

Potilastiedon arkiston toimintamallit

versio 2.0

Tarja Rätty
4.11.2021

Terveystieteiden tutkimuskeskus
Institutet för hälsa och välfärd
Finnish Institute for Health and Welfare
PL / PB / P.O. Box 30 • FI-00271 Helsinki, Finland
Puh/tel +358 29 524 6000
www.thl.fi

- Versiohistoria

Versio	Päiväys	Muutokset
	04.06.2018	<ul style="list-style-type: none"> Muutokset dokumenttiin on tekstin stilisointia, pvm korjauksia yms. Rakenteisen kirjaamisen osiosta on jätetty näkymäluokitukset pois lisätty uusia toimintamalleja: <ul style="list-style-type: none"> Anonyymit potilaskirjaukset Kuolleen potilaan tietojen kirjaaminen ja käyttö Ostopalvelun valtuutus / luovutukset Omakanta / alle 10 -vuotias Omakanta / turvakielto Tahdonilmaisut, muotovaatimusta tarkennettu
2.0	28.10.2021	<ul style="list-style-type: none"> kuvattu kappaleissa 2.1 ja 2.2 tiedonhallintapalvelun ja tahdonilmaisupalvelun sisältämät asiakirjat Luku 3 Potilaan informointi Kanta-palveluista on päivittynyt uuden Asiakastietolain mukaisesti Luku 4 Luovutuslupa ja suostumukset sekä kiellot on päivittynyt Asiakastietolain mukaisesti tarkennettu laajasti kappaletta 4.2 kieltojen asettaminen, mm ammattilaisen oikeudesta tarkastella kieltoja Luku 5 puolesta-asiointi on päivittynyt Asiakastietolain mukaisesti ja lisätty viitelinkkejä lisätietoihin tarkennettu kappaletta 6.10 Kuolleen potilaan tietojen kirjaaminen ja käyttö tarkennettu toimintamallia kappaleessa 9.2 hoitotahdon vastaanotossa ja tarkennettu toimintamallia alaikäisen hoitotahdossa tarkennettu kappaletta 10.4 Erytysuojattujen tietojen käsittely tarkennettu kappaletta 11.1. Asiakirjojen luovutus (mm. viranomaisluovutus ja luovutus ostopalvelun yhteydessä) tarkennettu kappaletta 11.3 Lokitiedot kansalaisen näkyville tarkennettu laajasti lukua12 Omakanta-palvelu kansalaisten käytössä; alaikäisen puolesta-asiointia ja päivitetty päivitetty Taulukko 12: Potilaskertomustietojen näkyminen Omakannassa tekstin stilisointia, pvm, linkkien ja lähdeviittausten korjauksia yms

Sisällys

1 JOHDANTO	5
2 MIKÄ ON POTILASTIEDON ARKISTO?	6
2.1 TIEDONHALLINTAPALVELU	7
2.2. TAHDONILMAISUPALVELU	7
2.3 VAIHEITTAINEN KÄYTTÖNOTTO	7
3 POTILAAN INFORMOINTI KANTA-PALVELUISTA	9
4 POTILAAN LUOVUTUSLUPA JA SUOSTUMUKSET SEKÄ KIELLOT POTILASTIEDON ARKISTOSSA	10
4.1 LUOVUTUSLUPA JA SUOSTUMUKSET	10
4.2 KIELTOJEN ASETTAMINEN	11
4.3 POTILASTIETOJEN KÄYTTÖ HÄTÄTILANTEISSA	12
4.4 SUOSTUMUS- JA KIELTOASIAKIRJOJEN SÄILYTYS	12
5 INFORMOINNIN VASTAANOTTAMINEN SEKÄ LUOVUTUSLUVAN/SUOSTUMUKSIEN JA KIELLON ANTAMINEN TOISEN PUOLESTA	13
5.1. ALAIKÄISEN ASEMA	13
5.2 POTILAAN HUOLTAJA TAI LAILLINEN EDUSTAJA	13
5.3 HUOSTAANOTTO- JA SIOJITUSTILANTEET	14
5.4 TÄYSI-ikäinen hoidostaan päättämään kykenemätön ilman laillista edustajaa	14
6 POTILASASIAKIRJOJEN LAATIMINEN JA TALLENTAMINEN ARKISTOON	15
6.1 POTILASREKISTERIT	15
6.2 YKSITYISEN TERVEYDENHUOLLON REKISTERINPITÄJYYS	15
6.3 POTILASASIAKIRJAMERKINNÄT	16
6.4 MERKINTÖJEN HYVÄKSYNTÄ JA TALLENNUS	16
6.5 MERKINTÖJEN TALLENNUS MÄÄRÄAJASSA	16
6.6 ASIAKIRJOJEN VIIVÄSTÄMINEN OMAKÄÄNNÄSSÄ	17
6.7 VIRHEELLISTEN MERKINTÖJEN KORJAAMINEN	17
6.8 POTILAAN TILAPÄINEN YKSILÖINTITUNNUS	18
6.8.1 Anonyymit potilaskirjaukset	18
6.9 TOISEN HENKILÖN ITSESTÄÄN KERTOMIEN TIETOJEN KIRJAAMINEN	18
6.10 KUOLLEEN POTILAAN TIETOJEN KIRJAAMINEN JA KÄYTTÖ	18
7 PALVELUTAPAHTUMA	20
7.1 ASIAKIRJAN KIINNITTÄMINEN PALVELUTAPAHTUMAAN	20
7.2 ERITYISPIIRTEITÄ YKSITYISTEN PALVELUNTUOTTAJIEN KIRJAUKSISSA	21
8 RAKENTEINEN KIRJAAMINEN	23
9 TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA JA TAHDONILMAISUT	24
9.1 TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA	24
9.2 TAHDONILMAISUT	24
10 POTILASASIAKIRJOJEN HAKU JA KATSELU	26
10.1 TIETOJEN HAKU JA KATSELU	26
10.2 HOITOSUHTEEEN TODENTAMINEN	26

10.3 KOOSTEET KESKEISISTÄ TERVEYSTIEDOISTA	27
10.4 ERITYISSUOJATTAVAT TIEDOT	27
11 ASIAKIRJOJEN LUOVUTUS JA VALVONTA	29
11.1 POTILASASIAKIRJOJEN LUOVUTTAMINEN	29
11.1.1 Paikalliset luovutukset ja ostopalvelun tuottajalle luovutettavat potilastiedot	29
11.1.2 Luovutus viranomaisille tai lakiin perustuvan tiedonantovelvollisuuden perusteella tehtävä luovutus.....	30
11.2 LOKIVALVONTA.....	30
11.3 LOKITIEDOT KANSALAISEN NÄKYVILLE	30
12 OMAKANTA-PALVELU KANSALAISTEN KÄYTÖSSÄ.....	32
13 OSTOPALVELUN VALTUUTUS.....	36
POTILASASIAKIRJOJEN LAATIMINEN JA KÄSITTELY OSTOPALVELUTILANTEESSA	36
ALIHANKINTA.....	37

Vanhentunut

1 Johdanto

Tässä oppaassa kuvataan Potilastiedon arkiston käyttöön liittyviä toimintamalleja toimintokohtaisissa ohjeissa (mm. sähköinen lääkemääräys, todistusten ja lausuntojen välittäminen, alaikäisen päätöskyky ja luovutukset huoltajille, tiedonhallintapalvelun periaatteet, kuvantaminen). Lisäksi järjestelmäkohtaisissa ohjeissa kuvataan, miten eri toiminnallisuuksia toteutetaan kussakin potilastietojärjestelmässä.

Lähtökohtana on, että Potilastiedon arkiston käyttöönotto ei oleellisesti muuta potilastietojärjestelmien käyttöä ja asiakirjojen käsittelyä. Arkiston käytön edellyttämät potilasasiakirjojen käsittelyyn liittyvät toimintamallit ovat olleet jo aiemmin pääosin laissa säädetyjä vaatimuksia. Arkiston käyttöönoton yhteydessä on kuitenkin syytä tarkistaa, että kyseisten vaatimusten mukaisesti toimitaan myös käytännössä.

Rakenteisen kirjaamisen vaatimus korostuu arkiston käyttöönoton myötä. Rakenteisesti kirjattu potilastieto helpottaa keskeisten hoitotietojen löytämistä ja hyödyntämistä. Toiminnallista muutosta terveydenhuollon ammattilaisille tulee esimerkiksi Kanta-informoinnin, luovutusluvan, suostumusten ja kieltojen hallinnasta. Myös Omakanta kansalaisten palveluna muuttaa toimintaympäristöä ja on huomioitava kirjaamisessa.

Toimintamalleja päivitetään ja tarkennetaan tarvittaessa Kanta-palveluiden kehitystyön edistyessä. Toimintamallien ylläpidosta vastaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Sote-tieto ja -tiedonhallinta yksikkö. Kehittämisehdotuksia toimintamalleihin voi lähettää sähköpostitse osoitteella sotetiedonhallinta@thl.fi

Vanhentunut

2 Mikä on Potilastiedon arkisto?

Potilastiedon arkisto on osa valtakunnallisia terveydenhuollon tietojärjestelmäpalveluita eli Kanta-palveluita. Potilastiedon arkisto sisältää potilasasiakirjojen arkistointipalvelun, Tiedonhallintapalvelun ja Tahdonilmaisupalvelun. Tiedonhallintapalvelu muodostuu potilaan keskeisistä terveystiedoista sekä informointien hallintapalvelusta, sekä säilytetään potilaan hoidossa syntyvät, ylläpidettävät asiakirjat. Tahdonilmaisupalveluun tallennetaan potilaan tahdonilmaukset, eli hoitotahto ja elinluovutustahto. Reseptikeskuksen kautta toteutetaan sähköisiä lääkemääräyksiä. Kansalaiset pääsevät katsomaan sähköisiä lääkemääräyksiään sekä Potilastiedon arkistoon talletettuja potilastietojaan Omakannan kautta (ks. tarkemmin luku 11). Potilastietojen arkistointi ja säilyttäminen Kanta-palveluihin on lakisääteistä, eikä arkistointia voi kieltää. Kanta-palveluun tallennettuja potilastietoja säilytetään sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä määritellyn ajan. Potilastiedon arkistoon tallennettuja tietoja ei poisteta asiakkaan pyynnöstä, vaan tiedot hävitetään laissa määritellyn säilytysajan päätyttyä.

Minkään erityisen potilasryhmän tietojen tallentumista Kantaan ei estetä, eikä sillä perusteella myöskään niiden näyttämistä Omakannassa.

Potilastiedon arkisto on aktiivisesti käytettävä potilastiedon tietovarasto. Lisäksi se toimii keskitettynä potilastiedon pitkäaikaisarkistona. Arkiston avulla potilaan hoitotiedot ovat laajasti terveydenhuollon ammattihenkilöiden käytössä, mikä parantaa potilasturvallisuutta ja mahdollistaa päällekkäisten tutkimuksien välttämisen. Lisäksi potilastietojen käytettävyys tukee potilaiden mahdollisuutta valita hoitoyksikkönsä sekä mahdollistaa toimivat hoitoketjut julkisen ja yksityisen palveluntuottajien toimintayksiköiden välillä.

Terveydenhuollon ammattilaiset käyttävät arkistoa oman potilastietojärjestelmänsä kautta. Arkistonhoitajat käyttävät Potilastiedon arkistoa erillisen arkistonhoitajan käyttöliittymän kautta (selainpohjainen). Arkistonhoitajien käyttöliittymän käytöstä on laadittu erilliset toimintamalliohjeet kts. tarkemmin <https://www.kanta.fi/ammattilaiset/arkistonhoitajan-kayttoliittyma>.

Potilastietojärjestelmiä käyttävien terveydenhuollon ammattilaisten käyttäjärooleja ja oikeuksia potilastietojen käsittelyyn hallitaan paikallisesti terveydenhuollon organisaatioissa. Potilastiedon arkistoa tai muita Kanta-palveluita käytettäessä potilastietojärjestelmiin kirjaudutaan terveydenhuollon varmentajan myöntämällä ammatti- tai henkilöstökorteilla. Tarkempaa ohjeistusta Digi- ja väestötietoviraston internet-sivuilla <https://dvv.fi/varmenteet>. Terveydenhuollon ja lääketieteen opiskelijat käyttävät henkilöstökorttia ennen kuin saavat ammattikortin. Tarkempaa ohjeistusta Valviran internet-sivuilla <http://www.valvira.fi/luvat/ammattioikeudet/opiskelijat>

Oppisopimusopiskelijan toiminnasta vastaava ammattihenkilö arvioi, onko oppisopimusopiskelijan syytä käyttää ammattikorttia vai henkilöstökorttia (esim. jos opiskelijalla on aiempi ammattitutkinto jonka mukaista ammattikorttia hänen on mahdollista käyttää).

Potilastietojen käyttäminen eri organisaatioiden välillä edellyttää, että tiedot on rakenteisesti kirjattu käyttäen yhteisesti sovittuja käsitteitä ja luokituksia. Jo tietoa tallennettaessa on siis otettava huomioon tiedon mahdollinen käyttötarve jatkossa. Rakenteisuuden avulla kertaalleen kirjattua tietoa voidaan hyödyntää muissa organisaatioissa, mikä vähentää tarvetta tietojen manuaaliseen kopiointiin.

2.1 Tiedonhallintapalvelu

Arkistointipalvelussa ylläpidetään Tiedonhallintapalvelua. Tiedonhallintapalvelu koostaa potilasasiakirjoista terveydenhuollon toteuttamisen kannalta keskeiset potilastiedot ja tuottaa niistä yhteenvedoja palvelunantajille potilaan hoidon toteuttamista varten. Tiedonhallintapalvelun tallentuneita keskeisiä potilastietoja voidaan tallentaa ja tarkistaa potilastietojärjestelmän kautta. Potilastietojärjestelmän kautta voidaan keskeisistä terveystietoista muodostaa erilaisia koosteita. Koosteiden sisältö koostuu rekisterinpitäjäkohtaisista tiedoista. Tiedonhallintapalvelu kokoaa keskeiset tiedot kyselyhetken mukaisista eri rekisterinpitäjäkohtaisista tiedoista potilastietojärjestelmälle, joka muodostaa niistä yhteenvedon terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön. Yhteenvedo koostetaan joka kyselyllä uudelleen, näin taataan tietojen ajantasaisuus kyselyhetkellä.

Tiedonhallintapalvelun keskeisiä rakenteisia hoitotietoja ovat:

- 1) toimenpiteet ja kuvantamistutkimukset, jotka on kirjattu toimenpidekoodistolla;
- 2) rokotukset;
- 3) laboratoriotulokset;
- 4) keskeiset rakenteisesti kirjatut fysiologiset mittaustulokset asiakastietolain 14 §:ssä tarkoitetun koodistopalvelun mukaisesti;
- 5) diagnoosit; (myös käyntisytyt)
- 6) potilasasiakirja-asetuksen 13 §:n 1 momentissa tarkoitetut tiedot (riskitiedot); sekä
- 7) potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 4 a §:n mukainen suunnitelma potilaan tutkimuksesta, hoidosta tai kuntoutuksesta tai muu vastaava suunnitelma. (ns. Terveys- ja hoitosuunnitelma)

2.2. Tahdonilmaisupalvelu

Tahdonilmaisupalvelun tallennetaan potilaan antama luovutuslupa tietojensa luovutuksiin muille terveydenhuollon toimijoille, potilaan asettamat mahdolliset luovutuskiekkot ja luovutuskieltojen peruutukset. Lisäksi palveluun tallennetaan tieto, että potilasta on informoitu Kanta-palveluista.

Tahdonilmaisupalveluun tallennetaan myös potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä tietoja, kuten hoitotahto tai potilaan kanta elimensä ja kudoksiensa luovutuksiin elinsiirtoon kuolemansa jälkeen toisen ihmisen hoitoa varten.

Kansalainen voi myös Omakannan kautta itse antaa ja peruuttaa tietojen luovuttamista koskevan luovutusluvan sekä antaa ja peruuttaa eri suostumuksia ja kieltoja, sekä ylläpitää hoito- ja elinluovutustaasiakirjojaan.

2.3 Vaiheittainen käyttöönotto

Potilastiedon arkistoa otetaan käyttöön vaiheittain. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista (165/2012) sekä syksyllä 2015 annettu vaiheistusasetus on määritellyt, mitä tietosisältöjä arkistoon on viety eri vaiheissa.

Ensimmäisessä vaiheessa Potilastiedon arkistoon on tallennettu erikoisala- ja palvelukohtaiset sekä ammatilliset näkymät ja hoitotyön yhteenvedo. Rakenteisesti kirjattavista hoitotiedoista arkistoon on tallennettu etenkin riskitiedot, diagnoosit, toimenpiteet, laboratoriotutkimuspyynnöt ja tulokset sekä kuvantamistutkimusten pyynnöt ja lausunnot.

Potilastiedon arkiston tietosisällöt on laajentuneet elinluovutustahdon, hoitotahdon ja suun terveydenhuollon potilasasiakirjojen tallentamiseen. Samoin läheteiden ja hoitopalautteiden, terveys- ja hoitosuunnitelman, todistusten ja lausuntojen sekä ostopalvelussa syntyneiden potilastietojen tallentaminen on käynnistynyt.

Kuvantamistutkimusten kuva-aineistojen tallentaminen Potilastiedon arkistoon on myös aloitettu.

Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen sähköisestä käsittelystä (784/2021) määrittelee Potilastiedon arkiston jatkokehityksen.

Vanhentunut

3 Potilaan informointi Kanta-palveluista

Asiakastietolain mukaan asiakasta tulee informoida Kanta-palveluiden käytön periaatteista hänen asioidessaan ensimmäistä kertaa terveydenhuollossa. Informoinnin tulee sisältää tietoa Kanta-palveluiden toimintaperiaatteista, tallennettujen tietojen käsittelystä, säilyttämisestä ja luovuttamisen edellytyksistä. Samoin tulee informoida asiakkaan oikeuksista vaikuttaa tietojensa käsittelyyn sekä muista hänen kannaltaan merkityksellisistä seikoista. Annetusta informoinnista tallentuu merkintä Kanta-palveluiden tahdonilmaisupalveluun.

Informoinnin antaminen ja vastaanottamisen kuittaus on edellytys Kanta-palveluiden kautta tapahtuvien asiakas/potilastietojen luovuttamiseen eri sosiaali- ja terveydenhuollon rekisterinpitäjien välillä. Informointimerkinnän puuttuminen ei estä asiakirjojen tallentamista.

Informointi tulee antaa potilaalle henkilökohtaisesti. Informaatio voidaan antaa asiointin yhteydessä joko suullisesti, kirjallisesti tai sähköisen asiointipalvelun välityksellä. Toimintatavat voivat vaihdella palvelunantajittain. Suullisen informoinnin tueksi on oltava saatavilla ajantasaista kirjallista materiaalia informoinnista. Informointien yhteydessä annettava esite tilataan [kanta.fi](https://www.kanta.fi)-sivuston materiaalipankista, <https://www.kanta.fi/fi/ammattilaiset/materiaalipankki>. Esitteitä voi tilata suomen- ja ruotsinkielisinä. Muilla kielillä (mm. saame, englanti, viro, venäjä, arabia, somali, sorani) esitteet saa ainoastaan verkkoversiona.

Terveydenhuollon toimintayksiköiden tulee laatia omat, tarkennetut ohjeet informointien toteuttamisesta.

Julkisen terveydenhuollon toimintayksiköissä kirjatut potilastiedot ovat käytettävissä saman sairaanhoitopiirin alueen kunnallisen terveydenhuollon muissa toimintayksiköissä ilman erillistä suostumusta. Tietojen käyttö edellyttää kuitenkin, että potilasta on informoitu sairaanhoitopiirin yhteisestä potilastietorekisteristä. Yhteisrekisteristä informointi perustuu Terveydehuoltolain 9 §:ään. Tämä informointivelvollisuus säilyy edelleen, koska Terveydenhuoltolaki säilyy ennallaan.

Informointi Kanta-palveluista on luettavissa myös Omakanta-palvelusta. Asiakas voi itse kuitata informaation saaduksi Omakanta-palvelussa. Mikäli informointia ei ole kuitattu Omakannassa tulee potilas informoida terveydenhuollon käynnin yhteydessä. Informointi voidaan merkitä annetuksi, vaikka potilas kaikilta osin ymmärtäisikään informointia. Myös niiden potilaiden informoinnista on huolehdittava, jotka ovat kotiin annettavien palveluiden piirissä (esim. kotisairaanhoido).

Informointi voidaan antaa alaikäiselle, jos hänet on arvioitu päätöskykyiseksi hoitamaan asiaansa. Kts tarkemmin [puolesta-asiointin toimintamallit luku 5](#).

Uuden Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisen käsittelyn lain myötä informointi **muuttuneista toiminnoista** annetaan kaikille asiakkaille, vaikka he olisivat saaneet aiemmin Kanta-informoinnin. Jos teknisistä syistä ei pystytä tarkistamaan, onko kanta-informointi annettu, niin potilas informoidaan ja tieto informoinnista tallennetaan siinä vaiheessa, kun se on teknisesti mahdollista.

4 Potilaan luovutuslupa ja suostumukset sekä kiellot Potilastiedon arkistossa

4.1 Luovutuslupa ja suostumukset

Arkistoon tallennetut potilastiedot ovat aina tiedot tallentaneen rekisterinpitäjän käytettävissä. Potilas ei voi estää tietojensa näkyvistä saman rekisterinpitäjän sisällä.

Asiakirjan luovutuksesta on kyse, kun Potilastiedon arkistosta haetaan asiakirjoja, jotka kuuluvat toisen terveydenhuollon toimintayksikön rekisteriin, tai kyse on saman palveluntarjoajan eri rekisteristä (esimerkiksi eri ammatinharjoittajien ylläpitämät potilastiedot yksityisessä terveydenhuollossa tai työterveyshuolto ovat erillisiä rekisterejä).

Potilaan tietojen luovuttaminen arkistosta edellyttää potilaan luovutuslupaa, jos tiedot ovat muun kuin samaan sairaanhoitopiiriin kuuluvan toisen kunnallisen toimintayksikön tai toisen yksityisen terveydenhuollon palveluntarjoajan rekisterissä. Potilastiedon arkisto luovuttaa vain ne potilastiedot, joihin käyttäjällä luvan perusteella on oikeus. Saman sairaanhoitopiirin kunnallisessa terveydenhuollossa luovutus toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle edellyttää, että potilasta on informoitu sairaanhoitopiirin yhteisestä potilastietorekisteristä. Potilastietojen käyttö edellyttää myös hoitosuhdetta tai muuta asiallista yhteyttä potilaaseen.

Luovutuslupan voi antaa tai peruuttaa milloin tahansa. Lupa tietojen luovuttamiseen on voimassa toistaiseksi ja käsittää kaikki Potilastiedon arkistossa jo olevat ja myös siihen myöhemmin tallennettavat potilastiedot. Luovutuslupa annetaan terveydenhuollon toimintayksikössä tai kansalainen antaa luvan sähköisesti Omakannassa.

Luovutuslupa kirjataan asiakkaan pyynnöstä suoraan potilastietojärjestelmään, mistä lupa tallentuu Kanta-palveluiden tahdonilmaisupalveluun. Aiemmin käytössä ollut, asiakkaan allekirjoituksen vaatinut suostumuslomake poistuu käytöstä. Asiakkaalle on pyydettyä tulostettava tallennettu luovutuslupa-asiakirja, tai asiakirja tulee tarvittaessa antaa hänelle muulla saavutettavalla tavalla.

Tärkeää on huomioida, että uudistettu laki määrittelee luovutuskohtaisen suostumuksen vaadittavaksi tietojen luovutuksessa Sosiaali- ja terveydenhuollon rekisterien välillä. Ja että toistaiseksi Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedot ovat Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon arkistosta vain tiedon tallentaneen palvelunjärjestäjän ja sen lukuun toimivan palveluntuottajan ja toteuttajan käytettävissä. Suunnitelman mukaisesti asiakas- ja potilastietojen hyödyntäminen Kanta-palveluiden kautta on mahdollista 1/2024.

Suostumus tarvitaan edelleen myös ulkomaille toimitettavaan lääkemääräykseen sekä jatkossa hyvinvointitietojen siirtämiseen Omatietovarannosta terveydenhuollon ammattilaisten käyttöön.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä säätää ainoastaan sähköisistä luovutuksista Kanta-palveluiden kautta. Potilas/asiakastietoja luovutetaan myös muuten kuin Kanta-palveluiden kautta. Asiakastietolain säädös luovuttamisesta koskee ainoastaan tietojen sähköistä käsittelyä ja Kannan kautta luovuttamista. Kannan ulkopuolisissa luovutuksissa (ns. paikalliset luovutukset), esim. paperilla tietojen luovuttamiseen toiselle toimijalle vaatii erillisen suostumuksen. Muut kuin Kanta- ja yhteisrekisteriluovutukset perustuvat potilaslakiin (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 13§), ja sen mukaisesti tarvitaan potilaan suostumus tietojen luovutukseen.

4.2 Kieltojen asettaminen

HUOMIOTAVAA:

- Kielto koskee ainoastaan Kanta-luovutuksia ja yhteisrekisteriluovutuksia. Kanta-luovutukset perustuvat asiakastietolakiin. Yhteisrekisteriluovutukset taas terveydenhuoltolain 9 §:n, ja siinä säädetään myös kielto-oikeus. Uuden asiakastietolain HE:n perusteluissa todetaan, että sama kielto toimii myös yhteisrekisteritoteutuksissa. Yhteisrekisterissä on mukana kaikki shp-palvelunantajien asiakirjat, myös ne mitä ei ole Kantaan tallennettu.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas voi rajata tietojensa käytön laajuutta kieltämällä niiden luovutuksen. Kielto voi olla julkisessa terveydenhuollossa palvelunantaja-, rekisteri- tai palvelutapahtumakohtainen. Yksityisessä terveydenhuollossa kielto voidaan tehdä vain palvelutapahtumakohtaisesti (eli käynti- tai osastojaksokohtaisesti). Julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa voi asettaa myös laajan kiellon. Tulee huomoida, että kirjauksen tehneessä organisaatiossa (rekisterissä) tiedot näkyvät kuten ennenkin, asetetusta luovutuskieollosta huolimatta.

Kiellon voi tehdä ja peruuttaa milloin tahansa. Kiellot kirjataan asiakkaan pyynnöstä suoraan potilastietojärjestelmään, mistä ne tallentuvat Kanta-palveluiden Tahdonilmaisupalveluun. Aiemmin käytössä ollut, asiakkaan allekirjoituksen vaatinut kieltolomake poistuu käytöstä. Asiakkaalle on pyydettyä tulostettava yhteenveto asiakkaan asettamista kielloista, tai asiakirja tulee tarvittaessa antaa hänelle muulla saavutettavalla tavalla.

Kiellon kohdistamisessa on eroa julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa:

- Julkisessa terveydenhuollossa kiellon voi kohdistaa rekisterinpitäjä- tai käyntikohtaisesti. Esim. jos julkisella rekisterinpitäjällä on useita potilasrekistereitä kuten erillinen työterveydenhuollon rekisteri, voit kohdistaa luovutuskieillon ainoastaan ko.rekisteriin, jolloin muiden rekistereiden tiedot ovat luovutettavissa.
- Yksityisessä terveydenhuollossa voi tehdä ainoastaan käyntikohtaisia kieltoja.
- Yksityisessä terveydenhuollossa voi kieltää työterveyshuollon rekisterin potilastietojen luovuttamisen. (siirtymäaika: toteutus tietojärjestelmiin viimeistään 1/2024)
- Laajan kiellon voi kohdistaa kaikkeen jo olemassa olevaan ja tulevaan terveydenhuollon potilastietoon (julkinen ja yksityinen), jolloin mitään potilastietoja ei luovuteta muille terveydenhuollon palvelunantajille kenenkään toimijan rekisteristä. (siirtymäaika: toteutus tietojärjestelmiin viimeistään 1/2024)
- Mahdollisuus kieltää Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä 55§ mukaisesti biopankkiin tallennetuista tai lääketieteellisen tutkimuksen yhteydessä otetuista näytteistä myöhemmin kliinisesti merkittävän löydöksen perusteella tehtävät yhteydenotot. (siirtymäaika: toteutus tietojärjestelmiin viimeistään 5/2024)

Potilastietojärjestelmillä tulee voida tehdä kielto julkisessa terveydenhuollossa vähintään oman sairaanhoitopiirin alueen julkisen terveydenhuollon palvelunantajiin, kun kyse on palvelunantaja- tai rekisterikohtaisesta kiellosta tai palvelutapahtumakohtaisesti rekisterinpitäjän omiin palvelutapahtumiin. Muihin palvelunantajiin ja palvelutapahtumiin kieltoja voi tehdä Omakannan kautta tai asioimalla ko. palvelunantajan luona.

Asiakasta tulee informoida kiellon merkityksestä. Potilasta on informoitava, että kielto koskee myös tilanteita, joissa potilas on äkillisen henkeä uhkaavan sairauden tai loukkaantumisen vuoksi tajuton ja sen vuoksi kykenemätön peruuttamaan tekemänsä kiellon.

Huomiotavaa on, että asetetut kiellot kohdistuvat terveydenhuollon sisällä tehtäviin luovutuksiin. Kiellot eivät vaikuta terveydenhuollon tietojen luovutukseen sosiaalihuollon palvelunantajalle, jos asiakas on antanut tähän erillisen suostumuksen.

Poikkeustilanteissa, jos potilastietojen luovutukseen ei ole kieltoa tai informointia ei ole voitu antaa, potilastiedot voidaan luovuttaa Kanta-palvelujen kautta potilaslain 13 §:n 3 momentin 3 kohdan tarkoittamissa tilanteissa. Tällainen tilanne on kyseessä, jos tietoja tarvitaan potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi, mutta potilas ei esimerkiksi kehitysvammaisuuden tai muistisairauden takia kykene päättämään hoidostaan.

Tärkeää huomioida kieltojen käsittelystä:

Terveydenhuollossa asiakkaan kieltotietoihin saa mennä silloin, jos asiakas haluaa muuttaa kieltojensa tietoja. Samoin on lupa katsoa asiakkaan kielloasiakirjan tiedot silloin, kun paperitulosteita luovutettaessa tulee tarkistaa mahdolliset luovutukseen vaikuttavat kiellot sekä silloin kun kyseessä on luovutukseen liittyvän ongelmatilanteen selvitys. Kieltotietojen katselusta ja muokkamisesta syntyy automaattisesti käyttölokiin merkintä ja tieto siitä minkä takia kielloasiakirjaa on tarkasteltu.

4.3 Potilastietojen käyttö hätätilanteissa

Jos potilas kieltää joidenkin itseään koskevien potilastietojen luovutuksen, tämä tarkoittaa, että näitä tietoja ei saa luovuttaa toiselle terveydenhuollon palvelunantajalle missään tilanteessa. Ei edes siinä tapauksessa, että tietojen luovutus olisi tarpeen tajuttoman potilaan hoitamiseksi. Vaikka tietojen luovutus olisi muutoin kielletty, potilas voi sallia tietojen luovutuksen **hätätilanteissa**. Tiedot ovat tällöin saatavissa ns. hätähaun avulla. Myös hätähaun perusteena on voimassaoleva hoitosuhde tai muu asiallinen yhteys potilaaseen. Hätähaun yhteydessä näytetään tietojärjestelmässä ensimmäisenä potilaalle mahdollisesti kirjatut riskitiedot. Näin esim. tahdonilmaisupalveluun kirjattua hoitotahtoa on mahdollista hyödyntää ennen aktiivisen hoidon aloittamista.

Kansalaiselle näytetään, jos hänen tietojaan on haettu terveydenhuollossa hätätilanteessa. Hätähaku voi antaa terveydenhuoltoon enemmän tietoja kuin normaali haku, siksi sen käyttämisestä informoidaan Omakannassa.

4.4 Suostumus- ja kielloasiakirjojen säilytys

Uuden asiakastietolain voimaantullessa ei terveydenhuoltoon kerry enää arkistoitavia luovutuslupa-, suostumus- eikä kieltolomakkeita. Uuden lain mukaan ko. lomakkeille ei vaadita henkilön allekirjoitusta ja näin lomakkeiden käyttö poistuu. Aiemman lain perusteella arkistoituihin lomakkeisiin pätevät edelleen aiemmat arkistoinnin vaatimukset.

Allekirjoitettu suostumus- ja kieltolomake on säilytettävä 12 vuotta suostumuksen antaneen potilaan kuolemasta (tai 120 vuotta syntymästä). Kela on ko. asiakirjojen rekisterinpitäjä, joten arkistointi tapahtuu Kelan lukuun. Terveydenhuollon toimintayksikön tulee päättää, millä tavalla lomakkeet yksikössä arkistoidaan. Lomakkeet tulee arkistoida järjestelmällisesti siten, että tietyn henkilön lomake on löydettävissä, ja että lomakkeet voidaan säilytysajan jälkeen hävittää.

Lomakkeet arkistoidaan keskitetysti, eikä niitä arkistoida potilaskertomuksen väliin. Olennaista on, että lomakkeet säilytetään huolellisesti siten, ettei asiattomilla henkilöillä ole niihin pääsyä. Lomakkeiden tulee myös löytyä tarvittaessa helposti. Lomakkeet tulee tuhota asianmukaisella tavalla arkistointiveloitteen päätyttyä. Allekirjoitetut lomakkeet on säilytettävä, jotta tarvittaessa voidaan osoittaa potilaan todella tehneen suostumuksen tai kiellon. Säilyttämisellä pyritään siis varmistamaan terveydenhuollon toimijoiden oikeusturva mahdollisissa ongelmatilanteissa.

5 Informoinnin vastaanottaminen sekä luovutusluvan/suostumuksien ja kiellon antaminen toisen puolesta

5.1. Alaikäisen asema

Alaikäiselle lapselle annettava informaatio Potilastiedon arkistosta tulee antaa hänen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalle. Tieto alaikäisen potilaan väestötietojärjestelmään merkitystä huoltajasta/huoltajista on yleensä potilastietojärjestelmässä. Potilaan edunvalvojan ja edunvalvojan tehtävän voi osoittaa otteella holhousrekisteristä.

Alaikäinen potilas voi olla ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenevä päättämään hoidostaan itse (potilaslaki 7 § ja 9 §). Jos alaikäinen potilas arvioidaan kykeneväksi päättämään hoidostaan, informaatio annetaan alaikäiselle itselleen. Tutustu tarkemmin [Alaikäisen päätöskyvyn ja tietojen huoltajille luovuttamisen kirjaaminen](#).

Jos alaikäinen katsotaan kykeneväksi päättämään hoidostaan, hän voi itse antaa potilastietojensa luovutusluvan ja tehdä suostumuksia (so-te välinen ja rajat ylittävä lääkemääräys) henkilökohtaisesti terveydenhuollon palvelun antajalle. Itse hoidostaan päättämään kykenevä alaikäinen voi näin ollen kieltää itseään koskevien tietojen luovutuksen. kts tarkemmin [Alaikäinen ja Kanta-palvelut - toimintamallit terveydenhuoltoon ja apteekkeille](#).

Jos alaikäisen potilaan eronneilla vanhemmilla on alaikäisen yhteishuoltajuus riittää, että toinen vanhemmista antaa alaikäisen puolesta luovutusluvan ja suostumukset (so-te välinen ja rajat ylittävä lääkemääräys), mikäli alaikäinen ei itse ole kykenevä päättämään hoidostaan.

Jos alaikäiselle tarkoitettu informaatio on annettu huoltajalle tai muulle lailliselle edustajalle, tulee alaikäinen informoida uudestaan viimeistään tämän täyttyessä 18 vuotta. Informoinnin voi tehdä uudestaan jo aiemmin, kun alaikäinen katsotaan kykeneväksi päättämään hoidostaan.

Alaikäisen itsenäisen päätöskyvyn arvioinnin tueksi terveydenhuollossa on julkaistu erillinen ohjeistus. [Tutustu ohjeisiin täältä \(thl.fi\)](#).

5.2 Potilaan huoltaja tai laillinen edustaja

Laillisella edustajalla tarkoitetaan potilaan huoltajaa tai potilaan edunvalvojaa, jonka tehtäväksi on määrätty potilaan terveyttä koskevien asioiden hoitaminen. Pelkästään päämiehensä taloudellisia asioita varten määrätty edunvalvoja ei ole oikeutettu antamaan luovutuslupaa eikä tekemään suostumuksia (so-te välinen luovutus ja rajat ylittävä lääkemääräys) tai kieltoja potilaan puolesta. Potilaan edunvalvojan ja edunvalvojan tehtävän voi osoittaa otteella holhousrekisteristä.

Mikäli hoidostaan päättämään kykenemätön henkilö ei ole itse aikaisemmin tehnyt potilastietojen luovutuskieltoa, Laillinen edustaja tai potilaan puolesta valtuutuksella asioiva voi tehdä kieltoja, jos sen katsotaan edustavan potilaan tahtoa. Laillinen edustaja voi peruuttaa potilaan aiemmin tekemän kiellon. Kiellon peruutusta voidaan pitää mahdollisena, jos potilaan laillinen edustaja, lähiomainen tai muu läheinen

voi selvittää potilaslain 6 §:ssä tarkoitetulla tavalla kiellon poiston vastaavan potilaan tahtoa. Laillinen edustaja ei myöskään ole oikeutettu perumaan potilaan aiemmin antamaa luovutuslupaa tai tekemiään suostumuksia.

Potilaslain 9§ 4 momentin mukaisesti potilaan huoltajalla ei ole oikeutta kieltää alaikäisen potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa. Koska potilasasiakirjat voivat sisältää alaikäisen hengen tai terveyden kannalta tarpeellista tietoa, on tämän perusteella katsottu, etteivät vanhemmat saa kieltää lasta koskevien tietojen luovutusta Kanta-palveluiden välityksellä Omakannassa tehtävillä luovutuskieilloilla. Alaikäisen potilastietojen luovuttamisen voi huoltaja kieltää terveydenhuollossa ammattilaisen ensin arvioidessa alaikäisen kypsyiden päättää itse omista asioistaan. Ammattilainen arvioi myös potilastiedon sisällön, jottei kiellon alle jää alaikäisen hoitoa vaarantavaa potilastietoa. Hätähakuihin ei huoltajien mahdollisesti asettamat kiellot vaikuta. Näin ollen terveydenhuollossa **tulee aina kirjata hätähaku sallituksi** huoltajan tehdessä alaikäisen puolesta luovutuskieltoa.

Tarkat toimintamallit huoltajien asettamiin kieltoihin julkaistaan myöhemmin.

5.3 Huostaanotto- ja sijoitustilanteet

Huostaanotto- tai sijoitustilanteissa huoltajuus säilyy alaikäisten lasten vanhemmilla, jollei vahvistetulla sopimuksella ole sovittu tai oikeuden päätöksellä määrätty toisin. Väestötietojärjestelmään merkityt huoltajuustiedot löytyvät potilastietojärjestelmän kautta. Sijoitusperheen vanhempi, joka ei ole lapsen huoltaja, ei voi asettaa luovutuskieitoja tai antaa luovutuslupaa eikä suostumuksia (so-te välinen luovutus ja rajat ylittävä lääkemääräys) lapsen puolesta.

5.4 Täysi-ikäinen hoidostaan päättämään kykenemätön ilman laillista edustajaa

Täysi-ikäisten, hoidostaan päättämään kykenemättömien kohdalla tulee ottaa huomioon potilaslain 6 §, jonka perusteella tällaisen potilaan hoito tulee järjestää tavalla, joka vastaa parhaiten potilaan tahtoa. Potilaan tahdon selvittämiseksi tulee kuulla potilaan laillista edustajaa, lähiomaista tai muuta läheistä. Jos potilaan oletetusta tahdosta ei saada selvitystä, potilasta on hoidettava tavalla, jota voidaan pitää hänen henkilökohtaisen etunsa mukaisena.

Henkilö, joka ei ymmärrä luovutusluvan, suostumuksen tai kiellon merkitystä, ei voi antaa pätevää lupaa, suostumusta tai kieltoa. Jos tällaisella henkilöllä ei ole laillista edustajaa, kukaan ei voi antaa luovutuslupaa, suostumusta (so-te välinen luovutus ja rajat ylittävä lääkemääräys) tai kieltoa hänen puolestaan. Viime kädessä tulee kyseeseen edunvalvojan määrääminen potilaille terveyttä koskevia asioita varten.

6 Potilasasiakirjojen laatiminen ja tallentaminen arkistoon

Tässä luvussa käsitellään Potilastiedon arkiston käytön kannalta keskeisiä potilasasiakirjojen käsittelyn periaatteita, joiden toimivuus jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön ja ammattihenkilön tulee varmistaa. Potilastietojärjestelmäkohtaisissa käyttöohjeistuksissa kuvataan, millä tavalla vaadittava toiminnallisuus toteutetaan potilastietojärjestelmissä.

Potilasasiakirjojen käsittelystä säädetään useissa eri laeissa. Asiakirjojen käsittelyä ja potilasrekisterien hallintaa ohjeistetaan tarkemmin mm. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisemassa potilasasiakirjaoppaassa.

6.1 Potilasrekisterit

Potilasasiakirjaoppaan (2012) mukaan potilastietoja sisältyy sekä potilaan hoitoa ja tutkimusta dokumentoiviin potilasasiakirjoihin että potilashallinnon asiakirjoihin. Potilasasiakirjoihin eivät kuulu potilashallintoon tai toiminnan kehittämiseen liittyvät asiakirjat.

Potilaskertomus sekä muut potilaan tutkimuksiin ja hoitoon liittyvät potilasasiakirjat tulee tallentaa potilaskohtaisesti joko palvelujen antajan omaan potilasrekisteriin, jos palvelujen antajalla on lakiin tai potilaan kanssa tehtyyn sopimukseen perustuva vastuu järjestää hoito, tai erilliseen ostopalvelujen potilasrekisteriin. Potilasrekisterin käyttötarkoitus on potilaiden terveyden ylläpito sekä hoidon suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta.

6.2 Yksityisen terveydenhuollon rekisterinpitäjäys

Yksityisessä terveydenhuollossa rekisterinpitäjä voi olla ainoastaan asianmukaisen Valviran toimiluvan omaava terveydenhuollon palvelunantaja tai itsenäinen ammatinharjoittaja. Työterveyshuollossa terveydenhuollon toimintayksikkö, joka vastaa työterveyspalveluiden tuottamisesta, on rekisterinpitäjä.

Jokainen yksityinen terveydenhuollon palvelunantaja on omien potilasasiakirjojensa rekisterinpitäjä. Rekisterinpitäjiä ovat myös lääkäriasemien tiloissa toimivat yritykset ja ammatinharjoittajat, lääkäriasemat sekä itsenäisesti omissa tiloissaan toimivat yritykset ja ammatinharjoittajat.

Yksityisten toimijoiden tietoja ei viedä lainkaan rekisterinpitäjärekisteriin. Rekisterinpitäjätietona asiakirjoilla ja sanomilla käytetään yksityisten toimijoiden palvelunantajätietoa (SOTE-organisaatio-rekisterissä *Sektorin 2 Yksityinen palvelunantaja* tai koodiston *Terveydenhuollon itsenäiset ammatinharjoittajat toimija*).

Esimerkiksi yhden ison terveyspalveluyrityksen sisällä samoissa tiloissa voi olla kolmen tyyppisiä palvelunantajia: yrityksen oma henkilöstö, lääkäripalvelu- tai vastaava yritys sekä yksittäinen ammatinharjoittaja. Tietojen rekisterinpitäjä on yritys silloin, kun palvelun tuottaa oma henkilöstö. Terveyspalveluyrityksen lukuun toimivat lääkäripalvelu- tai vastaavat yritykset tai itsenäiset ammatinharjoittajat ovat rekisterinpitäjiä omien käyntiensä osalta, vaikkakin käyttävät yleensä yrityksen potilastietojärjestelmää.

6.3 Potilasasiakirjamerkinnot

Potilaan hoitoon liittyvät tiedot kirjataan potilastietojärjestelmissä sähköiseen potilaskertomukseen. Potilaskertomus on potilaskohtainen asiakirjakokonaisuus, joka sisältää tietoa potilaan sairauksista ja niiden hoidosta. Jokaisen terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pitää jokaisesta potilaasta jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Potilaskertomuksessa on oltava potilaan perustiedot ja siihen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Näistä tiedoista tulee käydä ilmi hoidon eri vaiheet ja keskeiset hoitotiedot.

Asiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä. Merkintöjä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjojen laatimista koskevissa säännöksissä (potilaslaki ja potilasasiakirja-asetus) kuvataan tarkemmin, mitä tietoja potilasasiakirjoihin tulee merkitä. Lisäksi henkilötietolain säännöksissä esitetään kirjattaville tiedoille asetettuja laadullisia edellytyksiä

6.4 Merkintöjen hyväksyntä ja tallennus

Potilastiedon arkistoon viedään potilasasiakirja, jonka potilastietojärjestelmä koostaa käyttäjän tekemistä, valmiista merkinnöistä. Keskenäiset tai luonnoksena olevat merkinnät tulee hyväksyä ennen arkistoon tallennusta. Tällaisia ovat esimerkiksi opiskelijan tekemät kirjaukset tai kirjoitetut sanelut. Kirjoitetut sanelut on hyväksyttävä, jotta ne voidaan arkistoida. Potilastietojärjestelmissä voi olla ominaisuus, joka mahdollistaa saneluiden automaattisen hyväksynnän organisaation määrittämän aikajakson jälkeen. Oppisopimusopiskelijoiden ohjauksesta vastaava henkilö voi arvioida, tarvitseeko ko. opiskelijan merkinnät erikseen toisen ammattihenkilön hyväksyä.

Potilastietojärjestelmä tallentaa hyväksytyt asiakirjat Potilastiedon arkistoon automaattisesti. Erillisjärjestelmistä (esim. laboratoriojärjestelmät, kuvantamisen järjestelmät) tiedot arkistoidaan joko suoraan tai potilastietojärjestelmän kautta. Järjestelmä allekirjoittaa asiakirjat.

6.5 Merkintöjen tallennus määräajassa

Potilasasiakirja-asetuksen mukaan potilasasiakirjojen merkinnät tulee tehdä viivytyksettä, viimeistään viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun potilas poistuu vastaanotolta tai palvelutapahtuma muutoin päättyy. Sanelut kirjoitetaan luettavaan muotoon ennen arkistoon tallentamista.

Lähetee tulee toimittaa jatkohoitopaikkaan viivytyksettä, myös kiireettömässä tilanteessa viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun lähetteen tekemisen tarve on todettu. Vaikka lähete ja hoitopalautte tallennetaan Potilastiedon arkistoon, toimitetaan ne edelleen toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön nykyisten lähete-palautte-järjestelmien kautta.

Potilasasiakirja-asetuksen mukaiset aikarajat on syytä huomioida terveydenhuollon toimintaprosesseissa, esimerkiksi sanelujen kirjoittamisen järjestäminen ja näiden asiakirjojen hyväksyminen aikarajojen puitteissa. Terveydenhuollon organisaatioiden tulee ohjeistaa ja valvoa aikarajojen toteutumista.

Suosittelavaa on tallentaa asiakirjat Potilastiedon arkistoon välittömästi merkinnän valmistumisen jälkeen, jotta tiedot saadaan käyttöön potilaan seuraavassa hoitoyksikössä. Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi

potilaan nopea siirtyminen jatkohoitopaikkaan, jolloin lähetteen lisäksi myös muilla asiakirjoilla voi olla hoidon kannalta merkitystä.

Pääsääntöisesti potilaskertomusasiakirjojen siirtäminen Potilastiedon arkistoon ei edellytä ammattihenkilön allekirjoitusta toimikortilla. Arkistoon tallentuminen tapahtuu järjestelmävarmenteen kautta. Pois lukien todistukset ja lausunnot, resepti ym. asiakirjat mitkä vaativat ammattilaisen sähköisen allekirjoituksen varmennekorttia ja siihen liittyvää PIN-koodia hyödyntäen. Kirjata voi siis paikallisesti käyttäjätunnus/salasana yhdistelmällä mikäli organisaation potilastietojärjestelmä sallii tämän.

6.6 Asiakirjojen viivästäminen Omakannassa

Yleensä asiakirjat näytetään kansalaisille Omakannassa heti, kun asiakirja on tallennettu Potilastiedon arkistoon. Asiakirjan näyttämistä Omakannassa voidaan kuitenkin erityistilanteissa viivästä, jos esimerkiksi on tarpeen, että terveydenhuollon ammattihenkilö keskustelee potilaan kanssa henkilökohtaisesti ennen asiakirjan näyttämistä. Viivästämistä varten asiakirjalle merkitään päivämäärä, mistä lähtien asiakirja voidaan näyttää Omakannassa. Viivästämissämahdollisuus koskee kaikkia merkintöjä, sekä tekstiä että esimerkiksi laboratoriotuloksia. Viivästämiselle ei ole valtakunnallisesti yhteneviä sääntöjä, vaan kukin organisaatio ohjeistaa viivästämisikäytännöt omien prosessiensa mukaisesti. Potilastietojärjestelmiin voidaan toteuttaa viivästäminen organisaatiokohtaisesti määriteltävillä säännöillä. Organisaatio voi esimerkiksi sopia, että tietyt laboratoriotulokset näytetään tietyllä viiveellä. Viivästämisestä toteutus ohjeistetaan tarkemmin järjestelmäkohtaisissa ohjeissa.

Ammattihenkilö arvioi tapauskohtaisesti viivästyksen keston. Asiakirja voidaan erityistilanteissa viivästä pysyvästi, jolloin se ei näy kansalaiselle Omakannassa. Pysyvästi viivästäviä ovat asiakirjat, joiden arvioidaan vaarantavan potilaan terveyttä tai hoitoa, tai jonkun muun oikeuksia.

6.7 Virheellisten merkintöjen korjaaminen

Jos potilasasiakirjassa on virheellistä tai tarpeetonta tietoa, on virheelliset tai tarpeettomat tiedot oikaistava, poistettava tai täydennettävä ilman aiheetonta viivytystä oma-aloitteisesti tai potilaan perustellusta vaatimuksesta. Potilasasiakirjojen korjauksia voidaan tehdä teknisten virheiden, kuten kirjoitusvirheiden, tai potilaan vaatimuksen johdosta samalla tavalla kuin ennen Potilastiedon arkiston käyttöönottoa.

Virheelliset palvelutapahtumat pitää mitätöidä, samoin kuin ns. väärälle potilaalle kirjatut tiedot. Ensin pitää poistaa virheelliset kirjaukset ja sen jälkeen poistaa palvelutapahtuma. Palvelutapahtuma poistetaan vasta sen jälkeen, kun asiakirjat tehty oikealle henkilölle. Ennen kuin palvelutapahtuma poistetaan, tulee varmistaa, mitä asiakirjoja siihen on kiinnitetty (esim. tutkimuspyyntöjä, lähete, ajanvaraus). Ks. myös luku 7.2 Asiakirjan kiinnittäminen palvelutapahtumaan. Näin virheelliset tiedot eivät näy enää potilaalle myöskään Omakannassa, ja päivitetty tiedot näkyvät oikein.

Asiakirjan korjaamisesta ja mitätöinnistä vastaa asiakirjan tuottanut terveydenhuollon palvelujen antaja. Lähtökohta on, että korjauksen tekee alkuperäisen merkinnän tehnyt henkilö. Jos se ei ole mahdollista esimerkiksi sen vuoksi, että hän ei ole enää toimintayksikön palveluksessa, tarvittavat muutokset tekevät terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaava henkilö tai hänen kirjallisesti tehtävään valtuuttamansa henkilö. Korjausmerkinnät tulee tehdä siten, että alkuperäinen ja korjattu merkintä ovat myöhemmin luettavissa.

Potilastietojärjestelmä ja Potilastiedon arkisto huolehtivat korjatun asiakirjan tallennuksesta ja versioinnista siten, että asiakirjan uusin, korjattu versio näytetään seuraaville käyttäjille. Arkistossa asiakirjan vanha versio siirretään tausta-arkistoon, mistä arkistonhoitaja voi sen tarvittaessa etsiä.

6.8 Potilaan tilapäinen yksilöintitunnus

Potilastiedon arkistoon viedään myös sellaisten potilaiden potilasasiakirjat, joilla ei ole henkilötunnusta vaan tilapäinen yksilöintitunnus. Tilapäinen yksilöintitunnus on aina organisaatio- ja järjestelmäkohtainen, joten tietoja ei arkistosta voida luovuttaa muille organisaatioille. Tiedot on kuitenkin vietävä arkistoon pitkäaikaisarkistoinnin toteuttamiseksi.

Asiakirjoja, joissa on tilapäinen yksilöintitunnus, ei voida arkistoida Tiedonhallintapalveluun. Tällaisia asiakirjoja ovat informointi-, suostumus- ja kieltoasiakirjoja sekä muut tahdonilmaisut sekä terveys- ja hoitosuunnitelma.

Kun henkilö myöhemmin saa pysyvän henkilötunnuksen, korjataan henkilön tietoihin virallinen henkilötunnus. Siten aiemmin arkistoidut asiakirjat ovat muidenkin organisaatioiden käytettävissä tai luovutettavissa. Potilastietojärjestelmä huolehtii korjatun tiedon tallentamisesta arkistoon.

6.8.1 Anonyymit potilaskirjaukset

Anonyymisti asioivista asiakkaista ei tallenneta kertomustekstiä potilastiedon arkistoon. Anonyymia tilastotietoa voi kirjata paikallisesti, mikäli on tarvetta saada paikallista suoritetilastoa tätä kautta esimerkiksi kuntalaskutukseen.

6.9 Toisen henkilön itsestään kertomien tietojen kirjaaminen

Toisen henkilön itsestään kertomat arkaluonteiset, potilaan hoitoon liittyvät tiedot on erotettava potilaan muusta potilaskertomuksesta kirjaamalla ne potilastietojärjestelmässä erilleen potilaan tiedoista. Potilastietojärjestelmä muodostaa ko. merkinnöistä erillisen asiakirjan (ERAS-näkymä), joka tallennetaan arkistoon aina lisänäkömänä. Erillisasiakirjaan liitetään tiedot kirjaamistilanteen palvelutapahtumasta ja päänäkömästä, jolloin asiakirja voidaan esittää ammattilaisille oikeassa yhteydessä. Erillisasiakirjan merkintöjä ei näytetä potilaalle, eikä toiselle henkilölle Omakannan kautta, eikä muutoinkaan luovuteta potilaalle. Tarkastusoikeus erillisasiakirjoihin on sillä henkilöllä, kenen tiedoista on kyse.

6.10 Kuolleen potilaan tietojen kirjaaminen ja käyttö

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista mukaan lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen tehdyt tutkimukset kuuluvat potilasasiakirjoihin. Obduktion ohessa syntyneet tiedot tulee siten arkistoida. Kuolleen henkilön elinaikaisia potilastietoja saa hyödyntää kuoleman syyn selvittämisen yhteydessä.

On huomioitava kuitenkin, että potilastiedot jaetaan lainsäädännössä elinaikana kertyneisiin ja kuolemansyyn selvittelyn yhteydessä syntyneisiin tietoihin. Obduktiossa syntyneiden tietojen sitominen

viimeiseen palvelutapahtumaan (elinaikana kertyneet tiedot) ei ole toimiva ratkaisu. On myös mahdollista, että avaus tehdään vainajalle, jolla ei ole edeltävää hoitosuhdetta kyseiseen organisaatioon. Aiempaa palvelutapahtumaa ei näin ole olemassa. Selkeintä on kirjata obduktion yhteydessä (kuoleman selvittely) kertyneet tiedot omana palvelutapahtumanaan.

Tulee huomioida, että oikeuslääketieteellisen avauksessa kertyneet tiedot eivät ole potilasrekisterin tietoja. *”Oikeuslääketieteellisestä kuolemansyyn selvittämisestä vastaa poliisi, eivätkä siinä syntyneet asiakirjat ole potilasasiakirjoja”*. Joten nämä tiedot tulee arkistoida eri rekisteriin (potilashallinnollinen rekisteri), eikä niitä tallenneta potilastiedon arkistoon.

Potilastietojärjestelmistä ei ole lupaa hakea henkilön tietoja henkilön kuoleman jälkeen. [Laki kuolemansyyn selvittämisestä](#) ohjeistaa kuolleen henkilön elinaikaisten tietojen luovuttamisen periaatteista.

Kuolleen henkilön elinaikana annettua hoitoa koskevat potilastiedot ovat samalla tavoin salassa pidettäviä kuin elävänkin henkilön. Yksityisyyden suoja ei lakkaa potilaan kuolemaan, joten myöskään salassapito ei lakkaa. Tietoja voi poikkeustapauksissa saada perustelluista syistä asianosaisen asemassa oleva esim. epäillyn hoitovirheen arviointiin. Pääsääntöisesti näissäkin tapauksissa tiedot toimitetaan suoraan asiaa käsittelevälle viranomaiselle, esim. hoitovirhe-epäilyssä Potilasvakuutuskeskukseen. Tietoja voidaan luovuttaa vain siinä määrin kun ne ovat välttämättömiä niitä pyytävän henkilön tärkeiden etujen tai oikeuksien selvittämistä tai toteuttamista varten. Tietoja pyytävällä ei ole oikeutta saada nähtäväkseen rajoituksetta vainajan potilaskertomuksia. Pyyntö vainajan potilastietojen saamiseen tulee kohdistaa sille terveydenhuollon palvelunantajalle jonka tuottamista tiedoista on kyse.

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

Vanhentunut

7 Palvelutapahtuma

Palvelutapahtumalla tarkoitetaan terveydenhuollon palvelujen antajan ja potilaan välistä yksittäisen palvelun järjestämistä tai toteuttamista. Palvelutapahtumaan liittyvät tiedot (palvelutapahtuma-asiakirja ja palvelutapahtuman tunniste) muodostetaan teknisesti potilastietojärjestelmään, kun potilas ottaa yhteyttä esim. varaamalla ajan tai tulemalla päivystysvastaanotolle. Käytännössä palvelutapahtuma alkaa silloin, kun potilas tulee vastaanotolle tai kirjataan sisään osastolle. Palvelutapahtuma päättyy, kun potilas poistuu vastaanotolta tai kirjataan ulos osastolta.

Palvelutapahtuma voi olla:

- avohoidon vastaanottokäynti tai vastaava tapahtuma
- määritellystä syystä tapahtuva hoitosarja (sarjakäynnit)
- osastohoitojakso

Samaan palvelutapahtumaan kirjataan kaikki siihen ajallisesti liittyvät tutkimukset, toimenpiteet ja muut merkinnät. Palvelutapahtumaan liitetään myös esim. käynnin jälkeen valmistuvat asiakirjat, kuten myöhemmin valmistuvat laboratoriotulokset.

Palvelutapahtuma-asiakirja on voimassa kolme kuukautta palvelutapahtuman päättymisestä tai jos päättymispäivää ei ole, kolme kuukautta siitä, kun palvelutapahtuman aktiivikäyttö on päättynyt. Näin palvelutapahtuman alkuaika ei vaikuta hoitosuhteen voimassaoloon. Palvelutapahtuman uudistamista 12 kk välein ei jatkossa enää tarvitse tehdä. Muutos helpottaa esimerkiksi kotihoidon pitkien hoitosuhteiden palvelutapahtumien ylläpitoa.

7.1 Asiakirjan kiinnittäminen palvelutapahtumaan

Jokainen asiakirja on kiinnitettävä johonkin palvelutapahtumaan, jotta potilaalla olisi mahdollisuus halutessaan kieltää asiakirjojen luovuttaminen palvelutapahtumakohtaisesti.

Potilastietojärjestelmä päättelee automaattisesti palvelutapahtuman, johon asiakirja merkintöineen kuuluu. Joissakin tilanteissa järjestelmän tekemä päätely on väärin tai tieto puuttuu, jolloin käyttäjän tulee valita joko aiempi palvelutapahtuma tai luotava uusi palvelutapahtuma asiayhteyden mukaan. Esimerkiksi reseptin uusiminen on aina oma palvelutapahtumansa, ellei uusimista tehdä esimerkiksi käynnin yhteydessä.

Palvelutapahtumaan voi sisältyä myös **puhelimitse** tai **sähköisen asiointipalvelun** kautta tapahtuvia yhteydenottoja. Esimerkiksi, jos potilas kysyy puhelimitse laboratoriotuloksia, puhelu kuuluu siihen palvelutapahtumaan, johon laboratoriotulosten ottaminenkin kuuluu. Jos taas puhelimitse tehdään hoidon tarpeen arviointia, kyseessä on useimmiten uusi palvelutapahtuma.

Yksi palvelutapahtuma voi sisältää useita **ajanvarauksia**. Jos potilaalle varataan aika poliklinikalle ja samaan varaukseen liitetään varaukset röntgeniin, laboratorioon ja ravitsemusterapeutille, kyse on samasta palvelutapahtumasta. Vastaavasti potilaalle voidaan tehdä useita ajanvarauksia, ja ne ovat kaikki erillisiä palvelutapahtumia. Poliklinikkakäynnillä tehdään leikkauksen päätös ja leikkauksen jälkeen varataan samalla jälkitarkastusaika, joten sekä poliklinikkakäynti, leikkaus, että jälkitarkastus ovat omia palvelutapahtumiaan.

Potilaan ollessa **osastojaksolla** palvelutapahtumaan voi liittyä myös sellaisten henkilöiden kirjaamia merkintöjä, jotka työskentelevät muissa sairaalan yksiköissä kuin kyseisellä osastolla, esimerkiksi sairaalan sosiaalityöntekijä käy osastolla olevan potilaan luona. Käynnin tiedot kuuluvat osastojakson

palvelutapahtumaan, kun käynti liittyy osastohoidon syyhyn. Jos käynnin syy on muu, se on oma palvelutapahtumansa.

Kun potilas siirtyy **päivystyksestä** osastolle (saman toimintayksikön sisällä), jatkuu päivystyksessä aloitettu palvelutapahtuma myös osastojakson ajan.

Tiettyjen sairauksien hoidossa käytetään usein toistuvia laboratoriotutkimuspyyntöjä (ns. keistolähetteitä). Potilaalla on useita laboratorioskäyntejä ja hänelle ilmoitetaan tuloksia, mutta varsinaisia vastaanottokäyntejä on harvoin. Tällaiset laboratoriotutkimukset ja niiden vastauksiin liittyvät yhteydenotot liittyvät siihen käyntiin, jonka yhteydessä toistuva laboratoriotutkimuspyyntö on alun perin tehty. Eli kaikista ko. asiaan liittyvistä yhteydenotoista ei tehdä uusia palvelutapahtumia. On suositeltavaa, että toistuva laboratoriotutkimuspyyntö päivitetään vuosittain ja luodaan samalla uusi palvelutapahtuma. Tällöin käyntiin, jossa toistuva laboratoriotutkimuspyyntö on tehty, ei kohdennu huomattava määrä tietoja pitkältä aikaväliltä.

7.2 Erityispiirteitä yksityisten palveluntuottajien kirjauksissa

Arkistoitavat hoitoasiakirjat liitetään yksityisen palveluntuottajan rekisteriin tallennettuun palvelutapahtumaan. Hoitoasiakirjojen arkistointi vuokralaisen rekisteriin edellyttää, että vuokralaisen rekisterissä on palvelutapahtuma. Kirjaajan on kytkettävä hoitotiedot oikeaan palvelutapahtumaan, jos potilastietojärjestelmä ei sitä päättelee suoraan.

Palvelutapahtumaan voi osallistua useita toimijoita kuten lääkäripalveluyritys tai ammatinharjoittaja sekä lääkäriaseman omaa henkilökuntaa. Tämä toiminta rinnastetaan alihankintaan palvelutapahtumassa. Arkistointi hoidosta vastuullisen rekisterinpitäjän rekisteriin ei edellytä Kanta-palveluiden ostopalveluvaltuutusta, koska kyseessä on lääkäriaseman sisäinen toiminta.

Esimerkiksi päiväkirurgisessa toimenpiteessä potilastietoja kirjaavat anestesialääkäri ja kirurgi (toimivat lääkäriasemalla ammatinharjoittajina) sekä lääkäriaseman leikkaussalihenkilökunta. Toimenpiteestä muodostetaan palvelutapahtuma lääkäriaseman rekisteriin (päävastuullisen toimija). Jokainen osallinen toimija kiinnittää toimenpiteen potilaskirjaukset tähän palvelutapahtumaan.

Laboratorio- ja kuvantamisen tutkimuksissa, missä tutkimuksella on sv-koodi, muodostetaan yksi palvelutapahtuma, vaikka tutkimukseen liittyisi useita erillisiä ajanvarauksia.

Esimerkiksi allergiatutkimusten ihotesteissä varataan erillinen aika allergiahoitajalle testiä varten ja lääkärille aika testituloksen tulkintaan. Sv-koodillisena laboratoriotutkimuksena siitä kuitenkin muodostuu vain yksi palvelutapahtuma. Mikäli tutkimuspyyntö on tehty vastaanottokäynnillä tutkimuksen suorittavalla lääkäriasemalla, kiinnitetään tutkimus tähän palvelutapahtumaan.

Tutkimukset, kuten laboratorio ja kuvantaminen, kuuluvat pääsääntöisesti siihen palvelutapahtumaan, mistä pyyntö tutkimukseen on tehty. Tutkimuspyynnöt ja vastaukset arkistoidaan pyynnön tekijän rekisteriin.

Potilas voi samalla asiointikerralla käydä useamman ammatinharjoittajan vastaanotolla. Mikäli käynneille tehdään **erilliset ajanvaraukset**, käynnit ovat itsenäisiä palvelutapahtumia. Potilaskirjaukset tallennetaan kunkin ammatinharjoittajan tai lääkäriaseman omaan rekisteriin palvelutapahtumakohtaisesti. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi hammaslääkärin ja suuhygienistin vastaanotot.

Konsultaatiotilanteissa konsultaatiopyyntö ja -vastaus arkistoidaan erikseen sekä pyynnön tekijän että vastaajan rekisteriin. Sama toimintamalli on käytössä läheteiden ja palautteiden arkistoinnissa.

Yksityisessä sairaalatoiminnassa hoitajakso tai polikliininen käynti muodostavat yhden palvelutapahtuman, jossa merkinnät at arkistoidaan **palvelutapahtumasta vastaavan** palveluntuottajan rekisteriin.

Päävastuullisen toimijan rekisteriin kirjatut merkinnät ovat myöhemmin muiden potilaan hoitoon osallistuvien käytössä, jos potilas on antanut suostumuksensa tietojen yhteiskäyttöön lääkäriaseman sisällä. Potilastiedot, joihin ei kohdistu kieltoja, on saatavissa Potilastiedon arkistosta potilaan antaman suostumuksen perusteella muiden terveydenhuollon organisaatioiden käyttöön.

Vanhentunut

8 Rakenteinen kirjaaminen

Potilastiedot arkistoidaan Potilastiedon arkistoon palvelutapahtuma- ja rekisterinpitäjäkohtaisesti. Jotta terveydenhuollossa voidaan hyödyntää Potilastiedon arkistossa olevia tietoja, on arkistoon tallennettavan tiedon oltava yhdenmukaista. Yhdenmukaisesti kirjattu potilastieto parantaa tiedon käytettävyyttä ja hyödynnettävyyttä erilaisiin käyttötarkoituksiin ja vähentää moninkertaista kirjaamista tai tarvetta tietojen kopiointiin. Tiedonhallintapalvelun avulla keskeiset rakenteiset hoitotiedot voidaan myös koota ja ylläpitää potilaskeskeisesti. Lisäksi yhtenäinen, rakenteinen tieto edistää hakutoimintojen kehittämistä.

Rakenteiseen potilaskertomukseen liittyvät luokitukset, termistöt ja koodistot julkaistaan ja ylläpidetään [THL:n koodistopalvelimella](#). Rakenteiset tiedot ovat keskeisiltä osin yhteneviä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä. Tietosisällöt ovat yhtenevät myös julkisilla ja yksityisillä palvelunantajilla. Potilaskertomus on tarkoitettu laajaan, moniammatilliseen käyttöön ja sen tulee palvella eri ammattiryhmien tarpeita.

Sähköisen potilaskertomuksen merkintöjä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin näkymiä ja lisänäkymiä käyttäen. Lisäksi merkintöjä jäsennetään hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla. Keskeiset potilastiedot kirjataan rakenteisina tietoina tai vapaamuotoisena tekstinä, tai niitä yhdistellen.

Rakenteisen kirjaamisen periaatteet ja tarkemmat menettelytavat on kuvattu THL:n julkaisemassa yleisoppaassa: [Potilastiedon kirjaamisen yleisopas](#).

Kyseisen yleisoppaan lisäksi julkaistaan tarkempia erikois- tai palvelualakohtaisia tai ammattiryhmäkohtaisia kirjaamisoppaita. Julkaisut toteutetaan sähköisessä muodossa sitä mukaa, kun kukin opas valmistuu. Oppaan valmistuminen edellyttää, että sitä koskevat tietosisältömäärittelyt on tehty (ja julkaistu koodistopalvelimella), jonka jälkeen laaditaan ja julkaistaan kirjaamisohje. Uusia oppaita on julkaistu vuosina 2020-2021 mm. työterveyshuollon, suun terveydenhuollon, lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon, opiskeluterveydenhuollon ja 1161117 Päivystysavun kirjaamisen tueksi.

Lisätietoa kaikista julkaisuista löytyy [THL:n terveydenhuollon kirjaamisohjeista](#).

Potilastietojärjestelmät ohjaavat osaltaan kansallisesti yhtenäisen, rakenteisen kirjaamisen toteutusta omissa ohjeissaan. Niiden avulla organisaatiot linjaavat lopulliset kirjaamiskäytänteensä. Kukin kirjaaja vastaa kuitenkin viime kädessä itse potilasasiakirjaan tehdyistä merkinnöistään.

9 Terveys- ja hoitosuunnitelma ja tahdonilmaisut

9.1 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Tiedonhallintapalveluun tallennetaan jatkuvasti ylläpidettävä terveys- ja hoitosuunnitelma (YHOS), jonka avulla pyritään kehittämään erityisesti pitkäaikais- ja monisairaiden potilaiden avohoitoa. Tavoitteena on, että samassa terveys- ja hoitosuunnitelmassa kuvataan potilaan terveysongelmia koskevat suunnitelmat riippumatta siitä, missä toimintayksikössä tai minkä sairauden vuoksi ne on laadittu. Tämä mahdollistaa potilaan hoidon järjestämisen ja arvioinnin kokonaisuutena. Ylläpidettävää terveys- ja hoitosuunnitelmaa ei laadita kaikille potilaille, vaan ainoastaan heille, joiden arvioidaan hyötyvän yhteisestä avohoidon suunnitelmasta.

Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoitetta, periaatteita ja kirjaamista ohjeistetaan tarkemmin Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaassa luvussa [18 Terveys- ja hoitosuunnitelma](#).

Suunnitelma kuuluu aina sen palvelunantajan rekisteriin, joka suunnitelmaa on viimeksi päivittänyt. Potilaan asettamat luovutuskiellot kuitenkin vaikuttavat suunnitelman hyödyntämiseen: jos potilas on kieltänyt suunnitelmaa päivittäneen palvelunantajan, rekisterin tai palvelutapahtuman tietojen luovuttamisen muille toimintayksiköille, kyseinen versio suunnitelmasta ei näy muille vaan päivitettäväksi tulee viimeisin versio, johon ei kohdistu kieltoa.

9.2 Tahdonilmaisut

Hoitotahto on henkilön tahdonilmaus omasta hoidostaan, jos hän vakavan sairauden, onnettomuuden tai vanhuuden heikkouden vuoksi menettää oikeustoimikelpoisuutensa. Elinluovutuksia koskevassa tahdonilmaisussa potilas ilmaisee, luovuttaako hän elimiään ja kudoksiaan elinsiirtoon kuolemansa jälkeen toisen ihmisen hoitoa varten. Hoitotahdolle ei ole määriteltyä ehdotonta muotomääräystä eli hoitotahdon sisältöä tai pituutta ei voida rajoittaa. Potilaalla on oikeus muotoilla hoitotahto haluamallaan tavalla vapaana tekstinä tai käyttäen apuna valmiita lomakkeita. Tahdonilmaisun voi peruuttaa tai muuttaa milloin tahansa. Tahdonilmaisun kirjaaminen terveydenhuollon yksikössä ei välttämättä edellytä hoitosuhdetta, vaan kansalainen voi pyytää tahdonilmaisun kirjaamista milloin tahansa ja missä toimintayksikössä tahansa - myös oman sairaanhoitopiirinsä ulkopuolella. Tahdonilmaisun voi siis kirjata terveydenhuollon toimintayksikössä joku muukin kuin potilaan hoitoon osallistuva henkilö. Muutettu tahdonilmaisusiakirja tulostetaan potilaalle.

Potilaan tahdonilmaisut eli hoitotahto (TAH) ja elinluovutustahto (ELIN) ovat tahdonilmaisupalvelussa ylläpidettäviä asiakirjoja. Kansalainen voi toimittaa hoitotahdon henkilökohtaisesti terveydenhuoltoon tai tallentaa hoitotahdon sähköisesti Omakannassa. Hoitotahtoa ei voi toimittaa postitse, vaan toimittamisen tulee tapahtua henkilökohtaisesti, jotta terveydenhuolto voi varmistua asiakkaan henkilöllisyydestä. Pakottavissa syissä, esim. kansalainen ei käytä sähköisiä palveluita eikä halua/pysty itse asioimaan terveydenhuollossa (esim. pandemian takia ikäihmisten liikkumista on rajoitettu valtiovallan suosituksin). Tällaisessa tilanteessa puolesta-asiointi valtakirjalla tulee olla mahdollista. Organisaation toimintatavat hoitotahtojen vastaanottamiseen tulee olla terveydenhuollon toimipaikan ammattilaisilla tiedossa.

Terveystieteiden ammattilaiset saavat uusimman tahdonilmaisun käyttöönsä aina tahdonilmaisupalvelun kautta. Tahdonilmaisupalvelussa uusi *Hoitotahtomerkintä* päivittää aina aiemmin tehtyä merkintää.

Tiedot tahdonilmaisusta ovat terveydenhuollon toimintayksiköiden käytettävissä ilman kansalaisen erillistä suostumusta. Tahdonilmaisujen katselu edellyttää kuitenkin hoitosuhdetta potilaaseen.

Kun tahdonilmaisupalvelun tallennettavat tahdonilmaukset otetaan käyttöön, on huomioitava mahdolliset aiemmat tahdonilmaukset. Nämä tahdonilmaukset eivät ole tallentuneet Tiedonhallintapalveluun. Jos hoitotahtoa ei voida kirjata sellaisenaan, on Tiedonhallintapalvelun riskitietoihin tallennettava vähintään tieto siitä, että hoitotahto on tehty, ja missä se on sekä ko. yksikön yhteystiedot. ”Hoitotahto paperisena Mämmilän terveyskeskuksessa, puh. 123456” tai ”Hoitotahto paperisena potilaalla itsellään”.

Tahdonilmaisupalvelun hoitotahtoon ei ole mahdollista tallentaa skannattuja liitetiedostoja.

Alaikäisen (tai potilaslain 6§:n 2 momentissa tarkoitetun) potilaan huoltajan (tai muun laillisen edustajan) ilmaisema mielipide potilaan hoidon toteuttamiseksi, voidaan kirjata myös tahdonilmaisupalvelun hoitotahtoon. Silloin hoitotahtoon tulee kuitenkin selkeästi kirjata tieto, että kyseessä ei ole potilaan oma tahto vaan huoltajan ilmaisema mielipide. Lisäksi on huomioitava potilaslain 7§:n rajoitus, että huoltajalla ei ole oikeutta rajoittaa potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa hoitoa. Hoitotahdolla tulee aina olla se päivämäärä, jolloin hoitotahto on laadittu (eikä tallennuspäivämäärää, jos se on eri kuin laatimispäivämäärä).

Alaikäinen ei voi tehdä kirjallista hoitotahtoa, ainoastaan ilmaista mielipiteensä hoitoon liittyen. Alaikäisen oikeustoimikelpoisuutta ei voi tarkastella samoin kuin täysi-ikäisen. Myös potilaslain 7 § perustuu tähän ajatukseen: lähtökohtaisesti lapsi ei ole itsemääräävä, mutta tästä poiketaan iän ja kehitystason niin salliessa. Taustalla on ajatus siitä, että lapsella on oikeus saada suojelua ja ratkaisujen lähtökohtana on ratkaisevaa lapsen etu. Kun päätetään lapsen hoidosta tässä ja nyt, ratkaisevaa on tämä suojelunäkökulma ja lapsen oikeus elämään ja kehittymiseen. Terveystieteidenhuollossa ratkaisut on tehtävä *selvittäen lapsen tahto ja kyky määrätä hoidostaan kullakin hetkellä erikseen, eikä painoa voida antaa aiemmin tehdyille hoitotahdolle.*

Potilaan tahdonilmauksien kirjaamista ohjeistetaan tarkemmin Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaassa luvussa [19 Tahdonilmaukset](#).

10 Potilasasiakirjojen haku ja katselu

Tässä luvussa kuvataan Potilastiedon arkistossa olevien potilastietojen hakemiseen ja katseluun liittyviä toiminnallisuuksia.

10.1 Tietojen haku ja katselu

Asiakirjoja voidaan hakea Potilastiedon arkistosta joko terveydenhuollon toimintayksikön omaan käyttöön, tai toisen terveydenhuollon toimintayksikön rekisteristä. Jos tietoja haetaan omaan käyttöön, tiedot ovat käytettävissä samalla tavalla kuin ne olisivat omassa potilastietojärjestelmässä.

Asiakirjan luovutuksesta on kyse silloin, kun Potilastiedon arkistosta haetaan asiakirjoja, jotka on tuottanut toinen terveydenhuollon toimintayksikkö tai asiakirja haetaan saman palvelunantajan eri rekisteristä. Esimerkiksi julkinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto ovat erillisiä rekisterejä. Samoin yksityisessä terveydenhuollossa lääkäriaseman tiloissa toimiva itsenäinen ammatinharjoittaja on aina erillinen rekisterinpitäjä. (ks. tarkemmin luvut 4, 6.3 ja 7.2)

Terveydenhuoltolain 9§ mukaisesti saman sairaanhoitopiirin alueella potilastietojen luovutus edellyttää, että potilas on informoitu, eikä potilas ole kieltänyt tietojen käyttöä. Muiden sairaanhoitopiirien alueilta, tai saman sairaanhoitopiirin alueella julkisen ja yksityisen toimintayksikön välillä tehtävät luovutukset edellyttävät potilaan lupaa tietojen luovutukseen. Informoinnin, suostumuksen ja kieltojen vaikutus tietojen luovutukseen on kuvattu tarkemmin luvuissa 3-5 sekä luvussa 11.

Potilastietojärjestelmässä voidaan rajata tiedonhakua niihin asiakirjoihin, joilla on potilaan hoidon kannalta merkitystä.

10.2 Hoitosuhteen todentaminen

Tietojen hakeminen Potilastiedon arkistosta edellyttää aina hoitosuhdetta tai muuta asiallista yhteyttä potilaaseen. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että potilaalla tulee olla voimassaoleva palvelutapahtuma tietojärjestelmässä. Hoitosuhteen varmistus tehdään automaattisesti potilastietojärjestelmässä. Mikäli hoitosuhdetta ei ole, on annettava erityinen syy katseluun. Luokittelussa on käytettävä kansallista Koodistopalvelussa julkaistua syykoodiluokitusta ja lisäksi kenttään ”muu syy” on liitettävä käyttäjän antama selitys. Tavoitteena on ehkäistä väärinkäytöstilanteita ja helpottaa lokivalvontaa.

Kun voimassa olevaa hoitosuhdetta ei ole (esimerkiksi puhelimesta tehtävä hoidon tarpeen arviointi), tuottaa tuottaa potilastietojärjestelmä automaattisesti käyttäjän rooli- tai tehtäväperusteisesti tallennettavan erityisen syykoodin.

Myös sanelujen purku edellyttää usein erityisen syyn ilmoittamista (hoitosuhdetta ei palveluyksikkötietojen perusteella saada varmistettua). Syykoodina voi käyttää esim. Asiakirja- ja arkistohallinnolliset tehtävät tai Muu syy -luokkaa, organisaation sopiman käytännön mukaisesti. Erityisen syyn käyttö tietojen luovutuksen perustana helpottaa tietojen käytön valvontaa organisaatioissa.

10.3 Koosteet keskeisistä terveystiedoista

Keskeisistä terveystiedoista on mahdollista tuottaa koosteita.

Koostetiedot tuotetaan riskitiedoista, diagnooseista, laboratoriotuloksista, toteutuneista toimenpiteistä, rokotuksista, fysiologisista mittauksista sekä kuvantamisen pyynnöistä ja lausunnoista. Koosteiden avulla ammattilainen saa nopeasti kokonaiskuvan potilaan tilanteesta. Keskeisistä hoitotiedoista riskitiedot, diagnoosit ja rokotustiedot koostuvat kaikista potilastiedon arkistoon kirjatuista merkinnöistä. Muut keskeiset hoitotiedot kertyvät koosteille siitä alkaen kun niitä on kirjattu Kanta määrittelykokonaisuuden vuoden 2016 versiolla.

Keskeisiä rakenteisia tietoja ovat:

- 1) toimenpiteet ja kuvantamistutkimukset, jotka on kirjattu toimenpidekoodistolla;
- 2) rokotukset;
- 3) laboratoriotulokset;
- 4) keskeiset rakenteisesti kirjatut fysiologiset mittaustulokset asiakastietolain 14 §:ssä tarkoitetun koodistopalvelun mukaisesti;
- 5) diagnoosit; (myös käyntisyöt)
- 6) potilasasiakirja-asetuksen 13 §:n 1 momentissa tarkoitetut tiedot (riskitiedot); sekä
- 7) potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 4 a §:n mukainen suunnitelma potilaan tutkimuksesta, hoidosta tai kuntoutuksesta tai muu vastaava suunnitelma.

Tiedonhallintapalvelu muodostaa potilaan keskeisistä terveystiedoista koosteita, joita terveydenhuollon ammattilaiset voivat katsella potilastietojärjestelmän kautta.

Koosteiden avulla ammattilainen saa nopeasti kokonaiskuvan potilaan tilanteesta. Koostenäkymältä voi poimia merkinnän uuden merkinnän tekemisen pohjaksi. Koosteita voidaan näyttää potilastietojärjestelmissä eri tavoin. Koostenäkymien sisältöä ja käyttöä ohjeistetaan tarkemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaassa.

Lisäksi keskeisten rakenteisten tietojen sisältöä, käsittelyä ja koostamista kuvataan tietojärjestelmien toteuttamista varten julkaisussa [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely - Versio 2021](#).

Koosteista löytyy tietoa myös [Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaan](#) keskeisten terveystietojen kirjaamisohjeita koskevissa luvuissa.

10.4 Erityissuojattavat tiedot

Potilastietoja kirjataan terveydenhuollossa erikoisaloikohtaisille näkymille Potilasasiakirja asetuksen (30.3.2009/298) mukaisesti. Asetuksen 6§ 2 momentti edellyttää psykiatrian ja perinnöllisyyslääketieteen näkymille kirjattujen potilastietojen tarkasteluun potilastietojärjestelmiin toteutettavan erillisen vahvistuspyynnön muiden kuin näiden erikoisalojen palvelutapahtumissa. Käytännössä siis ennen erityissuojattavan tiedon avaamista käyttäjältä pyydetään vahvistusta, että on tarkoitannut hakea kyseisiä tietoja.

Erityissuojattavien tietojen käytöstä tulee aina erilliset merkinnät käyttölokietoihin. (Suojausvaatimus ei kuitenkaan koske näihin tietoihin mahdollisesti sisältyviä lääkitystietoja ja kriittisiä riskitietoja.) Syntyvä lokimerkintä on pystyttävä erottelemaan eli käyttölokiin tulee tallettaa tieto siitä, että on tarkasteltu erillisellä vahvistusvaatimuksella seurattavia potilastietoja. Ennen erityissuojattavan tiedon avaamista

käyttäjältä pyydetään vahvistusta, että on tarkoittanut hakea kyseisiä tietoja. Sitä, millä tavoin tässä mainittu lokimerkintä tarkemmin tehdään ja erotellaan muista lokimerkinnöistä, ei ole kansallisesti määritelty. Vaatimuksen tarkka toteutustapa on siten tietojärjestelmäkohtainen.

Eryissuojalaus toimii ainoastaan päänäkymän perusteella. Jos psykiatrian (PSY) tai genetiikan (GEN) näkymä on määritelty lisänäkymäksi, erityissuojausta ei ole.

Eryissuojauksen piirissä oleville näkymille ja myös Tiedonhallintapalvelun koosteasiakirjoille kirjattujen erityissuojattujen tietojen katselu edellyttää erillistä käyttäjän vahvistusta.

Toimintayksiköillä on voinut olla itse määriteltynä muitakin tietoja erityissuojattavaksi. Potilastiedon arkistossa erityissuojattavia tietoja ovat vain asetuksen mukaiset tiedot. Jos katsotaan, että myös muiden tietojen tulisi sisältyä erityissuojauksen piiriin, muutokset tulee esittää tehtäväksi potilasasiakirja-asetukseen.

Eryissuojattavien tietojen sisältöä ja käyttöä ohjeistetaan tarkemmin Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaassa luvussa [5 Näkymät](#)

Vanhentunut

11 Asiakirjojen luovutus ja valvonta

11.1 Potilasasiakirjojen luovuttaminen

Kun potilasasiakirjoja annetaan minne vain rekisterinpitäjän ulkopuolelle, kyse on luovutuksesta. Jokaisesta potilasasiakirja luovutuksesta tulee muodostaa luovutusilmoitus (LILM). Potilastiedon arkiston kautta suoraan tapahtuvassa luovutuksessa sekä eri organisaatioiden välisessä luovutuksessa yhteisrekisterialueella muodostuu automaattisesti luovutuslokimerkintä.

Kansalaiset saavat itseään koskevat potilasasiakirjat nähtäväkseen Omakannan kautta. Lisäksi kansalainen voi pyytää asiakirjojaan terveydenhuollon toimintayksiköstä. Asiakirjaa näin pyydetessä kukin terveydenhuollon toimintayksikkö/rekisterinpitäjä luovuttaa vain omaan rekisteriinsä kuuluvat asiakirjat. Myös paperikopioita luovutettaessa on huomioitava potilaan tekemät kiellot tietojen luovutukseen. Paperikopioiden luovutustilanteissa potilaan tekemät kiellot voidaan tarkastaa tahdonilmaisupalvelusta.

11.1.1 Paikalliset luovutukset ja ostopalvelun tuottajalle luovutettavat potilastiedot

Kanta-palveluiden automaatti- luovutusilmoitusten ulkopuolelle jääviä luovutuksia ovat luovutukset alueellisen potilastietojärjestelmän välityksellä, tulostetut paperikopiot ja myös tulostaminen potilaalle itselleen, joko tarkastuspyynnön perusteella tai esim. epikriisiä lähettäessä. Luovutusilmoitusta ei tarvitse tehdä silloin, kun henkilökunta tulostaa tietoja oman organisaation käyttöön esim. kotihoidossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon organisaation tulee lähettää luovutuksista Potilastiedon arkistoon manuaalisesti tietojärjestelmässä muodostettu luovutusilmoitusasiakirja.

Ostopalvelutilanteessa tuottaja toimii järjestäjän lukuun ja saa oikeudet palvelun tuottamisen kannalta välttämättömiin potilastietoihin. Ostopalveluna tuotettu palvelu on siten rinnastettavissa järjestäjän omaan toimintaan. Silloin kun tietoja tarvitaan rekisterinpitäjän omassa toiminnassa, sitä kutsutaan tietojen käytöksi ei luovutukseksi. Kuitenkin on linjattu, että ostopalvelun yhteydessä tuottajalle toimitetusta potilastiedosta muodostetaan luovutusilmoitus. Kansalaisen on vaikea hahmottaa rekisterien pitoon liittyvää lainsäädäntöä. Omakannasta puuttuvat luovutustiedot saattavat aiheuttaa epätietoisuutta, ettei tuottaja ehkä olisikaan hyödyntänyt aiempia potilastietoja palvelua tuottaessaan.

Tulosteilla tehtävässä luovutuksessa korostuu terveydenhuollon organisaation vastuu henkilökunnan jatkuvasta koulutuksesta ja ajantasaisesta ohjeistuksesta yhtenäisissä käytänteissä. Tulostetaanko oman organisaation käyttöön (ei luovutusilmoitusta) vai ulkopuolelle ml. potilas itse, jolloin on tehtävä luovutusilmoitus. Samoin tulee huomioida mahdolliset kansalaisen asettamat luovutuskiellot sekä luovutuslokietietojen salassapito. Mikäli on tarve viivästyttää kansalaiselle itselleen annettavaa tietoa häntä koskevasta luovutuksesta, voidaan salassapitoaika määritellä määräaikaiseksi tai pysyväksi.

Toimintamallien mukaan toimittaessa potilastiedon arkistoon muodostuu kattavat tiedot potilastietojen luovutuksista.

11.1.2 Luovutus viranomaisille tai lakiin perustuvan tiedonantovelvollisuuden perusteella tehtävä luovutus

Jos potilastietoja luovutetaan muille viranomaisille (mm. AVI tai poliisi. Lisätietoa, Ohje terveydenhuollon ja poliisiin väliseen tiedonvaihtoon <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/162048>), terveydenhuollon organisaatioille tai muille tahoille (mm. vakuutusyhtiöt tai KELA), joilla on oikeus saada tiedot, kukin organisaatio vastaa omaan rekisteriinsä kuuluvien tietojen luovuttamisesta. Luovutettaessa potilastietoja tulosteilla viranomaisille tulee tehdä luovutusilmoitusmerkintä potilasasiakirjoihin kansallisen koodistoluokituksen mukaisesti. Jotta luovutusasiakirja muodostuu, se pitää tallentaa potilasrekisteriin, josta se edelleen tallentuu Kantaan ja näytetään myös Omakannassa. Kantelut/muistutukset ja niihin liittyvät selvitykset tallennetaan potilashallinnolliseen rekisteriin, mutta liitteenä luovutettujen potilasasiakirjojen luovutusmerkintä tallentuu potilasrekisteriin. Kansalliset toiminnalliset vaatimukset luovutusilmoituksen tekoon viranomaisluovutuksissa perustuvat STM:n ko. soveltamisoppaan (2012) luku 2.4. tulkintaan, jonka mukaan näissä tilanteissa potilastietoja tulee käsitellä samoin kuin potilastietoja muuten luovutettaessa.

11.2 Lokivalvonta

Asiakastietolain mukaisesti: ”Palvelujen antajan tulee kerätä asiakasrekisterikohtaisesti kaikesta asiakastietojen käytöstä ja jokaisesta asiakastietojen luovutuksesta seurantaan varten lokitiedot lokirekisteriin.”

Potilastiedon arkistosta luovutettujen potilastietojen käyttöä seurataan lokivalvonnan avulla paikallisissa potilastietojärjestelmissä, samalla tavoin kuin omassa organisaatiossa syntyneiden tietojen käyttöä. Valvontaa toteutetaan organisaation omavalvontasuunnitelman mukaisesti. Erityisesti on hyvä seurata erityisen syyhyn perustuvaa ja erityissuojattujen asiakirjojen käyttöä.

Tietojen luovutuksista Potilastiedon arkistosta muodostuu erillinen loki. Luovutuksen saavalla organisaatiolla on velvollisuus seurata luovutettujen tietojen käyttöä. Toimintayksikön on seurattava myös toiminnassaan syntyneiden potilastietojen luovuttamista muille organisaatioille. Luovutuslokin rekisterinpitäjä on se organisaatio, jonka tietoja on luovutettu. Kela voi luovuttaa luovutuslokirekisterin tietojen ko. rekisterin rekisterinpitäjälle.

Jos väärinkäyttöksiä havaitaan, suositeltavaa on ilmoittaa niistä sekä potilaille että niille rekisterinpitäjille, joiden rekisteriin kuuluvia potilastietoja on väärin käytetty.

11.3 Lokitiedot kansalaisen näkyville

Potilastiedon arkistoon liittymisen jälkeen kansalainen voi seurata omien potilastietojensa luovutuksia terveydenhuollon toimintayksiköiden välillä Omakannan kautta.

Kansalainen voi seurata Omakannassa ainoastaan potilastietojen ja sähköisten reseptien luovutustietoja toimintayksikkötasolla ts. minkä toimintayksikön tietoa on luovutettu ja mihin toimintayksikköön. Tarkemmat luovutustiedot, mm. luovuttajan ja luovutuksensaajan henkilötiedot tallentuvat paikallisesti potilastietotieto-järjestelmän käyttölokiin. Paikalliseen käyttölokiin tulee tallentua myös potilastiedoissa käyminen hallinnollisessa tarkoituksessa.

Kansalaiset voivat pyytää potilastietojensa luovutuksia koskevat lokitiedot siltä terveydenhuollon toimintayksiköltä, jonka rekisteriin hänen tietojaan on kirjattu. Kukin terveydenhuollon toimintayksikkö vastaa siitä, että potilaalle toimitetaan tämän kirjallisesti pyytämät lokitiedot. Ohjeet yhteydenottoa varten ja yhteys henkilön tiedot tulee olla nähtävillä ainakin toimintayksikön potilasrekisterin rekisteriselosteessa. Rekisterinpitäjä voi pyytää luovutuslokitiedot edelleen Kelalta, ja antaa kansalaiselle näin tiedon siitä, mihin toimintayksiöihin tietoja on luovutettu. Luovutuslokipyyntöissä käytettävät lomakkeet on saatavissa Kelan Kanta-extranetistä. Kansalainen voi pyytää tarkempia lokitietoja potilastietojensa käytöstä siitä toimintayksiköstä, jossa epäilee tietoja käytetyn väärin. Kukin terveydenhuollon toimintayksikkö vastaa siitä, että potilaalle toimitetaan tämän pyytämät lokitiedot. Kela ei voi antaa luovutuslokitietoja suoraan kansalaisille.

Kansalaisella on myös oikeus saada pyytäessään tarkasteltavakseen paikallisen tietojärjestelmän käyttölokien tiedot. Tiedot tulee pyytää kyseisestä hoitavasta terveydenhuollon yksiköstä. Paikalliset käyttölokit on tällä hetkellä organisaatiokohtaisia ja täten niiden tietosisältö voi vaihdella. Riippuen organisaatiosta käyttöloki voi sisältää tietoja mm. käytön tarkoitus: palvelu, hallinto, ylläpito, luovutus, hoitosuhteen peruste ja luovutuksen kohde. Samoin kuin tarkemmat tiedot luovuttajasta: käyttäjän nimi, tehtävänimike ja työyksikkö sekä rekisteri, jossa käyttäjä työskentelee.

Vanhentunut

12 Omakanta-palvelu kansalaisten käytössä

[Omakanta](#)-palvelussa kansalaiset voivat tarkastella omia terveystietojaan. Omakannassa kansalainen voi myös antaa ja peruuttaa tietojensa luovuttamista koskevia lupia, suostumuksia ja kieltoja, ja ylläpitää hoito- ja elinluovutustahtoaasiakirjojaan sekä lähettää reseptin uusimispyynnön.

Omakanta on henkilökohtainen asiointipalvelu, johon kirjautuminen edellyttää verkkopankkitunnuksia, sähköistä henkilökorttia tai mobiilivarmennetta. Myös alaikäinen voi käyttää Omakantaa, mikäli hänellä on käytössä tarvittavat varmenteet. Lisäksi Omakannassa voi asioida toisen puolesta. Sähköinen puolesta asiointi Omakannassa tulee käyttöön vaiheittain. Lisätietoa: [Asiointi toisen puolesta](#) (kanta.fi)

Täysi-ikäinen ja täysivaltainen henkilö voi asioida toisen aikuisen puolesta Omakannassa, jos hänellä on siihen valtuus. Asiointi perustuu sähköiseen valtuutukseen [Suomi.fi-valtuuksilla](#). Toistaiseksi edunvalvojat eivät voi asioida täysi-ikäisen päämiehen puolesta Omakannassa. Valtuutusta ei voi myöskään tehdä henkilö, jolla ei ole sähköisiä tunnistautumisvälineitä. Lisätietoa: [Täysi-ikäisen puolesta asiointi](#) (kanta.fi).

Myös alaikäisen huoltaja tai laillinen edustaja voi asioida Omakannassa huollettavan puolesta. Alaikäisen huoltaja tai laillinen edustaja on voinut aiemmin asioida Omakannassa ainoastaan alle 10-vuotiaan puolesta. Yli 10-vuotiaiden alaikäisten puolesta asiointi Omakannassa otettiin käyttöön 1.10.2020 alkaen.

Käyttöönotto edellyttää tarvittavia muutoksia terveydenhuollon organisaatioiden potilastietojärjestelmiin ja etenee vaiheittain. Muutokset liittyvät päätöskykyisen alaikäisen oikeuteen vaikuttaa tietojensa näkymiseen huoltajalle Omakannassa. Mikäli terveydenhuollon ammattilainen arvioi alaikäisen kyvykkääksi päättämään hoidostaan, alaikäisellä on oikeus sallia tai kieltää resepti- tai hoitotietojensa näkyminen huoltajalle. Arvio tehdään jokaisella käynnillä tai hoitajaksolla sekä reseptikohtaisesti. Mikäli alaikäinen ei ole päätöskykyinen, tiedot näytetään huoltajalle Omakannassa. Jos taas alaikäisen päätöskykyä ei ole voitu (vielä) selvittää, tietoja ei luovuteta huoltajalle. Tieto arvioinnin tuloksesta merkitään rakenteisesti potilastietojärjestelmään, ja sen perusteella Omakanta näyttää tai ei näytä alaikäisen tietoja huoltajalle. Alaikäinen itse näkee tietonsa Omakannassa huoltajakiellosta huolimatta. Kts. lisätietoa [Alaikäinen ja Kanta-palvelut -toimintamalli terveyden-huoltoon ja apteekkeille](#)

Lapsen puolesta asiointi Omakannassa ei ole mahdollista, jos Kanta-palvelut ei pysty tarkistamaan huoltajan oikeutta asiointiin automaattisesti. Omakanta tarkistaa huoltajuuden voimassaolon ja turvakieltoimerkinnot väestötietojärjestelmästä. Mahdolliset tietojen näkymisen ongelmatilanteet tulee huoltajien selvittää suoraan väestötietojärjestelmän ylläpitäjän (DW) kanssa. Kanta-palveluiden kautta ei ole pääsyä väestörekisteritietoihin. Toistaiseksi alaikäisen puolesta asiointi Omakannassa ei ole ollut mahdollista huoltajille, joilla on väestötietojärjestelmään kirjattu tieto huollonjakosopimuksesta tai -määräyksestä, jossa on sovittu muustakin kuin lapsen asumisesta. Jatkossa viranomaiset kirjaavat tiedot yhteishuoltajuudesta Väestötietojärjestelmään siten, että Omakanta voi niitä hyödyntää ja näyttää tiedot huoltajille sen mukaan, mitä oikeuksia huoltajilla on. Käyttöönotto on suunniteltu toteutuvan loppuvuonna 2021. Muutos koskee huollonjakosopimuksia, jotka on kirjattu väestötietojärjestelmään uudella tavalla. Uudistuksen myötä myös tiedonsaantioikeutetulla (esim. vanhempi, joka ei ole huoltaja) on mahdollisuus katsoa alaikäisen tietoja Omakannassa. Kts. lisätietoa [Alaikäisen puolesta asiointista](#) (kanta.fi).

Omakanta-palvelulla ei ole omaa tietovarastoa, vaan se näyttää potilaalle Potilastiedon arkistoon sekä Reseptikeskukseen tallennettuja tietoja. Potilastietojen näkymiseen Omakannassa vaikuttaa siis se, mitä tietoja terveydenhuollosta tallennetaan Potilastiedon arkistoon. Esim. Hoitokertomus -näkyville kirjattuja hoitotyön päivittäiskirjauksia ei vielä tallenneta Potilastiedon arkistoon, joten ne eivät myöskään näy Omakannassa.

Tietojen näyttäminen Omakannassa perustuu palvelutapahtumaan eli kaikki potilaskertomustiedot näytetään käynti- tai hoitajaksokohtaisesti. Potilasasiakirjat näytetään eri tavalla avo- ja osastohoidossa:

avohoitokäynneistä näytetään kaikki merkinnät, mutta osastohoidosta vain yhteenvetotasoinen tieto sekä voimassa oleva lääkitys (VLÄÄ-näkymä). Yhteenvetotasosta, Omakannassa näytettävää tietoa ovat väli- ja loppuarviot sekä myös muut yhteenvedoksi merkityt YHT-näkymälle viedyt merkinnät, kuten hoitotyön yhteenveto (HOI-näkymä + YHT-lisänäkymä).

Potilaan laboratorio- sekä kuvantamistutkimukset liitetään terveydenhuollossa siihen käyntiin tai hoitajaksoon, johon tutkimus liittyy. Koska Omakannassa tietojen näkyminen perustuu palvelutapahtumaan, tutkimusvastaukset löytyvät sen käynnin tai hoitajakson päivämäärältä, johon tutkimus on sidottu. Päivämäärä voi siis olla eri kuin varsinainen näytteenotto tai tutkimuksen teko päivämäärä.

Alkuvuodesta 2021 alkaen Omakanta on näyttänyt koosteet. Koosteissa näkyvät jatkossa myös mm. rokotukset ja fysiologiset mittaukset. Lisätietoa [koosteista](#) (kanta.fi).

Riskitiedoista Omakanta näyttää potilaalle toistaiseksi edelleen vain kriittiset riskitiedot, mutta tavoite on, että jatkossa voidaan näyttää kaikki muut riskitiedot lukuun ottamatta käyttäytymiseen liittyviä riskitietoja. Asiakirjoja joilla on toista henkilöä koskevia tietoja (ERAS-näkymä), ei näytetä Omakannassa lainkaan. Omakannassa ei myöskään näytetä terveydenhuollossa viivästettyjä asiakirjoja (kts. luku 6).

Vanhentunut

Taulukko 12.1 Arkistoitujen potilaskertomustietojen näkyminen Omakannassa

	Avohoitokäynnit	Osastohoitojaksot
Omakannassa näkyy:	<ul style="list-style-type: none"> • Kaikki Potilastiedon arkistoon arkistoidut potilaskertomusmerkinnät avohoitokäynneistä • Avohoitokäyntejä koskevat yhteenvetotasoiset merkinnät <ul style="list-style-type: none"> ○ kuten Väliarvio- ja Loppuarvio-otsikon alle kirjatut merkinnät • VLÄÄ-näkymän merkinnät, jos lääkitys on merkitty tarkastetuksi • Koosteet <ul style="list-style-type: none"> ○ diagnoosit, toimenpiteet, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, fysiologiset mittaukset, rokotukset ○ toistaiseksi vain kriittiset riskitiedot, jatkossa kaikki muut paitsi käyttäytymiseen liittyvät riskit • Todistukset ja lausunnot • Lähetteet ja hoitopalautteet * • Terveys- ja hoitosuunnitelma 	<ul style="list-style-type: none"> • Osastohoitojaksoa koskevat yhteenvetotasoiset merkinnät <ul style="list-style-type: none"> ○ kuten Väliarvio- ja Loppuarvio-otsikon alle kirjatut merkinnät • VLÄÄ-näkymän merkinnät, jos lääkitys merkitty tarkastetuksi • Koosteet <ul style="list-style-type: none"> ○ diagnoosit, toimenpiteet, laboratorio- ja kuvantamistutkimukset, fysiologiset mittaukset, rokotukset ○ toistaiseksi vain kriittiset riskitiedot, jatkossa kaikki muut paitsi käyttäytymiseen liittyvät riskit • Todistukset ja lausunnot • Lähetteet ja hoitopalautteet * • Terveys- ja hoitosuunnitelma
Omakannassa EI näy:	<ul style="list-style-type: none"> • Päivittäismerkintä-otsikon alle kirjatut merkinnät • ERAS-näkymän merkinnät • LÄÄ-näkymän merkinnät • toistaiseksi muut riskit kuin kriittiset, jatkossa vain Käyttäytymiseen liittyvät riskitiedot • Viivästetyt potilasasiakirjat 	<ul style="list-style-type: none"> • Päivittäismerkintä-otsikon alle kirjatut merkinnät • ERAS-näkymän merkinnät • LÄÄ-näkymän merkinnät • toistaiseksi muut riskit kuin kriittiset, jatkossa vain Käyttäytymiseen liittyvät riskitiedot • Viivästetyt potilasasiakirjat

***Lähetteet ja hoitopalautteet:**

Koska sama lähete arkistoidaan sekä lähettävässä että vastaanottavassa organisaatiossa, Omakanta näyttää kansalaiselle lähetteestä viimeisimmän version. Hoitopalaute kytketään Omakannassa läheteeseen, jos se on mahdollista. Myös hoitopalautteesta näytetään kansalaiselle aina viimeisin arkistoitu versio, jos hoitopalaute on arkistoitu sekä lähettävässä että vastaanottavissa organisaatioissa.

Omakannan kautta potilas voi tarkastella palvelunantajatasolla lokitietoja Kanta-palveluissa tehdyistä tietojensa katseluista sekä kaikista terveydenhuollossa paperilla tehdyistä terveystietojen luovutuksista (kts. luku 6).

Potilaan tulisi olla ensisijaisesti yhteydessä häntä hoitaneeseen terveydenhuollon yksikköön, jos hän epäilee Omakannasta puuttuvan tietoja tai tiedot ovat virheelliset. Jokaisen potilasta ohjaavan tulee pystyä kertomaan potilaalle, mitä tietoja omasta organisaatiosta Omakannan kautta voi katsoa. Potilaalle selvitetään, miksi tieto ei näy ja milloin se näkyy, esim. jos kyse on tietojen viivästämisestä terveydenhuollossa. Jos kyse on virheestä, esim. tietoja on kirjattu väärälle potilaalle, tiedot korjataan potilastietojärjestelmään, jonka kautta asia korjaantuu myös Potilastiedon arkistoon ja näkyy oikein Omakannassa.

Terveydenhuollossa on hyvä olla sovittuna toimintamalli, miten potilaan tiedusteluihin Omakannan tiedoista vastataan. Ohjeistus löytyy Kelan Kanta-palvelujen sivustolta, [Omakannan käytön ohjaaminen](#). Ohjeiden avulla terveydenhuolto voi vastata tyypillisimpiin kansalaisten kysymyksiin ja perehdyttää henkilökunnan organisaation Omakantaa koskeviin vastauskäytäntöihin.

Vanhentunut

13 Ostopalvelun valtuutus

Hankittaessa palveluita ostopalveluina tai muulla vastaavalla tavalla (kuten palvelusetelillä toiselta), on kyseiset potilasasiakirjat liitettävä Palvelusetelilain mukaisesti palvelunjärjestäjän rekisteriin.

Ostopalveluissa syntyvien asiakirjojen arkistoinnin toteuttamiseen eri tapoja. Riippuen siitä millä tavalla asiakirjojen käsittelystä on sovittu palvelunjärjestäjän ja ostopalvelun tuottajan kesken.

- Ostopalvelun tuottajalla voi olla käytössään palvelun järjestäjän/tilaajan potilastietojärjestelmä, jonka avulla potilastiedot voidaan tallentaa suoraan tilaajan rekisteriin, kuten järjestäjän omassa toiminnassa syntyneet asiakirjatkin, ja välittää Potilastiedon arkistoon.
- Ostopalvelun tuottaja voi myös erikseen lähettää sovitut asiakirjat (esim. hoitopalautteet) järjestäjälle, joka tallentaa ne omaan potilastietojärjestelmäänsä ja rekisteriinsä. Vaatimus on, että palveluntuottajan on pystyttävä erottelmaan järjestäjän rekisteriin kuuluvat asiakirjat omassa potilastietojärjestelmässään.
- **Ostopalvelun tuottaja voi arkistoida asiakirjoja myös suoraan järjestäjän rekisteriin Potilastiedon arkistossa Ostopalvelun valtuutus -lomakkeen avulla.**

Ostopalvelun valtuutuksella toteutettavan arkistoinnin edellytys on, että molemmat osapuolet ovat liittyneet Kanta-palveluiden käyttäjiksi. Ostopalveluiden järjestäjä tallentaa Potilastiedon arkistoon ostopalvelun valtuutusasiakirjan, joka voi olla **väestötasoinen tai potilaskohtainen**.

- Potilaskohtaista valtuutusasiakirjaa käytetään silloin, kun ostopalvelua tai palvelusetelipalvelua järjestetään yksittäisille potilaille.
- Väestötasoinen valtuutus on tarkoitettu niihin tilanteisiin, joissa palvelut koskevat koko kunnan väestöä, ja joissa potilaita ei voida etukäteen tietää. Esimerkiksi kunta x ulkoistaa ilta/yö päivystyksen tai kunta x ulkoistaa kuvantamispalvelut toiselle tuottajalle.

Valtuutusasiakirja mahdollistaa tuottajalle pääsyn Potilastiedon arkistossa järjestäjän rekisteriin tallennettuihin potilastietoihin. Järjestäjän rekisteriin kuuluvien, hoidon kannalta tarpeellisten tietojen luovutus arkistosta on mahdollista riippumatta potilaan mahdollisesti asettamista luovutuskielloista.

Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely ostopalvelutilanteissa

Opas terveydenhuollolle, STM 2012. ohjeistaa potilastietojen käsittelyä ostopalvelutilanteissa seuraavasti: Rekisterinpitäjällä on oikeus määrätä ja velvollisuus kantaa vastuu potilastietojen käsittelystä, joskin potilaslain 12 §:ssä säädetty velvoitteet laatia ja säilyttää potilasasiakirjoja koskevat myös palvelujen tuottajaa ostopalvelutilanteissa. Potilasasiakirja-asetuksen 5 §:n mukaan terveyspalvelujen järjestäjän on sovittava ostopalvelutilanteissa kirjallisesti potilasasiakirjojen rekisterinpitoon ja käsittelyyn liittyvistä tehtävistä ja vastuista. Tässä sopimuksessa on aina syytä todeta, onko palvelun tuottajalla ja/tai toteuttajalla oikeus luovuttaa ostopalvelun yhteydessä syntyneitä potilasta koskevia tietoja. Edellytys tälle on aina, ettei tietojen antamiselle ole laissa säädettyä estettä. Jos palvelun tuottaja oikeutetaan luovuttamaan potilastietoja, sopimuksessa on syytä ilmaista selvästi ne tilanteet ja edellytykset, joiden vallitessa toimeksisaajan on siirrettävä pyyntö rekisterinpitäjän päätettäväksi. Poikkeuksena tästä Palveluntuottaja voi pyydettyä tulostaa potilaalle ostopalvelun tuottamisen aikana syntyneitä hoitoasiakirjoja (edellyttää hoitosuhteen voimassaoloaika). Palveluntuottajan järjestelmän tulee tuottaa luovutusilmoitus potilaalle luovutetuista tulosteista ja luovutusilmoitus on tallennettava Potilastiedon arkistoon.

Alihankinta

Potilastiedon arkisto ei tue ostopalveluiden ketjutusta, eli tilannetta, jossa ostopalvelun tuottaja hankkii palvelua alihankintana kolmannelta osapuolelta. Näissä tilanteissa palvelun järjestäjä antaa ostopalvelun valtuutuksen myös alihankkijalle.

Esimerkki 1: työterveyshuollossa lääkäriasema tekee sopimuksen työterveyspalvelun tuottamisesta yrityksen x kanssa, mutta palvelua toteuttaessaan se hankkii lääkäripalveluita alihankintana tiloissaan toimivalta ammatinharjoittajalta tai yritykseltä (tai joissain tapauksissa alihankkija voi toimia jopa muulla paikkakunnalla). Lääkäriasema on päävastuullinen palveluntuottaja, ja se toimii rekisterinpitäjänä kaikille sen omassa ja alihankkijoiden toiminnassa syntyneille potilastiedoille.

Esimerkki 2: kunta z ostaa tai tilaa yritykseltä kuntoutuspalveluita. Kunta vastaa palvelun järjestämisestä ja on tällöin varsinainen rekisterinpitäjä, joten asiakirjat arkistoidaan Potilastiedon arkistoon kunnan rekisteriin.

Vanhentunut