



Potilastiedon kirjaaminen

Ohjeita valtakunnallisesti yhtenäiseen kirjaamiseen

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

Sisältö

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

Huom. Tämä esitys perustuu Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaan vuoden 2022 versioon (5.0).

Kirjaamisen perusteet tulevat lainsäädännöstä

- Lainsäädäntö ohjaa potilas- ja hoitotietojen kirjaamista ja käsittelyä
 - Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä ([559/1994](#))
 - Laki potilaan asemasta ja oikeuksista ([785/1992](#), potilaslaki)
 - Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä ([784/2021](#)), asiakastietolaki)
 - STM:n asetus potilasasiakirjoista ([94/2022](#))
 - STM:n asetus lääkkeen määräämisestä ([1088/2010](#))
 - EU:n yleinen tietosuoja-asetus ([2016/679](#), GDPR) ja tietosuojalaki ([1050/2018](#))
 - Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta ([621/1999](#), julkisuuslaki)

Potilasasiakirjojen tarkoitus

- Potilasasiakirjojen tarkoituksena on palvella
 - potilaan hoidon suunnittelua, toteutusta ja seurantaan sekä edistää hoidon jatkuvuutta
 - potilaan tiedonsaantioikeutta ja oikeusturvaa
 - terveydenhuollon ammattihenkilöiden oikeusturvaa
 - terveydenhuollon palvelujen turvallisuutta ja laadunvalvontaa
 - toiminnan suunnittelua ja arviointia sekä tutkimusta ja opetusta

Potilastiedon arkiston tiedot

- Asiakastietolain ([784/2021](#)) 9§:n mukaan
 - Tietojärjestelmien ja asiakasasiakirjojen tietorakenteiden tulee mahdollistaa sähköisten asiakasasiakirjojen ja asiakastietojen käyttö, luovuttaminen, säilyttäminen ja suojaaminen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla.
 - THL antaa määräykset valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen toteutuksen edellyttämistä tietojärjestelmien asiakasasiakirjojen **tietosisällöistä ja tietorakenteista sekä tietorakenteissa valtakunnallisesti hyödynnettävistä koodistoista**
 - Asiakasasiakirjoilla tarkoitetaan sekä terveydenhuollon potilasasiakirjoja että sosiaalihuollon asiakasasiakirjoja

Potilastiedon arkiston käyttöönotto ja uudet tietosisällöt

- Asiakastietolaki ([784/2021](#)) ohjaa Kanta-palvelujen käyttöönottoa, jota toteutetaan vaiheistetuksi
- Asiakastietolaissa (52 §) on kuvattuna siirtymäajat siihen, milloin viimeistään asiakas- ja potilasasiakirjoja tulee tallentaa Kanta-palveluihin
- Siirtymäsäännökset korvaavat aiemman sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen asiakirjojen tallentamisen vaiheistuksesta eli niin sanotun vaiheistusasetuksen
- Etenemisestä on saatavilla tarkempi, ajantasainen [Kanta-julkaisuaikataulu](#)

Keskeisiä kirjaamisen oppaita ja ohjeita (1)

- [Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely, opas terveydenhuollolle](#) (STM:n julkaisuja 2012:4)
 - Sisältää yleiset soveltamisohjeet potilastiedon kirjaamiselle ja potilasasiakirjojen käsittelylle
- [Potilastiedon kirjaamisen yleisopas](#) (THL, 2022)
 - Oppaan ohjeiden ja suositusten avulla keskeiset potilastietojen tietorakenteet voidaan tallentaa Potilastiedon arkistoon kansallisesti yhdenmukaisella tavalla
-> mahdollistaa hoitotietojen jatkokäytön (haku, katselu, selaus ym.) myös muissa organisaatioissa ja eri palvelunantajilla

Keskeisiä kirjaamisen oppaita ja ohjeita (2)

- Yleisoppaan lisäksi on julkaistu/ tulossa tarkempia kirjaamisoppaita eri erikoisaloille, palveluille tai ammattiryhmille

kts. -> [Terveystietojen kirjaamisohjeet ja oppaat](#) (THL)

- Oppaita saatavilla aiheista suun terveydenhuolto, työterveyshuolto, lastenneuvola, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, päivystysapu 116117, psykologityö, hoitotyö, hoitokertomus
- Tulossa myöhemmin mm. ensihoito, toimintakyky, äitiyshuolto ja raskauden aika, psykiatria, mielenterveys ja päihdetyö

kts. myös [Koulutusmateriaalit](#) (THL)

-> Keskeisten terveystietojen kirjaaminen (diaesitykset ja videot)

Potilaskertomuksen keskeiset tietorakenteet ovat kaikille kirjaajille samat

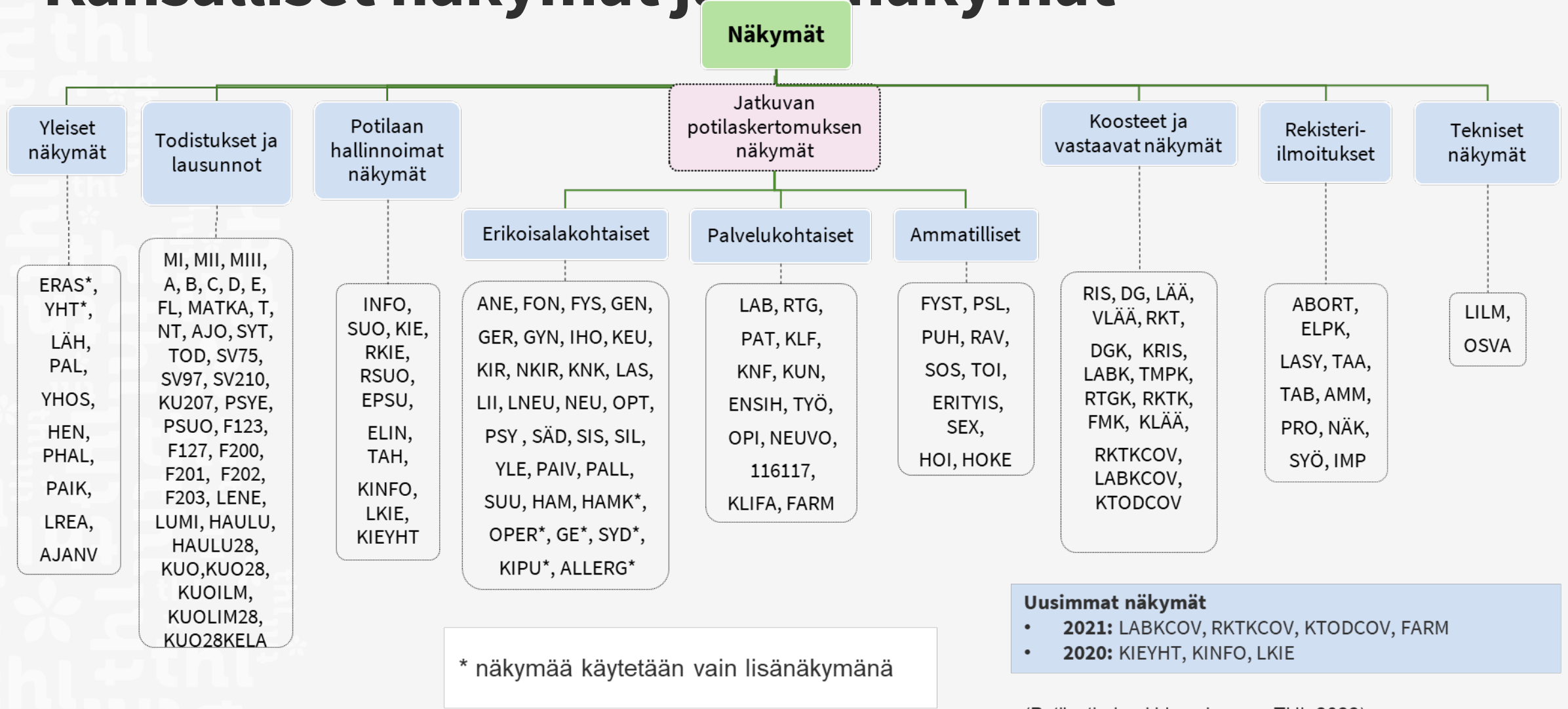


(Potilastiedon kirjaamisopas, THL 2022)

Mitä ovat näkymät?

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

Kansalliset näkymät ja lisänäkymät



(Potilastiedon kirjaamisopas, THL 2022)

Lisänäkymien käytöstä

- Lisänäkymien avulla
 - merkintä voidaan liittää samanaikaisesti useaan näkymään
 - yhteen päänäkymään liittyviä merkintöjä voi ryhmitellä suppeampiin osakokonaisuuksiin
 - voidaan hallinnoida tiettyjä teknisiä ratkaisuja (esim. ERAS tai YHT-lisänäkymät)
- Joitakin näkymiä voi käyttää vain lisänäkymänä, mm. KIPU, OPER, YHT, ERAS
- Myös paikallisia näkymiä voi käyttää lisänäkymänä, merkintä tulee kuitenkin linkittää kansalliseen päänäkymään, jotta tiedon voi tallentaa Potilastiedon arkistoon

Lisänäkymien käytöstä (2)

- Kun kirjaaja haluaa merkintänsä näkyvän usean näkymän tiedoissa, hän kirjaa oman näkymänsä päänäkymäksi ja muut tarvittavat näkymät lisänäkymiksi
 - Esim. kun *konsultaatiopyyntö ja -vastaus* halutaan näkyvän sekä pyytäjän että vastaajan näkymillä, konsultaation *pyytäjä* kirjaa oman näkymänsä päänäkymäksi ja valitsee vastaajan näkymän lisänäkymäksi (esim. SIS+KIR) ja konsultaation *vastaaja* tekee päinvastoin (esim. KIR+SIS)
- Tietoja katseltaessa pää- ja lisänäkymät eivät poikkea toisistaan; merkinnät näkyvät samanlaisina kaikilla näkymillä, jotka kyseiseen merkintään on kirjattu

Yleisiä näkymiä (1)

- Yleiset näkymät ovat lääketieteen erikoisalasta tai palvelusta riippumattomia potilastiedon kokonaisuuksia
- **PHAL**, potilashallinnon näkymää käytetään, kun kirjataan mm. ajanvaraukseen liittyviä tai muita potilashallinnollisia merkintöjä, joihin **ei liity** hoidollisia tietoja
- **ERAS** (erillinen asiakirja) kuuluu potilaan palvelutapahtumaan
 - ERAS - lisänäkymään kirjataan toisen henkilön **itsestään tai omasta** elämäntilanteestaan kertomat yksityiskohtaiset, arkaluonteiset tiedot, jotka liittyvät keskeisesti **potilaan hoitoon**
 - tietoihin on tarkastusoikeus vain henkilöllä, joka on tiedot kertonut
 - erillistä asiakirjaa ei anneta potilaalle, eikä tietoja näytetä Omakannassa
 - tiedot näytetään potilastietojärjestelmän kautta ammattihenkilöille sen palvelutapahtuman yhteydessä, jossa ko. ERAS - tiedot on kirjattu

Yleisiä näkymiä (2)

- **YHT** on tarkoitettu yhteenvetojen laadinnan ja hakujen avuksi
 - YHT-lisänäkymää käytetään kun laaditaan väliarvio/ seurantayhteenveto sekä loppuarvio/ loppuyhteenveto (esim. SIS+YHT, HOI+YHT)
 - Kun merkinnässä käytetään otsikoita *Väliarvio* tai *Loppuarvio*, potilastietojärjestelmä lisää yleensä YHT-näkymän automaattisesti lisänäkymäksi
 - tarvittaessa kirjaaja lisää itse YHT-lisänäkymän merkintään mukaan
- **YHOS** (Terveys- ja hoitosuunnitelma) on Tiedonhallintapalvelun kautta **ylläpidettävä** asiakirja, joka on tarkoitettu potilaan avohoitoon ja kuntoutukseen liittyvien suunnitelmien kokoamiseen erityisesti potilaille, joilla on monia terveysongelmia
 - Sitä ei ole tarkoitettu osastohoitojakson sisäisten hoitosuunnitelmien kirjaamiseen.
 - Ks. malli seuraavalla dialla

Terveys- ja hoitosuunnitelma (malli)

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

Terveys- ja hoitosuunnitelma kattaa potilaan hoitajaksojen väliset **avohoidon suunnitelmat**. Hoitajaksokohtaiseen suunnitteluun käytetään mm. hoitokertomuksen hoitosuunnitelmaa.

Kun potilaalle on tehty terveys- ja hoitosuunnitelma, hänelle ei kirjata erikseen jatkohoidon suunnitelmaa hoitajakson päättyessä, vaan tiedot päivitetään terveys- ja hoitosuunnitelmaan.

(Potilastiedon kirjaamisopas, THL 2022)

Yleisiä näkymiä (3)

- **LÄH** (Lähetete) - näkymää käytetään
 - a) kun potilas ohjataan *toiseen hoito-organisaatioon* saamaan terveydenhuollon palveluja
 - b) tilanteissa, joissa hoitovastuuta ei siirretä, pyydetään vain konsultaatiota toisesta organisaatiosta
 - Merkinnässä tulee mainita, onko kyse konsultaatiosta vai hoitovastuun siirtävästä lähetteestä
 - Organisaation **sisäisissä** läheteissä ja konsultaatioissa **ei** käytetä LÄH-näkymää, vaan lähettävän tahon erikoisalan mukaista päänäkymää ja lisänäkymänä vastaanottavan tahon erikoisalan mukaista näkymää
- **PAL** (Hoitopalaute) -näköymää käytetään, kun toteutetusta hoidosta kirjattuja tietoja kootaan hoitopalautteeksi lähetteen tehneelle tai jatkohoidosta vastaavalle taholle
 - Hoitopalaute sisältää lääkärin tekemän loppuarvion ja/tai hoitotyön yhteenvedon
 - Ne voidaan lähettää tarvittaessa erikseen omina hoitopalautteina

Jatkuvan potilaskertomuksen näkymistä

- **Erikoisalakohtaiset näkymät**

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

- **Palvelukohtaiset näkymät**

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

Jatkuvan potilaskertomuksen näkymistä (2)

- **Ammatilliset näkymät**

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

Erityissuojatut merkinnät

- Erityissuojattuja merkintöjä ovat tällä hetkellä psykiatrian (PSY) ja perinnöllisyyslääketieteen (GEN) päivittäis- ja yhteenvetomerkinnät
 - Erityissuojausta on toivottu myös muihin erityistä luottamuksellisuutta edellyttäviin palveluihin, kuten seksuaali- tai psykoterapiaan, mutta niiden toteutus on vielä kesken
- Erityissuojaus toteutuu merkinnän näkymätietoa hyödyntäen
 - Merkinnät, joiden **päänäkymäksi** on kirjattu PSY tai GEN ovat erityissuojattavia
 - Suojaus ei toteudu, jos PSY tai GEN ovat lisänäkyminä
 - Erityissuojaus kattaa myös PSY tai GEN-näkymien mahdolliset lisänäkymät
 - Suojaus **ei** kuitenkaan koske tietoja **lääkityksestä tai kriittisistä riskeistä**


Erityissuojaus ei estä tietojen katsomista, mutta kun erityissuojattuja tietoja käytetään muilla kuin kyseisellä erikoisalalla, vaaditaan tietojen käyttäjältä **erillinen vahvistus** ennen tietojen käyttöä. Erityissuojatun asiakirjan käyttöoikeuksien rajausta toteutetaan **potilastietojärjestelmätasolla**



Tiedonhallintapalvelun muodostamat koosteet

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

Ammattihenkilön potilasyhteenvedo -malli


Ammattilaisen potilasyhteenvedo
Meikäläinen Matti 310310-3100

Lääkitys

*Voimassa oleva lääkitys <

*Lääkityshistoria >

Diagnoosit

*Pitkäaikaisdiagnoosit <

*Diagnoosilista >

Riskitiedot

*Kriittiset riskit <

*Hoidossa huomioon otavat >

Laboratorio-tutkimukset >

Kuvantamis tutkimukset >

Fysiologiset mittaukset >

Rokotukset >

Terveys- ja hoitosuunnitelma >

Toimenpiteet >

Käynnit ja hoitajakset >

Henkilötiedot >

Ohjeet >

Lääkitysyhteenvedo
Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014
X

Säännöllinen lääkitys [Avaa Lääkityslista](#)

Pysyvyys	A	Valmiste	Vahvuus: Muo	Annostelu	!	Käyttötarkoitus	Päättyy
J		Marevan	5 mg tabl	½ tabl x1 /vrk po		Verenohennuslääke	
J		Disperin	100 mg tabl	1 tabl x1 /vrk po		Verenohennuslääke	
J		Retafer	50 mg tabl	1 tabl x1 /vrk po		Anemian ehkäisyyn	
J		Seloken	50 mg tabl	1 tabl x2 /vrk po	x	Verenpaineeseen	
J		Diapam	10 mg tabl	1 tabl iltaisin po		Unilääke	

Tarvittaessa otettava lääkitys Lääkehoidon kokonaisarviointi tehty **25.8.14** ! Edellyttää toimenpiteitä

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

Diagnoosiyhteenvedo
Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014
X

Pitkäaikaisdiagnoosit [Avaa diagnoosiyhteenvedo](#)


+	Aikajakso	Dg-koodi ▲	Diagnoosin nimi	Lopeta ▲
...	9.9.09 - 15.8.12	E11.9	Aikuistyyppin diabetes	...
...	22.1.07 - 15.8.12	I11.9	Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen [ko	
...	9.9.09 - 15.8.10	I20.1	Angina pectoris	
...	22.1.07 - 4.4.08	M16.9	Arthrosis Coxae	

Riskitietoyhteenvedo
Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014
X

Kriittiset riskit [Avaa riskitietoyhteenvedo](#)

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

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

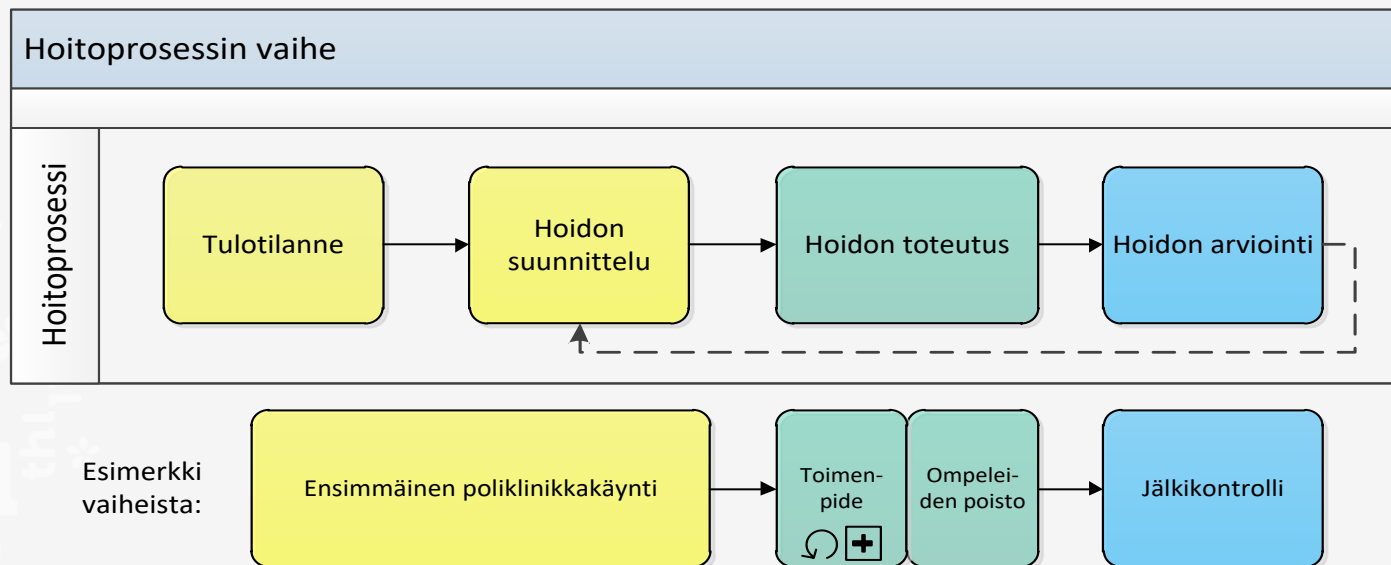


Toukokuu 2022

22

Hoitoprosessin vaiheet

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



(Potilastiedon kirjaamisopas, THL 2022)

Hoitoprosessin vaiheissa kirjattavia tietoja

Esimerkinä: Hoidon suunnittelu

- Terveystieteiden ammattihenkilöiden, potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa yhteistyössä laadittu suunnitelma potilaan hoidosta, sen perusteista ja tavoitteista
- Kuvataan mm. hoidon tarve, hoidon tavoitteet, kirjataan suunnitellut tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, kuntoutus- ja hoitotoimet, apuvälineet ja hoitotarvikkeet, annetut lääkemääräykset sekä pyydettävät konsultaatiopyynnöt

Esimerkinä: Hoidon arviointi

- Potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset ja toteutuneen hoidon arviointi suhteessa hoidon suunnittelussa asetettuihin tavoitteisiin:
 - potilaan yleistilanteen ja toimintakyvyn muutokset
 - tehtyjen tutkimusten ja mittausten perusteella arvioidut muutokset
 - toteutettuihin hoitoihin (toimenpiteet, kuntoutus, lääkehoito ja muut hoitotoimet) liittyvät muutokset
 - diagnoosi tai käyntisyys

Kansalliset otsikot

Koko merkinnän otsikot

Etäkontakti
Konsultaatio / Lähetä
Lausunto
Terveystarkastus

Päivittäismerkintä (decursus)
Väliarvio
Loppuarvio (epikriisi)

Luokittelemattomat otsikot

Muu merkintä

Tulosy ja esitiedot

Tulosy
Esitiedot (anamneesi)
Terveyteen vaikuttavat tekijät
Riskitiedot

Havainnot ja tutkimukset

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

Hoidon suunnittelu

Hoidon tarve
Hoidon tavoitteet
Suunnitelma

Hoidon toteutus

Toimenpiteet
Hoitotoimet
Kuntoutus
Lääkehoito
Ennaltaehkäisy (preventio)
Apuvälineet ja hoitotulokset

Hoidon arviointi

Diagnoosi
Hoidon syy
Hoitoisuus
Hoidon tulokset

(Potilastiedon kirjaamisopas, THL 2022)

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

Mitä kirjataan otsikoiden ”alle”?

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

Kansallisten otsikoiden kirjaamisohjeista

- Kirjaamisoppaassa on jokaiselle otsikolle käyttösuositus, esimerkkeinä

Etäkontakti

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

Diagnoosi

- Otsikon alle lääkäri kirjaa potilaalla todetut diagnoosit diagnoosirakenteen mukaisesti. Diagnooseihin kirjataan käynnillä tai hoitojaksolla todetut tai hoidetut diagnoosit sekä muut potilaan käynnillä tai hoitojaksolla hoitoon oleellisesti vaikuttaneet diagnoosit. Potilaan pitkäaikaisdiagnooseja, joilla ei ollut hoidon kannalta mitään merkitystä, ei kirjata.

Hoidon syy

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

Hoidon tavoitteet

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

Mitä ovat keskeiset terveystiedot?

- Rakenteisesti kirjattavia keskeisiä terveystietoja ovat
 - Diagnoosit
 - Käyntisyyt
 - Riskitiedot
 - Toimenpiteet
 - Kuvantamistutkimukset
 - Laboratoriotutkimukset
 - Fysiologiset mittaustulokset
 - Rokotustiedot
 - Lääkitys (soveltuvin osin)*

**Valtakunnallinen lääkehoito- ja reseptikeskus suunniteltu Reseptikeskuksen palveluna 2024-2025*

Keskeisten terveystietojen kirjaamisesta (1)

Diagnoosit

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

Käyntisyys

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

Keskeisten terveystietojen kirjaamisesta (2)

Riskitiedot

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

Keskeisten terveystietojen kirjaamisesta (3)

Toimenpiteet

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

Keskeisten terveystietojen kirjaamisesta (4)

Kuvantamistutkimukset

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

Laborioriotutkimukset

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

Keskeisten terveystietojen kirjaamisesta (5)

Fysiologiset mittaukset

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

Keskeisten terveystietojen kirjaamisesta (6)

Rokotustiedot

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

Keskeisten terveystietojen kirjaamisesta (7)

Lääkitys

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

Esimerkki kertomusrakenteista

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

Tulotilanne (hoitoprosessin vaihe)

Tulosyy (otsikko)

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

Esitiedot (anamneesi) (otsikko)

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

Nykytila (otsikko)

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

Fysiologiset mittaukset (otsikko)

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

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

Diagnoosi (otsikko)

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

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

Suunnitelma (otsikko)

Otetaan aivojen magneettikuva

(Potilastiedon kirjaamisopas, THL 2022)

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

Lääkitys -> Merkinnät lääkitysnäkymille

Potilastiedon arkisto – keskeiset muutokset

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

Rakenteisen kirjaamisen hyötyjä

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



Seuraa

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



Lisätietoa / kysymykset:
sotetiedonhallinta@thl.fi