



Päivitetty versio löytyy THL:n verkkosivuilta os.:

<https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa/terveydenhuollon-rakenteinen-kirjaaminen>

Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas Osa I

Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, versio 2015

Heikki Virkkunen
Päivi Mäkelä-Bengs
Riikka Vuokko
(toim.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000
www.thl.fi

OHJAUS 2/2015

Heikki Virkkunen, Päivi Mäkelä-Bengs ja Riikka Vuokko (toim.)

Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas

Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen

Osa I
Versio 2015



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittaja ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-479-3 (verkkojulkaisu)
ISSN 2323-4172 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-479-3>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Helsinki, 2015

Lukijalle, versio 2015

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

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

Oppaan toimittajien lisäksi Jari Numminen tarkensi terveyst- ja hoitosuunnitelman kirjaamista käyttäjän näkökulmasta ja osallistui luvun 11 Terveysten vaikuttavat tekijät tarkentamiseen.

Rakenteisen kirjaamisen ensimmäisen osan päivitys on tuotettu THL:n sisäisenä työnä, mutta tahdomme kiittää päivitettyä sisältöä toimittanutta Jari Nummista Hämeenlinnan terveystpalveluista. Lisäksi päätukseen ovat antaneet palautetta Mikko Härkönen ja Anna Kärkkäinen, THL sekä Tuija Savolainen Kuntaliitosta.

Helsingissä huhtikuussa 2015

Toimittajat

Lukijalle

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

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

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

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

Oppaan sisältö tuotettiin toimituskunnassa, johon kuuluivat:

Jorma Komulainen	Duodecim
Tuija Savolainen	Kuntaliitto
Kauko Hartikainen	Kuntaliitto
Jari Numminen	Hämeenlinnan terveystieteiden tutkimuskeskus
Jukka Lehtovirta	THL
Heikki Virkkunen	THL
Riikka Vuokko	THL
Taina Jokinen	THL

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

Helsingissä marraskuussa 2013

Toimittajat

Tiivistelmä

Lehtovirta, Jukka ja Vuokko Riikka (toim.). Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen – Osa I. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Ohjauk 2/2015. 120 sivua. Helsinki 2015. ISBN 978-952-302-479-3 (verkköjulkaisu).

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 ammattihenkilö 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, tulosyy, hoidon syy ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, preventio sisältäen rokotukset, lausunnot, 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 2/2015. 120 sidor. Helsingfors 2015. ISBN 978-952-302-479-3 (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, utlåtanden, sammanfattande uppgifter samt hälso- och vårdplan. I handboken ingår också anvisningar för hur man dokumenterar en patients viljeytringar 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 2/2015. 120 pages. Helsinki 2015. ISBN 978-952-302-479-3 (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; 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, versio 2015.....	3
Lukijalle.....	4
Tiivistelmä.....	5
Sammandrag.....	6
Abstract.....	7
1 Oppaan tausta ja tavoite.....	13
1.1 Oppaan tavoite ja rajaukset.....	13
1.2 Oppaan käyttö ja rakenne.....	13
2 Rakenteistamisen merkitys terveydenhuollossa.....	15
2.1 Rakenteisen kirjaamisen hyöty terveydenhuollon ammattihenkilölle.....	15
2.2 Hyöty organisaation johdolle ja terveydenhuollon ammattihenkilöille.....	15
2.3 Rakenteisen kirjaamisen hyöty potilaalle.....	16
2.4 Potilaskeskeinen kirjaamismalli.....	16
3 Lainsäädännön asettamat puitteet.....	17
3.1 Potilasasiakirjamerkinnot.....	17
3.2 Yksityisyys ja potilastietojen käsittely.....	17
3.3 Valtakunnalliset sähköiset palvelut.....	18
3.4 Alueellinen ja valtakunnallinen arkisto.....	18
3.5 Sähköinen resepti.....	19
3.6 Omakanta ja Tiedonhallintapalvelu.....	19
4 Rakenteisen kirjaamisen oppaan suhde muihin oppaisiin ja ohjeisiin.....	21
4.1 Potilasasiakirjamerkintöihin ja luokituksiin liittyvät oppaat.....	21
4.2 Keskitetyn tiedonkeruun ohjeet.....	22
4.3 Viranomaistahojen oppaat.....	23
4.4 Muut terveydenhuollon ammattihenkilön oppaat.....	23
4.5 Potilastiedon arkiston valtakunnalliset määrittelyt.....	23
5 Rakenteiden käytön ja hyödyntämisen periaatteita.....	25
5.1 Yleisiä periaatteita.....	25
5.2 Luokitusten, termistöjen ja koodistojen käyttö.....	26
5.3 Rakenteisen kirjaamisen periaatteita.....	26
5.4 Erikoisala- ja ammattikohtaisten potilastietojen käyttö.....	27
6 Sähköisen potilaskertomuksen näkymät, hoitoprosessin vaihe, otsikot ja rakenteiset tiedot.....	28
6.1 Näkymät ja lisänäkymät.....	29
6.1.1 Lisänäkymät.....	29
6.1.2 Erikoisalakohdittaiset näkymät.....	31
6.1.3 Palvelukohtaiset näkymät.....	31
6.1.4 Ammatilliset näkymät.....	32
6.1.5 Yleiset näkymät.....	33
6.1.6 Koosteet.....	34
6.1.7 Lomaketyypiset näkymät.....	34
6.1.8 Tekniset näkymät.....	35
6.1.9 Erityissuojatut näkymät.....	35
6.2 Hoitoprosessin vaihe.....	35
6.3 Otsikot ja lisäotsikot.....	37
6.3.1 Lisäotsikot.....	38
6.3.2 Valtakunnallisten otsikoiden käyttäminen.....	38
6.4 Sisältökirjaukset.....	46
6.4.1 Rakenteiset tiedot.....	46
6.4.2 Vapaamuotoinen teksti.....	46

7 Potilaan perustiedot.....	48
7.1 Henkilön yksilöintitiedot	48
7.1.1 Henkilötunnus.....	49
7.1.2 Nimi.....	49
7.1.3 Sukupuoli.....	49
7.2 Henkilön yhteystiedot	49
7.2.1 Osoite.....	49
7.2.2 Kotikunta	50
7.2.3 Puhelin, faksi ja sähköposti	50
7.2.4 Ammatti.....	50
7.2.5 Äidinkieli.....	50
7.2.6 Asiointikieli	50
7.2.7 Tulkin tarve	50
7.2.8 Kansalaisuus.....	50
7.3 Yhteyshenkilö	50
7.4 Vakuutusyhtiö.....	51
7.5 Turvakielto.....	51
7.6 Henkilötietolomake.....	51
7.7 Henkilötietojen jatkokehitys	51
8 Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetiedot	52
8.1 Merkintä ja hoidon antajan tunnistetiedot.....	52
8.2 Palvelutapahtuman tunnistetiedot	53
9 Tulossy, hoidon syyt ja diagnoosit.....	55
9.1 Hoidon syyt.....	55
9.1.1 Tulossy.....	56
9.1.2 Käyntisy.....	56
9.1.3 Diagnoosi.....	56
9.2 Käyntisyyn ja diagnoosin sisällöt	57
9.2.1 Diagnoosi- ja käyntisykoodit.....	57
9.2.2 Diagnoosin tai käyntisyyn ensisijaisuus	57
9.2.3 Diagnoosin tai käyntisyyn pysyvyys	58
9.2.4 Diagnoosin tai käyntisyyn varmuusaste	58
9.2.5 Tiedon lähde.....	59
9.2.6 Diagnoosin tai käyntisyyn toteamisen tiedot.....	59
9.2.7 Diagnoosin päättymisen tiedot	59
9.2.8 Hoitopisodi ja diagnoosin tai käyntisyyn episoditunnus.....	60
9.3 Vanhojen merkintöjen hyödyntäminen.....	60
9.3.1 Aiemmin kirjattujen diagnoosien ja käyntisyiden poimiminen kirjaukseen.....	60
9.3.2 Diagnoosin tai käyntisyyn tarkentaminen	61
9.3.3 Diagnoosin tai käyntisyyn liittäminen toiseen.....	61
9.3.4 Pitkäaikaisdiagnoosin päättymistiedon kirjaus.....	61
10 Riskitiedot	62
10.1 Riskitietojen tietosisältö.....	62
10.1.1 Riskin tyyppi ja riskin koodi	63
10.1.2 Riskin nimi ja vapaamuotoiset tarkenteet.....	63
10.1.3 Riskin aste	64
10.1.4 Riskin rakenteiset tarkenteet.....	64
10.1.5 Riskin toteamisen tiedot	65
10.1.6 Riskin päättymisen tiedot	65
10.2 Riskitietojen kirjaaminen	65
10.2.1 Lääkereaktiot ja -allergiat.....	65

10.2.2 Muut allergiat	66
10.2.3 Riskitaudit- ja hoidot	66
10.2.4 Verituotteiden annossa huomioitavat asiat	66
10.2.5 Erityishuomiointia vaativat hoidot	66
10.2.6 Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit	67
10.2.7 Mikrobit ja eristystarve	67
10.2.8 Hoidon rajaukset	67
10.2.9 Käyttäytymiseen liittyvät riskit	68
10.2.10 Muut riskit	68
10.2.11 Raskaus	68
11 Terveysten vaikuttavat tekijät	69
12 Tutkimukset ja mittaukset	72
12.1 Fysiologiset mittaukset	73
12.1.1 FinLOINC-luokitus	73
12.1.2 Fysiologisten mittausten kirjaaminen	73
12.2 Laboratoriotutkimukset	74
12.2.1 Tutkimusten pyynnöt ja lausunnot	74
12.2.2 Tutkimusten arviointi potilaskertomuksessa	74
12.2.3 Muiden tai potilaan itse tekemät tutkimukset	74
12.3 Radiologiset tutkimukset	74
12.3.1 Tutkimusten pyynnöt ja lausunnot	75
12.3.2 Poikkeavat löydökset	75
12.3.3 Tutkimusten arviointi potilaskertomuksessa	75
12.3.4 Muiden tekemät tutkimukset	75
12.3.5 Säteilyaltistus	75
13 Toimenpiteet	76
13.1 Toimenpiteiden kirjaaminen	76
13.2 Toimenpiteisiin liittyvät kuvat ja muut kuvat	77
14 Lääkehoito	78
14.1 Lääkitystiedot 2015–2018	79
14.2 Lääkitysmarkintöjen kirjaaminen	79
14.2.1 Lääkkeen määräjän tiedot	79
14.2.2 Lääkkeen perustiedot	80
14.2.2.1 Lääkevalmisteen määrääminen	80
14.2.2.2 Lääketietokannan ulkopuolisen lääkkeen määrääminen	80
14.2.3 Lääkeannos	81
14.2.4 Lääkepakkaus ja määrätty määrä	81
14.2.5 Käyttötarkoitus	81
14.2.6 Lääkkeen muuttaminen	81
14.2.6.1 Lääkkeen haittavaikutus	82
14.2.6.2 Lääkkeeseen liittyvät riskikirjaukset	82
14.2.7 Lääkkeen vaihdettavuus	82
14.2.8 Tiedon lähde	82
14.2.9 Lääkkeen antokirjaus	82
14.2.10 Lääkityksen tarkistaminen	83
14.2.10.1 Yksittäisen lääkkeen tarkistaminen	83
14.2.10.2 Kokonaislääkityksen tarkistaminen	84
14.2.11 Lääkehoidon ohjeistus	85
14.3 Lääkehoidon jatkokehitys	85
15 Preventio	86
15.1 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto	86

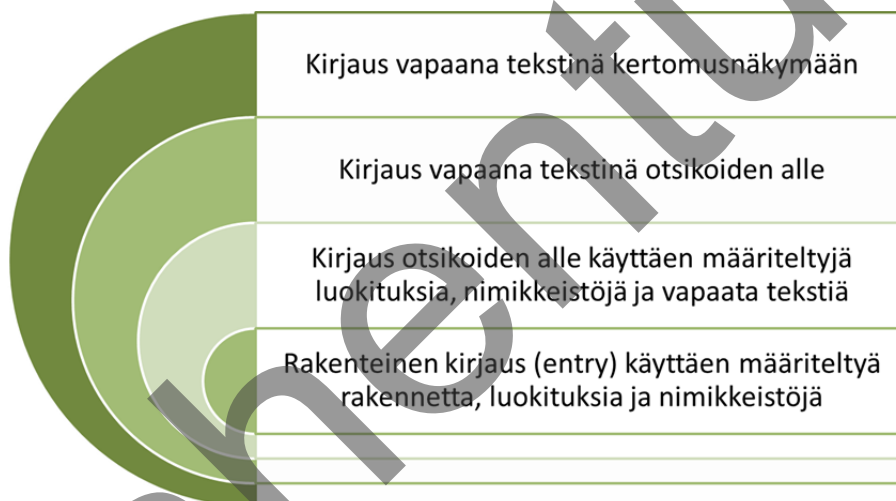
15.2 Rokotustiedot	87
15.3 Rokotustiedot valtakunnallisissa tietokannoissa	88
16 Lausunnot	89
16.1 Lausunnot	89
16.2 Lomakerakenteet	89
16.3 Vapaamuotoiset lausunnot	89
17 Yhteenvetotiedot	90
17.1 Potilasyhteenvedo	90
17.2 Palvelutapahtuman yhteenvedo	90
17.2.1 Yhteenvetonäkymä	90
17.2.2 Loppu- ja seurantayhteenvedo	90
17.2.3 Muu yhteenvetotasoinen teksti	91
17.2.4 Päivittäismerkintä	91
17.2.5 Muiden ammattihenkilöiden loppu- ja välyhteenvedot	91
17.2.6 Yhteenvedo potilastietojärjestelmässä	91
17.3 Hoitotyön yhteenvedo	92
17.3.1 Hoitotyön yhteenvedon näkymät ja otsikot	92
17.3.2 Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen	92
18 Terveys- ja hoitosuunnitelma	94
19 Potilastietojen luovutus	99
19.1 Potilastietojen luovutuksen peruskäsitteet	99
19.2 Potilastietojen luovutus perustuu lakiin	100
19.3 Informointiasiakirja	100
19.4 Suostumusasiakirja	101
19.5 Kieltoasiakirja	101
19.6 Potilaan tietojen tarkastaminen	101
20 Potilaan tahdonilmaukset	103
20.1 Hoitotahto	103
20.2 Elinluovutustahto	103
21 Kirjaamisen standardista	104
21.1 Sähköisen potilaskertomuksen standardirakenne	104
21.1.1 Näyttömuoto	105
21.1.2 Rakenteinen muoto	105
21.2 CDA-asiakirjan toteutus	105
21.3 Kenttäpituudet rakenteisessa kirjaamisessa	107
21.4 Päivämäärien ja muiden aikaleimojen kirjaaminen	107
Lähteet	109
LIITE 1: Keskeiset käsitteet ja ilmaukset	111
LIITE 2: Eri näkymillä käytettävät hoitoprosessin vaiheet ja otsikot	118
LIITE 3: Kertomusesimerkki	120

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 siirto- ja tallennusmuotoa. Rakenteisesti kirjatun tiedon näyttömuoto voi vaihdella potilastietojärjestelmästä riippuen. Oppaassa kuvataan lisäksi kirjatun tiedon jatko- ja hyödyntämistä potilaan hoidossa, esimerkiksi yhteenvedojen tuottamisessa tai lääkitystietojen interaktiivisissa tarkastuksissa ja päätöksentekussa sekä erilaisten ongelma- ja tilannekohtaisten näyttöjen koostamisessa. Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa kertakirjauksen periaatteiden hyödyntämisen tulevaisuudessa esimerkiksi valtakunnallisen tilasto- ja rekisteritiedon tuottamisessa.

Rakenteisesti kirjatun tiedon toisiokäyttöä esimerkiksi tilasto- ja rekisteritarkoituksiin ei käsitellä tässä oppaassa. Oppaassa ei myöskään arvioida rakenteisen tiedon käytettävyyttä, jota ei voida määrittellä valtakunnallisella tasolla, koska käytettävyys 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 ja esimerkiksi ensihoidon osalta ollaan julkaisemassa tarkemman tason määrittelyä, joka kattaa ensihoidon tietosisällön ja siinä käytettäväksi tarkoitetut luokitukset. Potilasasiakirjaoppaassa (STM 2012) on lisäksi kuvattu säädöksiin perustuvaa yleistä ohjeistusta, joka koskee potilaskertomustiedon tuottamista, käsittelyä ja tallentamista. Yhteisen ohjeistuksen, johon tämäkin opas sisältyy, lisäksi rakenteiseen kirjaamiseen liittyviä kirjaamiskäytäntöjä tulee 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 sairaanhoitopiirin 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 9-18 seuraavasti: tulosyy, hoidon syy ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, preventio sisältäen rokotukset, lausunnot, yhteenvetotiedot sekä terveys- ja hoitosuunnitelma. Luvussa 19 kuvataan potilastiedon luovutustenhallintaan sisältyvien potilaan lomakkeiden kirjaaminen, ja luvussa 20 potilaan muiden tahdonilmausten kirjaaminen. Oppaan luku 21 on potilastietojärjestelmän peruskäyttäjän tai kirjaajan kannalta lisäaineistoa, jossa kerrotaan sähköisen potilaskertomuksen asiakirjastandardista ja tähän liittyvistä periaatteista. Opas sisältää lisäksi kolme liitettä, joissa kuvataan oppaassa käytetyt keskeiset käsitteet ja ilmaukset, eri näkymillä käytettävien otsikoiden ja hoitoprosessin vaiheen esimerkkejä sekä kertomusesimerkki.

2 Rakenteistamisen merkitys terveydenhuollossa

Hyvä tietää

Potilaskertomuksen rakenteistamisella on tarkoitus helpottaa potilastiedon kirjaamista ja hakuja sekä hoidon seurantaa. Vapaamuotoisena tekstinä kirjatun tiedon hyödynnettävyys on rajallisempaa, kun tietoa halutaan hakea nopeasti ja tarkasti tai kun tietoa yhdistellään uudella tavalla esimerkiksi toisella näytöllä tai yhteenvedolla. Rakenteisen kirjaamisen suurin hyöty tuleeekin siitä, että tietoa ei tarvitse kirjata kuin kerran ja yhteen paikkaan, minkä jälkeen se on uudelleen käytettävissä.

Potilasta tiedon rakenteisuus auttaa parantamalla tiedon laatu ja edistämällä potilasturvallisuutta, kun kirjattu tieto on käytettävissä myös toisessa organisaatioissa tai toisessa potilastietojärjestelmässä. Potilas voi vastaisuudessa osallistua hoitoon tuottamalla myös itse tietoa, jota on mahdollista hyödyntää hoidossa.

Rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa lisäksi päätöksenteon tukea esimerkiksi hoitoohjeiden muistutusten ja virhe- ja vaarailmoitusten muodossa.

2.1 Rakenteisen kirjaamisen hyöty terveydenhuollon ammattihenkilölle

Terveydenhuollon ammattihenkilön 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 ja eri potilastietojärjestelmissä. Yhteentoimivuuden näkökulmasta potilaskertomuksissa käytettävien rakenteiden ja niiden käytön tulee olla valtakunnallisesti yhteisesti sovittuja, eivätkä keskeiset potilastiedon rakenteet poikkea toisistaan eri organisaatioissa. Tästä johtuen potilaskertomustietoa voidaan käyttää ja hyödyntää eri terveydenhuollon toimipaikoissa ja organisaatioissa riippumatta siitä, kuka tiedon on tuottanut.

Tietojen hyödynnettävyyttä ovat aikaisemmin 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 jatkokäyttömahdollisuudet ovat olleet vähäisempiä.

2.2 Hyöty organisaation johdolle ja terveydenhuollon ammattihenkilöille

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 ja seurannan aikaisempaa paremmin, kun raportointia voidaan automatisoida. Samoin lakiperustaiset, valtakunnan tason 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, hoitopalautteita, hoitoilmoituksia tai lakisääteisiä rekisteri-ilmoituksia. Rakenteisen tiedon käyttö mahdollistaa lisäksi esimerkiksi 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, kun kirjaaminen samalla ohjaa noudattamaan hoitoprosessia tai hoitosuosituksia, ja kun potilaan tiedot ovat aiempaa laadukkaampia, paremmin saatavissa ja löydettävissä. Esimerkiksi hoitosuositusten parempi noudatettavuus saattaa ohjata potilaan aikaisemmin oikean hoidon pariin ja tätä kautta lyhentää hoidon kestoa. 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) ja potilas voi varmistaa kertyvän tiedon oikeellisuutta. Tulevaisuuden kehityssuunta on, että potilas voi itse tuottaa terveystietojaan esimerkiksi ennen hoitokäyntiä. Terveydenhuollon ammattihenkilö hyväksyy tällöin aina hoitopäätöksen perusteena olevat potilaan tuottamat tiedot potilaskertomukseen. Tulevaisuudessa potilaan osallistuminen sähköisen asioinnin avulla tietojen tuottamiseen voi sekä voimaannuttaa potilasta tai sitouttaa häntä paremmin hoitoon sekä parantaa hoitoprosessin joustavuutta potilaan näkökulmasta että välillisesti 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 ammattihenkilön Tiedonhallintapalveluna, joka tarjoaa keskeisten potilastietojen yhteenvedot.

Toisen palvelunantajan tai eri rekisterinpitäjän hoidossa syntyneitä potilasasiakirjoja voidaan hyödyntää organisaation toiminnassa potilaan voimassa olevalla suostumuksella. Terveydenhuollon ammattihenkilö 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 lisääntyy 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 Potilasasiakirjamerkinnät

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään (785/1992). Sosiaali- ja terveysministeriön antamassa asetuksessa potilasasiakirjoista (298/2009, jäljempänä potilasasiakirja-asetus) on säädetty potilaskertomukseen kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä. Potilasasiakirja-asetus asettaa vaatimuksia potilasasiakirjojen sisällölle. Potilasasiakirjoihin on terveydenhuollon ammattihenkilön tai hänen ohjeistuksensa mukaisesti muun hoitoon osallistuvan henkilön merkittävä potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun ja toteuttamisen seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä on käytettävä yleisesti tunnettuja ja 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 terveystilanne, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppuarvio. Sosiaali- ja terveysministeriö 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. Lisäksi *laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)*, *laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)*, *laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007)* ja *laissa viranomaisen toiminnan julkisuudesta (621/1999)* tarkennetaan potilastiedon käyttöä ja rekisterinpitäjä.

Potilasasiakirjat muodostavat henkilötietolaissa tarkoitetun 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) Potilas- tai asiakastiedon käyttö edellyttää aina asiakas- tai potilasuhdetta ja asiayhteyttä.

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 ja muutettiin 2014 (250/2014). Laki sisältää säännökset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn yleisistä vaatimuksista mm. potilastiedon käyttöä säätelevien potilaan informoinnin, suostumuksen ja kieltojen suhteen. Sen tarkoituksena on turvata näiden tietojen käytettävyys, eheys ja säilyminen sekä asiakkaan yksityisyyden suoja. Asiakastietojen käsittelylle asetettavien yleisten vaatimusten avulla luodaan perusta asianmukaiselle sähköiselle tietojenkäsittelylle, jossa edellytetään yhtenäisen tietoturvatason toteutumista kaikissa asiakkaan tietojen käsittelyn vaiheissa.

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 tietoturvallisesti. 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 tervey-

dentilasta ja hänelle tehdyistä tutkimuksista. Lain 9 §:ssä on säädetty sairaanhoitopiirin alueen kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä. Yhteisen potilasrekisterin tietojen käyttö ja luovutus-hallinta voidaan toteuttaa valtakunnallisten sähköisten palveluiden avulla. Tietojen käyttö edellyttää potilaan informointia yhteisrekisteristä, mutta se ei vaadi erillistä suostumusta. Potilas voi rajoittaa tietojensa luovuttamista kielloin nykyisessä yhteisrekisteritoteutuksessa.

Järjestämislaki eli ns. SOTE-laki¹ ei toteutunut tämän oppaan kirjoituksen aikana. SOTE-laki tulee aiheuttamaan muutostarpeita paitsi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden järjestämiseen myös suoraan esimerkiksi Terveydenhuoltolakiin yhteisrekisterin nykyisen kuvauksen osalta. Järjestämislain oikeuksien ja velvoitteiden siirtymistä tarkennetaan erillisessä voimaanpanolaissa.

Sosiaali- ja terveydenhuollon saumattoman palveluketjun kokeilulaisissa (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 Sähköinen resepti

Sähköisen reseptin toteutusta ja käyttöä ohjaa ja tarkentaa oma lainsäädäntö. Sähköinen resepti on käytössä perustuen lakiin sähköisestä lääkemääräyksestä (61/2007) sekä sellaisena kuin se on kuvattu laissa 251/2014. Paperi- tai puhelinreseptin voi jatkossa tehdä vain poikkeuksellisesta syystä, kuten sähköisen järjestelmän käyttökatkosta johtuen.

Potilaalla on oikeus kieltäytyä sähköisen lääkemääräyksen tekemisestä ilmoittamalla siitä suullisesti hoitavalle lääkkeen määrääjälle lääkemääräyksen kirjoituksen yhteydessä 1.1.2017 asti. Potilas ei voi kieltää huume- ja PKV-lääkereseptien tekemistä sähköisinä lääkemääräyksinä 1.11.2015 alkaen.

3.6 Omakanta ja Tiedonhallintapalvelu

Potilaan tiedonsaantia helpotetaan Omakanta-katseluyhteyden avulla. Potilas voi katseluyhteyden kautta katsoa keskeisiä potilastietojaan, kuten vaiheistusasetuksessa on kuvattu, ja niiden käyttöön liittyviä luovutuslokiteitoja, antaa suostumuksensa potilastietojensa käyttöön ja tehdä tietojen käyttöä rajoittavia kieltoja esimerkiksi palvelutapahtuman perusteella. Lisäksi potilas voi tehdä katseluyhteyden kautta elinluovutusta koskevan tahdonilmaisun tai hoitotahdon. Omakannassa näytettävää hoitotietoa laajennetaan vaiheittain, ja ensimmäisessä vaiheessa henkilö voi katsella Omakannasta esimerkiksi laboratoriotuloksiaan ja diagnoosejaan.

¹ Luonnos saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=10386860&name=DLFE-31223.pdf

Osana valtakunnallista arkistointipalvelua ylläpidetään lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilölle tarkoitettua Tiedonhallintapalvelua (Virkkunen et al, 2014). Tiedonhallintapalvelun toiminnallisuuteen perustuen Potilastiedon arkistosta palautetaan terveydenhuollon ammattihenkilölle keskeiset, hoidossa tarvittavat tiedot valmiiksi koostettuina yhteenvetoina ja terveys- ja hoitosuunnitelman osalta ylläpidettävänä asiakirjana. Palautetut tiedot näytetään ammattihenkilölle potilasyhteenvetonäkymällä oman potilastietojärjestelmän toteutuksen mukaisesti.

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 ammattihenkilöiden 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 (kuvi 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 , 2012 STM Turvallisen lääkehoidon opas , 2006 STM ²
Sähköisen rakenteen käyttöohje	Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma , 2011 THL
Luokituskohtaiset julkaisut	Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja , 2012 THL Tautiluokitus ICD-10 , 2011 THL ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus , 2010 Kuntaliitto THL Toimenpideluokitus , 2013 THL Psykiatrian luokituskäsi kirja , 2012 THL Psykologityön palvelutoimintojen luokitusopas , 2008 THL Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus , 2014 THL Laboratoriotutkimusnimikkeistö , 2014 Kuntaliitto Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas , 2012 THL Apuvälinepalvelunimikkeistö - opas terveydenhuoltoon Kuntoutusohjausnimikkeistö - opas sisältöön ja käyttöön Ravitsemusterapianimikkeistö - opas sisältöön ja käyttöön Jalkaterapianimikkeistö Fysioterapianimikkeistö - opas sisältöön ja käyttöön Terveyssozialityön nimikkeistö , 2007 Kuntaliitto ja Terveyssozialityöntekijät ry Toimintaterapianimikkeistö , 2003 Kuntaliitto ja Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry Musiikkiterapianimikkeistö , 2009 Suomen musiikkiterapiayhdistys ja Kuntaliitto Puheterapianimikkeistö , 2010

4.2 Keskitetyt tiedonkeruun ohjeet

Rekisteritiedon keruuseen eli hoitoilmoitustietoihin (Mölläri ja Saukkonen 2014, Hilmo 2014) 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 2015 - Määrittelyt ja ohjeistus (Mölläri ja Saukkonen 2014)
- HILMO - Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus - Määrittelyt ja ohjeistus. Voimassa 1.1.2015 lähtien (Hilmo 2014)
- Erikoissairaanhoidon hoitopääsyn opas (Häkkinen, 2013).

² THL päivittää Turvallisen lääkehoidon oppaan vuoden 2015 aikana.

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
- Erityissuojattavien tietojen kirjaamisen ohje, Tietosuojavaltuutetun toimisto
- Sosiaali- ja terveydenhuollon valvontasuunnitelmat, Valvira
- [Tietoturvaluusu suunnitelman laatiminen, Opas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille](#), STM
- [Terveydenhuollon vaaratapahtumien raportointi](#), Valvira
- [Vaaratapahtumien raportointi ja ohjeet](#), HaiPro
- Ensihoitoon liittyvät ohjeet ja kenttäjärjestelmä, KEJO

4.4 Muut terveydenhuollon ammattihenkilön oppaat

Muita kirjaamiseen liittyviä oppaita ovat esimerkiksi eri ammatillisten yhdistysten ja liittojen, kuten TEHY:n, Suomen Fysioterapeuttien, Toimintaterapeuttiliiton ja Lääkäriliiton kirjaamisen suositukset. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöille 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 ammattihenkilölle tarkoitettua Tiedonhallintapalvelun sekä kansalaiselle tarkoitettua 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 Rajapintakuvaukset
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 käytäviksi suomalaisissa potilastietojärjestelmissä.

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

5.1 Yleisiä periaatteita

Terveydenhuollon ammattihenkilö 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 kenttiin 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 yhteenvetoon. 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 tunnistus.

Käyttäjä 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 diagnoosikoodin perusteella hakea kyseiseen diagnoosiin liittyvät hoitosuositukset päätöksenteon tueksi, ehdot-

taa 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.

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 koodistoa 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 hierarkkisen 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 koodistopalvelimella³. 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.

³ www.thl.fi/koodistopalvelu

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.

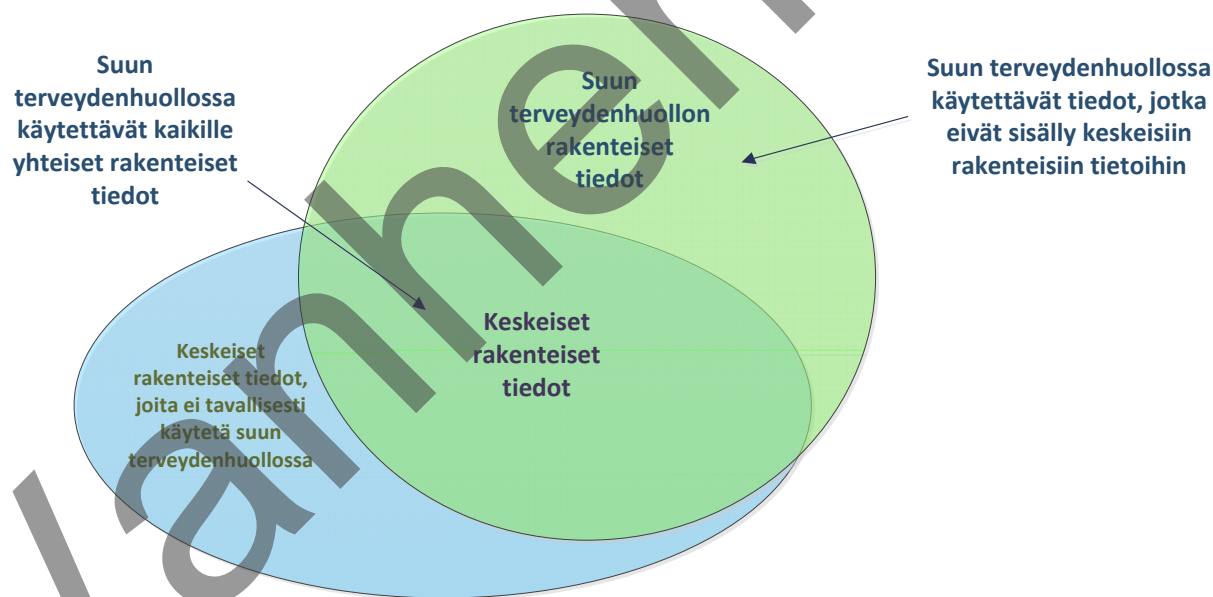
5.4 Erikoisala- ja ammattikohtaisten potilastietojen käyttö

Keskeisten potilastietojen lisäksi valtakunnallisesti on määritelty erikoisala- ja ammattikohtaisia rakenteisia tietoja. Erikoisala- ja ammattikohtaiset määrittelyt sisältävät keskeisiä tietoja tietyllä erikoisalalla tai tietyssä 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, työterveyshuollon, 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, kuntoutus- 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- ja ammattikohtaisten tietojen suhteesta. Esimerkkinä suun terveydenhuolto.

6 Sähköisen potilaskertomuksen näkymät, hoitoprosessin vaihe, otsikot ja rakenteiset tiedot

Hyvä tietää

Sähköisen potilaskertomuksen merkintöjä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin eri näkymiä käyttäen. Lääkärit käyttävät pääsääntöisesti erikoisalakohtaisia näkymiä, ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt käyttävät palvelukohtaisia tai ammatillisia näkymiä. Merkinnälle voidaan valita useita näkymiä, jolloin tiedot näkyvät kaikkien valittujen näkymien tiedoissa.

Organisaatiossa voi olla käytössä myös omia organisaatiokohtaisia näkymiä, vaikka suositus on käyttää vain valtakunnallisia näkymiä. Organisaatiokohtaiselle näkymälle kirjattu tieto tulee potilastietojärjestelmissä linkittää valtakunnallisesti määriteltyyn näkymään, ennen kuin tieto lähetetään Potilastiedon arkistoon. Tarvittavan tiedon vastaavasta valtakunnallisesta näkymästä on oltava käytössä järjestelmässä.

Hoitoprosessin vaiheella kerrotaan liittyykö käynnin kirjaus tulotilanteeseen, hoidon suunnitteluun, hoidon toteutukseen vai hoidon arviointiin. Pääsääntöisesti merkintä kirjataan yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta merkinnässä voi tarvittaessa eritellä eri hoitoprosessin vaiheisiin liittyvät tiedot. Järjestelmä voi tuottaa hoitoprosessin vaiheen automaattisesti otsikoiden perusteella.

Tekstiä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin myös käyttäen valtakunnallisia otsikoita. Tarvittaessa tarkempaa tekstin jäsentelyä voi tehdä vapaamuotoisilla lisäotsikoilla. Käytetyimmistä lisäotsikoista voidaan tuottaa suosikkilistoja, niiden käytön helpottamiseksi.

Tekstiä voi rakenteistaa edelleen käyttämällä valtakunnallisesti määriteltyjä tietorakenteita, luokituksia ja koodistoja. Jos tiedot kirjataan rakenteisesti, voidaan kirjattua tietoa helpommin käyttää uudelleen ja voidaan välttää saman asian uudelleenkirjaamisen esimerkiksi todistusta tehdessä.

Potilasasiakirjoihin (potilasasiakirja-asetus 298/2009) sisältyvät jatkuvan potilaskertomuksen lisäksi siihen liittyvät läheteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja -lausunnot, konsultaatiovastaukset ja tutkimuksen tai hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot. Myös lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat ja muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat ovat potilasasiakirjoja. Sähköisen potilaskertomuksen rakenne muodostuu eritasoisista hierarkkisista tietokokonaisuuksista, joita jäsennetään näkymien ja lisänäkymien, sekä hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla (kuvio 4). Potilaskertomustiedot kirjataan näkymien, hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden alle joko rakenteisina tietoina tai vapaana tekstinä (kuvio 8).



Kuvio 4. Sähköisen potilaskertomuksen rakenteita hierarkkisesti kuvattuna. Näkymät, hoitoprosessin vaiheet, otsikot ja rakenteiset tiedot noudattavat määriteltyjä rakenteita. Lisäotsikot ja vapaamuotoinen teksti ovat käyttäjän tuottamaa vapaata tekstiä.

6.1 Näkymät ja lisänäkömät

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

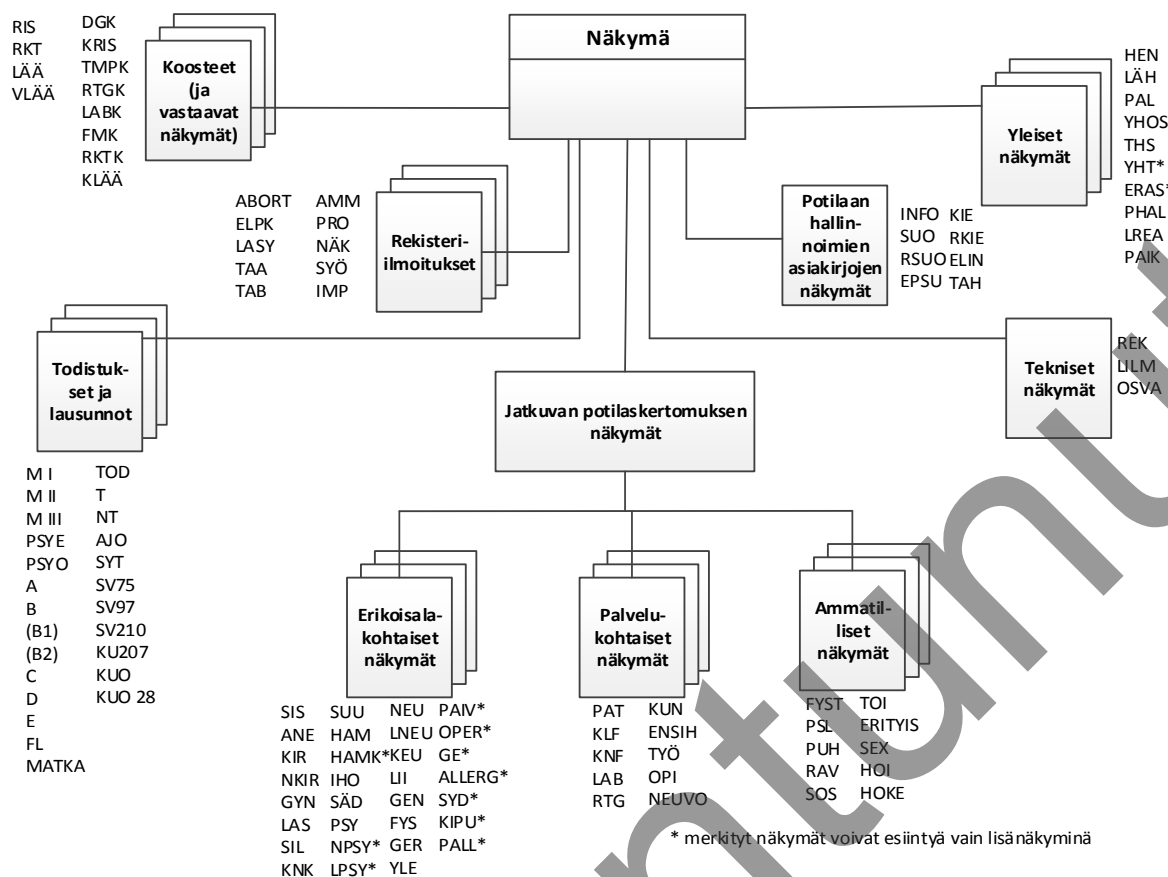
Sähköinen potilaskertomuksen näkymät voidaan jakaa jatkuvan potilaskertomuksen näkymiin, lomaketyyppisiin näkymiin, koostenäkymiin ja teknisiin näkymiin. Jatkuvan potilaskertomuksen näkymiä ovat lääketieteen erikoisalakohdittaiset, palvelukohtaiset ja ammatilliset näkymät sekä osa yleisistä näkymistä. Lomaketyyppisiä näkymiä ovat muun muassa todistukset, rekisteri-ilmoitukset, potilaan hallinnoimien asiakirjojen näkymät sekä osa yleisistä näkymistä. Koostenäkymiä ovat tiedonhallintapalvelun koosteiden näyttämiseen tarkoitettavat näkymät ja teknisiä näkymiä ovat näkymät, joita käytetään asiakirjateknisten tietojen välittämiseen potilastietojärjestelmien ja Potilastiedon arkiston välillä. (ks. kuvio 5). Ajantasainen luettelo näkymistä on julkaistu THL:n koodistopalvelimella koodistona *AR/YDIN - Näkymät*.

6.1.1 Lisänäkömät

Perinteisesti potilaskertomusmerkinnät on kirjattu aina yhdelle näkymälle. Jos sama tieto on haluttu useammalle näkymälle, sama tieto on kopioitu muille näkymille. Lisänäkömiä käytetään kolmeen eri tarkoitukseen. Niiden avulla merkintä voidaan liittää samanaikaisesti useaan näkymään tai yhteen päänäkymään liittyviä merkintöjä voidaan ryhmitellä suppeampiin osakokonaisuuksiin. Lisäksi tietyt tekniset ratkaisut on toteutettu lisänäkömäärakenteella.

Kerran kirjattu tieto voidaan lisänäkömän avulla yhdistää useaan näkymään, kun merkinnän tekijä valitsee päänäkymän lisäksi lisänäkömiä. Ensimmäiseksi kirjattu näkymä on päänäkymä ja muut valitut näkymät merkitään lisänäkömiksi. Tietoja katseltaessa pää- ja lisänäkömät eivät poikkea toisistaan, vaan merkinnät näkyvät samanlaisina kaikilla näkymillä, jotka kyseiseen merkintään on kirjattu.

Jatkuvan potilaskertomuksen näkymät, lukuun ottamatta erillisinä asiakirjoina tallennettavia näkymiä, voivat pääsääntöisesti esiintyä sekä päänäköminä että lisänäköminä. Erillisinä asiakirjoina tallennettavat näkymät, koosteet, lomaketyyppiset näkymät ja arkistoasiakirjojen näkymät, voivat esiintyä vain päänäköminä eikä niillä voi olla lisänäkömiä. Koodistopalvelimella julkaistussa *AR/YDIN - Näkymät* luokituksessa on määritelty näkömakohtaisesti, mitkä näkymät voivat esiintyä pää-, mitkä sivunäköminä ja mitkä molempina.



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

Useaan näkymään liittyvät merkinnät

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

Niiden erikoisalojen tai erityispätevyyksien näkymät, joiden hoito liittyy usein kiinteästi toisten erikoisalojen aloittamaan tai jatkamaan hoitoon, on määritelty vain lisänäkymiksi. Määrittely on tehty sen vuoksi, että samaan hoidon jatkumoon liittyvä tieto ei ”pirstaloituisi” usealle eri näkymälle, vaan tieto löytyisi aina myös hoidon jatkumisen kannalta merkitykselliseltä näkymältä. Tällaisia näkymiä ovat Päivystyksen / akuuttilääketieteen (PAIV) ja Palliatiivisen hoidon (PALL) näkymät. Näille lisänäkymille kirjattaessa kirjaaja valitsee päänäkymäksi potilaan sairauden mukaisen näkymän ja kirjaajan näkymää käytetään lisänäkymänä, esimerkiksi KIR+PAIV tai SÄD+PALL.

Moneen erikoisalaan liittyviä lisänäkymiä, ei myöskään voi käyttää päänäkymänä. Näihin näkymiin liittyvät tiedot liittyvät kiinteästi myös jonkin toisen näkymän tietoihin, esimerkiksi toimenpidekertomukset ovat aina johonkin erikoisalaan liittyviä. Tällaisten tietojen päänäkymäksi kirjaaja valitsee oman näkymänsä ja lisänäkymäksi monierikoisalaisen lisänäkymän. Tällaisia näkymiä ovat Toimenpiteet (OPER), Gastroenterologia (GE), Sydänsairaudet (SYD), Kivunhoito (KIPU) ja monen erikoisalan suppeana erikoisalana oleva Allergologia (ALLERG). Näissä tapauksissa näkymiksi kirjataan esimerkiksi KOR+OPER tai IHO+ALLERG.

Suppeiden osakokonaisuuksien merkinnät

Vaikka tavoite on, että potilaskertomuksissa käytetään vain valtakunnallisessa näkymäluokituksessa määriteltyjä näkymiä, voi terveydenhuollon organisaatioissa olla alueellisesti ja paikallisesti käytössä erilaisia näkymiä, jotka rajaavat tietokokonaisuutta valtakunnallisia näkymiä suppeammalle tasolle, esimerkiksi Sisätautien (SIS) näkymälle kuuluva paikallisesti käytetty reumatologian näkymä (REU). Kun paikallisia näkymiä käytetään, kirjataan päänäkymäksi valtakunnallisen luokituksen mukainen näkymä, johon tiedot järjestelmätasolla linkitetään, ja lisänäkymäksi paikallinen näkymä, esimerkiksi SIS+REU.

Suppeilla lisänäkymillä näkyvät tiedot näkyvät aina myös niihin liittyvällä päänäkymällä. Suppeita lisänäkymiä tulee aina käyttää samaan päänäkymään liitettynä, jotta tiedot löytyvät yhtenäisesti myös päänäkymän mukaisesti. Potilastietojärjestelmän tulisivatkin määrittellä paikallista näkymää vastaavan valtakunnallisen päänäkymän automaattisesti, jotta vastaavuus tulisi aina samalla tavalla. Valtakunnallisessa näkymäluokituksessa tällaisia lisänäkymiä ei (toistaiseksi) ole määritelty, mutta näiden määrittelyä jatkokehityksenä osaksi näkymäluokitusta selvitetään.

Teknisistä syistä määritellyt lisänäkymät

Tietyt tekniset ratkaisut on toteutettu lisänäkymärakenteella. Näitä teknisistä syistä määriteltyjä lisänäkymiä ovat HAMK, YHT ja ERAS. Hampaiston statusnäkymään (HAM) liittyvä kokonaishammasstatuksen tarkistustieto kirjataan teknisesti käyttäen lisänäkymänä HAMK-näkymää. Käyttäjälle tämä ei näy mitenkään näkymiin liittyvänä asiana. YHT- ja ERAS-näkymien käyttöä on kuvattu luvussa 6.1.5.

6.1.2 Erikoisalakohdaiset näkymät

Erikoisalakohdaiset näkymät ovat pääasiassa lääkäreiden tuottamien potilaskertomusmerkintöjen kirjaamista varten. Erikoisalakohdaisia näkymiä voidaan käyttää myös muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemillä merkinnöillä lisänäkymänä, kun tiedot on tarpeen näyttää myös erikoisalakohdaisien tietojen yhteydessä. Esimerkiksi lääkärin käynnin korvaavan hoitajalla käynnin merkintään hoitaja voi kirjata käyttämänsä päänäkymän, HOI-näkymän, lisäksi lisänäkymänä YLE-näkymän.

Lääketieteen erikoisalakohdaiset näkymät on määritelty pääasiassa *HILMO – Terveydenhuollon erikoisalakokituksen* karkeimman tason mukaan. Joiltain osin HILMO-luokituksesta on poikettu, jotta potilaan saman sairauden hoitoon liittyvät tiedot eivät tarpeettomasti jakautuisi eri näkymille esimerkiksi potilaan iän vuoksi (lasten- ja nuorisopsykiatria). Useita erikoisaloja käsittävien kertomustietojen kirjaamista varten on lisäksi määritelty omia lisänäkymiä mahdollistamaan tietojen helpompaa löytämistä (ks. luku 6.1.1.a).

Perusterveydenhuollossa näkymänä käytetään pääsääntöisesti YLE-näkymää. Esimerkiksi terveyskeskuksen lääkäri käyttää vastaanottokäynnillä pääsääntöisesti YLE-näkymää, mutta joiltain osin myös palvelukohtaisia näkymiä, esimerkiksi neuvolatoiminnan NEUVO-näkymää (ks. luku 6.1.3). Sosiaalihuoltoon, esimerkiksi kehitysvammanhuoltoon, liittyvien terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen näkymänä käytetään tilanteesta ja lääkärin erikoisalasta riippuen parhaiten sopivaa erikoisalakohdaista tai muun terveydenhuollon ammattihenkilökohdalla palvelukohtaista tai ammatillista näkymää, esimerkiksi LAS-, NEU-, YLE- tai KUN-näkymää.

6.1.3 Palvelukohtaiset näkymät

Palvelukohtaiset näkymät eivät ole ammattiryhmäkohtaisia, kuten esimerkiksi erikoisalakohdaiset tai ammatilliset näkymät, vaan ne ovat pääsääntöisesti kyseisen palvelutoiminnan kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden (myös lääkäreiden) tuottamien potilaskertomusmerkintöjen kirjaamista varten.

Palvelukohtaisiin näkymiin kuuluvat patologian (PAT), kliinisen fysiologian (KLF), kliinisen neurofysiologian (KNF), laboratorion (LAB) ja radiologian (RTG) erikoisalojen näkymät. Näillä erikoisaloilla ei ole varsinaista hoitovastuuta potilaan hoidosta ja ne tuottavat palveluja potilaasta hoitovastuussa oleville erikoisaloille. Näitä näkymiä käytetään, kun tehdään näille erikoisaloille kuuluvien tutkimusten tutkimuspyyntöjä tai läheteitä, tai kirjataan näiden erikoisalojen tutkimusten vastauksia tai lausuntoja

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

Ensihoidon näkymä (ENSIH) on ensihoitopalveluun kuuluvien potilaskertomustietojen kirjaamisessa käytettävä näkymä. Näkyä käytetään sekä ensihoitajien että ensihoitolääkäreiden merkinnöillä.

Neuvolatoiminnan, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä työterveyshuollon näkymiä (NEUVO, OPI ja TYÖ) käytetään pääasiassa terveyttä edistävän ja sairauksia ennaltaehkäisevän terveydenhuollon toiminnoissa. NEUVO-näkyä tehdään perhetyön kirjaukset, jos ne tehdään neuvolatoiminnan osana. Perusterveydenhuollossa toimiva erikoislääkäri voi käyttää oman alansa erikoisalakohtaista näkyä lisänäkyinä toimiessaan neuvolassa erikoisalansa mukaisessa roolissa.

Kun neuvolakäynnillä tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnillä hoidetaan sairautta, käytetään lisänäkyinä YLE- tai erikoisalakohtaista näkyä – tai hoitajien kirjauksissa HOI-näkyä. Myös jos terveyskeskuksessa tai esimerkiksi opiskelijaterveydenhuollossa hoidetaan selvästi neuvolatoimintaan liittyvää asiaa, esimerkiksi annetaan ehkäisyn aloittamiseen liittyvää ohjausta, käytetään NEUVO-näkyä lisänäkyinä.

Työterveyshuollossa vakiintunut käytäntö on ollut kirjata kaikkien ammattiryhmien kaikki, myös sairaanhoidolliset, käynnit TYÖ-näkyä, jotta työterveyshuollon tiedot voidaan erotella muista tiedoista. Ammatillisia tai erikoisalakohtaisia näkymiä voi tarvittaessa käyttää lisänäkyinä, jos tieto on oleellista näkyä myös näissä kokonaisuuksissa. Kun työterveyshuolto pyytää konsultaatiota työterveyshuollon ulkopuolelta, kirjataan konsultaatiovastaus konsultaation antajan omalle näkyä ja TYÖ-näkyä lisänäkyä. Jos potilas hakeutuu työterveyslääkärin yksityispotilaaksi, käynti ei enää ole työterveydenhuoltoa, eikä sitä kirjata TYÖ-näkyä. Työterveyshuollon näkyä käyttöä käsitellään yksityiskohtaisemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaan toisessa osassa.

6.1.4 Ammatilliset näkymät

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

Kuntoutus- ja erityistyöntekijät tekevät merkinnät pääsääntöisesti omille ammatillisille näkyä (tai palvelukohtaisille näkyä kuten esimerkiksi kuntoutusohjaajien ja apuvälineasiantuntijoiden merkinnät), mukaan lukien päivittäismerkinnät. Lisänäkyä he voivat soveltuvin osin käyttää erikoisala- tai palvelukohtaisia näkymiä tai HOKE-näkyä. Kuntoutusta koskevia hoito-ohjeita ja muita vastaavia hoitohenkilöstölle keskeisiä viestejä voidaan kuitenkin tarvittaessa kirjata erikseen HOKE-näkyä. Työterveyshuollossa toimivat tyofysioterapeutit ja muut vastaavat ammattihenkilöt käyttävät päänäkyä TYÖ-näkyä ja lisänäkyä soveltuvaan ammatillista tai erikoisalakohtaista näkyä. Työterveyshuollossa lähinnä konsultaatioluontoisia palveluita toteuttavat kuntoutus- ja erityistyöntekijät, jotka toimivat pääsääntöisesti muualla kuin työterveydessä, käyttävät päänäkyä omia ammatillisia tai palvelukohtaisia näkymiä ja lisänäkyä TYÖ-näkyä.

Erityisalojen ammatillista näkyä (ERITYIS) käytetään kirjattaessa niihin ammatillisiin palveluihin kuuluvia potilaskertomustietoja, jotka liittyvät jalkaterapiapalveluun tai muiden sellaisten erityistyöntekijäryhmien antamaan palveluun, joilla ei ole omaa ammatillista näkyä (kuntoutus, terapia, ohjaus, muu erityispalvelun suunnittelu ja toteuttaminen).

Seksuaaliterapia näkymä (SEX) on tullut uutena näkymänä 2015. Sitä käytetään seksuaaliterapiaan ja seksuaalivouktaan liittyvien potilaskertomustietojen kirjaamisessa. Näkymä on tarkoitettu erityissuojattavaksi näkymäksi, mutta erityissuojaus edellyttää muutosta potilasasiakirja-asetukseen (298/2009, 4§ 3.mom.), ja erityissuojattavuus voidaan toteuttaa vasta asetusmuutoksen jälkeen.

Hoitajien yhteenvedotasetiedot, esimerkiksi hoitotyön yhteenvedot ja hoitohenkilökunnan itsenäisesti pitämän vastaanoton kirjaukset, tehdään HOI-näkymälle lukuun ottamatta neuvola sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa toimivia hoitajia, jotka käyttävät NEUVO- ja OPI-näkymiä. Lääkärillä käyntiä korvaavien hoitajan vastaanottojen kirjauksissa sekä hoitotyön yhteenvedon kirjauksissa hoitajat käyttävät lisänäkymänä kyseisen erikoisalan näkymää (esim. HOI+SIS). Tällöin myös nämä tiedot saadaan näkymään kyseisen erikoisalan tietojen yhteydessä.

Hoitotyön päivittäismerkinnöissä käytetään Hoitokertomus näkymää (HOKE). HOKE-näkymälle tallennetaan potilaan hoitoon liittyvät päivittäismerkinnät hyödyntäen ammattiryhmien omia termistöjä ja vapaamuotoista tekstiä. Terveystenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat hoitokertomukseen myös potilaan hoitosuunnitelman. HOKE-näkymä on tarkoitettu rakenteisen kirjaamisen näkymäksi. HOKE-näkymälle voidaan kirjata päivittäismerkintöjä myös yleisen potilaskertomusrakenteen mukaisesti otsikoituna tekstinä. Hoitokertomuksen käyttöä käsitellään yksityiskohtaisemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaan toisessa osassa.

6.1.5 Yleiset näkymät

Yleiset näkymät ovat lääketieteen erikoisalasta riippumattomia yleisiä potilastiedon kokonaisuuksia. Yleistä näkymistä henkilötietonäkymä ja liikuntaresepti ovat lomaketyyppisiä näkymiä, muut ovat jatkuvan potilaskertomuksen näkymiä.

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

Palaute näkymää (PAL) käytetään, kun toteutetusta hoidosta kirjattuja tietoja kootaan hoitopalautteeksi läheteen tehneelle tai jatkohoidosta vastaavalle taholle lähetettäväksi. Hoitopalaute sisältää lääkärin tekemän loppuarvion sekä hoitotyön yhteenvedon. Hoitopalaute voi koostua vain näistä toisesta ja ne voidaan lähettää tarvittaessa myös erikseen omina hoitopalautteina.

Ylläpidettävä terveys- ja hoitosuunnitelma näkymää (YHOS) käytetään potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen yhteisymmärryksessä laatimaan potilaan terveyden parantamiseen ja ylläpitämiseen tähtäävien hoitojen ja toimenpiteiden suunnitelman rakenteisessa kirjaamisessa. Terveys- ja hoitosuunnitelma on Tiedonhallintapalvelun kautta ylläpidettävä asiakirja, joka on tarkoitettu potilaan kaikkien avohoitoon ja kuntoutukseen liittyvien suunnitelmien kokoamiseen yhdelle asiakirjalle – erityisesti potilaille, joilla on monia terveysongelmia. Näkymää ei ole tarkoitettu osastohoitojakson sisäisten hoitosuunnitelmien kirjaamiseen. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa on käsitelty tarkemmin luvussa 19.

Ennen ylläpidettävän rakenteisen terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönottoa, terveys- ja hoitosuunnitelma voidaan kirjoittaa myös vapaana tekstinä. Koska YHOS-näkymä rakenteeltaan Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävä asiakirja, vapaana tekstinä kirjattavan terveys- ja hoitosuunnitelman näkymänä käytetään THS-näkymää. Kun ylläpidettävä rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma saadaan käyttöön, ei vapaamuotoista THS-näkymää enää tulisi käyttää.

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

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

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

Erillinen asiakirja näkymää (ERAS) käytetään lisänäkymänä kun kirjataan toisen henkilön itsestään tai omasta elämäntilanteestaan kertomia, yksityiskohtaisia arkaluonteisia asioita, jotka kirjataan potilaan elämäntilanteen kartoittamisen tai muun vastaavan syyn vuoksi ja ovat potilaan hoidon kannalta tarpeellisia. Tiedot näkyvät terveydenhuollon ammattilaisille potilaskertomuksissa muiden tietojen tavoin, mutta potilaan katsoessa tietoja Omakannan kautta tiedot eivät näy. Merkinnöistä tulee ilmetä, ketä yksilöityä henkilöä tiedot koskevat (vrt. Potilasasiakirja-asetus 298/2009, 7 § ja 2. momentti). Toisen henkilön kolmannesta henkilöstä kertomien tietojen tai potilaan toisesta henkilöstä kertomien tietojen kirjaamisessa, ei käytetä ERAS-näkymää, vaan tiedot kirjataan normaalin potilaskertomuksen tavoin. Tällaisia tietoja ovat esimerkiksi lapsen vanhemmista kertomat tiedot tai äidin isästä kertomat tiedot lapsen hoitoon liittyen. Näiden tietojen kirjaamisessa on käytettävä erityistä harkintaa, sillä ne ovat myös potilaan nähtävissä Omakannan kautta. Näiden tietojen kirjaamista ohjeistetaan Potilasasiakirjaoppaassa (STM 2012).

6.1.6 Koosteet

Koosteet ovat Tiedonhallintapalvelussa muodostettuja ja potilasyhteenvedolla näytettäviä tietokokonaisuuksia, joihin kootaan potilaan hoidon kannalta keskeisiä rakenteisia tietoja. Koosteita sellaisenaan ei tallenneta Potilastiedon arkistoon, vaan koostenäkymien tiedot kootaan potilasasiakirjoille tallennetuista rakenteisista tiedoista. Kullakin koosteella (diagnoosit, riskitiedot, toimenpiteet, kuvantamistutkimukset, laboratoriotutkimukset, fysiologiset mittaukset, rokotukset ja lääkitys) on oma näkymänsä, jolla tiedot sidotaan omaan tietokokonaisuuteensa. Koosteet kokoavat samaan tietokokonaisuuteen, esimerkiksi diagnooseihin, liittyvät jatkuvaan potilaskertomukseen kirjatut rakenteiset tiedot yhteen riippumatta siitä, mihin näkymään ne on kirjattu. Koosteet korvaavatkin jatkossa potilaskertomuksissa aiemmin vastaavat, käsin ylläpidetyt, listat kuten diagnoosilistan.

Koosteilla olevia rakenteisia tietoja, voi käyttää uusien rakenteisten kirjausten pohjana, silloin kuin vastaavaa tietoa kirjataan uudelleen, esimerkiksi potilaan pysyvää diagnoosia käyntidiagnoosin tai käyntisyyn kirjaamisessa. Uuden merkinnän pohjaksi koosteilta poimimaansa tietoa käyttäjä voi potilastietojärjestelmässä poimimisen jälkeen muokata ennen tiedon tallentamista, jos tieto vaatii päivittämistä. Vanhoista tiedoista poimimalla kirjattu tieto linkittyy pääsääntöisesti samalla aiempaan merkintään. Esimerkiksi diagnoosien ja riskitietojen tarkentumiset ja päättymiset voidaan kirjata näin.

Koosteiden käyttö edellyttää aina potilaan tietojen luovutukseen antamaa suostumusta, ja ilman suostumusta Tiedonhallintapalvelun koosteita ei voida käyttää. Potilastietojärjestelmä voi kuitenkin näyttää oman organisaation tiedot vastaavalla näytöllä samaan tapaan kuin Tiedonhallintapalvelun koosteet. Silloin näytöllä tulisi olla myös tieto siitä, että tiedot ovat vain oman organisaation tietoja. Myös potilaan mahdollisesti tekemät luovutuskiekkot vaikuttavat koosteiden sisältöön, sillä luovutuskiekkotien alaisia tietoja ei näytetä myöskään koosteilla.

Koosteiden käsittelyä on kuvattu Tiedonhallintapalvelun määrittelyssä (Virkkunen et al, 2014) ja niiden tietosisällöt ovat ladattavissa THL:n koodistopalvelimella. Edellä mainitut julkaisut on kuvattu lähinnä tietojärjestelmien toiminnan näkökulmasta mutta niissä on osittain sivuttu myös kirjaamisnäkökulmaa.

6.1.7 Lomaketyyppiset näkymät

Lomaketyyppiset näkymät on tehty tiedon esittämiseksi määrämuotoisesti tietyn tietosisällön mukaisesti. Lomaketyyppisiä näkymiä käytetään mm. todistuksilla ja lausunnoilla sekä viranomaisrekistereihin tehtävissä rekisteri-ilmoituksissa. Myös potilaan tekemät tahdonilmaisut, suostumukset potilastietojen luovutukseen ja luovutuskiekkot ovat lomaketyyppisiä näkymiä.

Lomakkeilla olevia tietoja ei suoraan voi linkittää jatkuvaan potilaskertomukseen, eikä niihin kirjattuja rakenteisia tietoja poimita Tiedonhallintapalvelun koosteisiin. Potilastietojärjestelmissä voi kuitenkin olla toiminnallisuuksia, joilla koosteilla tai jatkuvassa potilaskertomuksessa olevia rakenteisia tietoja voi kopioida lomakkeille tai lomakkeilla olevia tietoja voi hyödyntää jatkuvan potilaskertomuksen kirjauksissa.

6.1.8 Tekniset näkymät

Näkymäluettelossa on lisäksi joitain teknisiä näkymiä, joita potilastietojärjestelmät tarvitsevat Potilastiedon arkiston hyödyntämiseen. Terveystietojärjestelmien ammattihenkilöiden ei tarvitse käyttää niitä, eivätkä ne yleensä näy potilastietojärjestelmien käyttäjille. Tällaisia ovat esimerkiksi rekisteröinti- ja luovutusilmoitusasiakirjat (REK ja LILM).

6.1.9 Erityissuojatut näkymät

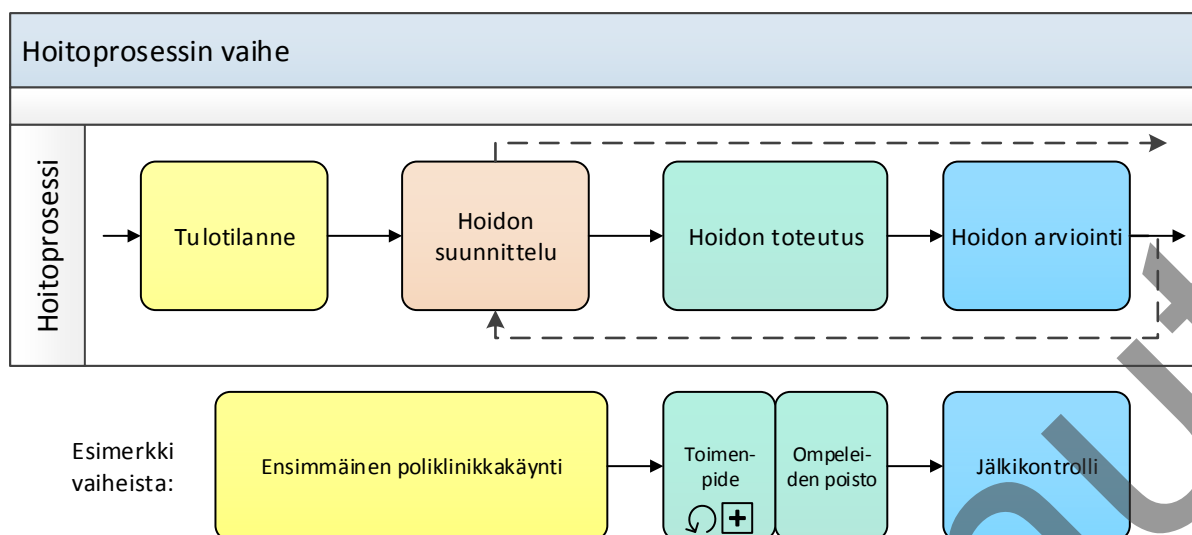
Erityissuojattuja merkintöjä ovat potilasasiakirja-asetuksen (298/2009) 4 §:n mukaan psykiatrian ja perinnöllisyyslääketieteen päivittäis- ja yhteenvetomerkinnät. Erityissuojaus on toteutettu merkinnän näkymätietoa hyödyntäen ja merkinnät, joiden päänäkymäksi on kirjattu (PSY tai GEN) ovat määritelty erityissuojattaviksi. Erityissuojaus kattaa myös näiden mahdolliset lisänäkymät. Suojaus ei kuitenkaan koske tietoja lääkityksestä tai kriittisistä riskeistä. STM:n linjauksen (12/2014) mukaisesti asetuksella säädettyä erityissuojattavuuden laajuutta on mahdollista tarkistaa ja THL:n on tarkoitus tehdä selvitys erityissuojattavuuden muutostarpeista keväällä 2015⁴.

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.

6.2 Hoitoprosessin vaihe

AR/YDIN - *Hoitoprosessin vaihe*-luokituksen sisältyvät *tulotilanne*, jossa hoidon tarve määritellään, *hoidon suunnittelu*, *hoidon toteutus* ja *hoidon arviointi* (ks. kuvio 6). Hoitoprosessin vaihe kuvaa hoidon pääasiallista vaihetta potilaan näkökulmasta. Kunkin prosessin vaiheen sisällä voi olla useita ammattikohtaisia prosesseja, joissa hoitoon osallistuva terveydenhuollon ammattihenkilö tekee jatkuvaa hoidon suunnittelua ja arviointia.

⁴ Potilasasiakirja-asetukseen ollaan esittämässä erityissuojattavuutta myös Seksuaaliterapia näkymälle. Erityissuojattavuuden teknisen toteutuksen mallia pyritään muuttamaan erilliseen lisänäkymään perustuvaksi 2016-2017.



Kuvio 6. Hoitoprosessin vaiheet ja niiden esimerkkinä leikkausepotilaan 4 käynnin kokonaisuus, joista 1. käynnillä hoitoprosessin vaiheena on kirjattu tulotilanne, 2. ja 3. käynnillä hoidon toteutus ja 4. käynnillä hoidon arviointi.

Merkinässä tulee olla aina tieto hoitoprosessin vaiheesta. Hoitoprosessi on jatkumo hoidon suunnittelusta sen arviointiin ja edelleen tarvittaessa uuden hoidon suunnitteluun. Yksi merkintä kirjataan yleensä yhteen potilaan hoitoprosessin vaiheeseen, mutta jos merkintä jakautuu selkeästi hoitoprosessin eri vaiheisiin, voi merkinässä käyttää useampiakin hoitoprosessin vaiheita.

Kaikki hoitoprosessin vaiheet voivat toteutua yhden käynnin aikana. Silloin vaiheita ei tarvitse käytännössä erotella kirjatessa, vaan merkintä voidaan tehdä käyttäen yhtä prosessin vaihetta, esimerkiksi hoidon toteutusta. Prosessin vaihetta ei tarvitse muuttaa, vaikka hoidon toteutusvaiheen käynnin kirjauksessa käytettäisiinkin esimerkiksi Suunnitelma-otsikkoa. Merkinässä voi kuitenkin käyttää useampaa hoitoprosessin vaihetta silloin, kun se on tarpeellista. Toisaalta, jos esimerkiksi jälkikontrollissa todetaan hoitoa vaativa haittavaikutus, joka vaatii hoitoa eri ammattihenkilöiden toimesta, muuttuu hoidon syy tältä osin jatkossa haittavaikutuksen hoidoksi ja näiden käyntien hoitoprosessin vaihe kirjataan haittavaikutuksen hoidon vaiheen mukaiseksi.

Hoitoprosessin vaiheen avulla voidaan seurata kuinka potilaan hoito on toteutunut. Hoitoprosessin vaiheen kirjaamisen avulla keskeiset potilastiedot saadaan liitettyä hoitoprosessin vaiheeseen. Tällöin potilastietoja haettaessa voidaan hakuja rajata esimerkiksi tulotilanteeseen liittyviin tietoihin. Esimerkkejä eri hoitoprosessin vaiheen alle kirjattavista asiakokonaisuuksista on koottu taulukkoon 3.

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

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

Taulukko 3. Hoitoprosessin vaiheiden alle kirjoitettavia asiakokonaisuuksia.

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

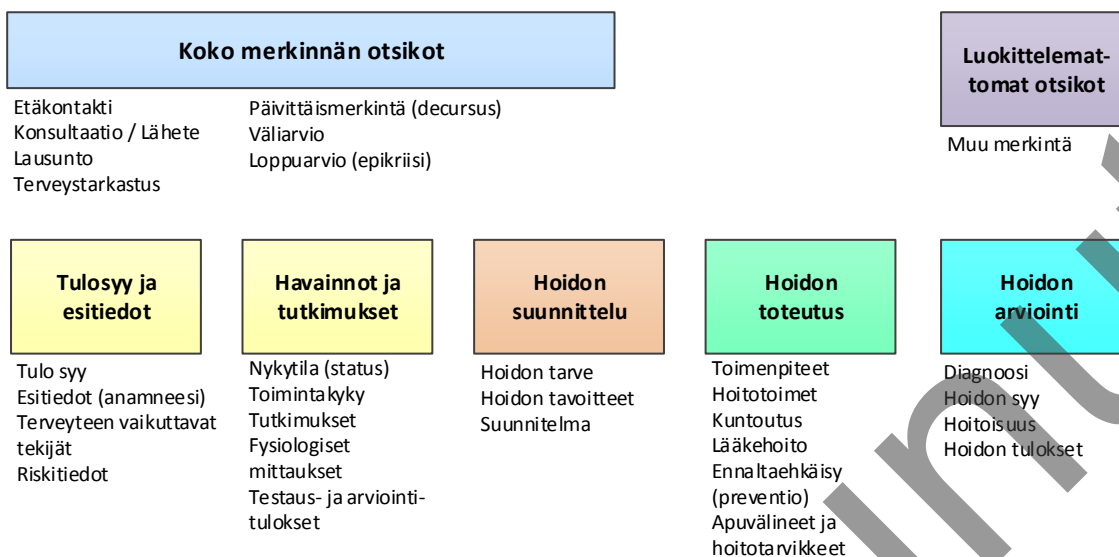
6.3 Otsikot ja lisäotsikot

Hoitoprosessin vaiheen lisäksi tekstiä jäsenetään otsikoiden avulla asiaryhmiin ja sidotaan asiayhteyteen. Otsikoiden käyttö auttaa hahmottamaan mitä asioita tekstin siinä osassa käsitellään. Otsikoiden alle kirjaan kyseiseen asiayhteyteen liittyvää tietoa vapaamuotoisena tekstinä sekä hyödyntäen keskeisiä rakenteisia tietoja. Jäsentämisen lisäksi otsikoita voidaan käyttää hakutekijänä etsittäessä tiettyyn asiayhteyteen liittyviä tietoja.

Valtakunnallisten otsikoiden määrä on tarkoituksellisesti suppea, jotta niiden avulla tietoja voi ryhmitellä yhdenmukaisesti ja siten käyttää niitä yhtenäisinä hakutekijöinä. Tekstin lukemisessa käytettävään jäsentelyyn valtakunnallinen otsikosto ovat monissa tapauksissa liian karkea ja niitä voidaan tarkentaa lisäotsikoilla (ks. luku 6.3.2). Otsikoiden luokitus on julkaistu Koodistopalvelimella nimellä AR/YDIN - *Otsikot*.

Otsikoita käytetään jäsentämään merkinnän tekstiä asiakokonaisuuksittain, esimerkiksi *Esitiedot*, *Nykytila(status)*, *Suunnitelma*. Merkinnällä tulee aina olla ainakin yksi otsikko, muuten otsikoiden määrää merkinnässä ei ole rajoitettu. Otsikot voidaan ryhmitellä loogisesti kuuteen ryhmään hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti (tulotilanne jaettu lisäksi kahteen alaryhmään): Hoidon syy ja esitiedot, Havainnot ja tutkimukset (Tulotilanne), Hoidon toteutus, Hoidon arviointi, Hoidon suunnittelu ja Luokittelemattomat otsikot (Määrittelemätön). Lisäksi osa otsikoista sopii paremmin koko tekstin otsikoiksi ja niitä käytetään yleensä merkinnän ensimmäisenä otsikkona, jonka alle kirjataan vain hoitajakson tai käynnin ajankohta. Ryhmittely on esitetty kuviossa 7. Ryhmittely on vain suuntaa antava, sillä otsikot eivät kategorisesti kuulu vain yhteen vaiheeseen vaan useimpia niistä voi käyttää useammassa hoitoprosessin vaiheessa. Otsikoiden käyt-

töä eri hoitoprosessin vaiheissa on kuvattu taulukossa 4. Teknisesti kaikki otsikot ovat täysin samantasoisia ja lopullinen valinta otsikoiden käyttämisestä on kirjaajalla itsellään.



Kuvio 7. Otsikot voidaan ryhmitellä loogisesti kuuteen ryhmään hoitoprosessin vaiheita vastaavasti. Lisäksi osa otsikoista sopii koko tekstin otsikoiksi, ja niitä käytetään yleensä merkinnän ensimmäisenä otsikkona.

6.3.1 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. Ne ovat rakenteeltaan vapaata tekstiä, joten merkinnän tekijä voi kirjoittaa tarkentavan otsikon vapaasti. Ne ovatkin tarkoitettu tekstiä luettaessa jäsentämään tekstiä valtakunnallisia otsikoita tarkemmin. Hakutekijöiksi ne eivät vapaan tekstin muotoisina sovellu.

Organisaatiot tai potilastietojärjestelmät voivat halutessaan määritellä omia suositeltavia lisäotsikkolistoja ja käyttää näitä järjestelmissä fraasien tavoin. Mahdollinen listojen käyttö ei kuitenkaan estä myös muiden lisäotsikoiden käyttöä. Kuviossa 8 on esitetty myös lisäotsikoiden käyttöä.

6.3.2 Valtakunnallisten otsikoiden käyttäminen

Otsikoiden alle voidaan kirjata sekä vapaata tekstiä että rakenteista tietoa. Rakenteisten tietojen kirjaamista käsitellään tarkemmin kunkin rakenteisen tiedon luvussa.

Valtakunnallisten otsikoiden määritelmät on kuvattu koodistopalvelimella julkaistussa *AR/YDIN - Otsikot*-luokituksessa. Taulukossa 4 kuvataan eri otsikoiden käyttöä eri hoitoprosessin vaiheissa.

Taulukko 4. Otsikoiden ohjeellinen käyttö eri hoitoprosessin vaiheissa. (Ei estä otsikoiden käyttöä muissa hoitoprosessin vaiheissa jos se on perusteltua.)

Otsikko	Tulo-tilanne	Hoidon suunnittelu	Hoidon toteutus	Hoidon arviointi	Määrittelemätön
”Koko tekstin” otsikot					
Etäkontakti		(x)	x	(x)	
Konsultaatio / Lähetä		x		x	
Lausunto					x
Terveystarkastus			x	(x)	
Päivittäismerkintä (decursus)			x	(x)	
Väliarvio				x	
Loppuarvio (epikriisi)				x	
Tulosy ja esitiedot					
Tulosy	x				
Esitiedot (anamneesi)	x				
Terveysteen vaikuttavat tekijät	x				
Riskitiedot					x
Havainnot ja tutkimukset					
Nykytila (status)	x				
Toimintakyky	x			x	
Tutkimukset		(x)	x		
Fysiologiset mittaukset		(x)	x		
Testaus- ja arviointitulokset		(x)	x		
Hoidon suunnittelu					
Hoidon tarve	(x)	x		(x)	
Hoidon tavoitteet		x			
Suunnitelma		x		(x)	
Hoidon toteutus					
Toimenpiteet		(x)	x		
Hoitotoimet		(x)	x		
Kuntoutus		(x)	x		
Lääkehoito	(x)	(x)	x		
Ennaltaehkäisy (preventio)			x		
Apuvälineet ja hoitotarvikkeet	(x)	(x)	x		
Hoidon arviointi					
Diagnoosi				x	
Hoidon syy				x	
Hoitoisuus	(x)			x	
Hoidon tulokset				x	
Luokittelemattomat otsikot					
Muu merkintä	(x)	(x)	(x)	(x)	x

”Koko merkinnän” otsikot

Etäkontakti

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

Konsultaatio / Lähetä

Otsikkoa käytetään sisäisten läheteiden, konsultaatiopyyntöjen ja konsultaatiovastausten otsikkona. Lisäotsikolla on suositeltavaa täsmentää, onko kyseessä sisäinen lähetä, konsultaatiopyyntö vai konsultaatiovastaus. Lisäksi tekstiä on suositeltavaa jäsentää muita otsikoita käyttäen. Lähetteellä ja konsultaatiopyynnöllä tulee kirjata riittävät tiedot potilaan esitiedoista, tehdyistä tutkimuksista ja annetuista hoidoista, potilaan statuksesta, ongelmana olevan taudin kulusta ja kysymyksen asettelusta. Konsultaatiovastaukseen tulee kirjata konsultaation yhteydessä tehtyjen tutkimusten ja arvioiden tiedot tai yhteenveto, asetettujen kysymysten osalta potilaan tilan ja hoidon arvio sekä jatkohoidon suunnitelma.

Lausunto

Otsikkoa käytetään ulkopuolisille tahoille tai organisaation sisäiseen käyttöön tehtyjen lausuntojen ja todistusten otsikkona. Monet lausunnot kirjataan omilla *AR/YDIN-näkymät* luokituksen mukaisilla lomakerakenteilla. Näille käyttäjän ei tarvitse kirjata otsikkoa, vaan potilastietojärjestelmä tekee sen automaattisesti. Vapaana tekstinä tuotettaville lausunnoille on suositeltavaa lisäotsikolla täsmentää, millaisesta lausunnosta on kyse. Lisäksi vapaamuotoisia laununtoja on suositeltavaa jäsentää muita otsikoita käyttäen.

Tieto erillisestä lausunnosta voidaan kirjata kertomustekstiin jatkuvan kertomuksen näkymälle Lausunto otsikon alle. Jos todistus tehdään samalla kertaa, löytyy se palvelutapahtuman perusteella. Jos lausunto on tehty eri kerralla, lausunnon löytämisen helpottamiseksi otsikon alle on suositeltavaa kirjata myös päivämäärä, jolloin lausunto on tehty.

Myös tieto muista kuin potilasasiakirjoina tehtävistä lausunnoista, kuten merkinnät poliisin virka-apupyntöihin liittyvistä lausunnoista ja muista toisille viranomaisille tai vakuutusyhtiöille annetuista ilmoituksista ja lausunnoista, esimerkiksi lastensuojeluilmoitukset, voidaan kirjata Lausunto otsikon alle. Näitä laununtoja tai ilmoituksia ei kuitenkaan tallenneta potilaskertomukseen, vaan ne toimitetaan kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa niiden arkistoinnista.

Terveystarkastus

Otsikkoa käytetään jatkuvaan potilaskertomukseen kirjattavien terveystarkastusten otsikkona. Lisäotsikolla on suositeltavaa täsmentää, millaisesta terveystarkastuksesta on kyse. Lisäksi tekstiä on suositeltavaa jäsentää muita otsikoita käyttäen.

Monia terveystarkastuksia varten on olemassa omia lomakerakenteita, joilla annetaan lausunto terveystarkastuksen tuloksesta, esimerkiksi Nuorison terveystarkastus. Näillä lomakkeilla käytetään otsikkona Lausuntoa. Käyttäjän ei tarvitse kirjata otsikkoa lausuntolomakkeille, vaan potilastietojärjestelmä tekee sen automaattisesti.

Terveystarkastuksissa tulee kirjata tarkastuksessa ilmenneet löydökset ja tutkimustulokset ja ongelmat, jatkotoimien tavoitteet ja tarve sekä jatkohoidon ohjeet. Tarkastukseen liittyvät rakenteiset tiedot kirjataan kyseisiä rakenteita käyttäen.

Päivittäismerkintä (decursus)

Otsikkoa käytetään pääasiassa potilaan osastohoidon tai sen kaltaisen hoidon aikaisten päivittäismerkintöjen (Decursus-merkintöjen) otsikkona, mutta otsikkoa voi käyttää myös avohoidossa lyhyiden hoidon tai sairauden kulun merkintöjen tekemiseen. Otsikkoa käyttävät pääasiassa lääkärit, mut-

ta sitä voi käyttää myös muut ammattihenkilöt, silloin kun merkintöjä ei tehdä rakenteisen hoitokertomuksen päivittäismerkintöinä. Merkinnot ovat yleensä lyhyitä, eikä niillä ole tarpeen käyttää muita otsikoita. Muita otsikoita voi kuitenkin käyttää lisänä tarvittaessa. Tehtäessä yhteenvetoa tapahtuneesta hoidosta, käytetään otsikkoa Väliarvio.

Väliarvio

Otsikkoa käytetään potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon tai kuntoutuksen jatkuessa tehtävien yhteenvetomerkintöjen otsikkona. Merkinnot tulee kirjata miltä ajalta yhteenveto on tehty ja tekstiä tulee jäsentää muita otsikoita käyttäen.

Väliarvio kirjataan mm. potilaan hoitovastuun siirtyessä osastolta tai tilapäisesti erikoisalalta toiselle saman organisaation sisällä. Lisäksi väliarvio tulee pitkäaikaishoidossa tehdä vähintään 3 kk välein tai aina potilaan tilanteen oleellisesti muuttuessa. Potilaan hoitovastuun siirtyessä toiseen organisaatioon tai pysyvästi erikoisalalta toiselle, tulee kirjata loppuarvio. Tehtäessä lyhyitä merkintöjä lyhyen aikavälin hoidon tai sairauden kulusta, käytetään otsikkoa Päivittäismerkintä (decursus).

Väliarviossa kirjataan yhteenveto hoidon, kuntoutuksen tai terapian aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta oleellisesta kehityksestä ja muutokset esitettyihin tai aiempaan väli- tai loppuarvioon nähden. Yksityiskohtaisia tietoja tai yksittäisiä rakenteisia tietoja ei väliarviolle kirjata kuin perustelluissa poikkeustapauksista, yleensä yhteenveto asioista on riittävä. Kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa, esimerkiksi tehtyä toimenpidettä ei kirjata uutena rakenteisena tietona, ellei sitä ole mahdollista linkittää alkuperäiseen merkintään (ks. mm. luku 13.1). Voimassa olevasta lääkityksestä väliarviolle voidaan kopioida yhteenveto, mutta rakenteinen ajantasainen lääkitystieto ylläpidetään lääkitysosiossa.

Loppuarvio (epikriisi)

Otsikkoa käytetään potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon, esimerkiksi psykiatrisen päiväsairalajakson tai kotihoitajakson, päättyessä yhteenvetomerkintöjen otsikkona. Merkinnot tulee kirjata miltä ajalta yhteenveto on tehty ja tekstiä tulee jäsentää muita otsikoita käyttäen.

Loppuarvio kirjataan myös potilaan hoitovastuun siirtyessä toiseen organisaatioon tai pysyvästi erikoisalalta toiselle. Tehtäessä lyhyitä merkintöjä lyhyen aikavälin hoidon tai sairauden kulusta, käytetään otsikkoa Päivittäismerkintä (decursus).

Loppuarviossa kirjataan yhteenveto hoidon, kuntoutuksen tai terapian kulusta, lopputuloksesta, mahdollisista poikkeavuuksista ja potilaan tilasta hänen poistuessaan hoitoyksiköstä. Yksityiskohtaisia tietoja tai yksittäisiä rakenteisia tietoja ei loppuarviolle kirjata kuin perustelluissa poikkeustapauksista, yleensä yhteenveto asioista on riittävä. Kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa, esimerkiksi tehtyä toimenpidettä ei kirjata uutena rakenteisena tietona, ellei sitä ole mahdollista linkittää alkuperäiseen merkintään (ks. mm. luku 13.1). Voimassa olevasta lääkityksestä väliarviolle voidaan kopioida yhteenveto, mutta rakenteinen ajantasainen lääkitystieto ylläpidetään lääkitysosiossa.

Hoidon syy ja esitiedot (Tulotilanne)

Tulosyy

Otsikon alle kirjataan lyhyesti potilaan hoitoon hakeutumisen syy. Potilaan itse kertoma tulosyy kirjataan vapaana tekstinä siten kuin potilas asian kuvaa. Tulossyn kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 9. (ks. myös otsikko Hoidon syy)

Esitiedot (anamneesi)

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

muista ongelman kannalta huomioon otettavista sairauksista tai lääkeshoidoista, samoin kuin sairautteen tai hoitoon mahdollisesti vaikuttavat tiedot elinympäristöstä ja elämäntilanteesta. Esitietoja voi jäsentää tarkemmin esimerkiksi lisäotsikoilla Nykysairaus, Muut sairaudet, Sukuanamneesi, Muut esitiedot.

Terveyteen vaikuttavat tekijät

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

Riskitiedot

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

Havainnot ja tutkimukset (Tulotilanne)

Nykytila (Status)

Otsikon alle kirjataan terveydenhuollon ammattihenkilön tekemässä kliinisessä tutkimuksessa todetut löydökset ja havainnot. Kliinisiä tutkimuksia ovat esimerkiksi sydämen auskultaatio, kilpirauhasen palpaatio, perifeeriset jännevenytysheijasteet tai silmänpohjien tutkiminen oftalmoskopiolla. Nykytilan tiedot kirjataan toistaiseksi pääosin vapaana tekstinä, koska Nykytilan rakenteista kirjaamista ei vielä (2015) ole valtakunnallisesti määritelty muualla kuin suun terveydenhuollossa.

Toimintakyky

Otsikon alle kirjataan tietoa henkilön kyvystä ja edellytyksistä selviytyä arjen toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista sekä näihin liittyvä kehitys tai muutokset. Tietojen kirjaamisessa suositellaan käytettäväksi tai sovellettavaksi Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväliseen luokituksen (ICF) mukaista viitekehystä henkilön toimintakyvystä, toimintarajoitteista ja kontekstuaalisista tekijöistä.

Toimintakyky-otsikon alle kirjattavat tiedot voivat pohjautua myös erilaisin toimintakykymittarein tuotettuun tietoon. Toistaiseksi tiedot kirjataan kuitenkin tekstimuotoisesti. Suositeltavaa on, että mittaustuloksia raportoitaessa kuvaukseen liitetään myös tieto käytetystä mittarista (nimi, mahdollinen versio ja muut tarpeelliseksi katsottavat tiedot) sekä lyhyt analyysi tai päätelmät mittaustuloksista.

Toimintakyvyn ylläpitoon tai parantamiseen liittyvät toiminnot tai palvelusisällöt kirjataan kuntoutus-otsikon tai hoitotoiminnot -otsikon alle palvelukohtaiselle, ammatilliselle tai erikoisalakohdalle näkymälle sen mukaisesti kuin näkymien käytöstä on tässä oppaassa toisaalla ohjeistettu.

Toimintakyvyn kirjaamista ohjeistetaan tarkemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaan toisessa osassa. Tietosisällön määrittelyä valmistellaan Toimintakykyluokitusten ja toimintakykymittareiden tietorakenteet -asiantuntijaryhmän ja muiden mahdollisten asiantuntijaryhmien yhteistyönä.

Tutkimukset

Laboratorio- (käsittää kaikki laboratorion erikoisalat myös kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian) ja kuvantamistutkimusten pyyntöjen ja vastausten, läheteiden ja lausuntojen merkinnät kirjataan rakenteisesti LAB- tai RTG-näkymälle. Näissä käyttäjän ei tarvitse käyttää otsikkoa vaan potilastietojärjestelmä tuottaa otsikon rakenteeseen automaattisesti.

Jatkuvassa potilaskertomuksessa otsikon alle kirjataan laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista tehdyt huomiot ja löydökset, jotka erityisesti tulee huomioida hoidossa, esimerkiksi ”B-gluk toistuvasti tasolla 10-15” tai ”radiusmurtuma luutunut huonoon asentoon”.

Fysiologiset mittaukset

Otsikon alle kirjataan henkilön terveydentilaan liittyviä fysiologisia suureita, kuten pituus, paino ja verenpaine. FinLOINC-luokituksessa määritellyt tutkimukset kirjataan Fysiologisten tietojen rakenteen mukaisesti rakenteisina tietoina ja jos fysiologisille mittauksille on potilastietojärjestelmässä oma rakenteinen osionsa, ei kirjaajan tarvitse käyttää fysiologiset mittaukset otsikkoa.

Jos fysiologisille mittaukselle ei ole FinLOINC-koodia, kirjataan mittaukset fysiologiset mittaukset otsikkoa käyttäen tekstin joukkoon. Tällaisten mittausten tulokset eivät arkistoidu rakenteisina tietoina eivätkä tule fysiologisten mittausten koostenäytölle. Tällaisia mittauksia ovat esimerkiksi aivopaineen mittaus tai kivesten koon mittaus, jotka eivät tällä hetkellä sisälly FinLOINC:iin. Sairaanhoidajat voivat kirjata FinLOINC:in mukaiset fysiologiset mittaukset hoitokertomukseen mahdollisuuksien mukaisesti hoitotyön luokitusta hyödyntäen.

Testaus- ja arviointitulokset

Otsikon alle kirjataan sellaiset tutkimukset tai arvioinnit, joiden tulokset ilmaistaan yleensä sanallisenä kuvauksena, eivätkä ne ole selkeästi mitattavina arvoina ilmaistavia. Tällaisia tutkimuksia ovat, muun muassa erityistyöntekijöiden, esimerkiksi psykologien, tekemät, erilaiset tutkimukset, testaukset, kyselyt ja haastattelut, esimerkiksi muistitestit. Otsikon alle kirjataan sekä tutkimusten suorittamiseen liittyvät tiedot että niihin perustuvat johtopäätökset.

Hoidon suunnittelu

Hoidon tarve

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

Hoidon tavoitteet

Otsikon alle kirjataan hoidon suunnittelussa potilaan kannalta oleelliset tavoitteet. Hoidon tavoitteiden toteutuminen tulee olla arvioitavissa.

Suunnitelma

Otsikon alla kuvataan potilaan tutkimusta, hoitoa, kuntoutusta ja niiden järjestämistä käsittelevä suunnitelma. Suunnitelma hoitajaksoa varten tehdään yleensä hoitajakson alussa potilaan tulotilanteen arvioinnin jälkeen. Hoitajakson aikana suunnitelmaa tarkennetaan hoidon edetessä ja hoitajakson päättyessä kirjataan jatkohoitosuunnitelma (ks. kuvio 6). Hoitajakson aikana toteutettava suunnitelma kirjataan kyseisen erikoisalan näkymälle tai hoitokertomukseen Suunnitelma otsikon alle vapaana tekstinä tai hoitotyön toimintoluokitusta käyttäen. Hoitajaksojen välinen (avohoidon) potilaan ja terveydenhuollon eri toimijoiden yhteinen hoitosuunnitelma kirjataan erilliselle rakenteiselle ylläpidettävälle Terveys- ja hoitosuunnitelma asiakirjalle. Mikäli rakenteinen Terveys- ja hoitosuunnitelma ei ole vielä käytössä, tai muuten on perusteltua olla kirjaamatta suunnitelmaa Terveys- ja hoitosuunnitelmalle, kirjataan suunnitelma jatkuvan potilaskertomukseen Suunnitelma otsikolla.

Hoidon toteutus

Toimenpiteet

Otsikon alle kirjataan potilaalle tehdyt tai suunnitellut invasiiviset toimenpiteet, joilla on merkitystä potilaan hoidon kannalta. Tehdyt toimenpiteet kirjataan rakenteisina tietoina toimenpiteiden raken-

teiden mukaisesti. Otsikon alle kirjataan vapaana tekstinä toimenpiteisiin liittyvät muut tarvittavat tiedot, kuten toimenpiteen perustelut, toimenpide kertomus ja mahdolliset toimenpiteeseen liittyvät komplikaatiot. Toimenpidekertomuksessa kuvataan oleellisilta osin toimenpiteen kulku, toimenpiteessä todetut löydökset sekä saavutettu lopputulos. Toimenpiteen jälkeinen jatkohoito suunnitelma sen sijaan kirjataan Suunnitelma otsikon alle.

Hoitotoimet

Otsikon alle kirjataan potilaan toteutunut hoito, jolla terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa potilaan hoidon tarpeisiin ja asetettuihin tavoitteisiin ja joita ei kirjata muiden hoidon toteutuksen otsikoiden, esimerkiksi Toimenpiteiden, Kuntoutuksen tai Lääkehoidon alle. Myös potilasohjaus kirjataan otsikolla Hoitotoimet.

Henkilökunnan työn tai työprosessin seurannan vuoksi tehtävät merkinnät, joilla ei ole merkitystä potilaan hoidon kannalta, eivät kuulu potilaskertomukseen. Niiden kirjaaminen tehdään muiden tilastointialustojen avulla

Kuntoutus

Otsikon alle kirjataan potilaan moniammatillisen kuntoutuksen ja terapia- ja erityispalveluiden toteutukseen, sisältöihin tai toimintoihin avo- ja laitoshoidossa liittyviä tietoja. Myös potilaan ohjaukseen ja neuvontaan sekä apuvälinepalveluun liittyvät toiminnot kirjataan kuntoutus-otsikon alle. Kuntoutusotsikon alle voidaan kirjata myös esimerkiksi kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden antamia osastopotilaan kuntoutukseen liittyviä ohjeita ja muuta oleellista informaatiota muille potilasta hoitaville ammattiryhmille, kuten osastolla toimiville sairaanhoitajille. Tietoa ei kuitenkaan kirjata kuntoutusotsikon alle silloin, kun tiedolle on osoitettu erikseen tarkoitukseen yleisemmin soveltuva otsikko, kuten Suunnitelma, Väliarvio, Loppuarvio tai Lausunto.

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

Kuntoutuksen kirjaamista kehitetään yhteistyössä Nimikkeistöjä koordinoivan asiantuntijaryhmän (NIKO) ja muiden asiantuntijaryhmien kanssa. Asiaa ohjeistetaan tarkemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaan toisessa osassa. Kuntoutuksen tietorakenteita ja sisältöä ei ole toistaiseksi määritelly.

Lääkehoito

Lääkkeen määräykset, tarkistukset, antomerkinnät ja muut voimassa olevan lääkityksen muuttamiseen, tarkistamiseen tai lääkkeen antamiseen liittyvät kirjaukset tehdään rakenteisesti lääkitysosioon, eikä silloin kirjaajan tarvitse käyttää lääkehoito-otsikkoa (ohjelmisto tuottaa sen automaattisesti taustalla).

Otsikon alle kirjataan vapaana tekstinä lääkehoitoon liittyviä arviointeja, kommentteja ja perusteita tehdyille ratkaisuille, joita ei voida kirjata rakenteisena tietona. Voimassa olevaa lääkitystä ei ole tarkoitus kirjata rakenteisen tiedon lisäksi otsikon alle potilaskertomustekstiin, vaan lääkitystiedot on tarkoitus jatkossa ylläpitää täysin lääkitysosiossa. Jos kuitenkin esimerkiksi hoitopalautteeseen ei pystytä liittämään rakenteista lääkitystietoa, voidaan tekstiin Lääkehoito otsikon alle tuottaa tiedot Voimassa olevasta lääkityksestä. Siihen saakka kun lääkitystiedot saadaan rakenteisiksi, voidaan voimassa olevan lääkityksen tiedot kirjata vapaana tekstinä Lääkehoito otsikon alle.

Ennaltaehkäisy (preventio)

Otsikon alle kirjataan rokotuksiin ja muuhun terveyskasvatukseen ja ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon liittyvää tietoa. Rokotustiedot kirjataan rakenteisena tietona. Muun terveyskasvatukseen, terveyden edistämisen ohjaukseen ja ennaltaehkäisevän terveydenhuoltoon liittyvä tieto kirjataan pääsääntöisesti vapaamuotoisena tekstinä tai mahdollisuuksien mukaisesti esimerkiksi hoitotyön luokitusten mukaisesti. Ennaltaehkäisy kirjauksista on kuvattu tarkemmin luvussa 15.

Apuvälineet ja hoitotarvikkeet

Otsikon alle kirjataan tietoa (esimerkiksi lista tai luettelo) toimintakykyrajoitteisen henkilön käytössä olevista, arjen selviytymistä ja osallistumista tukevista apuvälineistä sekä (pitkäaikaisten) sairauksien hoidon kannalta keskeisimmistä hoitotarvikkeista. Otsikon alle voidaan kirjata myös muuta tarpeelliseksi katsottavaa tietoa apuvälineistä ja hoitotarvikkeista, kuten esimerkiksi käyttöön luovutettavien tai käytössä olevien apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden määrä, tuotemerkki ja mallitehdyt modifioinnit tai muutostyöt ja muut itse välineisiin tai tarvikkeisiin liittyvät oleelliset tiedot.

Kirjaus voidaan tehdä vapaamuotoisesti tai esimerkiksi apuvälineiden osalta *SFS/THL - Apuvälinehuokituksista* apuna käyttäen. Myös muut kuin kuntoutus- ja erityistyöntekijät kirjaavat potilaan apuvälineisiin liittyvä tietoa Apuvälineet ja hoitotarvikkeet otsikon alle.

Kuntoutus- ja erityistyöntekijät kirjaavat apuvälineiden käyttöön liittyvän ohjauksen ja muun toteuttamansa apuvälinepalvelun oman alansa nimikkeistöä käyttäen kuntoutus-otsikon alle, palvelukohtaiselle tai ammatilliselle näkymälle sen mukaisesti kuin näkymien käytöstä on tässä oppaassa toisaalla ohjeistettu. Hoitohenkilöstö voi vastaavasti kirjata hoitotarvikkeiden käytön ohjaukseen liittyvät ja muut toteuttamansa hoitotarvikkepalveluun liittyvät toiminnot Hoitotoiminnot -otsikon alle muutoikin käytössään oleville näkymille.

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

Hoidon arviointi

Diagnoosi

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

Hoidon syy

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

Hoitoisuus

Otsikon alle kirjataan hoitoisuusluokitusmittarilla mitattu arvio potilaan saamasta hoidon määrästä ja vaatavuudesta. Hoitoisuus kirjataan rakenteisesti hoitoisuusluokitusta käyttäen

Hoidon tulokset

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

Luokittelemattomat otsikot (Määrittelemätön)

Muu merkintä

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

6.4 Sisältökirjaukset

Jatkuvan potilaskertomuksen sisältökirjaukset ja osa yleisten näkymien kirjauksista tehdään aina otsikoiden alle. Osa tiedoista kirjataan rakenteisina tietoina, joita voi tietotekniikan avulla käsitellä monipuolisesti. Sen lisäksi tarvitaan myös vapaamuotoista tekstiä kuvaamaan potilaan tilannetta ja tarkentamaan rakenteisesti kirjattua tietoa.

6.4.1 Rakenteiset tiedot

Rakenteiset tiedot kirjataan aina käyttäen valtakunnallisesti määriteltyjä rakenteita, jotta tiedot ovat yhte-näisesti kaikkien käytettävissä potilastietojärjestelmästä riippumatta. Rakenteisissa tiedoissa voi olla runsaasti yksityiskohtaista tietoa, josta tietojärjestelmä tuottaa automaattisesti osan ja käyttäjä kirjaa vain sen hoidollisesti merkityksellisen tiedon, mitä tietojärjestelmä ei pysty päättämään.

Rakenteiset tiedot kirjataan pääsääntöisesti otsikoiden alle vapaan tekstin ohien. Osa rakenteisista tie-doista kirjataan omille kirjausalustoille, esimerkiksi lääkitys ja riskitiedot. Rakenteiset tiedot eivät ole si-doksissa otsikoihin ja teknisesti niitä voi kirjata minkä tahansa otsikon alle. Sisällöllisesti ne kuitenkin kuuluvat usein tiettyyn tai tiettyihin otsikoihin ja sen vuoksi ne on ohjeistettu kirjaamaan tiettyjen otsikoi-den alle, esimerkiksi rakenteiset toimenpidetiedot Toimenpide otsikon alle ja rakenteiset diagnoositiedot Diagnoosi, Tulossyy tai Hoidon syy otsikon alle. Rakenteisia tietoja kuvataan tarkemmin omissa luvuissaan (ks. luvut 7 – 21). Esimerkki kertomusrakenteesta on esitetty alla kuviossa 8.

6.4.2 Vapaamuotoinen teksti

Rakenteisia tietoja täydennetään potilaskertomuksessa vapaalla tekstillä – tai tilannetta kuvataan pelkästään vapaalla tekstillä. Teksti kirjataan aina otsikoiden (ja tarvittaessa lisäotsikoiden) alle. Rakenteiset tiedot ja vapaamuotoinen teksti voivat olla otsikoiden alla vapaassa järjestyksessä (rakenteiset tiedot alussa, lopussa tai tekstin välissä). (ks. kuvio8).

NEU Neurologia	[näkö]
Tulotilanne	[hoitoprosessin vaihe]
Loppuarvio (epikriisi)	[otsikko]
Hoitoaika: 3.3.2015 – 7.4.2015	[teksti]
Tulosy	[otsikko]
Oikean puolen voimattomuus ja vasemman lonkan kipu.	[teksti]
Diagnoosi S72.0 Reisiluun kaulan murtuma	[rakenteinen tieto]
I63.5 Aivoinfarkti	[rakenteinen tieto]
Esitiedot (anamneesi)	[otsikko]
91-vuotias nainen, jolla MCC ja dieettihoitoinen diabetes. 11/03 basaalin collummurtuma hoidettu DHS-ruuveilla. Potilas kotiutunut jo omatoimiseksi ja pärjännyt kotona.	[teksti]
Nykysairaus	[lisäotsikko]
Tänään kaatunut, kun oikea puoli kehosta mennyt voimattomaksi.	[teksti]
Nykytila (status)	[otsikko]
Yleistila hyvä. Asiallinen. Vasemmassa lonkassa kipua. Jalka lämmin, perifeeriset pulssit palpoituvat. Oikean jalan ja oikean käden voimat selvästi heikentyneet.	[teksti]
Fysiologiset mittaukset	[otsikko]
Lämpö, kainalo 36,8	[rakenteinen tieto]
Verenpaine 161/79	[rakenteinen tieto]
...	

Kuvio 8. Otsikot voidaan ryhmitellä loogisesti kuuteen ryhmään hoitoprosessin vaiheita vastaavasti. Lisäksi osa otsikoista sopii koko tekstin otsikoiksi, ja niitä käytetään yleensä merkinnän ensimmäisenä otsikkona.

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 kuolinai-ka. Tiedoista ilmenee myös potilaan yksilöintitietoja viimeksi päivittäneen palveluntarjoajan ja tämän orga-nisaation tiedot. Potilaan yksilöivänä tunnuksena toimii henkilötunnus.

Potilasasiakirja-asetuksen mukaan potilaan yksilöintitietojen minim tiedot ovat potilaan nimi, syntymä-aika 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 5.

Taulukko 5. Potilaan perustietojen kirjaamiseen käytettävät luokitukset.

Kirjaamisen luokitukset	Huom.
AR/YDIN – Sukupuoli	VTJ:stä saatavat tiedot
VRK/THL – Kuntakoodit	Lomakerakenne
TK – Ammattiluokitus	AR/YDIN - Perushenkilötietolomake
SFS – Kielikoodisto	
SFS – Maakoodisto	
AR/YDIN – Sukulaisuus	
AR/YDIN – Yhteys henkilön ensisijaisuus	

7.1 Henkilön yksilöintitiedot

Suomessa asuvien henkilöiden perustiedot löytyvät Väestörekisterikeskuksen (VRK) ylläpitämästä väestö-tietojärjestelmästä (VTJ). Potilastietojärjestelmät saavat väestötietojärjestelmästä potilaan yksilöintitiedot, kuten nykyiset etunimet, nykyisen sukunimen, nimien muutokset, henkilötunnuksen, sukupuolen ja kuolin-päivän. Useimmissa organisaatioissa on rakennettu eräajopohjainen päivitys VTJ:n tiedoista, mutta tiedot päivittyvät eri organisaatioissa vaihtelevin aikatauluihin.

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

7.1.1 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 Potilastiedon arkistoon tallentessa ISO-standardin mukaisen OID-tunnuksen (*mallia* 1.2.246.10.<y-tunnus>.22.<vuosi>.<tilapäinen h-tunnus>). Oikeat henkilötunnukset esitetään Potilastiedon arkistossa OID-tunnuksella täydennettyinä (*mallia* 1.2.246.21.<henkilötunnus>). Käyttäjälle henkilötunnukset näytetään 11-merkkisessä tekstimuodossa ilman OID-tunnusta. Henkilötunnus tai väliaikainen henkilötunnus on pakollinen kirjattava tieto.

7.1.2 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. Henkilön nimi on pakollinen kirjattava tieto. Syntymäaika ja kuolin-aika

Terveydenhuollon organisaatioissa syntymä- ja kuolinaika kirjataan minuutin tarkkuudella, jos ne ovat tiedossa. Väestörekisterikeskuksesta tieto kuolinajasta saadaan päivän tarkkuudella. Henkilön syntymäaika on pakollinen kirjattava tieto.

7.1.3 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 6 vastaavuuksista). VRK:n tiedoissa mies ilmaistaan koodilla "1", nainen ilmaistaan koodilla "2" ja tiedon puuttuminen ilmaistaan koodilla "B1". Henkilön sukupuoli on pakollinen kirjattava tieto.

Taulukko 6. Sukupuoli-koodistojen vastaavuus.

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

7.2 Henkilön yhteystiedot

Henkilön yhteystiedot käsittävät osoitteen, kuntaanmuuttopäivän, kotikunnan, puhelinnumeron, faksin numeron, sähköpostiosoitteen, ammatin, äidinkielen ja asiointikielen. Väestötietojärjestelmästä voidaan päivittää osoite, kotikunta, ammatti, äidinkieli ja asiointikieli. Potilasasiakirja-asetuksen mukaan minimi-tiedot ovat kotikunta ja yhteystiedot sekä tarvittaessa potilaan äidinkieli, asiointikieli ja ammatti.

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

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. Osoite on pakollinen kirjattava tieto.

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 numerotunnuksista⁵. Kotikunta on pakollinen kirjattava tieto.

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.

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 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.

7.2.6 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.

7.2.7 Tulkin tarve

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

7.2.8 Kansalaisuus

Kansalaisuus kirjataan tarvittaessa käyttäen maakoodisto.

7.3 Yhteyshenkilö

Yhteyshenkilön tiedoissa hyödynnetään samoja koodistoja ja suosituksia kuin potilaan perustiedoissa. Yhteyshenkilön sukulaisuus kirjataan luokituksella *Sukulaisuus*. Yhteyshenkilöitä voi olla useita, jolloin luokituksella *Yhteyshenkilön ensisijaisuus* voidaan kirjata, onko kyseessä ensisijainen vai toissijainen yhteyshenkilö. Sukulaisuuden lisäksi yhteyshenkilö voi olla muu edunvalvoja tai huoltaja. Esimerkiksi alaikäisen potilaan osalta yhteyshenkilön tiedoista tulee käydä ilmi, onko yhteyshenkilö huoltaja tai laillinen edustaja. Täysikäisen potilaan yhteyshenkilön tiedoista tulee käydä ilmi määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. Potilasasiakirja-asetuksen mukaan yhteyshenkilön minim tiedot ovat alaikäisen potilaan osalta huoltajien 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.

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

VRK:sta saadaan tieto edunvalvonnan voimassaolosta eli sen alkamis- ja päättymispäivä ja tieto mahdollisesta edunvalvonnan tehtävien jaosta edunvalvojen kesken, mitä voidaan tarvittaessa tarkentaa vapaamuotoisena tekstinä. Huoltajaa tai huoltajia koskevana tietoina saadaan väestörekisteristä tieto määräyksestä tehtävien jaosta huoltajien kesken, mitä voidaan tarkentaa vapaamuotoisena tekstinä kirjaamisen yhteydessä, ja huoltajuussuhteen voimassaolosta eli sen alkamis- ja päättymispäivä

7.4 Vakuutusyhtiö

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

7.5 Turvakielto

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

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

7.6 Henkilötietolomake

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

7.7 Henkilötietojen jatkokehitys

Sosiaali- ja terveysministeriö voimassa olevan asetuksen terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista (165/2012) 2 §:n 1 momentin kohta 1 mukaisesti potilaan henkilötiedot jäävät pois Tiedonhallintapalvelusta, jossa ne oli suunniteltu ylläpidettäviksi. Henkilötietojen käsittelyä ja arkistointia arvioidaan jatkossa kokonaisuutena näkökulmina ottaen huomioon henkilötietojen ylläpito, kansalaisen rooli ylläpidossa, rekisterinpitäjäyys ja henkilötietojen käytettävyys terveydenhuollossa. Henkilötietojen ylläpitoon osallistuvien tahojen yhteistyön ja potilaan mahdollisten omien kansalaispalveluiden kautta tapahtuva omaehtoinen tietojen ylläpito vaativat vielä lisäselvitystä henkilötietojen ylläpidon toimintamallien määrittämiseksi.

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

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 tunnistuksesta ja ajankohdasta, jotka potilastietojärjestelmä tuottaa niin ikään automaattisesti. Käyttäjä saa tunnistetiedot tarvittaessa näkyviin esimerkiksi näyttömuodossa.

Potilasasiakirjat ja niihin sisältyvät merkinnät sisältävät tunnistetietoja (metatietoja), jotka on tarkoitettu esimerkiksi potilastiedon tallentamisen, hakemisen ja käsittelyn mahdollistamiseen. Myös palvelutapahtumalle on omat tunnistetietonsa, joita käytetään valtakunnallisissa sähköisissä palveluissa asiakirjahallinnon apuna. Suuri osa tunnistetiedoista muodostuu automaattisesti, eikä käyttäjän tarvitse tavallisesti kirjata niitä. Tunnistetiedoissa käytettäviä luokituksia on kuvattu taulukossa 7.

Taulukko 7. 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 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 koskeväksi dokumentaatioksi.

Merkinnän tekijä on pakollinen tieto, mutta yleensä järjestelmä tuottaa tiedon automaattisesti. Merkinnän tekijä on henkilö, joka vastaa merkinnän tietosisällöstä. Merkinnän kirjaaja voi olla avustava henkilö, konekirjoittaja tai laite. Tällöin myös merkinnän teknisen kirjaajan tiedot tulee ilmetä merkinnästä. (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)*). Ammattihenkilö voi myös osallistua useamassa 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, jonka järjestelmä yleensä päättelee automaattisesti.

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 ammattihenkilön käyttäjätunnuksen perusteella. Ammatin kirjaamisessa hyödynnetään luokitusta *Ammattiluokitus*.

Tavallista on, että potilaan hoitoon osallistuu useita terveydenhuoltoa toteuttavia henkilöitä, jolloin tieto siitä, kuka on merkinnän kirjaaja, ilmenee käyttäjähallinnasta. 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. Järjestelmä voi tuottaa potilashallinnon tietojen perusteella tiedon palveluyksiköstä osaston tarkkuudella, kuten esimerkiksi Kuopion yliopistollisen sairaalan vuodeosasto 2, ja lisäksi erikoisalatiedon, kuten esimerkiksi kirurgia tai sisätaudit. Potilastietojärjestelmä generoi ISO-standardin mukaisen OID-tunnisteen, joka ei näy käyttäjälle ja josta käyttäjän ei tarvitse huolehtia.

8.2 Palvelutapahtuman tunnistetiedot

Palvelutapahtumalla tarkoitetaan terveydenhuollon palvelujen antajan ja potilaan välistä yksittäisen palvelun järjestämistä tai toteuttamista (Asiakastietolaki 159/2007 3 §). Käytännössä palvelutapahtuma on prosessi, vaikka se ajallisesti voikin olla lyhykestoinen. 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 suositumuksia ja kieltöjä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaalla on mahdollisuus kieltää tietyn palvelutapahtuman tietojen näkyminen toisessa organisaatiossa.

Palvelutapahtuma kohdistetaan tietojärjestelmissä yksittäiselle potilaalle ja jokainen potilasasiakirjamerkintä liitetään tiettyyn yksilöityyn palvelutapahtumaan. Potilastietojärjestelmien on kyettävä liittämään samaan palvelutapahtumaan kuuluvat, myös saman palvelujen antajan eri potilastietojärjestelmissä syntyneet, tiedot yhteen palvelutapahtuman tunnuksen avulla, tai jos järjestelmä ei pysty liittämään tietoja toisiinsa, käyttäjän on valittava itse oikea palvelutapahtuma. Kaikki 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 yhteydenottoineen, 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 suorittava palvelutapahtuma, jossa eri käynnit liittyvät asiallisesti toisiinsa, mutta käyntien välillä ei tehdä uutta hoidon arviointia. Yksittäinen käynti on tällöin sarjakäynnin yksittäinen suorite, joka eroaa toisista vain päivämäärältään. Myös tällöin kustakin käynnistä voidaan tarvittaessa tehdä omat merkinnät tai asiakirja.

Palvelutapahtuman määrittelyssä on muistettava, että siinä näkökulma hoitoon on potilaan eikä 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 Tulosity, hoidon syyt ja diagnoosit

Hyvä tietää

Potilaan hoitoon hakeutumisen syy kirjataan Tulosity-otsikon alle. Potilaan kertoma syy kirjataan vapaamuotoisena tekstinä. Sen lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilö voi kirjata arvioimansa hoitoon hakeutumisen syy rakenteisesti ICD- tai ICPC-luokitusta käyttäen.

Terveydenhuollon ammattilaisen myöhemmässä vaiheessa arvioima hoidon syy kirjataan Diagnosi- (lääkärit) tai Hoidon syy-otsikon alle (muut terveydenhuollon ammattihenkilöt). Tieto kirjataan aina rakenteisesti ICD- tai ICPC-luokituksella diagnoosina (lääkärit) tai käyntisyynä (muut terveydenhuollon ammattihenkilöt). Käyntisyitä ja diagnooseja voidaan tarvittaessa tarkentaa diagnoosin pääasiallisuutta (pää- vs. sivudiagnoosi), pysyvyyttä (määräaikainen vs. pysyväisluonteinen) ja varmuutta (epäilty vs. todennäköinen tai varma) kuvaavilla lisämääreillä.

Tiedonhallintapalvelu koostaa potilaan diagnooseista listan, jonka potilastietojärjestelmät näyttävät siten, että pitkäaikaisdiagnoosit näytetään määräaikaisista diagnooseista erillään. Listalla olevia diagnooseja voi käyttää uusien diagnoosikirjausten pohjana ja diagnooseja voi tarkentaa ja uusia diagnooseja liittää vanhaan diagnoosiin liittyvään hoitoepisodiin.

Potilaan hoitoon hakeutumisen ja hoidon syyt kirjataan rakenteisesti ICPC- tai ICD- koodistoilla luokiteltuna tietona käyntisyynä tai diagnoosina. Hoitoon hakeutumisen syy kirjataan Tulosity otsikon alle ja myöhemmässä vaiheessa arvioidut hoidon syyt ja diagnoosit Diagnosi- tai Hoidon syy otsikon alle (ks. luku 6.3). Käyntisyiden ja diagnoosien kirjaamiseen käytettäviä luokituksia on kuvattu taulukossa 8.

Taulukko 8. Potilaan käyntisyyn 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 Hoidon syyt

Hoidon syyn synonyyminä on käytetty termejä käyntisyyn ja käynnin syy (Rautiainen et al, 2013). Tässä julkaisussa Hoidon syy ja Tulosity ovat potilaskertomusrakenteessa otsikkona käytettyjä termejä, joiden alle voidaan kirjata sekä vapaata tekstiä että rakenteisia tietoja. Käyntisyyn sen sijaan on rakenteisen tiedon termi, jonka alle kirjataan ainoastaan rakenteista tietoa. Diagnoosi termi toimii sekä otsikkona että rakenteisen tiedon nimenä.

9.1.1 Tulosy

Tulosy 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. Tulosy-tietoja on perinteisesti kirjattu vapaamuotoisena tekstinä ajanvarauksen tai ilmoittautumisen yhteydessä ja tulotilanteessa erityisesti perusterveydenhuollon vastaanotoilla.

Tulosyyn kirjaa terveydenhuollon ammattihenkilö tai puhelinneuvonta- tai vastaanottopisteessä toimiva muu vastaava henkilö vapaana tekstinä mahdollisimman autenttisenä potilaan (tai hänen edustajansa) ilmoituksen pohjalta. Tulevaisuudessa sähköiset palvelut ja tietojärjestelmät voivat mahdollistaa myös sen, että potilas voi kirjata tulosyyn itse.

Tulosyyn rakenteisen kirjaamisen kehittämiseksi on suunniteltu yksinkertaista luokitusta, esimerkiksi ICPC-luokituksen pohjalta muodostettavana ”suosikkilistana”. Jatkossa selvitetään mahdollisuutta tuottaa valtakunnallinen määrittely erityisesti tulosyynä käytettävistä ICPC-luokista. Tulosyyn kirjaamiseen liittyvää ohjeistusta tullaan tältä osin jatkossa tarkentamaan.

Tulosy kirjataan *Tulosy*⁶ otsikon alle.

9.1.2 Käyntisy

Käyntisy ilmaisee terveydenhuollon ammattihenkilön näkemyksen vastaanottokäynnillä hoidetusta terveysongelmasta. Käyntisy pohjautuu aina ammattihenkilön havaintoon ja arvioon ja sen määrittäminen tapahtuu vastaanottotilanteen edetessä ja perusteella. Tulosy tiedosta poiketen käyntisy edellyttää aina terveydenhuollon ammattihenkilön aktiivista kannanottoa potilaan terveysongelmaan ja tilanteeseen.

Käyntisyyn kirjaaminen tapahtuu terveydenhuollon ammattihenkilön koulutuksen, ammatillisen osaamisen, tehtävien ja työnkuvan pohjalta. Käyntisyksi 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 käyntisyksi ainoastaan silloin, kun ne ovat ajankohtaisesti hoidettavina tai vaikuttavat oleellisesti hoidettavaan sairauteen tai annettavaan hoitoon.

Käyntisy kirjataan Tautiluokitus ICD-10:llä tai ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokituksella Diagnostit ja käyntisy tietosisältömäärittelyn rakenteen mukaisesti. Käyntisyitä voi olla yksi tai useampia. Muut kuin lääketieteellisen koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat asiantuntijavastaanotoillaan terveydenhuollon ammattihenkilön arvioon pohjautuvan tiedon käyntisyistä ja hoitamistaan terveysongelmista ICPC-2-luokituksella tai ICD10-luokituksella, jos arvio perustuu lääkärin aiemmin tekemään diagnoosiin.

Käyntisyyn nimi tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ICD- tai ICPC-luokituksesta, mutta nimeä voi tarvittaessa muokata luokituksessa käytettyä termiä täsmällisemmäksi tai syytä paremmin kuvaavaksi, kunhan sen merkitys ei muutu koodista poikkeavaksi.

Käyntisyitä kirjaavat muut kuin lääketieteellisen koulutuksen saaneet terveydenhuollon ammattihenkilöt. Lääkärit eivät kirjaa käyntisyitä vaan he kirjaavat hoidon syyt aina diagnooseina. Käyntisyitä kirjataan *Hoidon syy* otsikon alle.

9.1.3 Diagnoosi

Diagnoosi ilmaisee lääketieteellisesti määritetyn taudin. Sillä tarkoitetaan taudin olemassaolon ja laadun määrittävää taudin kuvausta (Komulainen, 2012). Diagnoositiedon kirjaa potilasta hoitava lääkäri mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Diagnoositiedon teknisenä kirjaajana voi kuitenkin toimia myös muu kuin lääketieteellisen koulutuksen saanut henkilö⁷.

⁶ lisätty valtakunnallisiin otsikoihin 2015

⁷ Merkinnän (asiasisällöllisenä) tekijänä on kuitenkin aina lääkäri.

Lääkärit kirjaavat hoidon syyn aina diagnooseina – ei käyntisyinä – *Diagnoosi* otsikon alle. Diagnoosin nimi tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ICD- tai ICPC-luokituksesta, mutta diagnoosin tehnyt lääkäri voi myös muokata diagnoosin nimeä luokituksessa käytettyä termiä täsmällisemmäksi tai paremmin kuvaavaksi, kunhan sen merkitys ei muutu koodista poikkeavaksi. Mahdolliset koodinimen täsmennykset, tarkennukset ja lisäykset voidaan kirjata myös diagnoosin nimen perään (esimerkiksi: ICD-10 S92.0 Kanta-luun murtuma, *oikean jalan*).

Käynnin diagnooseilla viitataan kulloisenkin kontaktin yhteydessä hoidettuihin terveysongelmiin, hoidon syihin ja (määräaikaisiin tai pysyväisluonteisiin) diagnooseihin. 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 mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tapahtuva kirjaaminen tukee klinisen päätöksentuen käytön mahdollisuutta. Diagnoosien 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).

9.2 Käyntisyyn ja diagnoosin sisällöt

Käyntisyyn ja diagnoosit kirjataan samalla rakenteella⁸ ja niiden sisällöt on kuvattu yhdessä. Niiden kirjauksessa on kuitenkin pieniä eroja, jotka on kunkin luvun kohdalla kuvattu erikseen.

9.2.1 Diagnoosi- ja käyntisyyskoodit

Diagnoosit ja käyntisyyn kirjataan *ICD-10-* tai *ICPC-2-*luokituksella. Jos diagnoosi⁹ kirjataan ICPC-koodilla, on sitä mahdollista – ja suositeltavaa – tarkentaa ICD-koodilla. Potilastietojärjestelmä voi tuottaa nähtäväksi listan ICPC-koodia vastaavista ICD-koodeista, joista merkinnän tekijä valitsee sopivan koodin.

ICD-koodina voidaan käyttää ICD-luokituksessa olevia yksittäisiä diagnoosikoodeja tai koodipareja. Lisäksi merkinnän tekijä voi itse muodostaa koodipareja yhdistämällä ICD-luokituksessa olevia yksittäisiä koodeja, kun ensin valittu koodi päättyy &-, *- tai +-merkkiin. #-merkkiin päättyvään koodiin pitää tarkentimeksi kirjata aina tilan aiheuttajana olevan lääkeaineen ATC-koodi.¹⁰

Tietyt ICD-koodit vaativat lisätietona diagnoosin ulkoisen syyn, tapaturmatyyppin tai liikuntalaji tiedot. Potilastietojärjestelmät tunnistavat diagnoosit, joille lisätiedot tulee kirjata. Merkinnän tekijän on näiden diagnoosien kohdalla täytettävä lisätiedot.

9.2.2 Diagnoosin tai käyntisyyn ensisijaisuus

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

Tieto diagnoosin tai käyntisyyn ensisijaisuudesta kirjataan *Diagnoosin ensisijaisuus* -luokituksen mukaisesti. Käynnille tai hoitotapaukselle tulee määrittää päädiagnoosi tai pääasiallinen käyntisyyn viimeistään hoitotapauksen tai käynnin päättyessä. Päädiagnoosiksi merkitään se terveysongelma ja tauti, joka on ollut ensisijainen kyseisen hoitotapahtuman aihe. Kutakin käyntiä tai hoitotapauksia kohden voi olla vain yksi päädiagnoosi.

⁸ Tietosisältö on määritelty koodistopalvelimella julkaistussa THL/Tietosisältö – Diagnoosit tietosisältömäärittelyssä.

⁹ Periaatteessa sama pätee käyntisyihin, mutta käytännössä käyntisyynä ei juurikaan tarkenneta ICD-koodilla.

¹⁰ teknisesti koodipareissa olevat syy-, oire-, endokrinologiens häiriön ja ATC-koodi tallennetaan omina tietoinaan, mikä mahdollistaa niiden paremman tilastollisen käsittelyn (2015 määritellystä sisällöstä alkaen)

Mikäli sitä ei ole määritelty, käynnin kirjauksen tai hoitajakson loppuarvion ensimmäiseksi merkitty diagnoosi tai käyntisyys tulkitaan päädiagnoosiksi ja muut diagnoosit sivudiagnooseiksi.

9.2.3 Diagnoosin tai käyntisyyden 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 hoitajakson 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. Määräaikaiset diagnoosit näkyvät Tiedonhallintapalvelun diagnoosiyhteenvedolla diagnoosien ja käyntisyyden listalla.
- *Pysyväisluonteinen* diagnoosi on pitkäaikainen tai pysyväisluonteinen ja sillä voi olla erityistä merkitystä potilaan terveyden, hyvinvoinnin ja hoidon kannalta sairauden tai muun terveysongelman väistyttyäkin. Pitkäaikaisdiagnooseilla on usein merkitystä useimpien potilaskontaktien yhteydessä, vaikka ne eivät olisikaan varsinaisen hoitoon hakeutumisen syy ja siksi ne usein kirjataan käyntien ja hoitajaksojen sivudiagnooseiksi. Pysyväisluonteiset diagnoosit näkyvät Tiedonhallintapalvelun diagnoosiyhteenvedolla omalla pitkäaikaisdiagnoosilistalla ja ne säilyvät listalla niin kauan kunnes, joku kirjaa ne päättäneiksi (ks luvut 9.2.7. ja 9.3.4.).

Diagnoosin pysyvyyden määrittäminen on pakollista. Diagnoosien pysyvyydelle potilastietojärjestelmät tuottavat oletusarvot kesällä 2015 koodistopalvelimella julkaistavan oletusarvotiedon¹¹ mukaisesti. Kun oletusarvoisesti pysyväisluonteinen diagnoosi kirjataan potilaalle ensimmäistä kertaa (dg ei ole potilaan pitkäaikaisdiagnooseissa) kysytään merkinnän tekijältä, kirjataanko se pysyväisluonteiseksi. Jos diagnoosi on jo pitkäaikaisdiagnooseissa, kirjataan se automaattisesti pysyväisluonteiseksi. Luokituksen perusteella oletusarvoisesti määräaikaiset diagnoosit kirjataan automaattisesti määräaikaisiksi, ellei niitä ole potilaan pitkäaikaisdiagnooseissa. Merkinnän tekijä voi kuitenkin aina tarvittaessa muuttaa oletusarvon mukaista tietoa.

Käyntisyyt ovat käsitteellisesti vain kyseisen käynnin syytä, ei siis kannanottoja tilan pysyvyyteen. Siksi käynnin syytä kirjattaessa niiden pysyvyyteen ei tarvitse ottaa kantaa. Jos kirjattava käyntisyys on potilaan pitkäaikaisdiagnooseissa, kirjataan se automaattisesti pysyväisluonteiseksi. Muuten käyntisyyt merkitään automaattisesti määräaikaisiksi.

9.2.4 Diagnoosin tai käyntisyyden varmuusaste

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

Epäilty varmuusasteena viittaa käytettävissä olevien tietojen perusteella oletettuun diagnoosiin, riskiin tai hoidon tarpeeseen, jonka todentamiseksi tarvitaan lisätietoja tai muiden mahdollisten diagnoosien pois-sulkemista. *Epäilty* luokkaa käytetään pääsääntöisesti tulotilanteessa kirjattaessa ”työdiagnoosi” *Tulosyy / hoidon syy* otsikon alle, mutta luokkaa voi käyttää myös varsinaisella diagnoosilla, jollei diagnoosia tehtyjen tutkimusten perusteella pysty arvioimaan riittävän todennäköiseksi.

¹¹ Tieto siitä, onko diagnoosi pääsääntöisesti ja oletusarvoisesti pitkäaikainen (*Pysyvyys* = Pysyväisluonteinen), määritellään ja julkaistaan lisätietokenttänä ICD- ja ICPC-luokituksissa.

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

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

9.2.5 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. Usein oman organisaation tietoihin ei tiedon lähdettä kirjata vaan tyhjä tulkitaan oman organisaation tiedoksi. Oleellista onkin kirjata tiedon lähde silloin, kun tieto on saatu muualta, esimerkiksi potilaalta itseltään.

9.2.6 Diagnoosin tai käyntisyyn toteamisen tiedot

Diagnoosin toteamispäivä tarkoittaa päivää, jolloin kyseinen diagnoosi on ensi kerran todettu. Määräaikaisilla diagnooseilla, esimerkiksi korvatulehdus, jokaisella sairausjaksolla on oma toteamispäivänsä – ja toteajansa. Pitkäaikaisdiagnooseilla (dg pysyvyys = pysyväisluonteinen) toteamispäivällä tarkoitetaan päivää, jolloin diagnoosi on alun perin (ensimmäisen kerran) todettu. Diagnoosin toteaja on vastaavasti diagnoosin alkuperäinen toteaja¹².

Uutta diagnoosia tai käyntisyytä kirjattaessa toteamispäiväksi kirjataan kuluva päivä ja toteajaksi merkinnän tekijä. Jos diagnoosi tai käyntisyys kopioidaan potilaan pitkäaikaisdiagnooseista, toteamispäivän ja toteajan tiedot kopioidaan vanhasta merkinnästä. Jos kopioitua diagnoosia muutetaan tai käyntisyys muutetaan diagnoosiksi, toteamispäiväksi kirjataan kuluva päivä ja toteajaksi merkinnän tekijä, kuten uutta diagnoosia kirjattaessa.

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

9.2.7 Diagnoosin päättymisen tiedot

Potilaan pitkäaikaisdiagnoosilistalla oleva diagnoosi voidaan merkitä tarvittaessa päättyneeksi, esimerkiksi jos potilas parantuu tai diagnoosi tarkentuu. Tämä tapahtuu tekemällä diagnoosista uusi merkintä ja antamalla sille päättymistiedot. Määräaikaisille diagnooseille ja käyntisyille päättymistietoa ei tarvitse kirjata.

Päättymiskirjauksella muut kuin päättymistiedot tulee olla samat kuin alkuperäisellä diagnoosikirjauksella. Diagnoosin päättymispäivä on päivämäärä, jolloin diagnoosin mukainen tauti on todettu päättyneeksi. Diagnoosin päättymispäivän oletuksena on merkinnän kirjaamispäivä ja päättymisen toteajana merkinnän tekijä. Tietoja voi tarvittaessa muuttaa. Päätettävälle diagnoosille tulee kirjata myös päättymisen syy *Terve-*

¹² Kullakin käynnillä lääkäri, joka kirjaa diagnoosin kyseisen käynnin diagnoosiksi, kirjataan merkinnän tekijäksi, vaikka diagnoosin toteajaksi kirjataan diagnoosin alkuperäinen toteaja. Samoin merkinnäntekopäivä on aina kyseinen päivä, jolloin merkintä tehdään, vaikka toteamispäivä olisikin menneisyydessä.

ystiedon voimassaolon päättymisen syy -luokituksen mukaisesti. Päättymisen syitä voivat olla Parantunut, Tarkentunut ja Muu syy¹³.

9.2.8 Hoitoepisodi ja diagnoosin tai käyntisyyen episoditunnus

Hoitoepisodilla (episode of care) viitataan potilaan tiettyyn terveystilanteeseen liittyvään, ajallisesti etenevään hoidon kokonaisuuteen, johon voi sisältyä useita hoitotapahtumia. Pitkäaikaissairaudet, esimerkiksi verenpainetauti, muodostavat pääsääntöisesti yhden hoitoepisodin, sen sijaan lyhytkestoisissa sairauksissa, kuten korvatulehdus, kukin sairastumiskerta muodostaa oman episodin.

Potilastietojärjestelmät tuottavat kullekin diagnoosille ja käyntisyyelle episoditunnuksen, jonka avulla diagnoosi tai käyntisy voidaan liittää potilaan hoitoepisodiin. Episoditunnuksen avulla yksittäisen potilaan samaan sairauteen liittyviä tapahtumia voidaan liittää yhteen palvelujen antajasta riippumatta (ks. esimerkki luvussa 9.3.2.).

Episoditunnusta ei näytetä kirjaajalle, sen sijaan hoitoepisodille voidaan antaa nimi, joka näkyy myös kirjaajalle ja tiedon käyttäjälle. Uuden episodin nimeksi asetetaan oletuksena diagnoosin nimi. Kopioitaessa vanha diagnoosi, episodin nimeksi tulee oletuksena vanhan episoditunnuksen mukainen nimi. Molemmilla tapauksissa kirjaaja voi muuttaa episodin nimeä tarvittaessa. Episodin nimi voi siis muuttua episodin aikana ja episodin nimenä käytetään aina uusimman kirjauksen mukaista episodin nimeä.

Terveystietojärjestelmän ammattihenkilön kirjattaessa diagnoosia tai käyntisyytä, järjestelmä liittää kyseisen diagnoosin automaattisesti vanhaan diagnoosiin, eli antaa diagnooseille saman episoditunnuksen, mikäli sama diagnoosikoodi esiintyy potilaan pitkäaikaissairauksien listalla tai alle kolme kuukautta vanhoissa¹⁴ käyntien diagnooseissa ja käyntisyyissä.

Mikäli diagnoosi on yli kolme kuukautta vanhoissa käyntien diagnooseissa ja käyntisyyissä, kysytään kirjaajalta liittyykö diagnoosi vanhaan diagnoosiin tai käyntisyyhyyn vai onko kyseessä uusi sairausjakso eli uusi hoitoepisodi. Jos diagnoosi ei liity aikaisempaan, muodostaa järjestelmä uuden episoditunnuksen. Jos potilaalle ei ole aiemmin kirjattu kyseistä diagnoosia, muodostetaan aina uusi episoditunnus.

Jos samalla kertaa kirjataan useampi diagnoosi tai käyntisy, joita potilailla ei ole pitkäaikaissairauksissa tai alle kolme kuukautta vanhoissa käyntien diagnooseissa ja käyntisyyissä, saa kukin diagnoosi tai käyntisy oman episoditunnuksen. Episodit eivät siten ole suorassa yhteydessä käynteihin tai hoitojaksoihin, vaan sama käynti voi liittyä useaan eri episodiin.

9.3 Vanhojen merkintöjen hyödyntäminen

9.3.1 Aiemmin kirjattujen diagnoosien ja käyntisyyiden poimiminen kirjaukseen

Diagnoosien ja käyntisyyiden kirjaamisen helpottamiseksi aiemmin kirjattuja diagnooseja ja käyntisyyitä voi poimia diagnoosilistalta kertomukseen kirjattavaksi uudeksi diagnoosiksi tai käyntisyyiksi. Potilaan vahoista diagnoosikirjauksista haettaessa uuteen merkintään tulee oletuksena kaikki aiemman merkinnän tiedot, paitsi käyntisy -tieto ja määräaikaissa diagnooseissa *Diagnoosin toteaja ja toteamispäivämäärä*, joiden

¹³ Kirjausvirhe poistetaan luokitukselta, koska sen merkitystä on ymmärretty väärin ja sitä on käytetty virheiden korjaamisen sijasta silloinkin, kun virhe on ollut omissa asiakirjoissa ja se olisi voitu korjata. Jatkossa, jos diagnoosi on kirjattu virheellisesti epähuomiossa, eikä alkuperäistä virheellistä kirjausta pystytä korjaamaan, esimerkiksi kun virhe on toisen organisaation tekemässä asiakirjassa, käytetään päättymisen syynä *Muu syy* luokkaa ja lisätietona tarkennetaan, että kyse on virheellisen kirjauksen korjaamisesta. Silloinkin virheen kirjannutta organisaatiota tulee informoida virheestä, että he tekisivät korjauksen alkuperäiseen asiakirjaan. Jos päätyvä diagnoosi on kirjattu taudin epäilyn vuoksi, joka myöhemmin todetaan aiheettomaksi, käytetään päättymisen syynä luokkaa *Tarkentunut*.

¹⁴ Tämä tulkinta voi yhdistää esimerkiksi kaksi korvatulehdusta periaatteessa virheellisesti samaan episodiin, mutta sääntö on katsottu ”riittävän tarkaksi”, jotta päätelystä sääntö pystytään toteuttamaan pääsääntöisesti ilman tiedon kysymistä kirjaajalta.

oletusarvoina on merkinnän tekijä ja kirjauksen päivämäärä. Uudella merkinnällä kirjaaja voi vapaasti muuttaa kaikkia tietoja.

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

9.3.2 Diagnoosin tai käyntisyyn tarkentaminen

Kirjatun diagnoosin tai käyntisyyn tietoja voi tarvittaessa tarkentaa. Tämä tapahtuu kirjaamalla kyseisestä diagnoosista tai käyntisyystä uusi merkintä, johon tarvittavat tarkennukset tehdään. Tarkennusmerkinnällä tulee olla sama episoditunnus kuin alkuperäisellä, mutta muita tietoja kirjaaja voi muuttaa. Yksinkertaisinta tarkentaminen on tehdä poimimalla vanha diagnoosi tai käyntisyys uuden merkinnän pohjaksi ja tekemällä siihen tarvittavat muutokset. Myös diagnoosin tai käyntisyyn muuttaminen toiseksi, voidaan tehdä tällä tavalla, niin että molemmat diagnoosit tai käyntisyöt kuuluvat samaan episodiin.

Esimerkiksi, kun päänsärky (R51.80) tarkentuu tutkimusten edetessä aivokasvaimeksi (D43.2) ja edelleen täsmentyy meningeomaksi (D32.03), voidaan kaikki liittää samaan episodiin kopioimalla vanha diagnoosi uuden diagnoosin pohjaksi ja tekemällä siihen tarvittavat muutokset. Kun vanhaa diagnoosia tarkennetaan, esimerkiksi aivokasvaimesta (D43.2) meningeomaksi (D32.03), tulisi vanha diagnoosi (D43.2) merkitä päättyneeksi ellei sillä ole enää merkitystä. Diagnoosin päättymisen syyksi kirjataan silloin *Tarkentunut*. Vanhan diagnoosin päättäminen poistaa saman sairauden moninkertaiset diagnoosikoodit pitkäaikaisdiagnoosilistalta. (ks. myös luku 9.2.7)

9.3.3 Diagnoosin tai käyntisyyn liittäminen toiseen

Uutta diagnoosia tai käyntisyytä kirjattaessa se voidaan liittää jo olemassa olevaan diagnoosiin tai käyntisyyn episoditunnuksen avulla antamalla sille sama episoditunnus kuin olemassa olevalla diagnoosilla tai käyntisyyllä on. Jos diagnoosi tai käyntisyys on potilaan pitkäaikaisdiagnooseissa tai alle kolme kuukautta vanhoissa käyntien diagnooseissa tai käyntisyissä, liittäminen tehdään automaattisesti. Jos diagnoosi halutaan liittää toiseen diagnoosikoodiin, tehdään se tarkentamalla diagnoosia tai käyntisyytä luvussa 9.3.2 esitetyllä tavalla.

9.3.4 Pitkäaikaisdiagnoosin päättämistiedon kirjaus

Diagnoosin päättämistieto kirjataan vain pitkäaikaisdiagnooseille. Käyntien ja hoitojaksojen diagnooseille ja käyntisyille päättämismerkintöjä ei erikseen tehdä.

Kun pitkäaikaisdiagnoosi päättyy, esimerkiksi potilaan parantuessa, kirjataan pitkäaikaisdiagnoosi päättyneeksi. Tämä tapahtuu kirjaamalla kyseisestä diagnoosista uusi merkintä, johon kirjataan päättämistiedot (päättämispäivä, päättämisen toteaja ja päättämisen syy, ks. luku 9.2.7). Muut kuin päättämistiedot tulee päättämiskirjauksella olla samat kuin alkuperäisellä diagnoosikirjauksella. Päättämistiedon näkymänä käytetään kirjaajan erikoisalan mukaista näkymää, jos näkymää ei ole muuten valittu.

Jos vanhaa diagnoosia tarkennetaan, tulisi vanha diagnoosi merkitä päättyneeksi, ellei sillä ole enää merkitystä. Tämä poistaa moninkertaiset saman sairauden diagnoosikoodit pitkäaikaisdiagnoosilistalta. Se myös helpottaa koko episodin merkitsemistä päättyneeksi (ks. seuraava kappale).

Koko episodina lopetettaessa episodi ei välttämättä häviä diagnoosilistalta, kun episodin uusin diagnoosi lopetetaan, ellei episodin aiempia diagnooseja ole päätetty aina diagnoosin tarkentuessa, vaan kaikki episodiin liittyvät eri diagnoosit tulee lopettaa erikseen. Koko episodi tulkitaan päättyneeksi vasta, kun kaikki siihen liittyneet dg:t ovat päättyneet. Esimerkiksi luvun 9.3.2 esimerkissä koko episodi päättyy vasta kun päänsärky (R51.80), aivokasvain (D43.2) ja meningeoma (D32.03) ovat kaikki merkitty päättyneiksi. Jos esimerkiksi D43.2 on merkitty päättyneeksi diagnoosin tarkennuttua D32.03:ksi, tarvitsee episodin päättyessä kirjata diagnoosien D32.02 ja R51.80 päättymisen.

10 Riskitiedot

Hyvä tietää

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

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

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

Riskitiedot koostuvat kriittisistä riskeistä ja potilaan hoidossa tai henkilökunnan turvallisuudessa huomioitavista tiedoista. Riskien kirjaamisessa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 9.

Taulukko 9. 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

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. Riskitietojen tarkoitus on tulla huomioituksi 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.

10.1 Riskitietojen tietosisältö

Riskitietoja tarvitsevat ajankohtaisiin ja tuleviin hoitoihin osallistuvat terveydenhuoltoa toteuttavat henkilöt. Riskitiedot kirjataan riskitietonäkymälle. Riskitiedoista tulee aina kirjata *Riskin nimi*, *Riskin tyyppi*, ja *Riskin aste*. Sen lisäksi tietoa voi tarkentaa muun muassa *Riskiin liittyvällä lisätiedolla* ja *Selitteellä*, *riskin huomiointi potilaan hoidossa* sekä *Riskin varmuusasteella* ja *Riskin pysyvyydellä*. Riskitietoihin sisältyy lisäksi päivämäärä, jolloin riskitieto on todettu tai poistettu sekä toteajan ja poistajan tiedot.

10.1.1 Riskin tyyppi ja riskin koodi

Riskitiedon tyyppi -koodistolla ilmaistaan millaisesta riskitiedosta on kyse. Taulukossa 10 on kuvattu riskien pääluokat. Kukin pääluokka jakaantuu 2-8 tarkempaan riskiluokkaan. Luokitus on julkaistu koodistopalvelimella. Riskin tyyppi tulee kirjata jokaiselle riskitiedolle.

Riskitieto voidaan kirjata vapaasti valitsemalla riskin tyyppi ja kirjaamalla tarvittavat tiedot käsin. Vaihtoehtoisesti riskitieto voidaan kirjata diagnoosi- tai toimenpideluokituksella koodattuna. Tarkoitus onkin, että jatkossa tiettyjen potilaalle erityistä riskiä aiheuttavien toimenpiteiden tai ICD-10 koodatut diagnoosien kirjaamisen yhteydessä, potilastietojärjestelmät ehdottaisivat automaattisesti riskin kirjausta. Kirjauksen tekijältä varmistettaisiin, kirjataanko riskitieto ja kirjaaja voisi tarvittaessa täydentää tietoja. Myös ICPC-koodilla kirjattu diagnoosi voisi ICPC - ICD-10 -siltauksen johdosta synnyttää riskikirjauksen. Tieto diagnooseista ja toimenpiteistä, joiden tulisi ehdottaa riskitietokirjausta on tulossa ICD- ja Toimenpideluokituksiin koodistopalvelimelle 2015.

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

Taulukko 10. Riskityyppien pääluokat.

Koodi	Riskityyppi
L	Lääkereaktiot ja -allergiat
A	Muut allergiat
S	Riskitaudit ja -hoidot
V	Verituotteiden annossa huomioon otavat asiat
H	Erytishuomiointia vaativat hoidot
I	Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit
E	Mikrobit ja erityistarve
R	Hoidon rajaukset
K	Käyttäytymiseen liittyvät riskit
M	Muut riskit

10.1.2 Riskin nimi ja vapaamuotoiset tarkenteet

Riskin nimi

Riskin nimenä käytetään käytetään oletusarvoisesti riskin tyyppin nimeä – tai jos riskitieto pohjautuu diagnoosiin, diagnoosin nimeä. Kirjaaja voi halutessaan tarkentaa oletusarvoista nimeä tai kirjata oma valintaisen riskiä paremmin kuvaavan nimen.

Riskiä liittyvä lisätieto

Riskiä voi tarkentaa siihen liittyvällä lisätiedolla, esimerkiksi riskiä aiheuttavan tekijän tiedolla. Lisätieto voidaan antaa vapaamuotoisena tekstinä tai se voidaan antaa koodattuna, esimerkiksi allergian aiheuttanut

lääkeaine ATC-koodilla. Tekstimuotoinen tieto tulee silloin koodin mukaan, mutta kirjaaja voi sitä tarvittaessa muokata paremmin kuvaavaksi.

Selitte, 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”.

10.1.3 Riskin aste

Riskitiedot jaetaan kriittisiin ja hoidossa huomioitaviin tietoihin ja niiden ilmaisemisessa hyödynnetään *Riskitiedon aste* -koodistoa. Riskin asteen oletusarvo tulee riskityypin mukaan, tai diagnoosi- tai toimenpidetikoodin mukaan, jos riskitieto tuotetaan dg- tai tmp-koodiin perustuen. Käyttäjää voi tarvittaessa muuttaa oletusarvon mukaista riskin astetta.

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.

Kriittiset riskitiedot käsittävät henkeä uhkaavat allergiset ja lääkeaineen aiheuttamat reaktiot, poikkeavat veriryhmävasta-aineet, potilaaseen asennetut tahdistimet ja defibrillaattorit ja eristystä vaativat moniresistenttien mikrobin kantajuus ja altistus.

Potilastietojärjestelmissä kriittiset riskitiedot tuodaan aktiivisesti käyttäjälle tiedoksi siten, että ne tulevat huomioitua hoitotilanteissa, esimerkiksi avaamalla kriittisten riskien listan aina kun käyttäjä avaa potilastiedot. Perusnäkyville kriittisten riskitietojen olemassa olo näytetään punaisella kolmiolla. Riskien kirjaamisessa kriittiseksi tulee aina käyttää erityistä harkintaa, jotta todelliset kriittiset riskit eivät huku muiden riskien joukkoon.

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.

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

Hoidossa huomioitavat riskit näytetään riskitietolistalla kriittisistä riskeistä erottuvasti. Ne eivät myöskään avaudu potilastietoja avattaessa. Perusnäkyville hoidossa huomioitavien riskitietojen olemassa olo näytetään keltaisella kolmiolla. Kaikki riskitiedot näkyvät kuitenkin riskitietoyhteenvedolla. Jos potilaalle ei ole kirjattu lainkaan riskitietoja, esitetään se harmaalla kolmiolla.

10.1.4 Riskin rakenteiset tarkenteet

Riskitieto voidaan lisäksi tarkentaa rakenteisilla lisätiedoilla.

- *Varmuusaste* -koodistolla ilmaistaan riskin varmuusaste. Koodistoa käytetään silloin, kun halutaan kirjata onko riskitieto *epäilty* vai *todennäköinen* tai *varma*.
- *Pysyvyys*. Pysyvyydestiedon avulla voidaan erotella *pysyväisluonteiset* riskit *määräaikaisista* riskeistä. Määräaikaiselle riskille voidaan asettaa haluttaessa päättymispäivä jo kirjattaessa. Tieto riskin pysyvyydestä voi helpottaa tiedon elinkaaren hallinnointia ja tiedon hakemista (esimerkiksi "hae pysyväisluonteiset riskitiedot").
- *Tiedon lähde* -koodiston avulla ilmaistaan keneltä tai mistä tieto riskistä on peräisin, esimerkiksi jos tieto on potilaan kertoma.

10.1.5 Riskin toteamisen tiedot

Riskin alkuaika kirjataan sillä tarkkuudella kuin se pystytään kirjattaessa arvioimaan. Päivämäärätieto tuotetaan järjestelmätasolla, jossa oletusarvona on merkinnäntekopäivämäärä. Jos riski on alkanut jo aiemmin, Riskin alkupäivä voidaan kirjata esimerkiksi vuoden tarkkuudella. Jos tarkka aika on tiedossa, se voidaan kirjata myös tarkemmin.

Riskin toteajana on oletusarvoisesti merkinnän tekijä. Jos todennut henkilö ei ole tiedossa tiedot, tieto voidaan kirjata organisaatiotasolla tai, esimerkiksi jos tiedon lähteenä on potilas itse, toteajan tiedot voidaan jättää kirjaamatta.

10.1.6 Riskin päättymisen tiedot

Kun todetaan, että jokin riskitieto ei potilaalla ole enää ajankohtainen, esimerkiksi eristystarpeen aiheuttanut infektio parantuu tai epäilty riskitieto osoittautuu vääräksi, tehdään riskistä päättymismerkintä. Päättymismerkinnällä riskin muut tiedot jäävät entiselleen ja siihen lisätään vain päättymisen tiedot.

Päättymispäiväksi merkitään riskin päättymisen toteamispäivä – myös silloin jos päättymisen todetaan takautuvasti. Jos riskin päättymien pystytään päättelemään etukäteen, päättymispäivä voidaan kirjata tulevaisuuteen.

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

Riskin päättymiselle pitää aina kirjata luokiteltu syy, jota voi tarvittaessa tarkentaa vapaamuotoisella tekstillä. Etukäteen kirjatuihin päättymisissä syynä on määräaikainen, reaaliaikaisesti kirjatuihin yleensä parantunut.

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

10.2 Riskitietojen kirjaaminen

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

10.2.1 Lääkereaktiot ja -allergiat

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

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

Lääkeaineen aiheuttamiin ihoreaktioihin (L3) ja *Muihin lääkereaktioihin (L9)* kirjataan odottamattomat tai lääkkeen harvinaisista haittavaikutuksista aiheutuneet reaktiot, joita ei kirjata kriittisiin riskitietoihin. Jos kyseessä on odotettu, lääkkeen yleinen haittavaikutus, ei sitä kirjata riskitiedoksi, vaan kyseessä on hoidos-

sa yleisesti huomioitava asia. Riski on hoidossa huomioitava ja pysyväisluonteinen. Jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, käytetään luokkaa L1.

10.2.2 Muut allergiat

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

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

10.2.3 Riskitaudit- ja hoidot

Riskitauteihin ja hoitoihin kirjataan sellaiset sairaudet, lääkitykset tai muut hoidot, joidenjohtavat potilaan hoitoon, kuten tukostaipumus ja immuunipuutostilat. Oletuksena riskit ovat hoidossa huomioitavia ja pysyväisluonteisia, mutta jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, merkitään riski kriittiseksi.

Tukostaipumukseen (S1) kirjataan ne sairaudet ja hoidot joilla on merkittävä tukostaipumusta lisäävä vaikutus.

Hyytymishäiriöihin (S2) kirjataan ne sairaudet ja hoidot joilla on merkittävä vuotoriskiä lisäävä vaikutus.

Immuunipuutostiloihin (S3) kirjataan ne sairaudet ja hoidot, jotka aiheuttavat elimistön puutteellisesta immuunivasteesta johtuvaa infektioiden alentunutta vastustuskykyä ja jotka tulee ottaa huomioon potilaan hoitoa järjestettäessä, esimerkiksi vaikea-asteinen HIV tai sädehoitoon liittyvä vaikea vastustuskyvyn aleneminen. (Huom! Kyseessä potilaan riski sairastua – ei riski tartuttaa muita.)

Muihin riskitauteihin tai -hoitoihin (S9) kirjataan ne sairaudet ja hoidot, jotka voivat aiheuttaa potilaalle muita riskitilanteita.

10.2.4 Verituotteiden annossa huomioitavat asiat

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

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

10.2.5 Erytyshuomiointia vaativat hoidot

Erytyshuomiointia vaativaan lääkitykseen (H1) kirjataan sellaiset lääkitykset, joiden vuoksi muu hoito joudutaan toteuttamaan oleellisesti tavallisuudesta poikkeavalla tavalla. Jos riski voidaan kirjata oireen mukaisen riskin pohjalta, käytetään ensisijaisesti näitä luokkia, esimerkiksi veren hyytymiseen vaikuttavan tai immunisupressiota aiheuttavien lääkkeiden kohdalla luokkia S1-S9. Oletuksena riski on hoidossa huomioitava ja määräaikainen, mutta jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, merkitään riski kriittiseksi.

Erytyshuomiointia vaativaan muuhun hoitomuotoon (H3) kirjataan sellaiset hoidot, joiden vuoksi muu hoito joudutaan toteuttamaan oleellisesti tavallisuudesta poikkeavalla tavalla, esimerkiksi elinsiirtoon valmistelevat hoidot. Jos riski voidaan kirjata oireen mukaisen riskin pohjalta, käytetään ensisijaisesti näitä luokkia, esimerkiksi veren hyytymiseen vaikuttavan tai immunisupressiota aiheuttavien lääkkeiden kohdal-

la luokkia S1-S9. Oletuksena riski on hoidossa huomioitava ja määräaikainen, mutta jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, merkitään riski kriittiseksi.

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

10.2.6 Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit

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

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

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

Sydämen tekoläpät (I4), Stentit ja sulkulaitteet (I5) ja Proteesit ja implantit (I6), kirjataan oletusarvona pysyväisluonteisiksi, hoidossa huomioitaviksi riskeiksi ja Suntit, katetrit, elektrodit (I7) määräaikaisiksi, hoidossa huomioitaviksi riskeiksi. Toimenpideluokitukseen määritellään (2015), minkä toimenpiteiden tulisi ehdottaa riskikirjausta sekä toimenpidekohtaiset oletusarvot riskin asteelle ja pysyvyydelle. Kirjaaja voi muuttaa arvoja tarvittaessa.

Muut vierasesineet (I9) luokkaan kirjataan potilaan hoidossa huomioitavat vierasesineet, joita ei kirjata muihin luokkiin. Riski on oletusarvona pysyväisluonteinen, hoidossa huomioitava

10.2.7 Mikrobit ja eristystarve

Tarve potilaan eristämisestä *Ilmaeristyksenä (E2)*, *Pisaraeristyksenä (E3)* ja *Kosketuseristyksenä (E4)*, kirjataan riskitiedoksi. Riskin aste on on hoidossa huomioitava ja pysyvyys määräaikainen. Huom. Verieristystä, esimerkiksi HIV, ei merkitä riskitiedoksi, sillä yleisesti hyväksytyn linjauksen mukaan kaikkia potilaita tulee hoidossa käsitellä mahdollisina verenvälityksellä tarttuvan infektion lähteenä, eikä hoito siten poikkea yleisestä periaatteista.

ICD-luokitukseen määritellään (2015), minkä diagnoosien tulisi ehdottaa riskikirjausta sekä diagnoosikohtaiset oletusarvot riskin asteelle ja pysyvyydelle. Kirjaaja voi muuttaa arvoja tarvittaessa.

Moniresistenttien mikrobien osalta Riskitiedon tyyppi luokitusta on päivitetty 2014. Luokituksessa eritellään Eristystä vaativa moniresistentin mikrobin kantajuus (E5) (kriittinen ja pysyvä), Eristystä vaativa altistus moniresistentille mikrobille (E6) (kriittinen ja määräaikainen), Hoidossa huomioitava moniresistentin mikrobin kantajuus (E7) (hoidossa huomioitava ja pysyvä), ja Hoidossa huomioitava altistus moniresistentille mikrobille (E8) (hoidossa huomioitava ja määräaikainen), Kriittisinä riskitietoine kirjattavia eristystä vaativia mikrobeja ovat muun muassa MRSA ja CPE ja ne vaativat kosketuseristystä. Näiden aiheuttamat eristystarpeet kirjataan käyttäen luokkia E5 ja E6, ei siis yleistä E4 luokkaa.

Lisäksi luokkaan *Muu infektio tai eristystarve (E9)* kirjataan sellainen infektio tai eristystarve, jota ei voi luokitella muihin luokkiin, esimerkiksi poikkeuksellisen voimakkaan säteilyn vuoksi eristettävä potilas.

10.2.8 Hoidon rajaukset

Potilaan tahdonilmaisu (R1) sisältää potilaan ilmoittaman tahdon, joka antaa luvan hoidon lopettamiseen, kun parantavaa hoitoa ei ole eikä henkilö enää itse kykene ilmaisemaan tahtoaan. Riskitietoihin ei kirjata itse hoitotahtoa, vaan ainoastaan sen olemassa olo.

2015 määrittelypaketin mukaisesta toteutuksesta lähtien Tiedonhallintapalvelu tuottaa riskitietoihin automaattisesti tiedon, jos potilaalla on Tiedonhallintapalveluun tallennettu hoitotahto tai elinluovutustahto.

Siihen saakka tieto tahdonilmaisujen olemassa olosta voidaan kirjata käsin riskitietoihin. Lisätietoihin voi kirjata, mistä voimassa oleva tahdonilmaisuus löytyy.

Hoidonrajaukset (R2) sisältävät tiedon lääketieteellisin perustein tehdyjen hoidon rajausten olemassa olosta. Riskitietoihin ei kirjata itse hoidonrajausta, vaan ainoastaan sen olemassa olo. Itse hoidon rajaus perusteluineen tulee kirjata potilaskertomukseen.

Koodistopalvelimella julkaistaan (2015) Hoidon rajauksen aste -luokitus, jolla lääketieteellisen hoidon-rajauksen astetta voidaan kuvata rakenteisesti.

10.2.9 Käyttäytymiseen liittyvät riskit

Väkivaltaisuudesta hoitotilanteessa (K1) riskitietona kirjataan tieto potilaan tai hänen läheisensä sellaisesta väkivaltaisesta käyttäytymisestä hoitotilanteessa, joka aiheuttaa hoitohenkilökunnan terveyttä uhkaavan tilanteen. Koska tieto voi olla potilaan hoidon tai hoitavan henkilökunnan hyvinvoinnin kannalta haitallinen, tulee rikitietoon merkitä viivästystieto, että tieto ei näkyisi potilaalle itselleen, muun muassa Omakannassa.

Päihderiippuvuus (K2) riskitietona kirjataan tieto potilaalla diagnostisoidusta alkoholien, huumeiden tai lääkkeiden aiheuttamasta riippuvuudesta, joka on huomioitava potilaan hoidossa, esimerkiksi kipulääkitystä määrättäessä.

Muina käyttäytymiseen liittyvinä riskeinä kirjataan esimerkiksi vakava itsetuohotus, joka on huomioitava hoitotilanteissa.

10.2.10 Muut riskit

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

10.2.11 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.

11 Terveysten vaikuttavat tekijät

Hyvä tietää

Terveysten vaikuttaviin tekijöihin kirjataan tiedot potilaan alkoholin ja muiden päihteiden käytöstä, sydän- ja verisuonitautiriskistä, tupakoinnista, liikunnasta, masennusoireista ja mahdollisesta raskaudesta. Kirjaamisessa käytetään yleisien mittareiden antamia tuloksia ja tiedot kirjataan Terveysten 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 terveysten käyttäytymisessä ovat seurattavissa.

Terveysten vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen koskee potilaan todetun tilanteen dokumentoimista eri luokitusten ja mittareiden tai testien avulla. Näitä on koottu taulukkoon 11. Terveysten vaikuttavien tekijöiden selvittämisessä käytettäviä testeitä ja kyselyjä on kuvattu lisäksi liitteessä 3.

Taulukko 11. Potilaan terveysten vaikuttavien tekijöiden kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia mm:	Mittareita ja testeitä mm:
FinLOINC – Fysiologiset mittaukset	Tupakointistatus
THL – Tautiluokitus ICD-10	Fagerstömin nikotiiniriippuvuustesti
Kuntaliitto – ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus	AUDIT-testi
	Nuorten päihdemittari
	Liikkumisresepti
	BDI 21 ¹⁵

11.1 Terveysten vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen

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

11.2 Terveysten vaikuttavat tekijät ja niiden mittarit

Terveysten vaikuttavat tekijät ovat henkilön terveysten ja sairauten liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita, kuten tupakointia tai päihteiden käyttöä, kuvaavia tietoja. Tietoja tarvitsevat potilaan hoitoon osallistuvat terveystenhuollon ammattihenkilöt. Terveysten vaikuttaviin tekijöihin keskeisissä tiedoissa kuuluvat tupakointi, päihteet, liikunta, raskaus ja ravitsemus.

¹⁵ <https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietopankki/Itsearviointi/Pages/BDI.aspx>

Tupakoinnin, alkoholin käytön ja liikunnan määrän kartoitusta varten on olemassa soveltuvia mittareita. THL:n Koodistopalvelussa näistä on julkaistu kansallisesti yhdenmukaisesti määritellyin rakentein AUDIT-Alkoholin liikakäytön riskitesti ja Fagerstömin nikotiiniriippuvuustesti. Muita terveydentilan selvityksessä hyödynnettäviä mittareita ovat mm. masennusoireiden vaikeusasteen arviointiin kliinisessä tilanteessa tarkoitettu Beckin masennuskysely (BDI 21)¹⁶. 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.

Potilaan voi ohjata tekemään itsearviointina testin sydän- ja verisuonitautien riskistä, päihde- ja mielen-terveystilanteesta, lasten terveestä kasvusta tai ikäihmisten toimintakyvystä. Testit ovat kaikkien vapaasti käytettävissä osoitteessa www.omahoitopolut.fi.

Toimintakyvyn arviointiin tarkoitettut mittarit kuvataan oppaan toisessa osassa Toimintakyvyn, kuntoutuksen ja apuvälineiden osuudessa.

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 terveyteen 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, terveyteen vaikuttavia tekijöitä kirjataan vain silloin, kun ne ovat tarpeen potilaan ongelman hoidossa. Testi tai mittari voi olla asiakkaan itsensä tekemä, mutta tällöinkin tieto kirjataan terveyteen vaikuttaviin tekijöihin. Tulevaisuudessa on tavoitteena, että asiakkaan tuottama tieto siirtyy sähköisesti osaksi potilaskertomusta tai on muulla tavoin terveydenhuollon ammattihenkilön käytettävissä.

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)¹⁷. 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 koodistopalvelimella¹⁸. 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 Terveysportissa¹⁹ ja Päihdelinkissä²⁰. Testin tulos kirjataan vapaalla tekstillä otsikon Terveysteen vaikuttavat tekijät alle, kun-

¹⁶ Hyväksytty julkaistavaksi Koodistopalvelimella

¹⁷ <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=273&versionKey=350>

¹⁸ <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=247&versionKey=322>

¹⁹ <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50028b.pdf>

²⁰ <http://www.paihdelinkki.fi/fi/testit-ja-laskurit/alkoholi/alkoholin-kayton-riskit-audit>

nes 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, esimerkiksi CRAFFT ja ADSUME, jotka kuvataan oppaan toisessa osassa

Huumeiden käytön osalta voidaan soveltaa OYS:in käyttämää huumeekyselyä, josta on esitetty yksinkertaistettu versio liitteessä 3 tai Päihdelinkin huumeidenkäyttötestiä (DAST 20) ja huumeidenkäytön riskit -testiä (DUDIT). Tulokset kirjataan vapaalla tekstillä otsikon Terveysteen vaikuttavat tekijät alle.

Tieto muista kuin edellä kuvatuista päihlymistarkoituksessa käytettävistä aineista kirjataan vapaalla tekstillä otsikon Terveysteen vaikuttavat tekijät alle. Lisäksi käytetään ICD-10-luokituksesta luokkia F10-F19 tai Z72.1-Z72.2 tai ICPC2-luokituksesta 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^{21,22}. Reseptin rakennetta on määritetty THL:ssä (Vuokko et al, 2012), mutta lomakekoodistoa ei ole vielä saatavilla Koodistopalvelimelta. Koodistopalvelussa julkaisuun asti voidaan käyttää potilaalle tulostettavaa paperiversiota ja tieto liikkunnasta kirjataan vapaamuotoisella tekstillä 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 on jatkossa ajateltu osaksi FinLOINC-luokitusta, 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 Ravitseminen

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.

²¹ <http://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisresepti/materiaalit>

²² <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075>

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 merkittävästi poikkeavaksi löydökseksi, jotta tieto huomattaisiin helpommin. Laboratoriotutkimuksilla on käytössä vastaava poikkeama tieto.

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 12 kuvatuilla luokituksilla.

Taulukko 12. Potilaan fysiologisten mittausten, laboratoriotutkimusten ja kuvantamistutkimusten kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Fysiologisten mittausten kirjaamisen luokituksia	Laboratoriotutkimusten kirjaamisen luokituksia	Kuvantamistutkimusten kirjaamisen luokituksia
FinLOINC – Fysiologiset mittaukset	Kuntaliitto – Laboratoriotutkimusnimikkeistö	THL - Toimenpideluokitus
THL – Tiedon lähde	THL – Tiedon lähde	THL – Lausunnon tila
THL – Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa	AR/LABRA - Poikkeustilanneviestit	THL – Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus
THL – Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus	AR/LABRA – Tutkimusvastauksien tulkintakoodit	
THL – Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus	THL – Lausunnon tila	
THL – Lausunnon tila	THL – Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa	
Kaikille sisällöille yhteinen luokitus		
THL – SOTE Organisaatiorekisteri		

12.1 Fysiologiset mittaukset

Fysiologiset mittaustulokset kuvaavat henkilön kliinis-fysiologisia löydöksiä. Jotta tietoja voidaan käsitellä tietokoneen avulla, ne tulee kirjata sovitulla 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 rakenteisesti FinLOINC-luokituksen mukaisesti. FinLOINC -luokitukseen on valittu yleisesti käytettyjä, useilla erikoisaloilla hyödynnettäviä tietoja, joiden seurannalla ja muutoksilla on yleensä kliinistä merkitystä. Kyseisten mittausten tulos on numeerinen tai luokitteleva tieto, joka tallennetaan strukturoidussa muodossa ja josta voidaan tuottaa esimerkiksi graafisia esityksiä tai laskea tumuslukuja. Laskennallisia suureita, kuten BMI, ei sisällytetä näihin määrittelyihin, jos ne ovat pääteltävissä muista tiedoista. FinLOINC on julkaistu koodistopalvelimella²³, 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 kirjataan esimerkiksi potilaan itsensä suorittamia fysiologisia mittauksia, tulee merkitä myös mittauksen tekopa eli tieto siitä, onko kyseessä laboratoriossa tehty mittaus, vierimittaus vai potilaan itse tekemä 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. Mitattuihin tuloksiin voidaan liittää tieto viitearvoista tai tuloksen poikkeavuudesta, silloin kun tiedot on olemassa tai voidaan päätellä. Lisäksi tuloksia voidaan tarvittaessa täydentää tekstimuotoisella lisätiedolla tai erillisellä lausunnolla. Mittausten yhteydessä voidaan tarvittaessa ilmoittaa myös mittalaite, jolla mittaus on suoritettu.

Potilastietojärjestelmissä fysiologisia mittauksia voidaan kirjata eri kohtiin, esimerkiksi kuumekurvaan, hoitokertomukseen tai lääkärin teksteihin. Kun tiedot kirjataan rakenteisesti FinLOINC-luokituksella, tiedot kootaan yhteen Tiedonhallintapalvelun Fysiologisten mittausten koosteelle. Jos mittaukselle ei ole koodia FinLOINC-luokituksessa tiedot kirjataan tekstimuodossa Fysiologiset mittaukset -otsikon alle. Silloin ne eivät kerry rakenteisina tietoina.

Esimerkki verenpaineen kirjauksesta: FinLOINC-koodit 8480-6 Systolinen verenpaine 125 mmHg ja 8462-4 Diastolinen verenpaine 80 mmHg. Vaikka systolinen ja diastolinen verenpaine tallennetaan erillisinä tietoina, kirjataan ne yhdessä ja potilaskertomusjärjestelmä myös näyttää tiedot yhdessä. Potilaskertomustekstissä tulos esitetään yleensä totuttuun tapaan kauttaviivalla erotettuna 125/80.

²³ <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=273&versionKey=350>

12.2 Laboratoriotutkimukset

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

12.2.1 Tutkimusten pyynnöt ja lausunnot

Tutkimuksista kirjataan tutkimuspyynnöt laboratorion ohjelmistoihin tai potilaskertomukseen LAB-näkymälle. Tutkimuspyynnöt tehdään omana rakenteena, jossa kukin tutkimus voidaan pyytää erikseen tai tietyt tutkimukset yhdistettynä tutkimuspakettina. Pyydettyvät tutkimuspaketit, ja mitkä tutkimukset kuuluvat mihinkin pakettiin, voidaan kussakin laboratoriojärjestelmässä / organisaatiossa määritellä erikseen.

Laboratoriotutkimuspyynnöt kirjataan *Laboratoriotutkimusnimikkeistöllä*. Jos laboratoriotutkimus on niin uusi, ettei sille vielä ole valtakunnallista koodia, voidaan sen kirjaamisessa käyttää toimintayksikössä käytössä olevaa, omaa koodia. Suosittavaa on, että toimintayksiköissä pyrittäisiin omana koodina käyttämään LOINC-koodia²⁴. LOINC-koodeja käyttämällä saavutettaisiin uusien tutkimusten tiedoissa parempi yhtenäisyys sairaaloiden välillä.

Vastaukset ja/tai lausunnot löydöksistä kirjataan laboratoriohjelmistoihin, joista tieto välittyy potilaskertomukseen ja tallentuu laboratorionäkymään (LAB). Lausuntoihin on myös kirjattu lausunnon antaneen terveydenhuollon ammattihenkilön nimi ja palvelun toteuttaja sekä ajankohta, jolloin lausunto on annettu.

12.2.2 Tutkimusten arviointi potilaskertomuksessa

Saaduista tuloksista voidaan tehdä 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).

12.2.3 Muiden tai potilaan itse tekemät tutkimukset

Myös osastoilla tehdyt laboratoriotutkimukset tulisi mahdollisuuksien mukaan tallentaa arkistoon. Niissä käytetään samaa rakennetta kuin laboratoriossa tehdyissä, niiden tutkimuksen tekotavaksi vain kirjataan vierimittaus. Jos potilastietojärjestelmään kirjataan potilaan itsensä suorittamia laboratoriotutkimuksia, käytetään niissä tutkimuksen tekotapana omamittaus ja sen lisäksi tarvittaessa tiedon lähde *Tiedon lähdekoodistolla*.

12.3 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 isotooppirenoografiat).

Radiologian yksikössä tehdyt tai radiologian yksikön toimesta yksikön ulkopuolella tehdyt toimenpiteet kirjataan tutkimuksina radiologian järjestelmään, josta tieto välittyy potilaskertomusjärjestelmään. Muiden yksiköiden tekemät tutkimukset kirjataan kuvantamistutkimuksina potilaskertomusjärjestelmään. Tieto kirjatuista tutkimuksista arkistoidaan valtakunnalliseen sähköiseen Potilastiedon arkistoon, jonka kautta

²⁴ <http://www.loinc.org>

tieto potilaalle tehdyistä tutkimuksista on helposti saatavissa myös muihin sairaaloihin. Potilastietojärjestelmien käytettävissä oleva tietosisältö on kuvattu koodistopalvelimella²⁵.

12.3.1 Tutkimusten pyynnöt ja lausunnot

Kuvantamistutkimuspyynnöt kirjataan radiologian ohjelmistoihin tai potilaskertomukseen RTG-näkymälle. Radiologian läheteissä pyydetty tutkimukset kirjataan *Radiologian tutkimus- ja toimenpiteiden luokituksen* koodeilla. Koska tutkimuksen pyytäjä ei välttämättä tiedä tarkkaa tutkimuskoodia, voidaan tutkimuskoodia tarkentaa tutkimuksen tekovaiheessa. Organisaatiossa tutkimuspyynnöillä voikin olla käytössä suppea valikoima tutkimuksia, esimerkiksi vain yksi pään magneettitutkimus.

Kuvantamistutkimuksesta ja lausunnot kirjataan radiologian ohjelmistoihin, joista tieto välittyy potilaskertomukseen radiologian /RTG) näkymälle. Lausuntoihin on myös kirjattu lausunnon antaneen terveydenhuollon ammattihenkilön nimi ja palvelun toteuttaja sekä ajankohta, jolloin lausunto on annettu.

Myös osastoilla, leikkaussalissa tai hammashoidossa, tehdyistä röntgenkuvauksista tai ultraäänitutkimuksista on tallennettava tiedot Potilastiedon arkistoon.

12.3.2 Poikkeavat löydökset

Kuvantamistutkimusten lausunnoissa lausuja voi merkitä rakenteisesti onko löydös normaali tai lievästi tai merkittävästi poikkeava. Rakenteisen tiedon perusteella potilaskertomusjärjestelmiin on mahdollista rakentaa automaattisia hälytyksiä, joiden avulla potilasta hoitava lääkäri saa tiedon löydöksestä. Tämä edellyttäisi kuitenkin toimintamallin muutosta nykyiseen. Siksi tiedon kulku odottamattomista merkittävistä poikkeamista tuleekin varmistaa muilla tavoin, esimerkiksi suoralla yhteydenotolla hoitavaan lääkäriin.

12.3.3 Tutkimusten arviointi potilaskertomuksessa

Saaduista tuloksista voidaan tehdä 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, Palvelutahtuman yhteenveto).

12.3.4 Muiden tekemät tutkimukset

Muiden yksiköiden tekemien (esimerkiksi leikkaussalissa tapahtuneiden) kuvantamistutkimusten ja toimenpiteiden kuvat tallennetaan radiologian kuva-arkistoon. Niistä voidaan antaa lausunto radiologian järjestelmään, mutta ellei niin tehdä, on tutkimustuloksia arvioitava erikoisalanäkymällä. Muiden kuin radiologisten kuvien luokituksista kerrotaan enemmän luvussa 13 (Toimenpiteet).

12.3.5 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 läpivalaisuohtavasta 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 3.3²⁶.

²⁵ <http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-list-page.xhtml>

²⁶ <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 13.

Taulukko 13. Potilaan toimenpiteiden kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
THL – Toimenpideluokitus
AR/YDIN – Diagnoosin/toimenpiteen ensisijaisuus
AR/YDIN – Toimenpiteen tyyppi
SSR – ICD-O-3-Topografiat
STH – STH01 Hampaiden numerointi
STH – STH03 Hampaan pinnat
THL – Tautiluokitus ICD-10

13.1 Toimenpiteiden kirjaaminen

Potilaalle tehdyt toimenpiteet kirjataan potilaskertomusjärjestelmään (ja muihin, esimerkiksi leikkausosaston tai poliklinikan, tietojärjestelmiin) *THL - Toimenpideluokituksella*. Toimenpiteen lisämääränä on toimenpiteen ensisijaisuus, jonka ilmaisemisessa hyödynnetään *Diagnoosin ja toimenpiteen ensisijaisuus* -koodistoa. Hampaiden toimenpiteissä voidaan lisäksi tarkentaa, mihin hampaaseen ja pintaan toimenpide kohdistuu.

Toimenpiteet tullaan jakamaan (vaativiin) toimenpiteisiin, lähinnä suun terveydenhuollossa käytettyihin suun toimenpiteisiin ja pientoimenpiteisiin käyttäen luokitusta *Toimenpiteen tyyppi*. Tieto kunkin toimenpiteen tyypistä tuotetaan toimenpideluokitukseen 2015. Toimenpideluokituksessa on myös koodeja, joiden tyyppi on kuvantamistutkimus tai muu suorite. Näitä ei kuitenkaan poimita Tiedonhallintapalvelun toimenpidekoosteelle, vaikka ne kirjattaisiin potilaskertomukseen.

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).

Pääsääntöisesti toimenpiteet kirjataan potilaskertomukseen rakenteisesti silloin, kun ne tehdään. Esimerkiksi Loppuarviossa (epikriisissä) tehdyt toimenpiteet on kuitenkin kirjattu uudelleen. Silloin ne tulisi kirjata kopiona varsinaisesta toimenpiteestä, jolloin toimenpiteen yksilöivän tunnusteen avulla pystyy päättämään, että kyse ei ole uudelleen tehdystä toimenpiteestä.

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

- Toimenpiteen komplikaation kuvaus: Infektio
- Komplikaation koodi T81.4, Muu toimenpiteen jälkeinen infektio

Myöhemmin havaittavat komplikaatiot tai haittavaikutukset kirjataan kopiaamalla vanha tmp-tieto uudeksi merkinnäksi (jolla on sama tmp-yksilöivä tunniste) ja lisäämällä siihen haittavaikutustiedot.

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-diagnoosikoodia 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 ja sitä täydentää lääkkeen tarkistusmerkintä. 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 14.

Taulukko 14. Potilaan lääkehoidon kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia	Huom.
Fimea – ATC-luokitus	<i>Lääketietokannasta palautuvat tiedot</i>
THL – Lääkkeen tyyppi	<i>Sähköisen lääkemääräyksen luokitukset</i>
THL – Lääkemerkinän tyyppi	
THL – Valmisteen laji	
THL – Tautiluokitus ICD-10	
Kuntaliitto – ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus	
THL - Toimenpideluokitus	
THL – Lääkkeen muutoksen syy	
AR/LÄÄKITYS – Lääkkeenantoreitti ¹	Tulossa käyttöön Lääketietokannan kautta:
AR/LÄÄKITYS - Lääkkeenantopaikka	Fimea - Lääkemuoto
AR/LÄÄKITYS - Lääkkeenantotapa	
THL – Tiedon lähde	
AR/YDIN – Kyllä/Ei/Ei tietoa	
THL – Lääkitystarkistuksen tyyppi	

¹AR/YDIN – Lääkkeenantoreitti korvataan jatkossa Fimean Lääketietokantaan tuottamalla Lääkkeenantoreitillä.

14.1 Lääkitystiedot 2015–2018

Tiedonhallintapalvelun koosteen pohjalta potilastietojärjestelmissä näytettävä valtakunnallinen lääkityslista (KLÄÄ) tulee käyttöön oletettavasti vuoden 2018 aikana. Siinä yhteydessä lääkitystiedon kirjaaminen muuttuu merkittävästi ja muun muassa VLÄÄ näkymän käyttö lopetetaan. Siihen saakka lääkitysmerkinnät kirjataan potilastietojärjestelmissä lääkitysmerkintöjen 2011 CDA-määritysten mukaisesti kuvatulla tavalla (Kanta 2011).

Ennen Tiedonhallintapalvelun Lääkityslistan käyttöönottoa yksittäiset rakenteiset lääkemerkinnot kirjaetaan LÄÄ-näkymälle ja sen lisäksi hoitokäynnin tai osastohoitojakson päättyessä voimassa oleva lääkitys tallennetaan voimassa olevan lääkehoidon näkymälle eli VLÄÄ-näkymälle. Voimassa olevan lääkehoidon näkymää (VLÄÄ) voidaan päivittää myös avohoidon käyntien yhteydessä. Tällöin VLÄÄ-näkymä voidaan liittää esimerkiksi läheteeseen tai hoitopalautteeseen.

Voimassa olevan lääkityksen (VLÄÄ) tarkoituksena on välittää terveydenhuollon ammattihenkilöille ja hoidettavalle potilaalle tieto potilaan voimassa olevasta lääkityksestä. Voimassa olevan lääkityksen listaus käsittää potilaan jatkuvat ja määräaikaikaiset lääkkeet, jotka ovat käytössä merkinnän tekohetkellä. VLÄÄ-näkymä mahdollistaa potilastietojärjestelmässä erillisen lääkitysyhteenvedon tekemisen. Yhteenvetotieto voidaan siirtää esimerkiksi jatkohoitopaikkaan, 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.

LÄÄ ja VLÄÄ näkymien tietoja ei Potilastiedon arkistosta pystytä hyödyntämään rakenteisina vaan ainoastaan näyttömuotoisina. Siksi LÄÄ-näkymällä ei käytännössä ole merkitystä. Koska potilastietojärjestelmät voivat muodostaa VLÄÄ-näkymän tiedot automaattisesti lääkehoito-osion tiedoista puutteelliseen tai jopa virheelliseen tietoon perustuen, tulee käyttäjän aina tarkistaa Potilastiedonarkistoon arkistoitavat VLÄÄ-näkymän tiedot ennen arkistointia.

14.2 Lääkitysmerkintöjen kirjaaminen

Lääkkeen määräysasetuksen (1088/2010)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.

Tässä rakenteisen kirjaamisen oppaan versiossa kuvataan rakenteisen lääkemerkinnot tekeminen 2018 käyttöön otettavaksi suunnitellun toteutuksen mukaisesti. Silloin lääkityksen rakenteinen kirjaaminen päivittyy merkittävältä osalta ja lääkevalmisteiden tiedot saadaan pääasiassa järjestelmän tuottaman Kelan ylläpitämästä Lääketietokannasta. Rakenteinen lääkemerkinnot ja sähköinen resepti myös yhtenäistetään sisällöllisesti niin, että sähköisen reseptin tiedot eivät vaadi käyttäjältä uudelleen kirjaamista, vaan potilastietojärjestelmä voi tuottaa ne lääkkeen määräysmerkinnän ja reseptin yhdellä kirjauksella. Reseptin tuottamista on kuvattu lääkemerkinnot toiminnallisen määrittelyn yhteydessä (Mäkelä-Bengs et al, 2015).

14.2.1 Lääkkeen määrääjän tiedot

Terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa potilaan lääkityksestä syntyvät tiedot lääkehoidon näkymälle (LÄÄ). Lääkkeen määräämisajankohta ilmaistaan päivämäärällä. Lääkkeen määrääjä kirjaa lääkemääräyksen aina lääkehoito-osioon. Jokaisesta lääkkeen kirjauksesta syntyy uusi lääkkeen määräysmerkintä, mutta kirjaaja voi käyttää aikaisempaa merkintää (tai Lääkityslistaa) pohjana uuden merkinnän tekemiseen. Kirjaaja voi tarvittaessa tehdä saman merkinnän tietojen perusteella myös 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 reseptin korjausta Reseptikeskukseen, ellei hänellä ole lääkkeenmääräämisoikeutta kyseiseen lääkkeeseen. Tämän vuoksi Potilastiedon arkistoon tallennettavien lääkehoidon tietojen ja Reseptikeskuksessa olevien reseptitietojen välillä voi olla ristiriitaa.

Lääkkeen kirjaaminen sisältää aloittamis-, anto- ja muuttamis- ja lopettamispäivämäärämerkinnät. Potilastietojärjestelmä tuottaa tavallisesti päivämäärätiedon merkinnän tekoajankohdan perusteella, eikä käyttäjän tarvitse tavallisesti muokata niitä käsin.

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

14.2.2 Lääkkeen perustiedot

Potilastietojärjestelmä tuottaa lääkemerkinään lääkkeen määrääjän tiedot, joita käyttäjä voi tarvittaessa muokata. Järjestelmä tuottaa oletusarvot myös lääkemerkinään teknisiin luokituksiin sekä täyttää määräyspäivämäärän automaattisesti. Lääkkeen määrääjä voi tarvittaessa muokata *Lääkkeen tyyppiä*, joka kertoo onko kyseessä avohoitolääke, sairaalalääke tai itsehoitolääke, ja *Lääkemerkinään tyyppiä*, joka kertoo onko kyseessä lääkkeen määräysmerkintä vai antomerkintä. Antomerkintä voidaan kirjata vain, kun lääkkeestä on jo olemassa määräysmerkintä.

14.2.2.1 Lääkevalmisteen määrääminen

Lääkevalmisteen kaupp nimi ja ATC-koodi

Lääkevalmisteen kaupp nimi tuodaan Lääketietokannasta. Kun käyttäjä valitsee lääkevalmisteen kaupp nimen tai vaikuttavan aineen, potilastietojärjestelmän on mahdollista täydentää kirjausta automaattisesti Lääketietokannassa olevien tietojen pohjalta. Näihin tietoihin sisältyy valmisteen laji, lääkevalmisteen ATC-koodi, valmisteen nimi, vahvuus ja vahvuuden yksikkö, lääke muoto, lääkkeen antoreitti, lääkepakkausten tunnistetunnus (VNR-numeron), pakkauskoko ja pakkauskoon yksikkö, pakkauskokokerroin, pakkauskoko tekstinä sekä säilytysastiat, valmisteen lisätieto, onko kyseessä PKV-lääke tai huume, veri- tai plasmavalmiste tai lisäseurantaa vaativa lääke. Käyttäjä voi muokata näistä tiedoista tarvittaessa lääkkeen antoreittiä. Lääketietokannassa on tieto siitä, jos valmisteella ei ole ATC-koodia, esimerkiksi perusvoiteet. Kun lääkkeen määrääjä määrää lääkevalmistetta vaikuttavan aineen perusteella, hän valitsee itse vaikuttavan aineen ja lääkkeen tiedot haetaan Lääketietokannasta vaikuttavan aineen perusteella.

Lääkkeen koostumus, muoto ja vahvuus

Lääketietokanta tuottaa lääkevalmisteille vahvuuden ja vahvuuden yksikön tekstinä. Kun kyseessä on myyntiluvallinen lääkevalmiste, määräaikainen erityislupavalmiste tai vaikuttavan aineen nimellä määrätty lääke käyttäjä kirjaa itse vahvuuden ja vahvuuden yksikön ellei tietoa saada Lääketietokannasta. Lääke muoto saadaan Lääketietokannan tiedoista. Käyttäjä voi täydentää tietoa tarvittaessa Lääkkeen antoreitillä ja Lääkkeen antotavalla. Aineen määrä ja määrän yksikkö kirjataan erikseen, jos sitä ei saada valmiina Lääketietokannasta. Silloin kun tieto tuodaan Lääketietokannasta, käyttäjän ei tarvitse muokata sitä.

14.2.2.2 Lääketietokannan ulkopuolisen lääkkeen määrääminen

Kun kyseessä on apteekissa valmistettava lääke, tutkimuslääke tai potilaskohtainen erityislupavalmiste, ei lääkkeen tietoja voi hakea suoraan lääketietokannasta, vaan käyttäjän on itse kirjattava lääkkeen tiedot toistaiseksi tekstimuodossa.

Jatkossa lääkkeiden koostumus on mahdollista kirjata rakenteisesti. Silloin, jos apteekissa valmistettava lääke sisältää ainesosina Lääketietokannassa olevia lääkkeitä, niiden tietoja voidaan poimia Lääketietokannasta. Myös apteekissa valmistettavan lääkkeen ohjeen mukainen kokonaismäärä ja määrän yksikkö kirjataan rakenteisesti. Valmistusohje kirjataan vapaamuotoisena tekstinä. Koostumuksen rakenteisen kirjaamisen ohjeistusta tarkennetaan myöhemmässä vaiheessa.

14.2.3 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 valvottua syöttökoodia, jonka toteutus potilastietojärjestelmissä on tavoiteltavaa, vaikkakaan ei pakollista. Valvotun syöttökoodin toiminnan periaatteet ovat saatavissa Lääkitysmerkinnän määrittelyjulkaisussa (Mäkelä-Bengs et al, 2015, ks. luku 5), jossa esitetyt määrittelyt astuvat voimaan vuonna 2018. Jos syöttökoodi on toteutettu kirjaajan käyttämässä potilastietojärjestelmässä, järjestelmä muuttaa syöttökoodin avulla terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän kirjauksen lyhyestä muodosta (esimerkiksi 1x3x7) rakenteiseen muotoon potilaskertomusmerkintään ja reseptille sekä potilasohjeeseen potilaan ymmärtämään tekstimuotoon (1 tabletti 3 kertaa vuorokaudessa 7 vuorokauden ajan).

14.2.4 Lääkepakkauksen ja määrätty määrä

Lääkepakkauksen tuotenumero ja määrätty määrä eivät ole pakollisia kertomustietoja, mutta ne kirjataan reseptiä tehtäessä. Lääkettä voidaan määrätä pakkauskoon ja -lukumäärän avulla, lääkkeen kokonaismäärällä tai ajanjakson perusteella. 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 merkitään Lääketietokannan perusteella, eikä kirjaajan tarvitse niitä erikseen syöttää merkintään.

14.2.5 Käyttötarkoitus

Lääkkeen määrääjä kirjaa lääkkeen käytön syyn kertomukseen rakenteisesti tai vapaamuotoisena tekstinä. Lääkkeen käyttötarkoitukskirjataan rakenteisena luokituksella ICD-10 tai ICPC-2. Reseptille ei viedä kuin vapaana tekstinä kirjattu käyttötarkoitus.

14.2.6 Lääkkeen muuttaminen

Lääkkeen muutoksen tai lopettamisen syyn kirjaaja merkitsee rakenteisesti luokituksella *Lääkehoidon muutoksen syy*, jossa on seuraavat kahdeksan luokkaa: määräaikainen lääke, lääkkeen tarve on päättynyt, lääkkeen haittavaikutus, muu lääkkeen muutos, muu syy, terveydentilan muutos, tekninen syy sekä potilaan antamat virheelliset tiedot tai pakottaminen. Vaihtoehtoisesti lääkkeen muutoksen tai lopettamisen syy voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä.

Järjestelmä tuottaa lääkkeen päättymisen syyksi kirjauksen *Määräaikainen lääke*, silloin kun lääkkeen käytön päättymispäivämäärä on kirjattu jo lääkettä määrättäessä. Kun jatkuvan lääkkeen tarve päättyy, esimerkiksi verenpainetauti pysyy hallinnassa elintapamuutoksilla, lääkkeen muutoksen (lääkkeen lopettamisen) syynä on *Lääkkeen tarve on päättynyt*. *Haittavaikutus* kirjataan, kun lääkkeen muutoksen syynä on lääkkeen potilaalle aiheuttama lisätauti, esimerkiksi amiodaronin aiheuttama näköhermotulehdus, tai muu sivuvaikutus (ks. tarkemmin 14.1.7). Käyttäjä valitsee luokan *Muu lääkkeen muutos*, esimerkiksi kun lääkkeellä on riittämätön hoitovaste ja sen vuoksi annostusta muutetaan. Luokka *Terveydentilan muutos* valitaan, kun lääkettä muutetaan muun sairauden kuin lääkkeen käyttötarkoituksen vuoksi. Lisäksi käyttäjä voi kirjata tämän luokan avulla muuhun sairauteen liittyvän hoidon vaatimat muutokset potilaan lääkkeeseen, esimerkiksi infektion jälkeinen munaiskerästulehdus ja siihen liittyvä munuaisten vajaatoiminta. Kirjaaja valitsee luokan *Tekninen syy*, kun kyseessä on Reseptin muutokset (mitätöinti, uudistamiskielto). Myös *Potilaan antamat virheelliset tiedot tai pakottaminen* on reseptin kirjaukseen liittyvä luokka, joka kirjataan kun käyttäjä mitätöi tai asettaa reseptin uudistamiskieltoon potilaan antamien väärin tietojen tai pakottamisen vuoksi. Käyttäjä voi valita myös luokan *Muu syy*. Muun syyn valinta edellyttää, että käyttäjä perustelee sen vapaamuotoisena tekstinä.

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

14.2.6.1 Lääkkeen haittavaikutus

Lääkkeeseen liittyneet haittavaikutukset käyttäjä kirjaa kertomukseen *ICD-10 tautiluokituksen* avulla, silloin kun haittavaikutuksen vuoksi lääkettä käyttöön tehdään muutoksia. Mikäli haittavaikutus ei aiheuta muutoksia lääkityksessä, ei niitä kirjata lääkemerkinään. Kun haittavaikutusta kuvaava diagnoosikoodi on ICD-10-luokituksessa välillä S00 - T98 (*Tautiluokitus ICD-10*, 2011, luku 19), käyttäjä kirjaa myös ulkoisen syyn koodi.

Haittavaikutusten kirjaaminen lääkitysosioon ei poista erillisen haittavaikutusilmoituksen tekovelvollisuutta. Kehittyneissä järjestelmissä voidaan rakentaa automatiikkaa haittavaikutusilmoituksen tuottamisen avustamiseksi, kun lääkemerkinään kirjataan lääkkeen haittavaikutus. Lääkkeen haittavaikutuksen kirjaaminen lääkemerkinään koodilla T88.7# tulisi avata järjestelmässä Fimean haittavaikutusilmoituslomakkeen, johon yllämainitut diagnoosit tuotetaan sekä tuottaa haittavaikutusdiagnoosin diagnoosilistaan. Lääkehoidosta johtuvien haittavaikutuksien kirjaaminen on tarkemmin kuvattu *Suomalaisessa tautien kirjaamisen ohjekirjassa* (Komulainen, 2012).

14.2.6.2 Lääkkeeseen liittyvät riskikirjaukset

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

14.2.7 Lääkkeen vaihdettavuus

Lääkkeen vaihdettavuus on reseptin tekemiseen liittyvä tieto, joka ilmaisee, voidaanko lääke vaihtaa apteekissa rinnakkaisvalmisteeseen. Lääkkeen määrääjä voi kirjata lääkkeen vaihtokiellon kyllä/ei-arvoisella valinnalla. Lääkkeen määrääjä perustelee lisäksi kertomusmerkintään lääkkeenvaihtokiellon syyn.

14.2.8 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 merkinnän tekijä kirjaa tiedon lähteen koodistolla *THL - Tiedon lähde*. Kun tieto saadaan esimerkiksi potilaan omaisilta, valitaan koodistosta kyseinen arvo kuvaamaan tiedon lähdettä. Tiedon lähteen avulla kertomusmerkintään voidaan kirjata myös potilaan itsehoitolääkkeitä tai hänen ilmoittamiaan lääkemääräyksestä poikkeavia annostuksia. Kun kyseessä on potilaan itse ilmoittama lääkkeen käyttö, merkinnässä *lääkkeen lajiksi* valitaan itsehoitolääke.

14.2.9 Lääkkeen antokirjaus

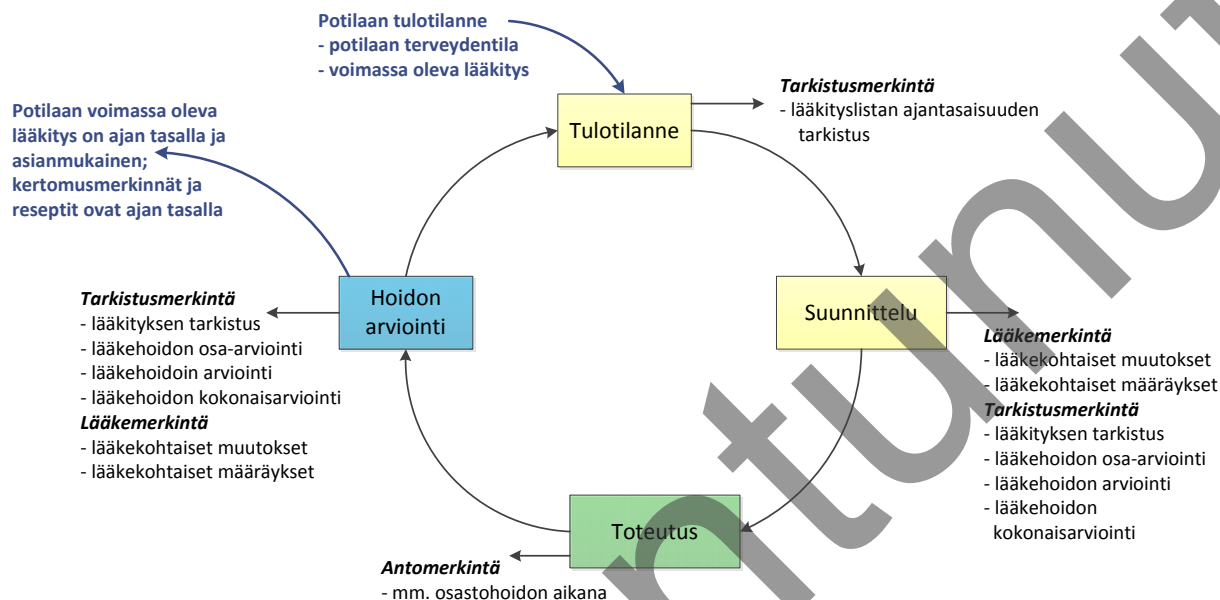
Lääkkeen antokirjaus perustuu aina lääkkeen määräämismerkintään²⁷. Lääkkeen antoon liittyvät tiedot, kuten päiväys ja lääkkeen antaja muodostetaan automaattisesti järjestelmässä osaksi merkintää. Antokirjauksen tekijän ei tarvitse muokata kuin ne tiedot, jotka lääkkeen annon yhteydessä muuttuvat, esimerkiksi jos annos poikkeaa määrätystä. Lääkeinfusioiden osalta voidaan kirjata infuusionopeus, kokonaisaika ja kokonaisvolyymi. Vastaavaa rakennetta voidaan käyttää laskimonsisäistä nestehoitoa kirjattaessa.

Potilastietojärjestelmät voivat kuitata automaattisesti lääkityslistalla olevat saman antokerran lääkkeet annetuiksi. Lääkityslistasta poikkeavat sekä tarvittaessa annetut lääkkeet kirjataan erikseen.

²⁷ Joissain tilanteissa, esimerkiksi elvytystilanteissa, potilastietojärjestelmä voi tuottaa määräysmerkinnän samalla kirjauksella kuin antomerkinnän. Ominaisuutta tarvitaan mm. erillisjärjestelmissä, kuten ensihoitokertomuksessa.

14.2.10 Lääkityksen tarkistaminen

Lääkitysmerkinnät tallennetaan lääkehoitonäkymälle (LÄÄ hoitoprosessin eri vaiheissa (ks. kuvio 9). Hoidon suunnittelua lääkityksen kannalta ovat esimerkiksi voimassaolevan lääkityksen selvittäminen osana esitietoja ja hoidon toteutusta esimerkiksi lääkkeen antokirjaukset. Hoitaja voi tarkistaa potilaan lääkityslistan ajantasaisuuden, kun hän selvittää voimassaolevaa lääkitystä, mutta vain lääkäri voi tarkistaa potilaan lääkityksen asianmukaisuuden.



Kuvio 9. Lääkehoidon prosessi, jossa erottuvat eri lääkemerkinnät.

14.2.10.1 Yksittäisen lääkkeen tarkistaminen

Lääkkeen ajantasaisuuden tarkistaminen

Yksittäisten lääkkeiden ajantasaisuuden tarkistuksen voi tehdä kuka tahansa terveydenhuollon ammattihenkilö yhdessä potilaan kanssa. Potilaalta tarkistetaan, käyttääkö tämä lääkkeitä siten, kuin Lääkityslistan mukaan on määrätty. Jos lääkkeen käyttö on määräyksen mukaista, tarkistaja kirjaa tarkistusmerkintään vain *Lääkkeen ajantasaisuuden tarkistuspäivämäärän*. Jos lääkkeen käyttö poikkeaa määrätystä tai sen suhteen on jotain epäselvää, tarkistaja kirjaa huomionsa *Tarkistusmerkinnän lisätieto* kenttään, esimerkiksi ”Potilas käyttää vain 1x1”, ja merkitsee lisäksi erikseen jos lääke *Edellyttää lääkärin arviointia tai muutosta*. Jos potilas ilmoittaa käyttävänsä lisäksi lääkkeitä, joita Lääkityslistalla ei ole, kirjataan ne potilaan kertoman mukaisesti uusina lääkkeinä, joiden *Lääkkeen tyyppi* on *Itsehoitolääke*. Lääkäri voi myöhemmin arvioida, tulisiko ne määrätä *Avohoitolääkkeiksi*.

Ajantasaisuuden tarkistus tehdään yleensä koko lääkityslistaan (joka lääkkeelle erikseen), mutta sen voi tehdä myös vain osalle lääkkeitä. Kaikille tarkistetuille lääkkeille kirjataan *Lääkkeen ajantasaisuuden tarkistuspäivämäärä*. Huomiot kirjataan vain niille lääkkeille, joille se on tarpeen.

Lääkkeen asianmukaisuuden tarkistaminen

Lääkäri tarkistaa, onko lääkkeen käyttö ja annostus potilaan hoidon kannalta tarkoituksenmukaista, että lääke sopii yhteen muun lääkityksen kanssa ja tekee tarvittavat muutokset lääkkeeseen. Kun lääkemääräys on asianmukainen, lääkäri kirjaa määräykselle *Lääkkeen asianmukaisuuden tarkistuspäivämäärän*. Jos lääke edellyttää lisäarviointia myöhemmin, voi lääkäri kirjata tiedon siitä *Edellyttää lääkärin arviointia tai*

muutosta kenttään ja tarkentaa tietoa *Tarkistusmerkinnän lisätieto* kenttään, esimerkiksi ”Annostusta arvi-
oitava lkk käytön jälkeen”.

Lääkäri voi tehdä lääkkeen asianmukaisuuden tarkistuksen koko lääkitykselle (joka lääkkeelle erikseen) tai vain osalle lääkkeistä. Esimerkiksi silmälääkäri voi merkitä potilaan glaukooman hoitoon käytettävien silmälääkkeiden tietoihin tarkistuspäivämäärän, kun hän on tarkistanut näiden lääkkeiden sopivuuden ja tarpeellisuuden potilaan glaukooman hoidossa ottamatta kantaa muuhun lääkitykseen.

Yksittäisen lääkkeen tarkistusmerkinnät luovat aina uuden määräysmerkinnän kertomukseen jokaisesta tarkistetusta lääkkeestä.

14.2.10.2 Kokonaislääkityksen tarkistaminen

Lääkekohtaisesti tehtävien tarkistusmerkintöjen lisäksi LÄÄ-näkymälle voidaan tehdä erillinen kokonais-
valtaisempi lääkityksen tarkistusmerkintä omalla rakenteellaan. Erilliset lääkityksen tarkistusmerkinnät
myös näytetään omana kokonaisuutenaan erillään varsinaisesta Lääkityslistasta, mutta Lääkityslistalla näy-
tetään, koska viimeisin kokonaislääkityksen tarkistus on tehty potilaalle.

Oletusarvoisesti erillinen lääkityksen tarkistusmerkintä tehdään koko potilaan voimassaolevaan lääki-
tyslistaan, mutta se voidaan tehdä myös vain osaan lääkityksestä.

Tarkistusmerkintään kirjataan tarkistuspäivämäärä, tarkistukseen osallistuvat terveydenhuollon ammat-
tihenkilöt tunnistetietoineen sekä minkä tyyppisestä tarkistuksesta on kyse. Tarkistetut lääkkeet ja niiden
annostus kirjataan lääkekohtaisesti Lääkityslistan tietojen perusteella. Jos tarkistusta ei tehdä koko lääki-
tykseen Lääkityslistalta valitaan ne lääkkeet, jotka tarkistetaan (tai poimitaan pois ne lääkkeet joita ei tar-
kisteta). Merkinnälle voidaan lisäksi kirjata lääkekohtaisesti jos lääke *Edellyttää lääkärin arviointia tai
muutosta* sekä *Ehdotus lääkkeen muutokseksi*. Lääkekohtaisten tietojen lisäksi erilliselle lääkityksen tarkis-
tusmerkinnälle voidaan kirjata koko tarkistettua lääkitystä koskien tekstimuotoisia tietoja *Arvio lääkitykses-
tä tekstinä*, *Ehdotus lääkityksen muutoksiksi* sekä *Muutosten toteutussuunnitelma*.

Lääkityksen tarkistaminen			
9.11.2014		Läkelistan ajantasaisuuden tarkistus	
Tarkistuksen tekijät			
Hilkka Hoitaja		KHSHP, Sisätautiosasto	
Tarkistettava lääkitys		Muutos ehdotus	
x	Burana 600 mg	1 tabl x4 /vrk po	
x	Ketorin 100 mg	1 tabl x3 /vrk po	! Ei ole käytössä
x	Retafer 50 mg	1 tabl x1 /vrk po	
x	Seloken 50 mg	1 tabl x2 /vrk po	! Käyttää 1x1
	Simvastatin 20 mg	1 tabl x1 /vrk po	
Arvio lääkityksestä			
Potilaalle määrätty useita tulehduskipulääkkeitä. Ei käytä Ketorinia. Selokenia käyttää määräyksestä poikkeavalla annoksella.			
Edellyttää lääkitysmuutoksia		x	Kyllä
Ehdotus lääkityksen muutoksiksi			
Nitron tarvetta ajoittain?			
Toteutussuunnitelma			
Tarkistetaan lääkärin kierrolla.			

Kuvio 10. Lääkitystarkistusmerkintään voidaan kirjata vapaamuotoinen arvio lääkityksestä sekä ehdotuk-
sia lääkityksen muutoksiksi, jos tarkistaja ei voi muuttaa lääkitystä, esimerkiksi osastofarmaseutin teh-
dessä lääkityksen farmakologista kokonaisarviota. Tehtäessä osittaista tarkistusta, valitaan vain tarkistet-
tavat lääkkeet. (Kuvassa sisällöllistä epäjohtonmukaisuutta, koska siinä on mallinnettu samalla kertaa
useita ominaisuuksia.)

Lääkitystarkistuksen tyypit

Kokonaislääkitys voidaan tarkistaa viidellä eri tavalla: lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus, lääkityksen tarkistus, lääkehoidon osa-arviointi, lääkehoidon arviointi ja lääkehoidon kokonaisarviointi.

Merkinnän tekijä valitsee *lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksen*, silloin kun potilas, hänen omaisensa tai sosiaali- tai terveydenhuollon toimija on tehnyt yhdessä potilaan tai hänen omaisensa kanssa lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksen. Merkintä kattaa tiedon siitä, vastaako potilaan käyttämä lääkitys lääkityslistalla olevia tietoja. Terveydenhuollon ammattihenkilö tekee tästä tarkistuksesta merkinnän kertomukseen.

Merkinnän tekijä valitsee *lääkityksen tarkistuksen*, silloin kun kyseessä on terveydenhuollon ammattihenkilön tekemä potilaan lääkityksen tarkistus, jossa tarkistetaan vastaavatko lääkkeiden annostukset ja antoajankohdat hyväksytyä hoitokäytäntöä, sekä kartoitetaan lääkkeiden mahdolliset päällekkäisyydet ja yhteensopimattomuudet. Terveydenhuollon ammattihenkilö voi tässä olla sairaanhoitaja, proviisori tai farmaseutti. Merkintä ei sisällä lääkehoidon tarpeen, indikaation tai tarkoituksenmukaisuuden arviointia eikä korjaustoimenpiteitä lääkitykseen.

Lääkäri valitsee *lääkehoidon osa-arvioinnin*, silloin kun hän tekee omaan erikosisalaansa kuuluvan tai muuten rajatun lääkityksen osan arvioinnin. Tämä tarkistus kattaa tarkistettujen lääkkeiden tarpeen ja annostuksen arvioinnin mutta ei ota kantaa muuhun lääkitykseen. Merkintä sisältää lääkärin tekemät tarvittavat muutosmerkinnät arviointiin lääkitykseen.

Merkinnän tekijä valitsee *lääkehoidon arvioinnin*, silloin kun lääkäri tai lääkärin tarvittaessa muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden avustamana tekee potilaan lääkehoidon tarpeen ja tarkoituksenmukaisuuden arvioinnin osana potilaan tutkimista ja hoidon suunnittelua. Tässä muu terveydenhuollon ammattihenkilö voi olla kliininen farmakologi, proviisori tai farmaseutti, tai muu erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Merkintä sisältää lääkärin arvioimat tai vahvistamat tarvittavat muutosmerkinnät lääkitykseen tai lääkärin vahvistuksen siitä, ettei muutoksia tarvita. Jos lääkehoito vaatii seurantaa, merkinnän tekijä kirjaa suunnitelman lääkitysmuutosten seurannaksi.

Merkinnän tekijä valitsee *lääkehoidon kokonaisarvioinnin*, silloin kun kliinisten asiantuntijoiden ja/tai moniammatillisen ryhmän yhteistyössä tehdään potilaan lääkehoidon arviointia. Arviointi tapahtuu hoitavan lääkärin päätöksellä lääkehoidon arvioinnin pohjalta ja se sisältää lääkehoidon arvioinnin lisäksi lääkehoidon toteuttamisen ja hoitoon sitoutumisen arvioinnin potilaan kotona Kliinisiin asiantuntijoihin ja/tai moniammatilliseen ryhmään kuuluva henkilö voi olla myös kliininen farmakologi, erityiskoulutettu proviisori tai farmaseutti tai muu erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Lääkehoidon arvioinnin tai potilaan kotona tehtävän arvioinnin lisäksi tässä yhteydessä kartoitetaan lääkehoidon sosiaaliset ja taloudelliset edellytykset. Merkintä sisältää lääkärin tekemät muutokset lääkitykseen tai lääkärin vahvistuksen siitä, ettei muutoksia tarvita. Jos lääkehoito vaatii seurantaa, merkinnän tekijä kirjaa suunnitelman lääkitysmuutosten seurannaksi.

14.2.11 Lääkehoidon ohjeistus

Lääkitykseen liittyvän ohjeistuksen antaminen potilaalle voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä lääkehoito otsikon alle. Lisäksi sairaanhoitajan antamaa lääkehoidon ohjausta voidaan kirjata hoitokertomukseen hoitotyön toimintoluokituksella. Sähköisen lääkemääräyksen käyttöönoton myötä laki velvoittaa tulostamaan potilasohjeen, kun potilas saa sähköisen lääkemääräyksen.

14.3 Lääkehoidon jatkokehitys

Lääkitystiedon tallentamisen yhteydessä tiedot tallentuvat rakenteisina aina myös Potilastiedon arkistoon ja Tiedonhallintapalveluun suunnitellusti 2018 alkaen. Potilaskertomuksen lääkemerkintöjen määrittelyt muun muassa sähköisen reseptin muutosten osalta täydennetään vuoden 2015 aikana. Samalla tarkentuu myös potilaskertomuksen rakenteisten lääkitystietojen, erityisesti rakenteisen annoskirjauksen ja rakenteisen koostumuksen, sekä Tiedonhallintapalvelun Lääkityslistan käyttöönottojen aikataulu. Näiltä osin myös Rakenteisen kirjaamisen oppaan Lääkehoidon lukua tullaan täydentämään määrittelyiden ja aikataulujen valmistuttua.

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.

Ennaltaehkäisy (preventio) -otsikon alle voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä potilaalle annettua ennaltaehkäisevän terveydenhuollon ohjeistusta sekä rakenteisesti potilaan rokotustiedot. Rokotusten kirjaamiseen käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 15.

Taulukko 15. Potilaan rokotusten kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia	Organisaatiokoodisto
Fimea – ATC-luokitus	SOTE - Organisaatiorekisteri
AR/YDIN – Rokotustapa	
AR/YDIN – Pistokohta	
THL – Tautiluokitus ICD-10	
THL - Rokotussuoja	
THL - Rokotteet	
THL - Rokotevalmisteet	
THL – Tiedon lähde	

15.1 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto

Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto kirjataan Ennaltaehkäisy (preventio) -otsikon alle. Otsikon alle kirjataan terveystarkastukseen liittyvää lääkärin antamaa ohjausta vapaamuotoisena tekstinä. Sairaanhoidajat voivat lisäksi kirjata antamaansa ohjeistusta hoitotyön osuuteen hoitotyön luokituksilla. Samoin terapeutit voivat kirjata ohjeistusta omien nimikkeistöjensä mukaisesti omille näkymilleen.

Sairauden ehkäisy voidaan jakaa kolmeen tasoon²⁸.

- Primaarinen ehkäisy eli primaaripreventio käsittää sairauksien torjuntatoimet ennen taudin ilmenemistä (esim. taudin syiden poisto) tai terveyden lisäämiseen yleisesti tähtäävät toimet (esim. terveystarkastus, terveystarkastukset).
- Sekundaarinen ehkäisy eli sekundaaripreventio sisältää ne toimet, joilla pyritään estämään varhaisessa, usein oireettomassa vaiheessa (esim. seulontatutkimuksen avulla) todettua tautia kehittymästä edelleen.

²⁸ http://www.terveysportti.fi/terveysportti/rex_terminologia.koti

- Tertiaarinen ehkäisy eli tertiaaripreventio sisältää ne toimet, joilla pyritään torjumaan taudin eteneminen, komplikaatioiden ilmeneminen tai taudista aiheutuvien haittojen paheneminen (esim. toimet, joilla pyritään estämään sydäninfarktipotilaan uusi infarkti).

15.2 Rokotustiedot

Vapaamuotoisen tekstin lisäksi Preventio-otsikon alle merkitään rakenteisesti rokotustiedot. Muusta lääketysmerkinnästä poiketen rokotuksista kirjataan rakenteisesti vain niiden antokirjaus, eikä erillistä määräyskirjausta yleensä tallenneta. Jos potilas hakee itse rokotteen apteekista, tehdään rokotteesta lääkkeen määräysmerkintä potilaskertomukseen sekä resepti Reseptikeskukseen.

Rokotuksen rakenteiset tiedot kirjataan valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla. *Rokotteen nimi* saadaan Lääketietokannasta ATC-luokituksen mukaisena tai nimi kirjataan vapaamuotoisesti, jos rokotteen nimeä ei ole saatavissa Lääketietokannasta. Jos merkinnän tekijä on kirjaamassa tutkimusrokotteen tietoja, tulee hänen valita, että kyseessä on tutkimusrokote. Tutkimusrokotteelle ei ole pakollista kirjata nimeä, mutta sille pitää kirjata tutkimusrokotteen tunnus.

Rokotepakkauksen yksilöintinumero eli VNR-numero saadaan Lääketietokannasta, ja merkinnän tekijä ei voi muokata sitä. Käyttäjä kirjaa *rokotepakkauksen eränumeron* käsin vapaamuotoisena tekstinä sille varattuun kenttään. Rokotepakkauksen eränumeron kirjaaminen on osa rokotevalmisteiden laadunvarmistusta ja seuranta. Eränumeron avulla voidaan tunnistaa jälkikäteen, mistä rokote-erästä potilaan rokote on peräisin. Rokotevalmisteisiin voi liittyä eräkohtaista vaihtelua, sillä osa rokotevalmisteista sisältää eläviä mikrobeja.

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

Rokotussuojaluokituksen avulla potilaalle voidaan tulostaa rokotuskortti, jossa näkyy eri sairauksia vastaan annetut rokotteet ja niiden tehosteet (ks. kuvio 11).

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

Kuvio 11. Esimerkki rokotuskortista (Virkkunen et al, 2014).

Annoksesta kirjataan annetun rokotteen määrä ja sen yksikkö sekä rokotustapa ja pistoskohta luokituksen avulla. Kun rokotus annetaan ihoon, ihon alaisesti tai lihakseen (*Rokotustapa* = ID, SC, IM), pistoskohta on kirjattava. Sarjarokotteista kirjataan *annoksen järjestysluku*, kun esimerkiksi on kyseessä 3 rokotuksen hepatiittirokotussarja. Järjestysluku kertoo, monesko sarjan rokotus on kyseessä. Kertaluonteisissa rokotuksissa järjestyslukua ei tarvitse kirjata, eikä myöskään monen vuoden välein annettavissa tehosterokotuksissa, esimerkiksi jäykkäkouristus.

Potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti merkintään rokotteen antopäivämäärän ja antajan, silloin kun merkinnän tekijä antaa rokotteen. Merkinnän tekijä voi halutessaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä lisätietoa rokotuksesta. Rokotuksen antajan organisaation palveluyksikkö tuotetaan automaattisesti järjestelmätasolla. Jos potilas kieltäytyy rokotuksen ottamisesta, tieto voidaan kirjata vapaaseen tekstiin Ennaltaehkäisy (preventio) otsikon alle.

Aikaisempien rokotustietojen kirjaaminen

Jos kyseessä on potilaan aikaisemmin saaman rokotuksen kirjaaminen esimerkiksi potilaan rokotuskortin tai hänen kertoman tiedon pohjalta eikä rokotteen nimeä tiedetä, voidaan rokotus kirjata *THL-Rokotteet* luokituksen mukaisella luokan nimellä, esimerkiksi Poliorokote. Näissä tapauksissa ATC-koodia ja sen mukaista nimeä ei ole välttämätöntä kirjata. Lisäksi aikaisemman rokotustiedon merkintään ei tarvitse kirjata rokotepakkauksen yksilöintitunnistetta, eränumeroa, rokotustapaa, pistoskohtaa ja rokotuksen antajaa. Rokotuksen antoajankohdan voi myös kirjata annetun tiedon perusteella, esimerkiksi vuosilukuna.

Vaikka aikaisempien rokotteen tietoja kirjattaisiinkin epätarkemmin kuin annettavien rokotteen, ne on hyvä saada mukaan valtakunnallisiin potilasyhteenvetoihin, jotta mahdollisimman kattava tieto potilaan rokotesuojasta on saatavilla yhdestä paikasta.

Rokotteen välittömän haittavaikutuksen kirjaaminen

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

Silloin kun rokotuksen haittavaikutus on kirjattu tautiluokituksen (Tautiluokitus ICD-10, 2011) luvun 19 mukaisilla koodeilla, esimerkiksi *T88.1 muu muualla luokitamaton immunisaation jälkeinen komplikaatio*, tulee kirjata myös luvun 21 koodeista ulkoinen syy. Yleisimmin rokotteen haittavaikutuksen ulkoisen syyn koodi on joko *Y58 bakteerirokotteen haittavaikutus* tai *Y59 muun tai määrittämättömän rokotteen tai biologisen aineen haittavaikutus*.

Jotkin rokotuksen haittavaikutukset voidaan mieltää riskitiedoksi, jolloin tieto tulee tallentaa riskitietosiin. Tällaisia ovat esimerkiksi kananmuna-allergia ja/tai rokotustapahtumaan liittyvä anaflaktinen reaktio. Haittavaikutuksen kirjauksessa on hyvä muistaa, että jotkin rokotereaktiot ovat toivottuja. Haittavaikutuksen kuvausta voidaan tarvittaessa täydentää vapaamuotoisena tekstinä kirjatulla lisätiedolla.

15.3 Rokotustiedot valtakunnallisissa tietokannoissa

Rokotuksen tiedot tallennetaan Potilastiedon arkistoon ja rokotuksen rakenteiset tiedot koostetaan sieltä automaattisesti Kanta-tietojärjestelmäpalveluissa Tiedonhallintapalveluun, josta potilasta hoitava terveydenhuollon ammattihenkilö voi katsoa ajantasaisen rokotusyhteenvedon. Potilaan rokotustiedoissa yhteiset rakenteiset tiedot on esitelty Tiedonhallintapalvelun julkaisussa (Virkkunen et al, 2014) luvussa 5.7.

Tiedonhallintapalvelun määrittelyn yhteydessä tarkennetun rokotustiedon kirjauksen pohjalta voitaisiin jatkossa toteuttaa rokotusrekisteri-ilmoituksen tekeminen automaattisesti ilman lisäkirjaamista.

AvoHilmo-rekisteri-ilmoitukseen (Mölläri ja Saukkonen, 2014) kerätään rokotustiedoista vain niiden käyntien tiedot, joissa rokotus annetaan. Rekisteritietoina kerätään rokotteen nimi, ATC-koodi, antopäivä, rokotteen eränumero, annoksen järjestysluku, rokotustapa ja pistoskohta.

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. Koodistopalvelimella on todistuksista ja lausunnoista rakenne kuolintodistusta, lääkärlausunto C:tä ja lääkärintodistus A:ta varten. Muista ensimmäisessä vaiheessa Potilastiedon arkistoon tallennettavista todistuksista ja lausunnoista tuotetaan lomakerakenteet Koodistopalvelimelle vuoden 2015 aikana.

Tavoite on, että tietosisällöltään määriteltyjä lausuntoja ja ilmoituksia voidaan osittain automaattisesti täyttää potilaskertomuksen sisältämien tietojen avulla.

16.3 Vapamuotoiset lausunnot

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

17 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 yhteenvedon tiedot sekä kuntoutuksen loppuarviot siirtyvät automaattisesti yhteenvetonäkymälle.

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

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

17.1 Potilasyhteenveto

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

Osa potilasyhteenvedon tiedoista 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.

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

17.2 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.

17.2.1 Yhteenvetonäkymä

Yhteenvetonäkymä on ns. lisänäkymä. Lisänäkymä ei voi koskaan esiintyä itsenäisenä näkymänä, vaan se vaatii aina päänäkymän, jollainen voi olla esim. erikoisalanäkymä (ks. luku 6.1). 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 yhteenvetolisänäkymälle. YHT-näkymä voidaan erikseen merkitä merkinnälle, vaikka väli- tai loppuarvio otsikoita ei käytettäisikään.

17.2.2 Loppu- ja seurantayhteenveto

Jokaisesta osastohoitojaksosta ja sellaisesta polikliinisestä hoitojaksosta, jonka loputtua hoito päättyy tai hoitovastuu siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön, tulee tehdä loppuyhteenveto. Seurantayhteenvedon lääkäri tekee vähintään 3 kk välein osastohoidossa olevista potilaista (vrt. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009). Kaikki hoidon aikana tapahtuvat seurantayhteenvedot 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 16) hyödynnetään hoitoprosessin vaihetta hoidon arviointi. Tarvitavat 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, poistamalla merkinnältä YHT-lisänäkymän.

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

- tutkimukset (yhteenvedo tehdystä tutkimuksista),
- toimenpiteet (tehdyt toimenpiteet, mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa),
- suunnitelma (jatkohoito-ohjeet kotiin tai seuraavaan hoitopaikkaan, selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon sekä kuntoutuksen toteuttamiseksi).

Taulukko 16. Loppu- ja väliarvio-otsikot.

Väliarvio	Hoitojakson aikana vähintään 3 kk välein kirjattu seurantayhteenvedo hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta kehityksestä.
Loppuarvio	Hoitojakson päättyessä kirjattu tieto hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta kehityksestä.

17.2.3 Muu yhteenvetotasoinen teksti

Yksittäisestä polikliinisestä käynnistä tai avohoidon muusta vastaavasta palvelutapahtumasta ei tarvitse tehdä yhteenvedoa, koska avohoitokäynnin tiedot luokitellaan aina yhteenvetotasoisiksi. Potilaan muikin 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.

17.2.4 Päivittäismerkintä

Päivittäistä decursus-tyyppistä lyhyttä, osastohoidon tai vastaavan aikaista tilanteen kuvausta tai arviota tehtäessä käytetään päivittäismerkintäotsikkoa, ei väliarvio-otsikkoa.

17.2.5 Muiden ammattihenkilöiden loppu- ja väliyhteenvedot

Myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt laativat yhteenvedoja (hoitotyön väli- ja loppuarvioista seuraavassa kappaleessa). Kuntoutuksen osalta yhteenvedoja laaditaan yleisesti kuntoutusjakson edetessä sekä sarjamuotoisen terapia- tai kuntoutusjakson päätteeksi. Myös hoitotyön yhteenvedon tiedot sekä kuntoutuksen loppuarviot²⁹ siirtyvät automaattisesti yhteenvetonäkymälle.

17.2.6 Yhteenvedo potilastietojärjestelmässä

Potilastietojärjestelmissä yhteenvedon kirjaamisessa voidaan etukäteen määrittää tarvittavia kokonaisuuksia. Esimerkiksi jos ilmaistaan että tehdään sisätautien loppuyhteenvedo, niin potilastietojärjestelmä voi

²⁹ Kun käytetään loppuarvio –otsikkoa.

tuottaa yhteenvetolisänäkymän ja hoitoprosessin vaiheen automaattisesti. Lisäksi varsinaista tietosisältöä voidaan poimia aiemmista rakenteisista merkinnöistä tietokoneavusteisesti, esimerkiksi tehtyjä toimenpiteitä ja tutkimuksia voidaan tarjota poimittavaksi yhteenvetoon. Nämä ovat kuitenkin potilastietojärjestelmätoteutuksesta riippuvaisia ominaisuuksia.

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

Kuvio 12. Yhteenvedon toteutus asiakirjassa lisänäkymän avulla.

17.3 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.

17.3.1 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-luokituksesta valittavalla luokalla, jota täydennetään vapaalla tekstillä. Päivittäismerkinnät tehdään HOKE-näkymälle (moniammatillinen hoitokertomus).

Hoitotyön yhteenveto on osa palvelutapahtuman yhteenvettoa ja se noudattaa normaalin kertomusmerkinnän rakennetta. Hoitotyön yhteenveto tallennetaan hoitotyön näkymälle (HOI). Lisänäkymäksi merkitään aina yhteenvetonäkymä (YHT). Hoitoprosessin vaiheena on hoidon arviointi. Yhteenvedon tasoisia muita merkintöjä kirjataan myös HOI-näkymälle, mutta niiden lisänäkymänä 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.

17.3.2 Hoitotyön yhteenvedon kirjaaminen

Terveystieteiden 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. Päivittäiskirjaamisessa³⁰ 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).

³⁰ Hoitotyön päivittäiskirjaamisen merkintöjä varten ollaan valmistelemassa omaa tietorakennetta Koodistopalvelimella julkaistavaksi.

18 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Hyvä tietää

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan potilaskeskeisesti hoidon suunnittelun ja koordinoinnin 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 tai alueellisessa sähköisessä palvelussa. Terveystieteiden 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. Ylläpidettävänä asiakirjana terveys- ja hoitosuunnitelma tallennetaan aina YHOS-näkymälle. Kun terveys- ja hoitosuunnitelma kirjataan vapaamuotoisena tekstinä otsikoiden, se tallennetaan jatkossa THS-näkymälle (joka lisätään *Näkymät*-luokitukset). Terveys- ja hoitosuunnitelmassa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 17.

Taulukko 17. 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

18.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoite

Terveys- ja hoitosuunnitelma (Komulainen et al, 2011; Virkkunen et al, 2014) 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 tehostetusta suunnitelmasta. Tällaisia potilaita ovat erityisesti pitkäaikais- ja monisairaavat 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 tulee kirjata 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 2017 aikana.

18.2 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 tekemisestä³¹.

Terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja koordinoimisesta huolehtii ensisijaisesti perusterveydenhuolto, erityisesti paljon palveluita käyttävien potilaiden kohdalla. Kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot, mukaan lukien erikoissairaanhoidon, 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 ehdoista täyttyy:

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

18.3 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.

Ensimmäistä kertaa terveys- ja hoitosuunnitelmaa täytettäessä suunnitelman laatimiseen kannattaa varata riittävästi aikaa, jotta potilaan tietoihin ehditään tutustua etukäteen ja tapaamisessa voidaan pohjustaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Alussa käytetty aika on mahdollista saada hoitosuhteen kuluessa takaisin vähentyneinä kontakteina, kun potilas on voimaantunut omaan hoitoonsa. Potilaalle kannattaa lähettää etukäteen täytettäväksi esimerkiksi omahoitokysely^{32,33}, jonka avulla hän voi orientoitua suunnitelman laatimiseen. Edistyneimmät järjestelmät mahdollistavat potilaalle sähköisen asiointin siten, että kyselyssä täytetyt tiedot ovat suunnitelmaa laadittaessa helposti käytettävissä. Muita vaihtoehtoja on pyytää asiakasta täyttämään sähköinen terveystarkastus³⁴ tai muu sähköinen toimintakykytesti ja lähettämään se suunnitelman laativalle taholle etukäteen.

³¹ <http://www.valvira.fi/files/ohjeet/Hoitosuunnitelmat.pdf>

³² http://www.potkuhanke.fi/images/stories/hallinto/omahoitolomake_N.pdf

³³ [http://www.hameenlinna.fi/pages/385837/Omahoitokysely%20\(2\).pdf](http://www.hameenlinna.fi/pages/385837/Omahoitokysely%20(2).pdf)

³⁴ www.minuterveyteni.fi, www.omahoitopolut.fi

Potkuhankkeessa³⁵ on työstetty erilaisia materiaaleja terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisen tueksi. Materiaalit löytyvät mm. Innokylästä³⁶ ja ovat sieltä kaikkien käytettävissä.

18.3.1 Hoidon tarve

Hoidon tarpeeseen voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä hoidon tarve sekä toiminta- ja työkykyyn liittyviä tarpeita. Nämä voivat koostua yhdestä tai useammasta potilaan kanssa yhdessä tunnistetusta tarpeesta. Terveystieteiden ammattihenkilö 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 palveluyksiköstä perustuu SOTE-organisaatiorekisteriin. Mahdollinen lisätieto kirjataan tarvittaessa vapaamuotoisena tekstinä.

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

18.3.2 Hoidon tavoite

Hoidon tavoite -kohtaan kirjataan vapaamuotoisena tekstinä potilaan kanssa tunnistetut hoidon tavoitteet sekä toiminta- ja työkykyyn liittyvät tavoitteet. Tavoitteeksi asetetaan se tavoite, johon potilaan kanssa yhteisesti sovitulla hoidolla pyritään. Tavoitteen asettaneet henkilöt voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä. Tavoitteen yksilöivän tekijän kirjaamiseen terveydenhuollon ammattihenkilö 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.

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

18.3.3 Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot

Hoidon toteutus ja keinot kirjataan potilaslähtöisesti vapaamuotoisella tekstillä. Yhdessä potilaan kanssa etsitään ne omahoidon keinot, joita potilas voi itse toteuttaa. Keinosten kannattaa olla mahdollisimman yksinkertaisia ja konkreettisia, esimerkiksi makkaransyönnin vähentäminen viidestä paketista yhteen pakettiin viikossa tai osallistuminen ryhmätöihin kerran viikossa.

Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot kattaa terveydenhuollon toimintayksikköön ja palveluun liittyvät kirjaukset. Terveystieteiden 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 *Laboratoriotutkimus-*

³⁵ <http://www.potkuhanke.fi>

³⁶ <http://www.innokyla.fi/web/hanke79780>

nimikkeistö ja/tai FinLOINC – Fysiologiset mittaukset sekä tarkennetaan tutkimuksen tuloksen ehdollisella arvolla.

18.3.4 Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi

Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi kirjataan vapaamuotoisena tekstinä, jolla kuvataan mitä terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät tukeakseen potilaan tavoitteiden saavuttamista. Tuki voi olla luonteeltaan esimerkiksi omahoitajan puhelu tai sähköinen viesti kerran viikossa, ryhmätapaamiset kuukausittain tai yhteys tarvittaessa omahoitajaan. Tietoa kirjattaessa kannattaa huomioida, että potilas myös tosiasiallisesti saa luvatun tuen ja yhteydenotto koordinoivaan tahoon onnistuu riittävän helposti.

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.

18.3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot

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

18.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman esimerkki

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

Päiväys: 1.10.2012

Nimi: Pauliina Potilas

Henkilötunnus: 230462-4321

Olen nimennyt hoidon tarpekseni: Tupakointi ja huolimattomuus lääkkeiden käytössä.

Koordinoiva taho: Terveyskeskus

Koordinoiva ammattihenkilö: Hellä Hoitaja

Koordinoiva palveluyksikkö: Terveystyöpalvelut

Tavoittekseni olen asettanut: tupakoinnin lopettamisen ja lääkehoidon säännöllisen toteutumisen.

Lääkäri Lasse Tohtorinen on suositellut tavoitearvoiksi:

Painotavoite on pienempi kuin 85 kg.

Verenpainetaso tavoite on pienempi tai yhtä suuri kuin 130/85 mmHg.

LDL-kolesterolitason tavoite on pienempi tai yhtäsuuri kuin 3.0 mmol/l.

Muu tavoitteen yksilöivä tekijä: PEF, tavoitetaso: suurempi tai yhtäsuuri kuin 380

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

Terveydenhuollon toimintayksikkö: Terveyskeskus

Palveluyksikkö: Terveystyöpalvelut

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

Tämän suunnitelman on laatinut/ovat laatineet kanssani:

Sairaanhoidtaja Hellä Hoitaja

Ammattihenkilön yksilöivä tunnistus: 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 (spirografia, pef-hoitovasteseuranta, verenpaineen kotimittaukset)

Tarvittaessa tupakanvieroitustoireisiin valmiste NN.

Diagnoosit:

J45.1 Ei-allerginen astma

J44.8 Keuhkohtaumatauti

I10 Essentiaalinen (primaarinen) verenpainetauti

E03.9 Määrittämätön kilpirauhasen vajaatoiminta

Z72.0 Tupakan käyttö

19 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 luovutuskielloasiakirjat ovat Tiedonhallintapalvelun ylläpidettäviä asiakirjoja. Potilas voi hallinnoida näiden asiakirjojen sisältöä Omakannassa.

Potilastiedon käytön ja luovuttamisen hallinnointiin Potilastiedon arkistossa on julkaistu omat lomakkeensa potilaan informoinnin, suostumuksen ja luovutuskieltojen varmentamiseen ja hallinnointiin. Lisäksi sähköisen reseptin mahdolliset kiellot kirjataan omalle asiakirjalleen. Luovutukseen liittyvät rakenteet on koottu taulukkoon 18. Tässä oppaassa kuvataan terveydenhuollon toimintayksikössä annettavaa informointia ja suostumus- tai kieltotiedon kirjaamista. Henkilö voi hallita potilastietonsa luovutuksiin liittyviä tietojaan Omakannan kautta.

Taulukko 18. Potilastiedon luovutustenhallinnan kirjaamisessa käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
eArkisto/Lomake - Potilaan informointiasiakirja
eArkisto/Lomake - Suostumus ja suostumuksen peruutus
eArkisto/Lomake - Luovutuskielto ja luovutuskiellon peruutus
epSOS/Lomake – Informointi ja suostumus
Sähköinen lääkemääräys/Lomake - Lääkemääräystietojen luovutuskielto
SOTE-organisaatiorekisteri
KanTa-palvelut - Potilasasiakirjan rekisteritunnus

19.1 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.

19.2 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 asiakastietolakiin. Terveydenhoitolaissa (1326/2010) on lisäksi kuvattu oma, yhteistä potilastietorekisteriä koskeva suostumuskäytäntönsä. Asiakastietolain mukainen informointi-, suostumus- ja kieltomalli ja terveydenhoitolaikun mukainen informointi- ja kieltomalli on määritelty yhdenmukaisiksi (STM 2012). Myös laissa sähköisestä lääkemääräyksestä on kuvattu sähköiseen lääkemääräykseen sisältyvien tietojen hallintaa. Lisäksi epSOS-pilottiin (vuosina 2011–2014) kuvattiin potilaan informointi ja suostumus eurooppalaiseen rajat ylittävään potilastiedon vaihtoon.

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 luovutuskieltoa. 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 omassa toiminnassa syntyneen potilastiedon hakemista Potilastiedon arkistosta, jolloin on kyse ”organisaation oman” tiedon käyttämisestä. Potilastietojen luovuttamisen periaatteita on kuvattu tarkemmin *Potilastietojärjestelmien käyttötapauksissa* (Kela 2014) ja *Yhteisrekisterin määrittelyssä* (Vuokko et al, 2014). 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 ammattihenkilön näkökulmasta.

19.3 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.

Yhteisrekisterin osalta pelkkä potilaan informointi sähköisistä palveluista riittää, eikä häneltä kysytä erillistä suostumusta.

19.4 Suostumusasiakirja

Potilaan Kanta-suostumus ja sen mahdollinen peruutus kirjataan suostumusasiakirjaan potilastietojärjestelmässä, ja asiakirjan tallennus merkitsee tiedon tallentumista myös Potilastiedon arkistoon, jolloin luovutus-tieto on käytettävissä myös Tiedonhallintapalvelussa ja Omakannassa. Sähköistä reseptiä varten on tulossa käyttöön oma, erillinen suostumusasiakirja.

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 ammattihenkilö kirjaa suostumuksen tai sen peruutuksen potilastietojärjestelmässä, asiakirjaan liitetään myös tiedot ammattihenkilön nimestä, henkilötunnuksesta ja palvelunantajasta *SOTE – organisaatiorekisterin* mukaisesti.

19.5 Kieltoasiakirja

Potilaan mahdolliset luovutuskiellot ja niiden peruutus kirjataan sähköiseen asiakirjaan potilastietojärjestelmässä, ja asiakirjan tallentuminen Potilastiedon arkistoon merkitsee samalla, että luovutuskieltotieto on saatavilla Tiedonhallintapalvelussa ja Omakannassa. Sama kiello ohjaa yhteisrekisterin tiedonluovutuksia. Sähköistä reseptiä varten kuvataan oma, erillinen kielloasiakirja.

Potilas voi kohdistaa luovutuskiellon yksittäiseen palvelutapahtumaan tai laajemmin palvelunantajaan ja palvelunantajan rekisteriin. Potilaan voimassa oleva luovutuskiello säätelee potilastiedon luovuttamista Potilastiedon arkistosta terveydenhuollon ammattihenkilölle. Kun potilaalla on voimassa oleva luovutuskiello, ammattihenkilölle ei voida luovuttaa kiellon alaista tietoa, eikä hän saa edes tietoa siitä, että potilaalla on voimassa oleva luovutuskiello.

Luovutuskielloasiakirjassa potilaan perustiedot koostuvat nimestä ja henkilötunnuksesta. Potilaan tietoihin voidaan lisäksi kirjata tieto siitä, että potilas ei ole kykeneväinen itse allekirjoittamaan luovutuskieltoa 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 kiellot kohdistetaan, voidaan kirjata käyttäen *SOTE-organisaatiorekisteriä*. Kielto palvelunantajan rekisteriin voidaan kirjata luokituksella *Potilasasiakirjan rekisteritunnus*. Palvelutapahtuma, joka halutaan kieltää, kirjataan palvelutapahtuman ajankohdan ja OID-tunnisteen avulla.

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

19.6 Potilaan tietojen tarkastaminen

Potilaan voimassa oleva suostumus tai tarvittaessa informointi voidaan aina tarkistaa Tiedonhallintapalvelusta. Tiedonhallintapalvelu suodattaa automaattisesti pois kielloilla rajatut tiedot Potilastiedon arkistosta tai Tiedonhallintapalvelusta palautuvasta tiedosta. Reseptikeskus suodattaa vastaavasti palautettavista re-

septitiedoista kiellon alaiset tiedot pois. Potilas ei voi luovutuskiellolla estää PKV- ja huumereseptien näkymistä, kun lääkkeen määrääjä on tekemässä PKV- tai huumeresepiä³⁷.

Vanhentunut

³⁷ Tämä edellyttää, että lääkkeen määrääjä tekee Reseptikeskukseen uuden haun PKV- ja huumeresepteistä.

20 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.

20.1 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, 2014). Hoitotahto on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja, mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään sitä. Henkilö voi myös itse ylläpitää hoitotahtoaan Omakannan kautta, mutta tässä oppaassa kuvataan hoitotahdon kirjaamista vain terveydenhuollon toimintayksikön kirjausten näkökulmasta. Hoitotahdon muokkaaminen ei edellytä hoitosuhdetta. Voimassa olevan hoitotahdon katselu edellyttää kuitenkin hoitosuhdetta potilaaseen.

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.

Tahdonilmaisu tulostetaan potilaalle sekä tallennetaan omassa potilastietojärjestelmässä ja samalla Tiedonhallintapalveluun, josta se on tarvittaessa haettavissa. Lisäksi potilaan voimassa oleva hoitotahto tulee näkyä riskitiedoissa, vaikka sitä ei riskitietona kirjatakaan.

20.2 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, 2014). Elinluovutustahto on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja, mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään sitä. Henkilö voi myös itse ylläpitää elinluovutustahtoaan Omakannan kautta, mutta tässä oppaassa kuvataan elinluovutustahdon kirjaamista vain terveydenhuollon toimintayksikön kirjausten näkökulmasta. Elinluovutustahdon muokkaaminen ei edellytä hoitosuhdetta. Elinluovutustiedon katselu edellyttää kuitenkin hoitosuhdetta potilaaseen.

Elinluovutusasiakirjan rakenne sisältää seuraavat tiedot: Potilaasta kirjataan nimi ja henkilötunnus. Potilaan tahto (Kyllä, luovutan elimeni ja kudokseni. / Ei, en luovuta elimiäni tai kudoksiani.) kirjataan kylä/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. Tahdonilmaisu tulostetaan potilaalle sekä tallennetaan omassa potilastietojärjestelmässä ja samalla Tiedonhallintapalveluun.

21 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.

21.1 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 dokumenttiarkistosta³⁸ ja Kanta-palveluiden sivuilta³⁹ (ks. luku 4.5). Tässä luvussa kuvataan CDA-standardia, sen periaatteita ja hyödyntämisestä niiltä osin, kun CDA-standardi vaikuttaa potilaskertomusmerkintöjen kirjaamiseen.

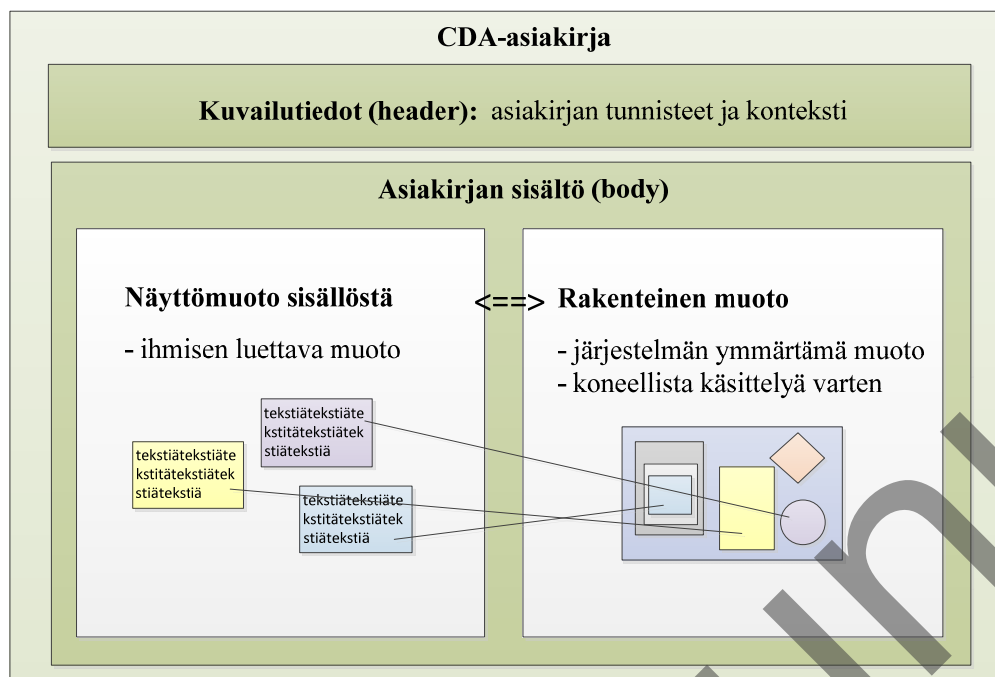
CDA-määrittelyt ovat XML-standardin mukaisia, jolloin XML-tiedostojen käsittelyyn tarkoitettuja säilytys- ja prosessointiratkaisuja voidaan hyödyntää myös CDA-määrittelyiden yhteydessä.

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 kansainvälisesti määritelty joukko metatietoja, joita täydentää suomalaisessa toimintaympäristössä välttämättömiksi määritellyt metatiedot. Metatiedot kertovat asiayhteyden, jossa asiakirjan sisältö on tuotettu. Potilasasiakirjojen metatietoja on kuvattu tarkemmin eri julkaisuissa, kuten *Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset* (Kanta 2015) ja *Medical Records -sanomat* (HL7 2015).

³⁸ www.hl7.fi

³⁹ www.kanta.fi



Kuvio 13. Sähköiset potilasasiakirjat on toteutettu HL7:n CDA-dokumenttirakenteen pohjalta.

21.1.1 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.

21.1.2 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.

21.2 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 näkymiin.

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 tunnisteen, joka tuotetaan lomaketunnuksen haarasta (kuviossa 6 sarake *tietokenttätunnus oid*). Kuvion 6 esimerkissä lomakerakenteessa on käytössä HL7-tietotyyppiä, kuten otsikko (Label, LB), koodattu arvo (CodedValue, CV), ajankohta (PointInTime, TS), tunniste (InstanceIdentifier, II), henkilönnimi (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 tunnistetta, joka kuvataan rakennemäärittelyssä *koodistoviittauksena*.

Codellid	LongName	ParentId	HierarchyLevel	A:Tietokentän oid tunnistite	A:Tietotyyppi	A:Tietotyypin tunnistite	A:Kentän pakollisuus	A:Kentän toistuma
1	Terveys- ja hoitosuunnitelma		0	1.2.246.6.12.2002.323.1	Label	LB		
2	Potilaan henkilötiedot	1	1	1.2.246.6.12.2002.323.2	Label	LB		
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	
100	Hoidon tarve	1	1	1.2.246.6.12.2002.323.100	Label	LB		
101	Hoidon tarve	100	2	1.2.246.6.12.2002.323.101	String	ST	EP	
102	Toiminta- ja työkykyyn liittyvät tar	100	2	1.2.246.6.12.2002.323.102	String	ST		
111	Hoidon syy	100	2	1.2.246.6.12.2002.323.111	Coded Value	CV		T
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		
114	Koordinoiva taho	111	3	1.2.246.6.12.2002.323.114	String	ST		
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 14. 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 tietyssä 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.

21.3 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-sivuille 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 mielekästä asettaa rajoituksia, mutta joissakin ratkaisuissa, 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 sovellu käsittelyyn tai tallennukseen, niin tarkastusohjelma voi tällöin aiheuttaa virhetilanteen tai muokata tietoa tallentamiskelpoiseksi. Virhetilanne voi käytännössä johtaa koko vastaanotettavan tietokokonaisuuden hylkäämiseen – ts. tieto ei tallennukaan suunnitellulla tavalla. Tiedon muokkaaminen vastaanottavassa päässä tilanteen korjaamiseksi puolestaan saattaa hävittää alkuperäisestä lähteestä tulevaa tietoa.

21.4 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 aloitusajankohta voidaan merkitä päivän tarkkuudella, mutta sairaalahoidossa 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 Tietojohdaminen 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 2014. HILMO - Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus - Määrittelyt ja ohjeistus. Voimassa 1.1.2015 lähtien. 19/2014, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-350-5> [16.4.2015].
- HL7 2015. Kanta – eArkiston Medical Records, versio 2.00, 13.2.2015. Saatavissa <http://www.kanta.fi/documents/3430315/0/Medical+Records+V200> [21.3.2015].
- 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 [18.8.2013].
- Kanta 2015. eArkisto. Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset. Versio 2.9, 6.3.2015. Saatavissa <http://www.kanta.fi/documents/12105/3458358/eArkisto+PTJ-kayttotapaukset.pdf/5a4bb936-c568-4d2e-82e4-e539d262f0c9> [21.3.2014].
- 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%20k4kitysmarkinn%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://shop.kunnat.net/download.php?filename=uploads/p20100309095440223.pdf> [3.4.2015].
- 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].
- Mäkelä-Bengs, Päivi, Virkkunen, Heikki ja Vuokko, Riikka (2015). Lääkemerkinän tekeminen ja tietosisältö 2016. Toiminnallinen määrittely, versio 2015. Ohjaus 1/2015, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-422-9> [21.3.2015].
- 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].
- Mölläri, Kaisa ja Saukkonen, Sanna-Mari, 2014. AvoHilmo - Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2015 - Määrittelyt ja ohjeistus. Ohjaus 11/2014, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-273-7> [11.11.2014].
- STM 2012. Potilasasiakirjaopas. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuololle. STM:n julkaisuja 4/2012. Saatavissa http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf [18.8.2013].
- STM 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkeshoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 32/2005. Saatavissa 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://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423> [18.8.2013].
- Ydintieto-opas 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala ja ammattikohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa, v. 3.0. Saatavissa http://www.kanta.fi/documents/10180/3441111/Ydintiedot_otsikot_nakymat_opas_uusi.pdf [21.3.2013].
- Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus 2012. Käypä hoito, versio 19.1.2012. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Yleislääketieteen yhdistys. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentnaytaartikkeli/tunus/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 [21.3.2013].
- Virkkunen, Heikki, Mäkelä-Bengs, Päivi, Suhonen, Jari ja Vuokko, Riikka, 2014. Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnalli-

nen määrittely – versio 2014. Ohjaus 18/2014, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-345-1> [11.11.2014].

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

Vuokko, Riikka, Suhonen, Jari, Hyppönen, Konstantin ja Porrasmaa, Jari, 2014. Potilastiedon suostumustenhallinta ja yhteisen potilastietorekisterin liittyminen Kantaan - Versio 2014. Ohjaus 20/2014, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki. Saatavissa <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-357-4> [24.11.2014].

Vanhentunut

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 tunnisteella yksilöity tekninen tallenne, johon on koottu virallinen, asiakirjallinen tieto. Potilastiedot tallennetaan Potilastiedon arkistoon asiakirjoina.

CDA, Clinical Document Architecture on HL7:n määrittelemä standardi dokumenttien (tässä potilasasiakirjojen) rakenteelle ja dokumenttien jakamiseen. CDA-rakenne on XML⁴⁰-standardin mukainen.

Diagnoosi tarkoittaa taudin olemassaolon ja laadun määrittävää taudin kuvausta. Diagnoosi ilmaisee lääketieteellisesti määritellyn taudin.

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

Episodi, hoitoepisodi (episode of care) on potilaan tiettyyn terveysongelmaan liittyvä, ajallisesti etenevä hoidon kokonaisuus, johon voi sisältyä useita hoitotapahtumia.

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 tai aikaisemmista potilaskertomusmerkinnöistä koottuja tietoja potilaan sairauden alkamisesta, oireista ja kulusta sekä hoitoon vaikuttavista muista oleellisista sairauksista ja ongelmista.

Fysiologiset mittaukset kuvaavat henkilön kliinis-fysiologisia löydöksiä.

Henkilörekisteri on käyttötarkoituksensa vuoksi yhteenkuuluvista merkinnöistä muodostuva henkilötietoja sisältävä tietojoukko, jota käsitellään osin tai kokonaan automaattisen tietojenkäsittelyn avulla taikka joka on järjestetty kortistoksi, luetteloksi tai muulla näihin verrattavalla tavalla siten, että tiettyä henkilöä koskevat tiedot voidaan löytää helposti ja kohtuuttomitta kustannuksitta (523/1999).

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, joka on muu kuin lääkäri, arvioima syy potilaan hoitoon hakeutumiselle.

⁴⁰ XML, eXtensible Markup Language on World Wide Web Consortiumin (<http://www.w3.org/>) suositus rakenteisen tiedon esittämisestä sähköisessä muodossa.

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.

Hoidon tavoite tarkoittaa sitä potilaan terveydentilan muutosta, johon potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön yhdessä sopimalla hoidolla pyritään.

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. Laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä 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 toimintasarjan.

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

Hoitotahto on tahdonilmaisu, jolla henkilö ilmaisee tulevaa hoitoaan 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-palvelut koostuvat valtakunnallisista sähköisistä tietojärjestelmäpalveluista, joita ovat Potilastiedon arkisto, sähköisen lääkemääräyksen välityspalvelu, Lääketietokanta, Reseptikeskus, Reseptiarkisto, kansalaisille tarkoitettu sähköinen palvelu eli Omakanta ja ammattilaisille tarkoitettu sähköinen palvelu eli potilaan Tiedonhallintapalvelu, jatkossa myös terveydenhuollon ammattihenkilöille tarkoitettu käyttöliittymäpalvelu.

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 henkilö 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 neuvontaa toiselle palvelunantajalle tai toiselta palvelunantajalta vastaanotettua neuvontaa 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.

Koosteet (koosteasiakirjat) ovat Tiedonhallintapalvelun Potilastiedon arkiston⁴¹ asiakirjojen keskeisestä rakenteisesta tiedosta kokoamia potilaskohtaisia tietokokonaisuuksia, jotka Tiedonhallintapalvelu palauttaa potilastietojärjestelmille. Yksi kooste sisältää yhden tietokokonaisuuden – diagnoosit, toimenpiteet, riskitiedot, kuvantamistutkimukset, laboratoriotutkimukset, fysiologiset mittaukset, rokotukset tai lääkitys – tiedoja.

Koosteyhteenvedot ovat Tiedonhallintapalvelun palauttamista koosteista potilastietojärjestelmissä muodostettuja esitysmuotoja, joissa koosteiden tietoja suodatetaan ja järjestetään käyttäjälle havainnollisemmin esitettävään muotoon. Potilastietojärjestelmä voi täydentää koosteyhteenvedolla näytettävää tietoa omassa potilastietojärjestelmässä olevilla Potilastiedon arkistoon vielä arkistoitamattomilla rakenteisilla tiedoilla.

- Koosteyhteenvetoja ovat diagnoosiyhteenveto, riskitietoyhteenveto, toimenpideyhteenveto, kuvantamistutkimusyhteenveto, laboratoriotutkimusyhteenveto, fysiologisten mittausten yhteenveto, rokotusyhteenveto ja lääkitysyhteenveto.
- Lääkitysyhteenvedosta tässä julkaisussa käytetään nimitystä Tiedonhallintapalvelun lääkityslista tai lyhyemmin Lääkityslista.

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 rekisteri tarkoittaa, että samaan henkilörekisteriin luetaan kuuluvaksi kaikki ne 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 palvelunantajalle. Luovutuksen tulee perustua potilaan suostumukseen tai luovutuksen oikeuttavaan lakiin tai säädökseen.

Lääke tarkoittaa sairauden tai oireiden parantamiseen, lieventämiseen tai ehkäisemiseen käytettävää, yhtä tai useampaa vaikuttavaa ainetta sisältävää geneerisesti nimettyä ainetta (esimerkiksi ibuprofeeni tai parasetamolin ja kodeiinin yhdistelmä).

Lääkehoito on se osa hoitoprosessia, joka liittyy lääkityksen määräämiseen ja toteuttamiseen.

Lääkitys tarkoittaa kaikkia potilaan käyttämiä lääkkeitä kokonaisuutena.

⁴¹ Lääkityskoosteella tietoja kerätään myös Reseptikeskuksen tiedoista.

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

Merkintä on yhden käyttäjän yksittäiseltä potilaskertomuksen näkymältä samalla kertaa kirjaamien tai mittauslaitteen tai kuvantamislaitteen tuottamien, samojen metatietojen sitoma potilastietojen kokonaisuus. Se on pienin terveydenhuollon prosesseissa syntyvä sisältökokonaisuus tai asiakirjallinen tieto.

Metatieto (kuvailutieto) on tietoa kuvaileva tieto, joka yksilöi kohteena olevan tiedon ja kuvaa tiedon tarkoituksen ja merkityksen jollain sovitulla kuvaustavalla.

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, joka perustuu terveydenhuollon ammattihenkilön tekemien kliinisten löydösten ja havaintojen sisältöön.

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

Omakanta on tietojärjestelmäpalvelu, jonka avulla kansalainen voi tarkastella antamiaan tahdonilmaisuja, kuten suostumuksia, kieltoja, hoitotahtoa ja elinluovutustahtoa sekä tarvittaessa hallinnoida niitä. Kansalaisella on lisäksi mahdollisuus katsella potilastietojen luovutuksista kertyvää tietoa sekä tiettyjä terveydenhoidossa syntyneitä tietojaan.

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

Palvelunantaja on toimija, joka järjestää, tuottaa tai toteuttaa palveluja. Palvelunantaja on yläkäsite, joka kattaa sekä palvelunjärjestäjät, -tuottajat että -toteuttajat. Palvelunantaja voi olla organisaatio tai sen osa, esimerkiksi toimintayksikkö tai yksittäinen henkilö.

Palvelunjärjestäjä on toimija, jolla on lakiin perustuva velvollisuus huolehtia valitsemallaan tarkoituksenmukaisella tavalla sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuudesta tietyille väestölle tai väestöryhmälle. Palvelunjärjestäjä on potilaan hoidosta syntyvien potilasasiakirjojen rekisterinpitäjä.

Palveluntuottaja on toimija, joka saa aikaan palveluja joko antamalla niitä itse tai tilaamalla ne toimeksiannolla yhdeltä tai useammalta muulta taholta.

Palveluntoteuttaja on toimija, joka antaa palveluja asiakkaalle palveluntuottajan toimeksiannosta. 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 yhteenvedo on loppuarvio, muu yhteenvedo tai väliarvio, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö laatii potilaan tutkimisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta palvelutapahtumana aikana tai sen päättyessä.

Palveluyksikkö on terveydenhuollon palveluntuottajan yksikkö, joka tuottaa potilaspalveluja. Palveluyksikkö voi 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 tai 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 läheteet, laboratorio- ja röntgenlausunnot jne.

Potilasrekisteri on henkilörekisteri, jossa on potilastietoja. Potilasrekistereitä on eri tyyppisiä, kuten julkisen terveydenhuollon potilasrekisteri, yksityisen terveydenhuollon potilasrekisteri ja työterveyshuollon potilasrekisteri.

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

Potilastiedon arkisto on valtakunnallinen sähköinen arkisto potilastiedolle.

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 palvelunantajan 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 laadittu lääketieteellisen ja hoitotyön ohjelma, johon kirjataan suunniteltu hoidon tarve, tavoite, toteutus ja keinot sekä tuki seuranta ja arviointi.

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, työhönottotarkastukset).

Tiedonhallintapalvelu on valtakunnallinen sähköinen palvelu, joka sisältää seuraavat palvelut ja toiminnot: 1) tieto potilaalle valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista annetusta informaatiosta, 2) potilaan antamat suostumukset, 3) potilaan tekemät kiellot, 4) potilaan tekemä elinluovutuskielto ja muut elinluovutuksia koskevat tahdonilmaisut, 5) potilaan hoitotahto, 6) muut potilaan terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat tahdonilmaisut, sekä 7) sen kautta voidaan näyttää potilaan terveyden- ja sairaanhoidon kannalta keskeiset tiedot, kuten tietoja toimenpiteistä, rokotuksista, laboratoriotuloksista, fysiologista mittauksista, lääkityksestä, diagnooseista, riskitiedoista sekä terveys- ja hoitosuunnitelma.

Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävä asiakirja on itsenäinen erillinen asiakirja, joka kertoo tiedon potilaan kirjaushetken tilanteesta. Käyttäjä voi käyttää olemassa olevaa asiakirjaa pohjana muokatakseen sen sisältöä ja tallentaakseen muokatun version uutena kyseisen hetken asiakirjana.

Toimenpide on määrätehtävän suorittamiseen tähtäävä kertaluonteinen toiminto tai toimintojen kokonaisuus.

Toimintakyky tarkoittaa henkilön kykyä selviytyä päivittäisten toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista omassa elinympäristössään asettamiensa tavoitteiden mukaisesti.

Tulosy on potilaan kertoman mukaan tai terveydenhuollon ammattihenkilön havaintoon perustuva 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 syy	x			x						x	x	x
Hoidon tarve	x			x								x
Hoidon tavoitteet	x			x								x
Hoidon tulokset	x			x								x
Hoitoisuus												x
Hoitotoimet	x			x						x	x	x
Konsultaatio / Lähetä	x			x						x	x	
Kuntoutus	x			x						x	x	x
Lausunto	x			x						x	x	
Loppuarvio (epikriisi)	x			x						x	x	x
Lääkehoito	x									x	x	x
Muu merkintä				x								
Nykytila (status)	x			*						x	x	x
Päivittäismerkintä												
Riskitiedot		x										
Suunnitelma	x			x						x	x	x
Terveystarkastus	x									x	x	
Terveyteen vaikuttavat tekijät	x			x						x	x	x
Testaus- ja arviointitulokset	x			x						x	x	x
Toimenpiteet	x			x	x					x	x	x
Toimintakyky	x			x						x	x	x
Tulosy	x			x						x	x	x
Tutkimukset	x				x	x	x	x	x	x	x	x
Väliarvio	x			x						x	x	x

LIITE 3: Kertomusesimerkki

LAS
YHT

Matti Mallikas
110397-1111

Hoidon arviointi

Loppuarvio

KYS, Lastentaudit, 2405
1.12.2006 – 3.12.2006

Tulosyy

E10.9 Tyypin 1 diabetes, pumppuhoidon aloitus

Esitiedot (anamneesi)

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

Nykytila (status)

Tutkittaessa todettiin yleisilaltaan hyväkuntoinen poika. Kliinisessä tutkimuksessa oikeassa polvitaivpeessa todettiin lievä palpaatioarkuus ja Bakerin kystaan sopiva palpaatiolöydös, ja kipu tulkittiin johtuvan Bakerin kystasta. Muuten statussessa ei poikkeavaa.

Hoitotoimet

Matille ja hänen vanhemmilleen opetettiin insuliinipumppuhoidon periaatteet. Matti ja vanhemmat oppivat pumppuhoidon hyvin. Siirryttiin pumppuhoitoon. Insuliiniannos pieneni 10 %.

Diagnoosit

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

Tutkimukset

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

Suunnitelma

Kotiutuessa Novorapid perusannos oli 9 yks, bolukset 3+3+3+2 yks. Sovittu soittoaika 2 vk kuluttua ja 2 kk kuluttua käynti TK:ssa. Bakerin kystan suhteen toistaiseksi ei tarvetta toimenpiteisiin, myöskään kipulääkettä ei tarvittu.

4.12.2006
Liisa Lääkäri SV-12345
lastenendokrinologian erl