTaL) pää- tai alaluokka, jolloin tavoite kohdistuu konkreettisesti tiettyyn Hoidon tarpeeseen.

*Esimerkki*

<b>Hoidon tavoite</b>
<b>KUDOSEHEYS/Säärihaava</b> Kate vähenee ja pehmenee

### 3.5.3 Suunnitellut hoitotoimet

Hoitotyössä Suunnitellut hoitotoimet tarkoittavat niitä konkreettisia keinoja tai auttamismenetelmiä, joilla autetaan, helpotetaan tai hoidetaan potilaan hoidon tarpeessa/tarpeeseen kuvattuja oireita, vaivaa tai vajetta. Hoitotyön Suunnitellut hoitotoimet kirjataan käyttämällä Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) eri komponentteihin sidottuja pää- tai alaluokkia, joita täydennetään tarvittaessa vapaalla tekstillä. Yhteen Hoidon tavoitteeseen voi kirjata useita Suunniteltuja hoitotoimia, joiden ei tarvitse olla yksi yhteen määritellyn Hoidon tarpeen kanssa.

## [Hoitotyö - Toimintoluokitus \(SHToL\)](#)

Esimerkki

Suunnitellut hoitotoimet
<b>LÄÄKEHOITO/Pintapuudute</b> Emla-voide haavan pinnalle 15 min ennen haavahoitoa ja säännöllinen kipulääke listalle.
<b>KUDOSEHEYS/ Haavan puhdistaminen/ Haavan puhdistaminen vesijohtovedellä</b>
<b>KUDOSEHEYS/ Haavan puhdistaminen/Haavan mekaaninen puhdistaminen</b>
<b>KUDOSEHEYS/ Haavasidoksen laittaminen/Hydrogeelin laittaminen</b> Haavan pinnalle Ympäröivälle iholle ihonhoitosuihke

### 3.6 Hoidon toteutus

Hoitokertomuksen toinen hoitotyön prosessin vaihe on Hoidon toteutus. Hoidon toteutukseen kirjataan monialaisesti Hoidon tavoitteiden saavuttamiseksi käytetyt keinot ja menetelmät: tehdyt tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, kuntoutus- ja hoitotoimet, annettu lääkehoito ja rokotukset, luovutetut apuvälineet ja hoitotarvikkeet, sekä terveydenhuollon ammattihenkilön antama ohjaus. Kuntoutus- ja erityistyöntekijät kirjaavat hoitokertomukseen Hoidon toteutusta käyttämällä ensisijaisesti omia erikoisalakohtaisia nimikkeistöjä, kuten fysioterapianimikkeistöä tai kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöjä.

#### 3.6.1 Hoitotoimet

Hoitotoimiin kirjataan potilaan hoidon kannalta merkittävät hoitotyön auttamismenetelmät. Hoitotyössä hoitotoimien kirjaamisessa käytetään FinCC-luokituskokonaisuuden Suomalaista hoitotyön toimintoluokitusta (SHToL). Hoitotoimet kirjataan toimintoluokituksen eri komponentteihin sidottuihin pää- tai alaluokkiin hoitotyön tietorakennemallin mukaisesti. Valitun luokituksen otsikkotason tietoa täydennetään vapaalla tekstillä tai erilaisten fysiologisten mittalaitteiden mittaustuloksella tai erilaisten mittareiden tuottamalla indeksiluvulla, kun käytetty mittari on integroitu Suomalaiseen hoitotyön toimintoluokituksen (SHToL) sille sopivaan pää- tai alaluokkaan. Tällaisia mittareita voi olla esimerkiksi Kipumittari (VAS), Painehaavamittari (Braden), Vajaaravitsemuksen riskin seulontamittari (NRS 2002), Kaatumisvaaran arviointimittari (FRAT), Tajunnantason arviointimittari (GCS). Suomalaisen hoitotyön toimintoluokituksen 4.0 versiossa on usealle erilaiselle mittarille sopiva täsmäluokka, joiden käyttöä suositellaan.

Esimerkki

<b>Hoitotoimet</b>
<b>LÄÄKEHOITO/Pintapuudute</b> Emla-voide haavalle klo 9.45.
<b>KUDOSEHEYS/Haavan puhdistaminen/Haavan puhdistaminen vesijohtovedellä</b> <input type="radio"/> Kyllä
<b>KUDOSEHEYS/Haavan puhdistaminen/Haavan mekaaninen puhdistaminen</b> <input type="radio"/> Kyllä
<b>KUDOSEHEYS/Haavasidoksen laittaminen/Hydrogeelin laittaminen</b> <input type="radio"/> Kyllä
<b>KUDOSEHEYS/Haavasidoksen laittaminen/Polyuretaanikalvon laittaminen</b> <input type="radio"/> Kyllä
<b>KUDOSEHEYS/Haavasidoksen laittaminen/Tukisidoksen tai putkisidoksen laittaminen</b> <input type="radio"/> Kyllä

### 3.7 Hoidon arviointi

Hoitokertomuksen kolmas hoitotyön prosessin vaihe on Hoidon arviointi. Hoitotyössä potilaan Hoidon arviointi kirjataan FinCC-luokituksen komponenttitasolle. Hoidon arviointiin kirjataan potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset ja toteutuneen hoidon arviointi suhteessa hoidon suunnittelussa asetettuihin tavoitteisiin: potilaan yleistilanteen ja toimintakyvyn muutokset, tehtyjen tutkimusten ja mittausten perusteella arvioidut muutokset ja toteutettuihin hoitoihin (toimenpiteet, kuntoutus, lääkehoito ja muut hoitotoimet) liittyvät muutokset. Kuntoutus- ja erityistyöntekijät kirjaavat Hoidon arviointia käyttämällä ensisijaisesti omia erikoisalakohtaisia nimikkeistöjä.

#### 3.7.1 Hoidon tulokset

Hoidon tulos kuvaa potilaan tilassa hoitotoimen perusteella tai olemassa olevan tarpeen arvioinnissa tapahtunutta muutosta. Hoidon tulosta täsmennetään kirjaamalla hoidon tuloksen tila Suomalaisen hoidon tulosluokituksen (SHTuL 2.0) avulla käyttämällä asteikkoa Ennallaan (EN), Kohentunut (KO) tai Heikentynyt (HE) ja sitä täydennetään tarvittaessa vapaalla tekstillä.

<b>Hoidon arviointi</b>
<b>LÄÄKEHOITO</b> Emla auttoi ennen haavan suihkuttelua. Valvottava kipulääkkeiden ottoa, löytyivät pöytälaatikosta.
<b>KUDOSEHEYS</b> Haavan hoito onnistui pintapuudutteen ja profylaktisen kipulääkkeen ansioista melko hyvin. Antoi suihkuttaa haavaa varovasti. Purilon-Hydrogeeli pehmentänyt katetta ja se irtosi hyvin kyretillä. Reunat edelleen maseroituneet. Ympärysiho on pysynyt hyvänä Cavilon suihkeen avulla. Anatomiset sidokset vähentäneet painetta ja turvotusta säärellä ja jalkaterässä. Ymmärtänyt ohjauksen ja lupasi tilata uudet lääkinälliset hoitosukat omalta kotisairaanhoidajaltaan.
<b>Hoidon tuloksen tila</b> KO Kohentunut

### 3.7.2 Hoitoisuus

Hoitajan määrittämä hoitoisuustieto kirjataan rakenteisesti hoitokertomukseen hoitoisuusluokituksen avulla. Hoidon prosessin vaiheista Hoidon arviointiin kiinnitettyyn Hoitoisuusotsikkokenttään siirtyy hoitajan hoitoisuusmittarilla määrittämä hoitoisuustieto (indeksiluku) potilaan saamasta hoidon määrästä ja vaatavuudesta.

Hoitoisuustieto voidaan tuottaa myös automaattisesti rakenteisesti kirjattujen hoitokertomustietojen avulla. Hoitoisuusvaatavuustieto muodostuu reaaliaikaisesti hoitotyön prosessin aikana tehtyjen hoidon kirjausten määrästä ja tiheydestä/intensiivisyydestä.

Lisätietoa Hoitoisuudesta löytyy [FinCC 4.0 oppaasta](#) luvusta [Hoitotyön keskeiset rakenteiset tiedot](#).

## 3.8 Lisäotsikot

Kirjaaja voi jäsentää merkintää valtakunnallisia otsikoita tarkemmalle tasolle käyttämällä lisäotsikoita. Lisäotsikoita ei voi käyttää yksinään, vaan ne liittyvät aina johonkin valtakunnalliseen otsikkoon. Lisäotsikoita ei ole erikseen määritelty. Lisäotsikko on esimerkiksi oma, paikallinen otsikko tai otsikon tarkennin. Ne ovat rakenteeltaan vapaata tekstiä, joten merkinnän tekijä voi kirjoittaa tarkentavan otsikon vapaasti. Tällaisia lisäotsikoita ovat esimerkiksi Lääkäri tai Todistukset, joiden yhteyteen kirjaaja voi kirjoittaa hoitokertomukseen tapahtumahetken asiayhteyttä kuvaavaa tekstiä tai näkemyksiä. Lääkäri voi esimerkiksi kirjoittaa lääkirinkierrolla Lääkäri -otsikon yhteyteen havainnoitejaan potilaasta tai alustavia suunnitelmia potilaan kanssa käydystä keskustelusta, joita hän voi hyödyntää myöhemmin potilaan hoidon suunnittelussa. Vastaavasti osastosihteeri voi esimerkin omaisesti kirjoittaa Todistukset - otsikon yhteyteen merkinnät valmiiksi kirjoitetuista todistuksista tai lausunnoista.

Otsikoiden käyttöä eri hoitoprosessin vaiheissa on kuvattu [Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaassa](#) luvussa 6.2 Otsikot ja lisäotsikot.



## 4 Hoitotaulukko

Hoitotaulukko tai vastaava toiminnallisuus, joka sisältää lääkitys, tutkimus- ja mittaustuloksien merkintöjen erilliskenttiä, on fysiologisille mittauksille sekä joissakin tapauksissa laboratorio- ja kuvantamistutkimusten tuloksille tarkoitettu oma rakenteinen osio potilastietojärjestelmässä. Hoitotyössä mitataan ja kirjataan erityisesti fysiologisia mittauksia. Fysiologiset mittaukset kirjataan hoitotaulukkoon tai vastaavaan toiminnallisuuteen rakenteisesti kansallista FinLOINC-luokitusta käyttäen ja tallennetaan Potilastiedon arkistoon. FinLOINC luokitus käsittää potilaan tilaa kuvaavia kliinisiä mittaustuloksia ja löydöksiä. Toteutunut hoitotyö kirjataan aina hoitokertomuksen hoidon toteutuksen Hoitotoimiin käyttäen FinCC-luokituksen toimintoluokituksen (SHToL) pää- ja alaluokkia.

Lisätietoa fysiologisten mittausten sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimusten kirjaamisesta on THL:n [Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaassa](#) luvussa 12 Fysiologiset mittaukset sekä Kela ja THL:n julkaisussa [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) luvussa 5.

[FinLOINC – Fysiologiset mittaukset](#) -luokitus koodistopalvelimella.

# 5 Muut asiaan liittyvät ohjeistukset ja oppaat

Tähän lukuun on koottu linkit muualla oleviin materiaaleihin.

## 5.1 FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0

[FinCC 4.0 -käyttäjäoppaassa](#) (sähköinen julkaisu, THL) kuvataan kansallinen hoitotyön kirjaamismalli ja päivitetty suomalainen hoitotyön luokituskokonaisuus Finnish Care Classification (FinCC), versio 4.0. Tämän päivitetyn käyttäjäoppaan tarkoitus on ohjeistaa hoitotyön ammattilaista kirjaamaan sähköiseen potilaskertomukseen potilaan päivittäistä hoitotyötä päätöksenteon prosessimallin mukaisesti käyttämällä FinCC:tä.

## 5.2 Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöt

Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöt ovat joukko tiivistettyjä kuvauksia ja koodistoja, joita voidaan käyttää kuntoutuksen parissa työskentelevien työn, palveluiden ja työmuotojen erittelyyn. Niiden avulla kirjataan tietoa potilasasiakirjoihin. Nimikkeistöjä käytetään myös tilastoinnin ja tuotteistuksen tukena. [Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöistä](#) lisätietoa löytyy Kuntaliiton sivuilta ([kuntaliitto.fi](http://kuntaliitto.fi)).

## 5.3 FinCC.fi

FinCC:n käyttäjille on vuonna 2019 otettu käyttöön [FinCC.fi](http://FinCC.fi) -sivusto. Sen tarkoituksena on tukea yhdenmukaista hoitotyön kirjaamista ja erityisesti sen käyttäjiä sekä olla heidän tukena hoitotyön rakenteiselle ja yhdenmukaiselle, kansalliselle kirjaamiselle. Tavoitteena on tiedon löytäminen kootusti samasta paikasta sekä yhdenmukaisen hoitotyön kirjaamisen tukeminen, jota tarvitaan jatkossa entistä laadukkaampaan tiedon tallentamiseen myös sen jatkokäyttöä varten.

FinCC-sivuston toivotaan toimivan palautekanavana FinCC:n käyttäjille ja mahdollisuutena osallistua termistön kehittämiseen. Se on yhteisöllinen alusta, jota voidaan kehittää organisaatoriippumattomasti.

Sivuilta löytyvät käyttäjäoppaat (versiot 3.0 ja 4.0) ja pdf-versioina esimerkiksi koulutusta varten käytettävät SHTaL-, SHToL- ja SHTuL -taulukot. Asiantuntijaryhmä ottaa vastaan kehitysideoita ja palautetta ([palautelomake](#)).

# 6 Hoitokertomuksen jatkokehitys

FinCC-luokituskokonaisuus ja sen käyttöä tukevat tietorakenteet sekä saatavilla olevat, lukumääräisesti vielä vähäiset mittaritietorakenteet Koodistopalvelimella eivät yksin riitä tukemaan hoitokertomuksen rakenteista kirjaamista ja potilaan hoidon kokonaisprosessia. Valmiita mallipohjia voidaan hyödyntää kirjaamisen tukena. Hoitokertomukseen kirjaaminen tulisi onnistua erilaisten tietoteknisten välineiden avulla perinteisen tietokoneen ohella, kuten tableteilla ja mobiililla. Tämän lisäksi olemme tunnustaneet alla kuvattuja kehitystarpeita.

## 6.1 Automatisointi

Potilastietojärjestelmän automatisointiin tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Potilastietojärjestelmät ovat perinteisiä sääntöpohjaisia järjestelmiä, joissa voidaan nykytekniikan avulla jo osittain toteuttaa oppivan teknologian menetelmiä. Kansallinen potilastietojärjestelmien arkkitehtuuri tukee tätä kehityssuuntausta ja kansallisesti yhtenäiset rakenteiset tietorakenteet ovat osa tätä kokonaiskehitystä. Automatisoinnissa tulisi mahdollisuuksien mukaan hyödyntää esimerkiksi tekoälyä niissä potilastietojärjestelmän ohjelmatoiminnallisuuksissa, missä tietokone voi korvata ihmisen tekemän työn ilman, että tallennettavan tiedon oikeellisuus kärsii esimerkiksi hoitoisuusvaativuustiedon tuottamisessa.

Automatisoinnin esimerkkinä voisi olla potilaan hoidon prosessi, missä suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen (SHTaL) pää- tai alaluokka on kiinnitetty ICD-10 diagnoosiluokituksen. Tällöin ohjelma tarjoaisi käyttäjälle rakenteisuutta hyödyntäen oletusarvoisesti potilaan hoitosuunnitelmassa, hoidon toteutuksessa sekä arvioinnissa tarvittavat suomalaisen hoitotyön tarve- ja toimintoluokituksen tietorakenteen mukaiset pää- tai alaluokat esimerkiksi potilaan hoitoa kuvaavan hoitotyön suosituksen tai Käypä hoito -suosituksen mukaisesti.

## 6.2 Hoidon vaikuttavuuden mittaaminen ja todentaminen

Potilaan hoidossa käytettyjen hoitotoimien, toteutuksen ja mittausmenetelmien yhteisvaikuttavuutta suhteessa hoidon tarpeeseen ja tulokseen tulisi seurata tarkasti, jotta tapahtuneet muutokset havaitaan ja niihin voidaan reagoida ajoissa. Potilastietojärjestelmän tulisi mahdollistaa osana hoitokertomusta näiden kansallisesti yhtenevien tietorakenteiden yhtäaikaista tarkastelua yhdeltä näkymältä niin, että tiedot olisivat käyttäjälle saatavuudeltaan mahdollisimman informatiivisissa ja ennen kaikkea vertailukelpoisissa muodossa. Näkymän tulisi sisältää koodistojen, nimikkeistöjen ja termistöjen frekvenssien, indeksilukujen ja sanallisten mittaustulosten lisäksi tilastollista grafiikkaa, jotka osoittavat potilaan hoidossa käytettyjen menetelmien yhteisvaikuttavuuden käyttäjän tarpeiden mukaisesti.

## 6.3 Tiedon hakeminen, lajittelu ja prioriteetti

Hoitokertomukseen rakenteisesti kirjattujen näkymätietojen hakeminen ja lajittelu tulisi olla mahdollisimman sujuvaa ja käyttäjäystävällistä. Tietorakenteiden haun lajittelutekijöitä ovat esimerkiksi koko prosessi, valittu osa prosessin vaiheita, yksittäiseen pää- tai alaluokkaan kohdistuneet kirjaukset, ammattiryhmäkohtaiset kirjaukset ja haettujen tietojen aika- ja

prioriteettijärjestys. Hoitokertomuksesta valituista ja haetuista tiedoista tulisi pystyä koostamaan hoitotyön yhteenveto helposti ja nopeasti.

Jatkossa FinCC-luokituskokonaisuus olisi hyvä yhteensovittaa SNOMED CT -termistön kanssa. Se mahdollistaisi entistä monipuolisemmin toteutuneen ja kirjatun potilashoidon tiedon vertailun ja analyysin kansallisesti ja kansainvälisesti.

# Lähdeluettelo

- Ensio Anneli (2001). Hoitotyön toiminnan mallintaminen. Väitöskirja. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Kuopio.
- Hassinen Tiina (2020). Hoitoisuuden automatisoidun mittausmenetelmän arviointi päivystys-hoitotyössä. Pro gradu. Itä-Suomen Yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Kuopio. <https://erepo.uef.fi/bitstream/handle/123456789/23896/1607358081424477977.pdf>
- Huovila Mikko, Lähesmaa Jukka (2019). Sosiaali- ja terveystietojen toisiokäytön kokonaisarkkitehtuuri. Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/THLSOTE-KATJULK>
- Häyrynen Kristiina (2011). Kliininen tieto hoitoprosessissa tarkoituksenmukaisen moniammatillisen tietomallin kehittäminen. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0535-2>
- Kinnunen Ulla-Mari (2013). Haavanhoidon kirjaamismalli – innovaatio kliiniseen hoitotyöhön. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-1209-1>
- Kuusisto Anne (2018). Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Kuopio. [https://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-2707-1/urn\\_isbn\\_978-952-61-2707-1.pdf](https://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-2707-1/urn_isbn_978-952-61-2707-1.pdf)
- Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019). <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190552>
- Liljamo Pia (2018). Kliinisen ja hallinnollisen hoitotiedon vastaavuus: hoitoisuustiedon luotettavuus ja rakenteisen hoitokertomustiedon toisiokäytön mahdollisuudet hoitoisuuden määrittämisessä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2930-3>
- Mykkänen Minna (2019). Tietorakenteet hoitotietojen käsittelyssä ja potilastiedon toisiokäytössä. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Kuopio. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-3181-8>
- STM, Kuntaliitto (2015). Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3548-8.pdf](http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70321/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf)
- STM (2019a). Asiakasryhmäkohtainen tieto laadusta ja vaikuttavuudesta sosiaali- ja terveydenhuollon tiedolla johtamisessa ja ohjauksessa - Laaturekisterien asema palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2019:70. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161976/STM\\_2019\\_70.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161976/STM_2019_70.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- STM (2019b). Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä (552/2019). <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2019/20190552>
- STM (2020). Sote-uudistus. Toivo-ohjelma. <https://soteuudistus.fi/toivo-ohjelma>
- THL (2019). FinCC-luokituskokonaisuuden käyttäjäopas FinCC 4.0. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/FLKJ1>
- THL (2022). Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY>

# Sanasto

Taulukossa A on oppaassa käytettyjen olennaisimpien termien kuvaukset.

**Taulukko A. Oppaassa käytettyjen termien kuvaukset**

Termi	Kuvaus	Viittaus ensimmäisen kerran
Braden	Braden (Braden Scale for Bedicting Pressure Score) potilaan painehaavariskin arviointimittari	3.3
FinCC-luokituskonaisuus	FinCC (Finnish Care Classification) luokituskonaisuus muodostuu Suomalaisesta hoitotyön tarveluokituksesta (SHTaL), Suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksesta (SHTol) ja Suomalaisesta hoitotyön tuloluokituksesta (SHTuL), joiden avulla kirjataan rakenteista hoitotyötä potilaskertomusjärjestelmään.	1
FRAT	FRAT (Falls Risk Assessment Tool) potilaan kaatumisvaaran arviointimittari	3.3
GCS	GCS (Glasqow Coma Scale) potilaan tajunnan tason arviointimittari	3.3
HOKE	HOKE, Hoitokertomus = potilaskertomustietojen päivittäismerkintöjen kirjaamisessa moniammatillisesti käytettävä näkymä	1
ICD-10 diagnosiluokitus	WHO:n kansainvälinen tautiluokitus	3.1
ICPC-2	Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus, jonka avulla voidaan kirjata tietoa potilaan terveysongelmistä, oireista ja vaivoista tai taudeista ja sairauksista.	3
Indeksiluku	Muutosta ilmaiseva suhdeluku	3
Koodisto	Tietorakenne	3
Luokitus	Tietorakenne	3

Termi	Kuvaus	Viittaus ensimmäisen kerran
Mittari	Mittarilla tarkoitetaan niitä sääntöjä, joiden mukaisesti mittauksen kohteen ollekin ominaisuudelle määritetään sitä kuvaava mittaluku.	3
Nimikkeistö	Tietorakenne	3
NRS 2002	NRS (Nutritional Risk Screening) aikuisen potilaan vajaaravitsemusriskin seulonnan arviointimittari	3.3
SHTaL	Suomalainen hoitotyön tarveluokitus	1
SHToL	Suomalainen hoitotyön toimintoluokitus	1
SHTuL	Suomalainen hoitotyön tulosluokitus	1
VAS	VAS (Visual Analogue Scale) akuutin kivun arviointimittari	3.3