

Potilastiedon kirjaamisen yleisopas

6.0

Taina Kauvo, Heikki Virkkunen, Anne Ålander (toim.)

06/2024

Sisällys

Versionhallinta.....	6
Lukijalle (tämä versio).....	8
Tiivistelmä.....	9
1 Oppaan tausta ja tavoite.....	10
1.1 Oppaan tavoite.....	10
1.2 Oppaan suhde muihin oppaisiin ja rajaukset.....	11
1.3 Oppaan käyttö ja rakenne.....	12
2 Rakenteistamisen hyödyt	13
2.1 Hyötyä ammattihenkilöille ja organisaatioille.....	13
2.2 Hyötyä potilaalle	14
3 Lainsäädännön asettamat puitteet.....	15
3.1 Potilasasiakirjamerkinnät	15
3.2 Yleistä potilastietojen käsittelystä	16
3.3 Kanta-palvelut ja niiden käyttöönotto	18
3.3.1 Keskeiset valtakunnalliset toimijat ja vastuut.....	18
3.3.2 Kanta-palvelut	18
4 Potilasasiakirjojen rakenteet.....	20
4.1 Rakenteisen tiedon periaatteet.....	20
4.2 Potilasasiakirjojen rakenteet	21
4.3 Erikois- ja palveluala- sekä ammattikohtaisten potilastietojen käyttö.....	23
5 Näkymät.....	25
5.1 Lisänäkymät.....	26
5.2 Erikoisalakohtaiset näkymät	27
5.3 Palvelukohtaiset näkymät.....	28
5.4 Ammatilliset näkymät.....	29
5.5 Yleiset näkymät.....	30
5.6 Koosteet.....	31
5.7 Erytyssuojatut näkymät.....	32
5.8 Lomaketyyppiset näkymät.....	32
5.9 Tekniset näkymät.....	32
6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot.....	34
6.1 Hoitoprosessin vaiheet.....	34
6.2 Otsikot ja lisäotsikot	36
6.3 Otsikoiden käyttäminen eri vaiheissa.....	37
6.3.1 Koko merkinnän (ylä)otsikot.....	38
6.3.2 Hoidon syy ja esitiedot (Tulotilanne)	40
6.3.3 Havainnot ja tutkimukset (Tulotilanne).....	41
6.3.4 Hoidon suunnittelu	42
6.3.5 Hoidon toteutus.....	43
6.3.6 Hoidon arviointi.....	45
6.3.7 Muut otsikot (Mikä tahansa hoitoprosessin vaihe)	45

7 Potilaan perustiedot.....	46
7.1 Henkilön yksilöintitiedot.....	47
7.2 Henkilön yhteystiedot	48
7.3 Yhteyshenkilö.....	49
7.4 Vakuutusyhtiö.....	49
7.5 Turvakielto.....	49
7.6 Henkilötietolomake.....	50
8 Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tiedot.....	51
8.1 Merkinnän tekijän ja hoidon antajan tunnistetiedot.....	51
8.2 Palvelutapahtuman tunnistetiedot	53
9 Tulokset, käyntisyöt ja diagnoosit	54
9.1 Tulosyö.....	55
9.2 Käyntisyö.....	56
9.3 Diagnoosi	56
9.4 Diagnoosin ja käyntisyön tietosisällöt	57
9.4.1 Diagnoosi- ja käyntisyökoodit.....	57
9.4.2 Diagnoosin tai käyntisyön ensisijaisuus.....	58
9.4.3 Diagnoosin tai käyntisyön pysyvyys.....	59
9.4.4 Diagnoosin tai käyntisyön varmuusaste	59
9.4.5 Tiedon lähde.....	60
9.4.6 Diagnoosin tai käyntisyön toteamishetken tiedot.....	60
9.4.7 Diagnoosin päättymisen tiedot	61
9.4.8 Hoitopisodi ja diagnoosin tai käyntisyön episoditunnus.....	61
9.5 Aiempien diagnoosi- ja käyntisyömerkintöjen hyödyntäminen.....	62
9.5.1 Aiemmin kirjattujen diagnoosien ja käyntisyöiden poimiminen	62
9.5.2 Diagnoosin tai käyntisyön tarkentaminen	63
9.6 Diagnoosien ja käyntisyöiden koostetiedot	63
10 Riskitiedot	65
10.1 Riskitietojen tietosisältö.....	66
10.1.1 Riskitiedon tyyppi ja riskin koodi	67
10.1.2 Riskitiedon nimi ja vapaamuotoiset tarkenteet.....	67
10.1.3 Riskitiedon aste	68
10.1.4 Riskin rakenteiset tarkennetiedot	69
10.1.5 Riskin toteamisen tiedot.....	69
10.1.6 Riskin päättymisen tiedot.....	69
10.2 Eri riskityyppien kirjaaminen.....	70
10.2.1 Lääkereaktiot ja -allergiat	70
10.2.2 Muut allergiat.....	70
10.2.3 Riskitaudit ja -hoidot.....	71
10.2.4 Verituotteiden annossa huomioon otavat asiat.....	71
10.2.5 Erityishuomiointia vaativat hoidot	71
10.2.6 Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit.....	72
10.2.7 Mikrobit ja erityisvarotoimet	72
10.2.8 Hoidon rajaukset, hoitolinjaukset ja hoitopoikkeamat	73
10.2.9 Käyttämiseen liittyvät riskit.....	74
10.2.10 Muut riskit.....	74
10.2.11 Raskaustiedon kirjaaminen	74
10.3 Riskitietojen kooste	74
11 Terveystien vaikuttavat tekijät	76

1.1	Terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen	77
11.2	Terveyteen vaikuttavat tekijät ja niiden mittarit.....	78
11.2.1	Tupakka- ja nikotiinituotteet.....	78
11.2.2	Päihteet ja riippuvuudet.....	79
11.2.3	Liikunta	79
11.2.4	Ravitsemus.....	80
11.2.5	Suun ja hampaiden terveydentila	80
11.2.6	Raskaus.....	80
12	Tutkimukset ja mittaukset.....	81
12.1	Fysiologiset mittaukset.....	82
12.1.1	Fysiologisten mittaustietojen kirjaaminen	82
12.1.2	Fysiologisten mittausten koostetiedot	83
12.2	Laboratoriotutkimukset	84
12.2.1	Laboratoriotutkimusten pyynnöt	85
12.2.2	Laboratoriotutkimusten tulokset ja lausunnot	85
12.2.3	Laboratoriotutkimusten koostetiedot	86
12.3	Kuvantamistutkimukset	86
12.3.1	Kuvantamistutkimusten pyynnöt	87
12.3.2	Toteutuneet kuvantamistutkimukset	87
12.3.3	Kuvantamistutkimusten lausunnot.....	88
12.3.4	Näkyvän valon kuvat	88
12.3.5	Mittauslaitteiden tuottamat kuvat, videot ja biosignaalit.....	89
12.3.6	Säteilyaltistus	89
12.3.7	Kuvantamistutkimusten koostetiedot.....	90
13	Toimenpiteet	91
13.1	Toimenpiteiden kirjaaminen.....	91
13.2	Toimenpiteiden kooste, toimenpidekertomus ja yhteenvetotiedot	93
13.3	Toimenpiteisiin liittyvät valokuvat ja muut kuvat	94
14	Lääkehoito.....	95
14.1	Lääkitystiedot ja niiden kehittäminen 2015–2030	96
14.2	Lääkitystietojen kirjaaminen potilaskertomukseen	97
14.2.1	Lääkemerkitöjen rakenteinen kirjaaminen.....	97
14.2.2	Lääkemerkitöjen kirjaaminen kertomusnäkyville.....	98
14.3	Kanta-lääkityslistan vaikutus lääkehoidon kirjauksiin	99
14.3.1	Käytössä olevan lääkkeen lääkejatkumo	99
14.3.2	Rakenteiset lääkemerkinnät.....	100
14.4	Lääkemääräysten rakenteinen kirjaaminen.....	101
14.4.1	Lääkemääräyksen perustiedot ja potilaan tiedot.....	101
14.4.2	Lääkkeen määräjän ja lääkemääräyksen käsittelijän tiedot.....	101
14.4.3	Lääkkeen tiedot	101
14.4.4	Lääkkeen määrätty määrä	102
14.4.5	Lääkkeen annostustiedot.....	103
14.4.6	Käyttötarkoitus.....	104
14.4.7	Lääkemääräyksen muut tiedot	104
14.5	Lääkemääräyksen korjaaminen ja mitätöinti.....	105
14.5.1	Lääkemääräyksen korjaus.....	105
14.5.2	Lääkemääräyksen mitätöinti	105
14.6	Lääkehoidon muutokset	106
14.6.1	Lääkitysmuutokset.....	106
14.6.2	Lääkkeen lopettaminen.....	107

14.7 Lääkemääräyksen uusiminen.....	107
14.7.1 Uusimispyyntö	107
14.7.1 Uusimispyynnön käsittely	108
14.8 Rinnakkaisen lääkkeen lisääminen	108
14.9 Lääkehoidon tarkistaminen.....	108
14.9.1 Lääkitystarkistusten tyypit.....	109
14.9.2 Lääkehoidon tarkistusten kirjaaminen.....	111
14.10 Lääkehoidon muut kirjaukset.....	113
14.10.1 Lääkkeen antokirjaus	113
14.10.2 Lääkkeen haittavaikutusten kirjaukset.....	114
14.10.3. Lääkitykseen liittyvien riskitietojen kirjaukset.....	114
14.10.4 Lääkehoidon ohjeistus	114
15 Ennaltaehkäisy ja rokotukset	115
15.1 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto	115
15.2 Rokotustiedot.....	116
15.3 Rokotusyhteenvedo ja rokotusrekisterit	118
16 Lausunnot ja todistukset	120
16.1 Vakioidut lomakerakenteet.....	120
16.2 Vapaamuotoiset lausunnot	121
16.3 Virka-apupyynnöt ja muut erityistilanteet.....	121
17 Yhteenvedo- ja päivittäismerkinnät	123
17.1 Palvelutapahtuman yhteenvedo	123
17.2 Loppu- ja väliarviot	123
17.3 Päivittäismerkintä.....	124
18 Terveys- ja hoitosuunnitelma	125
18.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoite	126
18.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman periaatteita	126
18.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaaminen	127
18.3.1 Hoidon tarve/ tarpeet.....	127
18.3.2 Hoidon tavoite/ tavoitteet	127
18.3.3 Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot.....	128
18.3.4 Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi.....	128
18.3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot.....	128
18.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman esimerkki.....	129
19 Tahdonilmaukset.....	130
19.1 Hoitotahto.....	130
19.2 Elinluovutustahto	131
Lähteet	132
Liite 1 Keskeiset käsitteet.....	133
Liite 2 Kertomusesimerkki.....	134
Hoidon arviointi.....	134
Loppuarvio.....	134

Versionhallinta

Versio ja julkaisuajankohta	Muutokset
6.0 2024	<ul style="list-style-type: none">Luku 1: päivitetty lukua 1.2 Oppaan suhde muihin julkaisuihin uusien oppaiden ja ohjeiden osalta.Luku 3: Päivitetty lukua huomioiden uuden asiakastietolain ja muun lainsäädännön muutokset ja terminologia, sekä viittaukset muihin vastaaviin julkaisuihin.Luku 4: Poistettu erityistilanteita koskevien asiakirjakäsittelyjen ohjeet, koska ne ohjataan mm. Potilastietovarannon toimintamalleissa. Käsittelyä kuvataan myös uudessa asiakastieto-oppaassa.Luku 5: Päivitetty erityissuojattavien näkymien, erillisasiakirjan (ERAS), ajanvarausasiakirjan (AJANV) sekä psykologipalvelun (PSL) kirjaamisohjeita. Lisätty hoidon tarpeen arviointi (HTA) ohjeistus.Luku 6: Tarkistettu otsikoiden nimiä ja käyttöohjeita. Päivitetty erityisesti Etäkontaktin ja Toimintakyky-otsikon ohjeistusta.Luku 7, 8 ja 17: Päivitetty tekstiä asiakastietolain mukaiseksi.Luku 9: Täsmennetty lukua 9.1 Tulosy ja 9.3 Diagnoosi uusilla koodistoilla.Luku 10: Päivitetty riskitietojen lukua 10.2.7 Mikrobit ja eristystarve huomioiden uudet termit ja ohjeet.Luku 12: Lisätty kaksi esimerkkikuvaa fysiologisten mittausten koosteista. Päivitetty lukua 2.3 ja muokattu luku 12.3.6 Säteilysuojustus kokonaan.Luku 13: Päivitetty toimenpiteen tyyppi -luokituksen ohjeistus.Luku 14: Päivitetty kokonaisuudessaan.Luku 15: Täydennetty lukua 15.1 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto.Luku 16: Päivitetty luku 16.1 Vakioidut lomakerakenteet ajan tasalle. Täydennetty lukua 16.3 Virka-apupyynnöt ja muut erityistilanteet.Luku 18: Uudistettu terveystarve- ja hoitosuunnitelman esimerkki.Poistettu useasta luvusta termi "sähköinen" ja tarvittaessa korvattu se termillä digitaalinen. Vastaavasti muutettu tarvittaessa termi "potilaskertomus" muotoon potilasasiakirja/-kirjat vastaamaan asiakastietolain säädöksiä. Huomioitu Kanta-sanaston muutokset koskien mm. termiä Potilastietovaranto (aiemmin arkisto) ja Kuva-aineistojen tietovaranto (aiemmin arkisto). Päivitetty linkit ja lähteet.
5.0 2022	<ul style="list-style-type: none">Luku 3: Päivitetty lukua huomioiden uuden asiakastietolain ja muun lainsäädännön muutokset.Luku 7: Poistettu luku 7.7. koska ei ole ajankohtaisia henkilötietojen jatkokehityssuunnitelmia.Luku 10 ja luku 19: Huomioitu Tahdonilmaisupalvelun erottaminen Tiedonhallintapalvelusta omaksi palvelukseksi.Useassa luvussa muutettu viittaus uuteen potilasasiakirja-asetukseen, sekä lisätty tarvittaessa uusi termi luovutuslupa.Lähteet: Tarkistettu ja päivitetty ajantasaiseksi.

4.0 2021	<ul style="list-style-type: none"> • Luku 3: Päivitetty lainsäädäntöä koskevat muutokset. VRK muutettu Digi- ja väestötietovirastoksi (DVV). • Luku 5: Lisätty uudet näkymät kuvaan 5.1 ja tarkennettu palvelu- ja ammattikohtaisten sekä erityissuojattujen näkymien käyttöä. • Luku 6: Tarkennettu Lääkehoito-otsikon käyttöä. • Luku 9: Taulukkoon 9.1 lisätty lisätietoa sarake ja tulevia luokituksia. • Luku 10: Riskitietojen näyttäminen OmaKannassa muuttunut. Taulukko 10.2, Ryhmää R laajennettu hoitolinjauksilla ja hoitopoikkeamilla. Luku 10.2.3 Lisätty luokka S4. Luku 10.2.8 Luokan R2 termejä tarkennettu (saattohoito ja palliatiivinen hoito ovat hoitolinjauksia) lisätty luokka R3. Luku 10.2.9, OmaKannassa näyttäminen muuttunut. • Luku 12. Kuva-aineistojen arkiston tilanne päivitetty. Lisätty luku 12.3.5 (myöhempien lukujen numerointi muuttunut 12.3.5 -> 12.3.6 ja 12.3.6-> 12.3.7) • Luku 13.1 Lisätty koodirajoitus komplikaatioiden kirjaamiseen. • Luku 14. Luku kirjoitettu uudelleen vastaamaan nykysuunnitelmien mukaista tilannetta. • Luku 15.2 Lisätty rokotussuosituksista poikkeamisen kirjaamisen ohje. • Luku 16: Tarkennettu todistusten ja lomakkeiden käyttöönottoa Potilastiedon arkistossa. • Luvut 20-22: poistettu. Lukujen 20-21 ohjeet kuvataan jatkossa Potilastiedon arkiston toimintamalleissa. Luku 22 ohjeistetaan Potilastiedon arkiston toiminnallisissa ja teknisissä määrittelyissä. • Liite 1: poistettu erilliset käsittekuvaukset ja lisätty linkki Sote-sanastoihin.
3.0 2018	<ul style="list-style-type: none"> • Oppaan kolmas versio
2.0 2015	<ul style="list-style-type: none"> • Oppaan toinen versio
1.0 2013	<ul style="list-style-type: none"> • Oppaan ensimmäinen versio.

Lukijalle (tämä versio)

Tämän kirjaamisoppaan vuoden 2024 versiossa on huomioitu etenkin muutokset lakiin sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (asiakastietolaki, 703/ 2023). Asiakastietolaki ohjaa siirtymäsäännöksiin myös esimerkiksi sosiaalipalveluiden yhteydessä annettavien terveystietojen potilasasiakirjojen arkistointia sekä muita potilasasiakirjoja, joita ei vielä arkistoida Kanta-palveluihin. Asiakastietolakiin pohjautuva kattava [opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä](#) julkaistiin toukokuussa 2024.

Tätä kirjoitettaessa valmisteilla on myös asiakastietolakiin perustuva asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä. Asetus koskee sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käyttöoikeutta asiakastietoon, sosiaali- ja terveydenhuollon välisen luovutusluvan kohdentamista sekä potilastietojen erityissuojausta.

Lakisääteisiä muutoksia on kuvattu pääosin luvussa 3 Lainsäädännön asettamat puitteet, mutta muutoksia on tarvittaessa huomioitu muissakin luvuissa ja lähdeviittauksissa.

Tietosisältöihin on tullut muutamia uudistuksia tai päivityksiä. Keskeisimmät liittyvät lääkehoitoon, hoidon tarpeen arviointiin, ajanvaraukseen ja erillisasiakirjan kirjauksiin. Päivitystä on tehty myös mm. riski- ja toimintakykytietojen merkintöjen ohjeisiin. Lisäksi otsikoiden nimiä ja käyttökuvausta on päivitetty. Muutokset on kuvattu tarkemmin osiossa [Versionhallinta](#).

Kirjaamisoppaan päivitys on tuotettu THL:n sisäisenä työnä. Kiitämme kaikkia päivitystyöhön osallistuneita.

Kesäkuussa 2024

Toimittajat

Tiivistelmä

Kauvo, Taina, Virkkunen, Heikki ja Ålander, Anne (toim.) Potilastiedon kirjaamisen yleisopas. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki, 2024. (sähköinen julkaisu).

Potilasasiakirjoihin kirjataan kaikki terveysongelmien tai sairauksien ennaltaehkäisyn ja terveyden seurannan, diagnostiikan sekä hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kannalta tarpeellinen tieto potilaasta. Tässä yleisoppaassa kuvataan keskeisiä potilastiedon rakenteita ensisijaisesti kirjaajan näkökulmasta. Potilastiedon rakenteilla tarkoitetaan tässä oppaassa tietoa, joka kirjataan ja tallennetaan valtakunnallisesti yhtenäisten tietorakenteiden avulla. Rakenteista tietoa voidaan useimmiten tarkentaa vapaamuotoisella tekstillä.

Kirjaamisen yhtenäisyys perustuu terveydenhuollon valtakunnallisten digitaalisten palveluiden järjestämisen vaatimukseen. Potilastietovarantoon tallennettu tietosisältö on monialaisesti ja -ammattillisesti käytettävissä terveyden ja sairauden hoitoon palvelunantaja- ja järjestelmäriippumattomasti potilaan luovutusluvan ja kieltojen määrittelemissä rajoissa. Potilasasiakirjojen tietosisältöä voidaan hyödyntää potilastiedon dokumentoinnin lisäksi esimerkiksi hoidon saavutettavuuden ja laadun seurantaan, toiminnan vaikuttavuuden arviointiin ja vertailuun sekä valtakunnalliseen tilastointiin ja tutkimukseen. Oppaassa esitellään lainsäädännön puitteet potilastiedon moniammatilliseen kirjaamiseen, tallentamiseen ja käsittelyyn.

Rakenteisen kirjaamisen periaatteiden mukaisesti hoitotiedot ovat keskeisiltä osiltaan yhteneviä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä. Samoin keskeiset tietorakenteet ovat yhtenevät sekä julkisella että yksityisellä palvelunantajalla. Terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa potilastietoa eri näkyville jäsentäen asiakokonaisuuksia hoidon eri vaiheilla ja otsikoilla. Otsikon alle kirjattavaa tietoa voidaan rakenteistaa edelleen käyttämällä kirjaamiseen määriteltyjä koodistoja ja luokituksia. Potilastietojärjestelmä voi tuottaa joitakin tietoja automaattisesti, kuten tiedon hoitoprosessin vaiheesta, jolloin järjestelmä avustaa kirjaamista eikä kirjaajan tarvitse merkitä kaikkea tietoa itse. Tiedonhallintapalvelu voi muodostaa eri palvelunantajien kirjaamista keskeisistä potilastiedoista koosteita, jotka näytetään käyttäjälle hänen omassa potilastietojärjestelmässään. Kansalainen tai hänen puolestaan asioiva voi katsoa hoitotietoja OmaKannassa.

Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaassa kuvataan tarkemman asiakohtaisen kirjaamisen tasolla seuraavia kokonaisuuksia: potilaan perustiedot, hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetiedot, tulosyy, käyntisyys ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, ennaltaehkäisy ja rokotukset, lausunnot ja todistukset, yhteenvetotiedot sekä terveys- ja hoitosuunnitelma. Lisäksi opas ohjeistaa potilaan tahdonilmausten kirjaamista.

Opas sisältää potilastietojen kirjaamiseen ja tietojen koostamiseen liittyviä esimerkkejä. Liitteissä on lisäksi linkitys [Sote-sanastoihin](#) sekä esimerkki hoidon yhteenvedosta.

Avainsanat: Terveydenhuolto, potilaskertomus, potilasasiakirja, potilastieto, Kanta-palvelut, tietorakenne, luokitus, koodisto, näkymä, otsikko, hoitoprosessin vaihe, yhtenäisyys.

1 Oppaan tausta ja tavoite

- [1.1 Oppaan tavoite](#)
- [1.2 Oppaan suhde muihin oppaisiin ja rajaukset](#)
- [1.3 Oppaan käyttö ja rakenne](#)

1.1 Oppaan tavoite

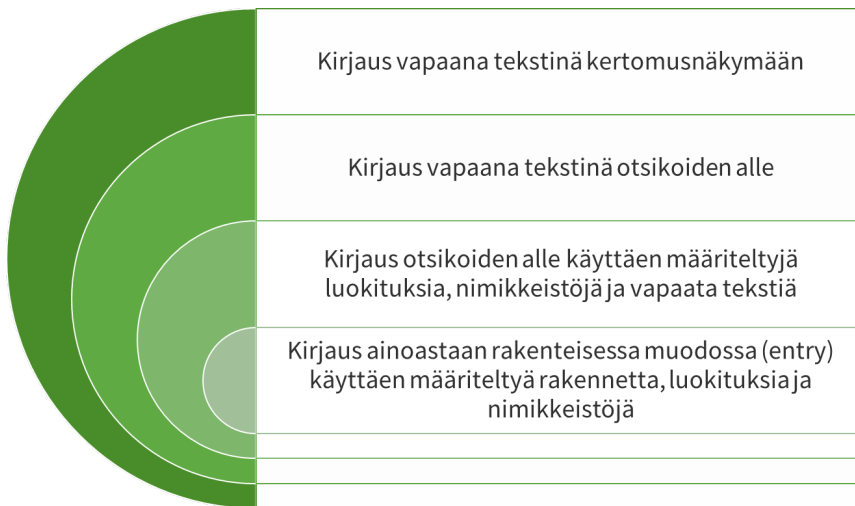
Tämän oppaan ensisijainen tarkoitus on tukea ja ohjeistaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä potilastietojen kirjaamisessa ja edistää potilasasiakirjoihin tehtävien hoidollisten merkintöjen yhdenmukaisuutta. Potilastiedon kirjaamista tarkennetaan erikoisala- tai palvelu- ja ammattiryhmäkohtaisilla ohjeilla tässä oppaassa julkaistavien yleisluontoisten ohjeiden tueksi. Rakenteisten tietosisältöjen yhtenäistämistä ja hyödyntämistä kehitetään yhteistyössä ja moniammatillisesti eri toimijoiden kesken.

Tässä kirjaamisoppaassa tarkennetaan, miten kirjaajan tulee soveltaa lakisääteisiä ohjeita ja käyttää valtakunnallisesti sovittuja tietosisältöjä kirjatessaan potilastietoja.

Jokaisen potilaan hoidossa kirjataan tarpeelliset ja riittävät tiedot terveyden- ja sairaanhoidosta sekä muita potilaan hoidon kannalta välttämättömiä tietoja. Potilastiedon kirjaamisessa hyödynnetään valtakunnallisesti yhtenäisiksi sovittuja tietorakenteita. Tässä oppaassa niillä tarkoitetaan näkymiä ja otsikoita sekä muita koodistoja, luokituksia ja termistöjä.

Potilasasiakirjojen yhtenäisten tietorakenteiden käyttö helpottaa kirjaamista ja tehostaa tiedon löytämistä. Kertaalleen kirjattua tietoa voidaan myös hyödyntää uudestaan eri toimijoiden tarpeisiin. Potilastiedon rakenteisuus vähentää tarvetta kopioida manuaalisesti tietoa järjestelmästä, asiakirjasta tai näytöstä toiseen, kun esimerkiksi pelkkä tiedon linkitys riittää. Potilastietojärjestelmä voi tarjota käyttäjälle oletusarvona tiettyä tietorakennetta, kuten hoitoprosessin vaihetta tai otsikkoa. Rakenteista tietoa voidaan hyödyntää myös erilaisissa päätöksentuen prosesseissa tai sovelluksissa. Lisäksi rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa kertakirjauksen periaatteiden hyödyntämisen tulevaisuudessa valtakunnallisen tilasto- ja rekisteritiedon tuottamisessa.

Potilasasiakirjoihin määritellyt yhtenäiset tietorakenteet ovat edellytyksenä valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen (Kanta-palvelut) käyttöön ja hyödyntämiseen. Tiedon rakenteisuudessa voidaan erotella eri asteita (kuva 1.1). Potilastietoja voi kirjata kulloinkin riittäväksi arvioidulla rakenteisuudella.



Kuva 1.1 Rakenteisuuden asteita

1.2 Oppaan suhde muihin oppaisiin ja rajaukset

Rakenteista kirjaamista ja siihen liittyviä vaatimuksia opastetaan tämän oppaan lisäksi muissakin ohjeissa ja julkaisuissa. Monilla viranomaisilla on omia oppaitaan, jotka osaltaan mm. tarkentavat potilastiedon käsittelyä tietyistä, erityisestä näkökulmasta (esimerkiksi haittavaikutuksista tai vaaratapahtumista ilmoittaminen). Viranomaistoiminnan ohjeilla tarkennetaan myös terveydenhuollon alaan liittyvää valvontaa ja ilmoitusvelvollisuutta.

Uudessa [sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelyoppaassa](#) (2024, asiakastieto-opas) annetaan asiakastietolakiin ja muihin säädöksiin perustuvaa yleistä ohjeistusta, joka koskee myös potilastiedon tuottamista sekä potilasasiakirjojen käsittelyä ja säilyttämistä. Asiakastietooppaassa huomioidaan myös monialaisen yhteistyön kirjaaminen asiakastietolain mukaisesti ja sitä täsmentää [Monialaisen yhteistyön kirjaamisopas](#). Tätä kirjoitettaessa valmisteilla on lisäohjeistusta sosiaalihuollon palvelujen yhteydessä annettavien terveystietojen arkistoinnista ja potilastiedon kirjaamisesta.

Näiden lisäksi käytännön toimintamallit ohjaavat tarkemmin [potilastietojen](#) ja [lääkemääräysten käsittelyä](#) sekä [alikäisen päätöskyvyn arviointia ja tietojen luovutuksia huoltajille](#). Potilastietojen käsittelyä ohjataan myös [Käyttöoikeusasetuksen soveltamisohjeessa](#).

Muita kirjaamiseen liittyviä oppaita ovat eri rakenteiden tai luokitusten käyttöön liittyvät ohjekirjat. Tällaisia ovat esimerkiksi ICD- ja ICPC-luokitusten sekä THL-Toimenpideluokituksen käyttöoppaat ja Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja (2012). Näiden lisäksi on laadittu erikois- tai palvelualakohtaisia ja ammattiryhmäkohtaisia kirjaamisohjeita koodistojen, luokitusten tai nimikkeistöjen käyttöön. Myös monet ammatilliset yhdistykset tai liitot ovat laatineet suosituksia kirjaamisen tueksi. Lisätietoa: [Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla/ Kirjaaminen](#) ja tarkemmin [Terveydenhuollon kirjaamisohjeet](#)

Tässä oppaassa ei kuvata tarkemmin tietojärjestelmien toiminnallisia tai vaatimusmäärittelyjä, jotka koskevat Potilastietovarantoon tallennettavia tietoja tai käyttöä. Oppaassa ei myöskään arvioida sellaista rakenteisen tiedon käytettävyyttä, jota ei ole määritelty valtakunnallisella tasolla. Käytettävyys on pitkälti riippuvainen potilastietojärjestelmätoteutuksesta.

Tässä oppaassa ei ohjeisteta rakenteisesti kirjatun potilastiedon toissijaista käyttöä tilasto- ja rekisteritarkoituksiin. Niihin löytyy ohjeita [THL Tiedonkeruun ohjeista](#). Kanta-palveluihin tallennettujen tietojen toissijaisesta käytöstä löytyy ohjeita täältä: [Kanta-tiedon toissijainen käyttö \(kanta.fi\)](#)

1.3 Oppaan käyttö ja rakenne

Potilastiedon kirjaamisen yleisopas versio 2024 täydentää tämän oppaan aiempia julkaisuja sekä muuta potilastiedon kirjaamisen ja käytön ohjeistusta. Lisätietoa julkaisuista: [Terveydenhuollon kirjaamisohjeet](#)

Potilasasiakirjoihin sisältyy potilaskertomustiedon lisäksi useiden muiden järjestelmien, kuten kuvantamisen, päivystyksen, ensihoidon ja tehohoidon tietojärjestelmien sekä digitaalisten mittalaitteiden tuottamaa tietoa. Myös näihin (erillis)järjestelmiin kirjattavien tietojen merkinnöistä, tallentamisesta Potilastietovarantoon ja käytöstä julkaistaan tarkemman tason kansalliset määrittelyt ja kirjaamisohjeet.

[Sosiaali- ja terveydenhuollon asiastietojen käsittelyn oppaassa](#) on lisäksi kuvattu säädöksiin perustuvaa yleistä ohjeistusta, joka koskee potilastiedon tuottamista sekä potilasasiakirjojen käsittelyä ja säilyttämistä. Rakenteiseen kirjaamiseen liittyviä kirjaamiskäytäntöjä tulee tarkentaa myös organisaatiokohtaisesti ja tietojärjestelmien käyttöoppaiden avulla.

Tämä opas on tarkoitettu etenkin terveydenhuollon ammattihenkilöille tai alan opiskelijoille, jotka päivittäisessä työssään käyttävät ja kirjaavat potilastietoa ja tallentavat sitä Potilastietovarantoon. Opasta voivat hyödyntää myös potilastiedon kirjaamista kouluttavat (esim. oppilaitokset) sekä tietojärjestelmien pääkäyttäjät tai tietohallinnon edustajat, jotka vastaavat Potilastietovarannon käyttöönotosta, kouluttamisesta ja tiedon hyödynnettävyydestä potilaiden hoidossa. Lisäksi opas toimii apuna järjestelmätoimittajille, jotka suunnittelevat rakenteisen kirjaamisen toteutuksen omissa tietojärjestelmissään. Opasta voivat hyödyntää myös sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden johtamistehtävissä toimivat, tutkijat tai muut potilastietoa työssään tarvitsevat tahot.

Tähän yleisoppaaseen on koottu potilasasiakirjojen valtakunnallinen, yhtenäiseksi sovittu rakenne; näkymät, hoitoprosessin vaiheet, otsikot sekä tietosisällöt keskeisimmille potilasasiakirjojen tiedoille ja niiden kirjaamiselle. Oppaan ensimmäiset luvut (1-4) kuvaavat rakenteisen tiedon käytöstä saatavia hyötyjä, potilastiedon kirjaamista ja käsittelyä ohjaavaa lainsäädäntöä sekä potilasasiakirjojen rakenteiden käytön ja hyödyntämisen yhteisiä periaatteita. Luvuissa 5 ja 6 esitellään tarkemmin näkymät, hoitoprosessin vaiheet ja otsikot. Luvuissa 7 ja 8 kuvataan potilaan, hoidon antajan ja palvelutapahtumien perus- ja tunnistetietoja.

Näiden lukujen jälkeen oppaassa käydään läpi potilastiedon kirjaamista aihealueittain luvuissa 9-18 seuraavasti: tulosityy, käyntisyys ja diagnoosi, riskitiedot, terveyteen vaikuttavat tekijät, tutkimukset ja mittaukset, toimenpiteet, lääkehoito, ennaltaehkäisy ja rokotukset, lausunnot ja todistukset, yhteenveto- ja päivittäismerkinnät sekä terveys- ja hoitosuunnitelma. Luvussa 19 kuvataan potilaan tahdonilmaisujen kirjaamista. Opas sisältää lisäksi kaksi liitettä. Liite 1 sisältää linkityksen [Sote-sanastoihin](#), joiden kattavuus laajenee koko ajan uusien päivitysten myötä. Liitteessä 2 on kertomusesimerkki lopputuloksesta.

2 Rakenteistamisen hyödyt

- [2.1 Hyötyä ammattihenkilöille ja organisaatioille](#)
- [2.2 Hyötyä potilaalle](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Potilasasiakirjojen rakenteistamisella on tarkoitus helpottaa potilastiedon käyttöä, hakua ja hoidon seurantaa sekä yhtenäistää kirjaamista. Vapaamuotoisena tekstinä kirjatun tiedon hyödynnettävyys on rajallisempaa kuin rakenteisen tiedon, erityisesti silloin, kun tietoa halutaan hakea nopeasti ja tarkasti, tai kun tietoa yhdistellään esimerkiksi toisella näytöllä tai yhteenvedolla. Rakenteisen kirjaamisen suurin hyöty tulee siitä, että tietoa ei tarvitse kirjata kuin kerran, minkä jälkeen se on uudelleen käytettävissä omassa sekä toisessa organisaatiossa tai tietojärjestelmässä. Tämä edistää myös potilasturvallisuutta. Rakenteinen tieto tukee terveydenhuollon ammattihenkilön päätöksentekoa esimerkiksi hoito-ohjeiden, muistutteiden sekä virhe- ja vaarailmoitusten muodossa. Lisäksi tietojen kirjaaminen yhtenevällä tavalla parantaa potilastiedon laatua. Kanta-palveluihin kuuluvan OmaKanta-palvelun avulla potilas voi katsella omia tietojaan. Lisäksi potilas voi vastaisuudessa aktiivisemmin osallistua hoitoonsa tuottamalla itse tietoa, jota on mahdollista hyödyntää hoidossa. Potilaan itsensä tuottamat hyvinvointitiedot tallennetaan Omatietovarantoon.

2.1 Hyötyä ammattihenkilöille ja organisaatioille

Terveydenhuollon ammattihenkilön omassa organisaatiossa tai potilastietojärjestelmässä rakenteisen kirjaamisen odotetaan parantavan potilastiedon laatua, kun tiedon kirjaaminen on aiempaa yhdenmukaisempaa. Yhteisesti sovittujen tietorakenteiden käyttö helpottaa tiedon löytymistä ja jatkohyödyntämistä. Valtakunnallisten tietojärjestelmäpalveluiden avulla ajantasaista potilastietoa voidaan hyödyntää eri toimipaikoissa tai terveydenhuollon organisaatioissa ja eri potilastietojärjestelmissä riippumatta siitä, kuka tiedon on tuottanut.

Tietojen hyödynnettävyyttä ja yhteiskäyttöisyyttä ovat aikaisemmin vaikeuttaneet esimerkiksi useat potilastietojärjestelmät ja saman potilastietojärjestelmän eri versiot, kun niiden toteuttamisessa ja kehittämisessä on käytetty monenlaisia tietomalleja ja -rakenteita. Kun tiedon rakenteisuuden aste on ollut vähäisempää tai kun potilastietoa on kirjattu pääasiallisesti vapaana tekstinä, tiedon yhteis- ja jatkokäyttömahdollisuudet ovat olleet vähäisempiä.

Rakenteisesti kirjattua tietoa voidaan hyödyntää etenkin päivittäisessä potilastyössä, mutta myös laajemmin, tehtiinpä sitten sähköisiä lääkemääräyksiä, lähetteitä, hoitopalautteita, hoitoilmoituksia tai lakisääteisiä rekisteri-ilmoituksia. Rakenteisen tiedon käyttö mahdollistaa myös esimerkiksi hoito-ohjeita tarjoavan ja mahdollisista virhe- tai vaaratilanteista varoittavan päätöksenteontuen liittämisen potilaskertomukseen.

Lisäksi rakenteista potilastietoa voidaan hyödyntää organisaatioissa toisiin käyttötarkoituksiin kuin välittömään potilaan sairauden tai terveyden hoitoon. Organisaatiotasolla rakenteinen kirjaaminen mahdollistaa palvelujen toteutumisen arvioinnin sekä toiminnan ohjauksen ja seurannan aikaisempaa paremmin, kun raportointia voidaan automatisoida. Samoin lakiperustaiset, valtakunnan tason valvonta- ja seurantatehtävät helpottuvat. Tietoa voidaan käyttää toissijaisesti myös kliniseen tutkimukseen, laadun arviointiin ja kustannusten seurantaan.

2.2 Hyötyä potilaalle

Potilastiedon rakenteisuus parantaa potilaan hoidon laatua, kun potilaan tiedot ovat aiempaa yhtenäisempiä ja vertailukelpoisempia sekä paremmin haettavissa ja löydettävissä. Hoidon laatua edistää, jos kirjaaminen samalla ohjaa noudattamaan hoitoprosessia tai -suosituksia. Ajantasaisen tiedon nopea saatavuus hoitavasta organisaatiosta riippumattomasti lisää potilasturvallisuutta. Potilastietojen saattaminen digitaaliseen muotoon parantaa myös potilaan oikeusturvaa, sillä tietojen käyttöä voidaan seurata tarkemmin kuin paperikertomuksessa. Lisäksi tiedon kirjaajien ja käyttäjien yhteinen käsitteistö vähentää tulkintaepäselvyyksiä.

Potilas voi katsella omia potilastietojaan sekä reseptejään OmaKanta-palvelun kautta ja samalla potilas voi varmistaa kertyvän tiedon oikeellisuutta. Rakenteisesti kirjatusta tiedosta voidaan tuottaa myös potilaalle itselleen tiivistetympää tietoa koosteiden muodossa. Lisätietoa: [OmaKanta \(kanta.fi\)](https://kanta.fi)

Henkilö voi itse tuottaa terveystietojaan esimerkiksi ennen hoitokäyntiä Omatietovarantoon. Tulevaisuudessa terveydenhuollon ammattilainen voi potilaan suostumuksella käyttää tietoja hoitosuhteen tukena. Potilaan osallistuminen digitaalisen asiointin avulla tietojen tuottamiseen voi voimaannuttaa potilasta ja sitouttaa häntä paremmin hoitoonsa. Lisäksi osallistuminen voi parantaa hoitoprosessin joustavuutta potilaan näkökulmasta ja välillisesti lisätä terveydenhuollon tuottavuutta. Lisätietoa: [Omatietovaranto \(kanta.fi\)](https://omatietovaranto.kanta.fi)

3 Lainsäädännön asettamat puitteet

- [3.1 Potilasasiakirjamerkinnot](#)
- [3.2 Yleistä potilastietojen käsittelystä](#)
- [3.3 Kanta-palvelut ja niiden käyttöönotto](#)
 - [3.3.1 Keskeiset valtakunnalliset toimijat ja vastuut](#)
 - [3.3.2 Kanta-palvelut](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Suomessa on lainsäädännöllä määritelty, miten potilastiedon merkintöjä tehdään, kuinka potilasasiakirjoja käsitellään ja säilytetään ja kenellä on oikeus lukea niitä. Lainsäädäntö ohjaa myös potilasrekisterien hallintaa. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (703/2023, asiakastietolaki) yhtenäistää sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallintaan liittyvää sääntelyä ja Kanta-palvelujen käyttöönottoa. Laki sisältää myös mm. tietosuojaa, asiakastiedon käsittelyä, valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluita ja tiedonhallinnan ohjausta koskevat säännökset. Lisäksi laki luo perustan sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan sääntelyn jatkokehittämiselle.

3.1 Potilasasiakirjamerkinnot

[Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain \(559/1994, 16 §\)](#) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin liittyvät tiedot sen mukaan, mitä [laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä \(703/2023, asiakastietolaki\)](#) säädetään. 1.1.2024 voimaan tullessa asiakastietolaissa on säädetty potilasasiakirjoihin kirjattavista perustiedoista ja hoitoa koskevista merkinnöistä. Tämän lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä säädetään valmisteilla olevassa [asetuksessa](#) (= linkki lausuntoluonnokseen). Asetus koskee sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten käyttöoikeutta asiakastietoon, sosiaali- ja terveydenhuollon välisen luovutusluvan kohdentamista sekä erityissuojattavien potilastietojen kirjaamista ja käsittelyä.

Asiakastietolaki asettaa vaatimuksia potilasasiakirjojen sisällölle. Terveydenhuollon ammattihenkilön ja palvelun antamiseen osallistuvan avustavan henkilön tulee kirjata potilasasiakirjoihin asiakkaan palvelun ja potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen, seurannan ja valvonnan turvaamiseksi tarpeelliset ja riittävät tiedot (17 §) Käytettävän kielen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää ja asiakirjoissa saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä (19 §).

Potilasasiakirjamerkinnot tulee tehdä potilaan perustietojen (27 §) lisäksi jokaisesta palvelutapahtumasta (28 §) ja keskeisistä hoitotiedoista (29 §). Potilasasiakirjamerkinnoista tulee ilmetä tarpeellisessa laajuudessa muun muassa tiedot potilaan terveydentilasta, taudinmäärittämisestä sekä sairauden ja hoidon kulusta. Merkinnöistä tulee ilmetä myös miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoratkaisuja sen kuluessa on tehty.

Sosiaali- ja terveysministeriö ja THL ovat julkaisseet [asiakastietolakiin perustuvan soveltamisoppaan](#) (2024), jossa kuvataan tarkemmin potilasasiakirjojen laatimista ja muuta potilastietojen käsittelyä sekä rekisterinpitoa.

3.2 Yleistä potilastietojen käsittelystä

Henkilötietojen käsittely

Henkilötietoja ovat kaikki sellaiset tiedot, jotka liittyvät tunnistettuun tai tunnistettavissa olevaan henkilöön. Potilastiedot ovat henkilötietoja, ja niiden käsittely perustuu nykyisin [EU:n yleiseen tietosuoja-asetukseen \(2016/679\)](#) ja [tietosuojalakiin \(1050/2018\)](#) sekä muuhun kansalliseen lainsäädäntöön. Yleisessä tietosuoja-asetuksessa säädetään yleisistä henkilötietojen käsittelyä ohjaavista periaatteista sekä keskeisistä rekisterinpitäjän velvoitteista ja rekisteröidyn oikeuksista. Tietosuojalaki täydentää yleistä tietosuoja-asetusta.

Terveydenhuollossa henkilötietojen käsittelyä ohjaa myös erityislainsäädäntö. Potilastietojen käsittelyyn, hallintointiin ja rekisterinpitoon sovelletaan asiakastietolain lisäksi [lakia viranomaisen toiminnan julkisuudesta \(621/1999\)](#). Henkilötietojen käsittely tarkoittaa muun muassa henkilötietojen keräämistä, säilyttämistä, käyttöä ja luovuttamista. Kaikki henkilötietoihin kohdistuvat toimenpiteet henkilötietojen käsittelyn suunnittelusta niiden poistamiseen ovat henkilötietojen käsittelyä. Henkilötietojen käsittelyssä on noudatettava tietosuoja-asetuksen mukaisia [tietosuojaperiaatteita](#).

Henkilötietojen käsittely edellyttää aina laista löytyvää käsittelyperustetta. Erityisten henkilötietoryhmien, kuten terveyttä koskevien tietojen käsittely on lähtökohtaisesti kiellettyä. Käsittely on kuitenkin mahdollista silloin, kun käsittelykieltoon on säädetty poikkeus tietosuoja-asetuksessa tai kansallisessa lainsäädännössä. Tietosuoja-asetus edellyttää, että rekisterinpitäjä pystyy osoittamaan, että henkilötietojen käsittelyssä noudatetaan tietosuojasääntelyä. Ns. osoitusvelvollisuus tarkoittaa käytännön tasolla esimerkiksi riittävää tietosuojadokumentaatiota, riskien arviointia ja henkilökunnan kouluttamista. Tarkempaa ohjausta ja ohjeistusta henkilötietojen käsittelystä ja tietosuojasta on löydettävissä [tietosuojavaltuutetun toimiston](#) sivuilta.

Rekisterien hallinta

Potilasasiakirjat muodostavat loogisen henkilörekisterin. Samaan henkilörekisteriin kuuluvat kaikki ne potilasta koskevat tiedot, jotka ovat rekisterinpitäjän hallussa ja joita käytetään samaan käyttötarkoitukseen riippumatta tietojen tallentamistavasta, -ajankohdasta tai -paikasta.

Rekisterinpitäjä määrittää käsittelyn tarkoituksen ja keinot. Asiakastietolain 13 §:n mukaan julkisessa terveydenhuollossa palvelujen järjestämisestä vastaava palvelunantaja on asiakastietojen rekisterinpitäjä, jos ei muualla laissa toisin säädetä. Yksityisessä terveydenhuollossa asiakastietojen rekisterinpitäjä on puolestaan se palvelunantaja, jonka kanssa asiakas on tehnyt sopimuksen palvelun toteuttamisesta. Työterveyshuollon rekisterinpitäjä on se palvelunantaja, jonka kanssa työnantaja on tehnyt sopimuksen työterveyshuoltopalveluiden toteuttamisesta taikka se [työterveyshuoltolain 7 §:n](#) mukainen työnantaja, joka järjestää itse työterveyshuollon.

Rekisteröity on henkilö, jota henkilötieto koskee. Terveydenhuollossa potilaat ovat rekisteröityjä.

Asiakastietojen käsittely edellyttää aina tietoteknisestä varmistettua asiakas- tai hoitosuhdetta tai muuta asiakkaan sosiaali- ja terveystalouden järjestämiseen ja toteuttamiseen liittyvää tehtävää (asiakastietolaki 9 §).

Tietojen luovutukset

Asiakastietolaki sisältää säännökset sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelyn yleisistä vaatimuksista koskien asiakkaan informointia Kanta-palveluista sekä asiakas- ja potilastietojen käsittelyä koskevista suostumuksista, luovutusluvista ja -kielloista. Lain tarkoituksena on turvata tietojen käytettävyys, eheys ja säilyminen sekä asiakkaan yksityisyyden suoja. Asiakastietojen käsittelyn yleisten vaatimusten avulla luodaan perusta asianmukaiselle tietojenkäsittelylle, jossa edellytetään yhtenäisen tietoturvatason toteutumista kaikissa asiakkaan tietojen käsittelyn vaiheissa.

Asiakastietolain myötä asiakkaan tiedot liikkuvat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon sisällä organisaatiosta toiseen, jos asiakas on antanut luvan tietojen luovutukseen. Hän voi rajata luovutusten laajuutta kieltojen avulla. (asiakastietolaki 54 §). Myös sosiaali- ja terveydenhuollon välinen tietojen luovutus perustuu asiakkaan antamaan luovutuslupa (asiakastietolaki 53 §). Lisäksi asiakastietolaki laajentaa Kanta-palveluja siten, että asiakas voi itse tallentaa omia hyvinvointitietojaan tai erilaisten hyvinvointisovellusten tuottamia tietoja mm. Omatietovarantoon. Hyvinvointitiedot ovat ammattihenkilön käytettävissä ja hyödynnettävissä asiakkaan suostumuksella tietoturvallisesti (asiakastietolaki 73 §)

Aiemmin terveydenhuoltolain 9 §:ssä säädettiin sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä, jota voitiin hyödyntää myös Kanta-palveluissa ilman erillistä suostumusta. Säännös kumoutui sote-uudistuksen yhteydessä. Laki sosiaali- ja terveydenhuolto ja pelastustoimea koskevan uudistuksen toimeenpanosta ja sitä koskevan lainsäädännön voimaanpanosta annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta ([654/2022](#)) mahdollistaa kuitenkin potilastietojen väliaikaisen tiedonsaantioikeuden Uudenmaan maakunnan sisällä. Väliaikainen tiedonsaantioikeus vastaa periaatteiltaan aiempaa sairaanhoitopiirin alueen yhteisrekisteriä. Lain 64 a §:n mukaan terveystietopalveluja järjestävällä ja toteuttavalla viranomaisella ja sen lukuun toimivalla on oikeus salassapitosäännösten estämättä saada ja käyttää toisen Uudenmaan maakunnan hyvinvointialueen, Helsingin kaupungin ja HUS-yhtymän terveystietopalvelujen järjestämisestä vastaavan toimivaltaisen viranomaisen potilastietoja potilaan hoidon edellyttämässä laajuudessa potilaan mahdolliset luovutuskiekkot huomioiden. Laki on voimassa 31.12.2025 saakka.

Tietojen toissijainen käyttö

Vuonna 2019 tulivat voimaan [laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä \(552/2019\)](#) ja [laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta \(906/ 2019\)](#).

Laki sosiaali- ja terveystietojen toissijaisesta käytöstä pyrkii mahdollistamaan mm. sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa sekä tutkimus- ja tilastotarkoituksessa tallennettujen henkilötietojen tehokkaan ja tietoturvallisesti käsittelyn sekä tietojen yhdistämisen Kansaneläkelaitoksen (Kela), Digi- ja väestötietoviraston (DVV), Tilastokeskuksen ja Eläketurvakeskuksen henkilötietoihin. Laki pyrkii myös turvaamaan yksilön luottamuksensuojan, sekä oikeudet ja vapaudet henkilötietoja käsiteltäessä. Laki julkisen hallinnon tiedonhallinnasta puolestaan yhtenäisesti sääntelyä julkisuuslaista, arkistolaista ja tietohallintolaista.

Sote-uudistuksen vaikutukset

Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen uudistuksessa vastuu sote-palvelujen ja pelastustoimen järjestämisestä siirtyi kunnilta hyvinvointialueille. Hyvinvointialueet ovat itsehallinnollisia alueita, jotka vastaavat sekä sosiaali- ja terveystietopalvelujen että pelastustoimen järjestämisestä. Kuntien vastuulla säilyi asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Julkinen sektori säilyi palvelujen järjestäjänä ja pääasiallisena tuottajana. Yksityiset toimijat ja kolmas sektori täydentävät julkisia sosiaali- ja terveystietopalveluja.

Sote-uudistuksen yhteydessä säädettiin uuden hallintotason, hyvinvointialueiden, perustamisen ja toiminnan kannalta keskeiset lait, joita ovat [laki hyvinvointialueesta \(611/2021\)](#), [laki sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä \(612/2021\)](#), [laki pelastustoimen järjestämisestä \(613/2021\)](#), [laki sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämisestä Uudellamaalla \(615/2021\)](#) sekä [niiden yhteinen voimaanpanolaki \(616/2021\)](#) ja [laki hyvinvointialueiden rahoituksesta \(617/2021\)](#). Myös verolainsäädäntöä, hyvinvointialueiden henkilöstöä koskevaa lainsäädäntöä sekä eräitä yleishallintoa koskevia lakeja muutettiin tukemaan sosiaali- ja terveystietopalveluiden uutta rakennetta. Myös monia sisältölakeja tarkennettiin sote-uudistuksen edetessä. Edellä mainittujen lakien voimaantulo porrastettiin siten, että osa tuli voimaan heinäkuun alusta 2021 ja osa 1.3.2022, kun uudet aluevaltuustot aloittivat toimintansa. Viimeiset lait tulivat voimaan 1.1.2023.

3.3 Kanta-palvelut ja niiden käyttöönotto

3.3.1 Keskeiset valtakunnalliset toimijat ja vastuut

Valtakunnallisten toimijoiden keskeiset vastualueet ovat seuraavat:

- **Sosiaali- ja terveysministeriö (STM)** vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon tiedonhallinnan strategisesta ohjauksesta, lainsäädännöstä sekä kansainvälisestä ja poikkihallinnollisesta yhteistyöstä (asiakastietolaki 97 §). STM:n on huolehdittava, että sosiaali- ja terveydenhuollon sähköistä tiedonhallintaa ja valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja koskevan yhteistyön koordinoimista varten on järjestetty yhteistyötavat ja -menettelyt. Valtioneuvosto voi asettaa edellä mainittua yhteistyötä varten tarvittavia neuvottelukuntia tai muita yhteistyöelimiä. (asiakastietolaki 98 §)
- **Kansaneläkelaitos (Kela)** järjestää asiakas- potilastietojen säilytystä ja käsittelyä varten valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut (Kanta-palvelut) ja vastaa siitä, että kyseiset tietojärjestelmäpalvelut ja sinne tallennetut tiedot ovat käytettävissä valtakunnallisesti yhtenäisin perustein ja tietoturvallisesti. Kela vastaa myös luovutuslokirekisterien säilytyksestä sekä Koodistopalvelun teknisestä ylläpidosta. (asiakastietolaki 65 § ja 66 §)
- **Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)** vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastiedon sähköisen käsittelyn ja siihen liittyvän tiedonhallinnan sekä asiakastietolain 65 §:ssä tarkoitettujen valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen ja yhteisten hallinnonalakohtaisten tietovarantojen käytön ja toteuttamisen suunnittelusta, ohjauksesta ja seurannasta (asiakastietolaki 97 §).
- **Digi- ja väestötietovirasto (DVV)** toimii terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja terveydenhuollon muun henkilöstön, terveydenhuollon palvelunantajien sekä näiden palvelujen antamiseen osallistuvien organisaatioiden, niiden henkilöstön ja tietoteknisten laitteiden vahvasta sähköisestä tunnistamisesta ja sähköisistä allekirjoituksista annetussa laissa tarkoitettuna varmentajana (asiakastietolaki 65 §).
- **Sosiaali- ja terveystietojen lupa- ja valvontavirasto (Valvira)** ylläpitää rooli- ja attribuuttitietopalvelua sekä palveluihin liittyviä koodistoja (asiakastietolaki 65 §). Se myös ylläpitää rekisteriä tietojärjestelmistä ja hyvinvointisovelluksista, sekä valvoo ja edistää tietojärjestelmien ja hyvinvointisovellusten vaatimustenmukaisuutta (asiakastietolaki 80 § ja 89 §).

3.3.2 Kanta-palvelut

[Kanta-palveluihin](#) sisältyvät asiakastietolain 65 §:n mukaan mm.

- [Potilastietovaranto](#), [Kuva-aineistojen tietovaranto](#), [Vanhojen potilastietojen arkistointi - palvelu](#) sekä [Kysely- ja välityspalvelu](#)
- [Sosiaalihuollon asiakastietovaranto](#)
- [Resepti-palvelu](#) ja [Lääketietokanta](#)
- [OmaKanta](#) ja [Omatietovaranto](#)
- [Tiedonhallintapalvelu](#) ja [Tahdonilmaisupalvelu](#)

Kanta-palvelut perustuvat keskitettyyn potilas- ja asiakastiedon säilytys- ja välityspalveluun sekä laissa säädettyyn liittymisvelvollisuuteen. Asiakastietolaissa (102 §) on siirtymäajat siihen, milloin

viimeistään asiakas- ja potilasasiakirjoja tulee tallentaa Kanta-palveluihin. Etenemisestä on myös saatavilla tarkempi, ajantasainen [Kanta-julkaisusuunnitelma](#).

Asiakastietovaranto on aktiivisesti käytettävä potilas- ja sosiaalihuollon asiakastiedon varasto, joka samalla toimii keskitettynä pitkäaikaisarkistona. Asiakastietovarannosta saatavia asiakirjoja ja tietoja tulee voida katsoa ja hyödyntää samalla tavalla kuin käyttäjä käyttää omassa potilastietojärjestelmässään olevia tietoja. (asiakastietolaki 69 §). **Potilastietovarantoon** sisältyvät myös kuva-aineistot sekä ns. vanhojen potilastietojen aineistot. Vastaavasti **sosiaalihuollon asiakastietovarantoon** voi arkistoida ajantasaisten asiakastietojen lisäksi ennen Kantaan liittymistä syntyneet asiakastiedot ns. vanhoina asiakastietoina.

Kysely- ja välityspalvelun avulla todistuksia, lausuntoja ja muita asiakastietoja sisältäviä asiakirjoja saa välittää sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliselle toimijalle. (asiakastietolaki 76 §).

Resepti-palvelun toteutusta ja käyttöä ohjaa ja tarkentaa oma lainsäädäntö. Resepti-palvelu perustuu [lakiin sähköisestä lääkemääräyksestä \(61/2007\)](#). Paperi- tai puhelinreseptin voi jatkossa tehdä vain poikkeuksellisesta syystä, kuten järjestelmän käyttökatkosta johtuen. Reseptikeskus sisältää kaikki reseptit ja apteekkien niihin tekemät toimitusmerkinnät. Lääketietokanta sisältää lääkkeen määräämisen ja toimittamisen kannalta tarpeelliset, ajantasaiset tiedot lääkkeistä. Ks. lisätietoa lääkitystietojen kehittämistä tämän oppaan [luvusta 14](#).

OmaKannan tai hyvinvointisovelluksen kautta henkilö voi katsoa valtakunnallisiin tietojärjestelmäpalveluihin hänestä tallennettuja tietoja sekä tehdä tahdonilmaisuja (asiakastietolaki 74 §). Myös puolesta asiointi on mahdollista esimerkiksi huoltajuuden tai valtuuden perusteella. OmaKannassa näytettävää tietoa laajennetaan vaiheittain samalla kun valtakunnalliseen asiakastietovarantoon tallennettava tietosisältö laajenee.

Omatietovarantoon tallennetaan hyvinvointitietoja joko hyvinvointisovelluksilla tai OmaKannan kautta. Henkilö voi antaa suostumuksen siihen, että palvelunantajalle voidaan luovuttaa Omatietovarannossa olevia hyvinvointitietoja sosiaali- ja terveystietojen toteuttamiseksi ja tämä mahdollisuus on toteutettava viimeistään 1.1.2026 (asiakastietolaki 73 § ja 102 §).

Tiedonhallintapalvelu koostaa potilasasiakirjoista terveydenhuollon toteuttamisen kannalta keskeiset ajantasaiset potilastiedot ja tuottaa niistä yhteenvetoja palvelunantajille ja apteekkeille potilaan hoidon toteuttamista varten (asiakastietolaki 71 §). Palautetut koostetiedot näytetään ammattihenkilölle hänen oman potilastietojärjestelmän toteutuksen mukaisesti. Keskeisiä potilastietoja, joita yhteenvetoina voidaan luovuttaa, ovat diagnoosit ja käyntisytyt, riskit, laboratoriotulokset, rokotukset, fysiologiset mittaukset, lääkehoitoa koskevat merkinnät, toimenpiteet ja toimenpidekoodistolla kirjatut kuvantamistutkimukset, toimintakykyyn liittyvät tiedot, ajanvaraustiedot sekä [potilaslain 4 a §:n](#) mukainen suunnitelma potilaan tutkimuksesta, hoidosta tai kuntoutuksesta tai muu vastaava suunnitelma, Tiedonhallintapalvelussa ylläpidetään myös terveys- ja hoitosuunnitelmaa.

Tahdonilmaisu palvelussa ylläpidetään mm. informointi-, luovutuslupa-, suostumus- ja kieltoasiakirjoja sekä muita terveyden ja sairaudenhoitoon ja sosiaalipalveluihin liittyviä tahdonilmauksia, kuten elinluovutus- ja hoitotahtoa (asiakastietolaki 72 §).

4 Potilasasiakirjojen rakenteet

- [4.1 Rakenteisen tiedon periaatteet](#)
- [4.2 Potilasasiakirjojen rakenteet](#)
- [4.3 Erikois- ja palveluala- sekä ammattikohtaisten potilastietojen käyttö](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Potilasasiakirjojen rakenne muodostuu eritasoisista tietokokonaisuuksista, joita jäsenetään näkymien, hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla. Koodistojen tai luokitusten avulla kirjattavia, potilaan hoidon kannalta keskeisimpiä tietoja ovat muun muassa diagnoosit, toimenpiteet, lääkitys- ja riskitiedot sekä tärkeimmät potilaan tilaa kuvaavat fysiologiset mittaukset, kuten verenpaine, paino ja pituus. Yhteisiksi määriteltyjä ja hyväksytyjä tietosisältöjä, kuten lomakerakenteita, koodistoja, luokituksia ja termistöjä ylläpidetään kansallisella Koodistopalvelimella ja Termeta-palvelussa, josta ne ovat ladattavissa potilastietojärjestelmiin. Yhdenmukaiset koodistot perustuvat kansallisiin ja kansainvälisiin määrittelyihin ja standardeihin, jotka on valittu käytettäväksi suomalaisissa potilastietojärjestelmissä ja Kanta-palveluissa. Potilasasiakirjoihin tallennetaan kattavasti hoidon suunnittelun, toteutuksen ja seurannan kannalta oleelliset tiedot. Tietoa voidaan kirjata rakenteisessa muodossa käyttäen sitä varten määriteltyjä valtakunnallisia tietorakenteita, koodistoja ja luokituksia. Lisäksi on mahdollista täydentää rakenteista kirjausta vapaamuotoisella tekstillä.

Potilasasiakirjoihin sisältyvät [asiakastietolain \(703/2023\)](#) 26 §:n mukaan ammattihenkilöiden kirjaamat merkinnät palvelutapahtumista (käynnit tai muut vastaavat kontaktit, hoitajaksot), lääkemääräykset ja muut reseptikeskukseen tallennettavat lääkehoitoa koskevat merkinnät, diagnostiikkaan liittyvät tallenteet ja niihin liittyvät lausunnot ja muut potilaan terveystietojen toteuttamiseen liittyvät kuva-, ääni- ja videotallenteet, potilaan terveystietojen järjestämiseen liittyvät asiakirjat sekä terveydenhuoltoon muualta saapuneet asiakirjat. Myös lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat ovat potilasasiakirjoja. (ks. myös asiakastietolain [\(703/2023\)](#) liite) Potilasasiakirjojen käsittelyä kuvataan tarkemmin [sosiaali- ja terveydenhuollon asiakirjojen käsittelyoppaassa](#) sekä [Potilastietovarannon toimintamalleissa](#).

4.1 Rakenteisen tiedon periaatteet

Keskeisiin rakenteisiin terveystietoihin liittyvät luokitukset, termistöt ja koodistot on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella tai Termeta-palvelussa. Lisätietoa: [jakelualustat \(thl.fi\)](#)

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

1. Rakenteiset tiedot ovat keskeisiltä osin yhteneviä perusterveydenhuollon, suun terveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä.
2. Potilasasiakirjojen tietosisällöt ovat yhtenevät sekä julkisilla että yksityisillä palvelun antajilla.
3. Potilastieto on moniammatillista ja palvelee potilaan hoito- ja palveluprosessin asianmukaista toteutusta sekä hoitoon ja palveluiden tuottamiseen osallistuvien eri ammattiryhmien tarpeita.

4. Potilasasiakirjoihin kirjataan potilaan / asiakkaan terveyden seurannan sekä hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kannalta kaikki tarpeellinen tieto. Kaikkiin rakenteisten tietojen tietokenttiin ei tule välttämättä kirjausta potilaan jokaisen hoitokontaktin yhteydessä. Rakenteista tietoa voidaan täydentää vapaamuotoisella tekstillä.
5. Valtakunnallisesti on määritelty yhtenäiset hoidon kannalta keskeiset tietosisällöt ja hoidon lisäksi potilashallintoon tai muuhun hoidon järjestämiseen, kuten ajanvaraukseen, liittyviä tietorakenteita.
6. Potilasasiakirjojen tietosisältöä voidaan hyödyntää myös hoidon saatavuuden ja laadun seurannassa, toiminnan sujuvuuden, vaikuttavuuden ja vertailtavuuden arvioinnissa sekä muissa valtakunnallisissa tilastoinneissa ja tutkimuksissa.
7. Rakenteisten tietojen hyödyntämistä eri toimintatilanteissa ja eri potilastietojärjestelmissä sekä niihin liittyvissä ohjelmistoissa kehitetään valtakunnallisesti muun muassa osana Kanta-palvelujen kehittämistä, ja niiden käyttöönottoa ja toimivuutta arvioidaan käyttöönottojen yhteydessä ja esimerkiksi alueellisissa pilottihankkeissa.

4.2 Potilasasiakirjojen rakenteet

Potilastietoa kirjataan tietojärjestelmään rakenteisesti ja/tai vapaamuotoisesti (narratiivi). Kirjaaja voi useimmiten täydentää rakenteisia tietoja vapaamuotoisella tekstillä. Tietosisältö voi muodostua myös yksinomaan rakenteisiin kenttiin tehdyistä kirjauksista. Rakenne muodostuu eritasoisista hierarkkisista tietokokonaisuuksista, joita jäsennetään näkymien ja lisänäkymien, sekä hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla (kuva 4.1).



Kuva 4.1 Näkymät, hoitoprosessin vaiheet, otsikot ja rakenteiset tiedot noudattavat määriteltyjä rakenteita. Lisäotsikot ja vapaamuotoinen teksti ovat käyttäjän tuottamaa vapaata tekstiä.

Potilasasiakirjamerkintöjä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin käyttäen eri näkymiä. Esimerkiksi lääkärit käyttävät pääsääntöisesti päänäkyminään erikoisalakohtaisia näkymiä, ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt palvelukohtaisia tai ammatillisia näkymiä. Samalle merkinnälle voidaan valita lisänäkymiä, jolloin kirjaus näkyy kaikkien valittujen näkymien tiedoissa. Organisaatiossa voi olla käytössä myös omia organisaatiokohtaisia näkymiä, mutta niille kirjatut tiedot tulee potilastietojärjestelmissä linkittää valtakunnallisiin näkymiin ennen kuin tieto lähetetään Potilastietovarantoon.

Hoitoprosessin vaiheella kerrotaan liittykö käynnin kirjaus tulotilanteeseen, hoidon suunnitteluun, toteutukseen vai arviointiin. Pääsääntöisesti merkintä kirjataan yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta merkinnässä voi tarvittaessa eritellä eri hoitoprosessin vaiheisiin liittyvät tiedot. Järjestelmä voi tuottaa hoitoprosessin vaiheen automaattisesti otsikoiden perusteella. Tekstiä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin otsikoilla ja tarvittaessa vapaamuotoisilla lisäotsikoilla. Tekstiä voi rakenteistaa edelleen käyttämällä valtakunnallisesti määriteltyjä tietorakenteita, luokituksia ja koodistoja.

Rakenteiset sisältökirjaukset tehdään aina käyttäen valtakunnallisesti määriteltyjä rakenteita, jotta tiedot ovat yhtenäisesti kaikkien käytettävissä potilastietojärjestelmästä riippumatta. Rakenteisissa tiedoissa voi olla runsaasti yksityiskohtaista tietoa, josta tietojärjestelmä tuottaa automaattisesti osan ja käyttäjä kirjaa vain sen hoidollisesti merkityksellisen tiedon, mitä tietojärjestelmä ei pysty päättelemään. Rakenteiset terveystiedot kirjataan pääsääntöisesti otsikoiden alle vapaan tekstin oheen. Osa kirjataan omille kirjausalustoille, esimerkiksi lääkitys ja riskitiedot.

Rakenteiset tiedot eivät ole sidoksissa otsikoihin ja teknisesti niitä voi kirjata minkä tahansa otsikon alle. Sisällöllisesti ne kuitenkin kuuluvat usein tiettyyn tai tiettyihin otsikoihin. Rakenteisia tietoja kuvataan tarkemmin omissa luvuissaan (ks. luvut 7-19).

Esimerkki kertomusrakenteesta on esitetty alla kuvassa 4.2. Rakenteisia tietoja täydennetään potilaskertomuksessa tarvittaessa vapaalla tekstillä – tai tilannetta kuvataan pelkästään vapaalla tekstillä. Teksti kirjataan aina otsikoiden (ja tarvittaessa lisäotsikoiden) alle. Rakenteiset tiedot ja vapaamuotoinen teksti voivat olla otsikoiden alla vapaassa järjestyksessä.

PAIV Päivystys		[päänäkymä]
NEU Neurologia		[lisänäkymä]
KIR Kirurgia		[lisänäkymä]
Tulotilanne		[hoitoprosessin vaihe]
Tulosyy		[otsikko]
Tänään kaatunut, kun oikea puoli kehosta mennyt voimattomaksi. Vasemman lonkan kipu.		[teksti]
Esitiedot	[otsikko]	
91-vuotias nainen, jolla sepelvaltimotauti ja dieettihoitoinen diabetes. Aiemmin 11/03 basaalinen collummurtuma hoidettu DHS-ruuveilla. Potilas kotiutunut omatoimiseksi ja pärjännyt kotona.		[teksti]
Nykytila	[otsikko]	
Yleistila hyvä. Asiallinen. Vasemmassa lonkassa kipua. Jalka lämmin, perifeeriset pulssit palpoituvat. Oikean jalan ja oikean käden voimat selvästi heikentyneet.		[teksti]
Fysiologiset mittaukset	[otsikko]	
Lämpö, kainalo 36,8		[rakenteinen tieto]
Verenpaine 161/79		[rakenteinen tieto]
Diagnoosi	[otsikko]	
I63.5 Aivoinfarkti, epäilty, päädiagnoosi		[rakenteinen tieto]
S72.0 Reisiluunkaulan murtuma, epäilty		[rakenteinen tieto]
Suunnitelma	[otsikko]	
Otetaan aivojen magneettikuva... Lisäksi		[teksti]

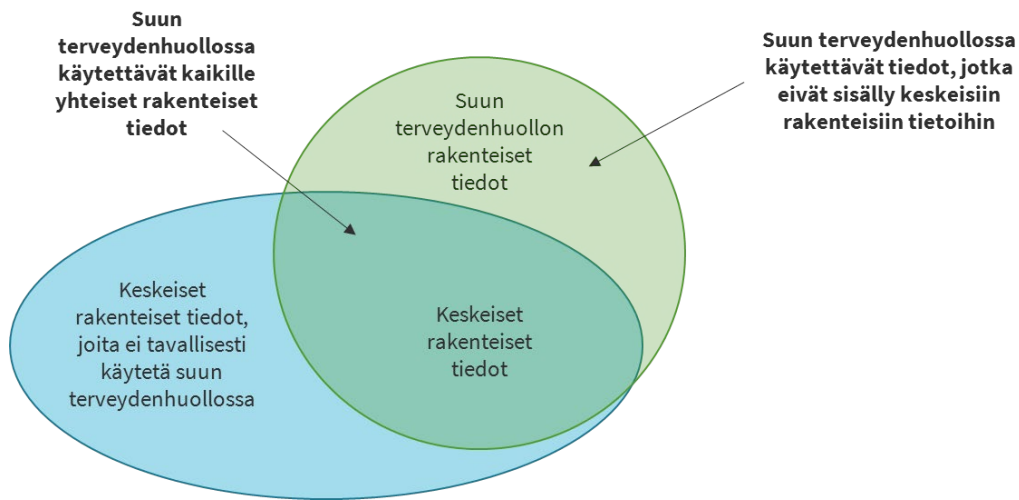
Kuva 4.2 Esimerkki kertomusrakenteista.

4.3 Erikois- ja palveluala- sekä ammattikohtaisten potilastietojen käyttö

Keskeisten potilastietojen lisäksi valtakunnallisesti on määritelty erikois- ja palveluala- sekä ammattikohtaisia rakenteisia tietoja. Määrittelyt sisältävät kunkin erikoisalan, palvelun tai toiminnon keskeisiä tietoja, eikä näillä tiedolla välttämättä ole keskeistä merkitystä muilla osaluilla.

Erikois- ja palveluala- sekä ammattikohtaisten tietojen määrittelytyötä on tehty laajojen asiantuntijaryhmien ja erikoisalayhdistysten tukemana, kuten kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden, ensihoidon ja päivystyksen, työterveyshuollon, suun terveydenhuollon, keuhkosairauksien, äitiyshuollon, lasten kasvun ja kehityksen seurannan, psykiatrian sekä diabeteksen ja valtimosairauksien ehkäisyn rakenteisten potilaskertomustietojen määrittelyhankkeissa. Näissä määrittelyissä on huomioitu asianomaisen alan erityispiirteitä, jotka tulee huomioida potilasasiakirjojen rakenteisia tietosisältöjä kehitettäessä.

Erikois- ja palveluala- sekä ammattikohtaiset tiedot käsittävät kyseisen osa-alueen edellyttämiä rakenteisia tietoja, jotka eivät sisälly keskeisiin potilastietoihin. Keskeinen rakenteinen potilastieto on erikoisalasta riippumatonta hoidon kannalta keskeistä tietoa, kun taas esimerkiksi suun terveydenhuollossa on tarpeen välittää yksityiskohtaista rakenteista tietoa hampaiden ja suun alueen tilasta muille suun terveydenhuollon yksiköille (ks. kuva 4.3). Hoitotyön, kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden sekä erikoisala- ja ammattikohtaisten tietojen yhdenmukaistaminen mahdollistaa jatkossa näiden tietojen tehokkaamman yhteiskäytön potilastyössä ja toisaalta myös tietojen toissijaisessa käytössä mm. tilasto- rekisteri ja tutkimustoiminnassa. Näitä tietorakenteita ja -määrittäjiä kuvataan tarkemmin muissa erillisjulkaisuissa.



Kuva 4.3 Esimerkki keskeisten rakenteisten tietojen ja erikoisalakohthaisten tietojen suhteesta. Esimerkkinä suun terveydenhuolto.

5 Näkymät

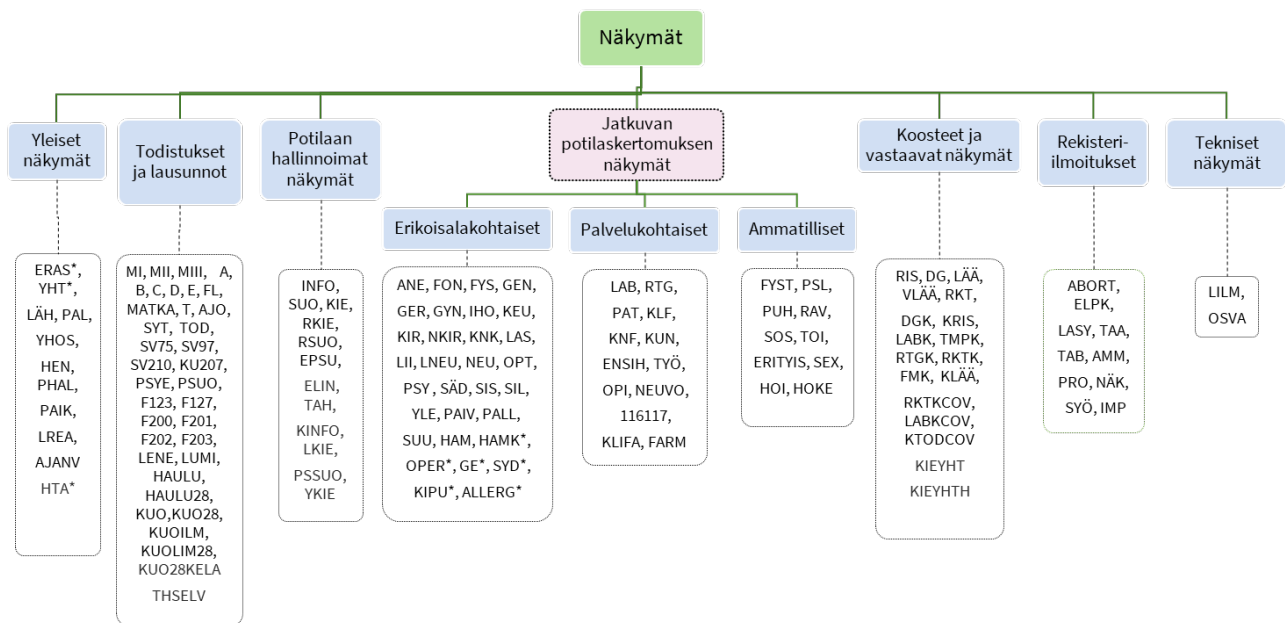
- [5.1 Lisänäkymät](#)
- [5.2 Erikoisalakohtaiset näkymät](#)
- [5.3 Palvelukohtaiset näkymät](#)
- [5.4 Ammatilliset näkymät](#)
- [5.5 Yleiset näkymät](#)
- [5.6 Koosteet](#)
- [5.7 Erityissuojatut näkymät](#)
- [5.8 Lomaketyypiset näkymät](#)
- [5.9 Tekniset näkymät](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Potilastiedon merkintöjä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin eri näkymiä käyttäen. Lääkärit käyttävät pääsääntöisesti erikoisalakohtaisia näkymiä, ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt käyttävät palvelukohtaisia tai ammatillisia näkymiä. Osa näkymistä on moniammatillisessa käytössä. Samalle merkinnälle voidaan valita useita näkymiä, jolloin kirjaus näkyy kaikkien valittujen näkymien tiedoissa. Organisaatioissa voi olla käytössä myös omia paikallisia tai organisaatiokohtaisia näkymiä, vaikka suositus on käyttää vain valtakunnallisia näkymiä. Organisaatiokohtaiselle näkymälle kirjattu tieto tulee potilastietojärjestelmissä linkittää valtakunnallisesti määriteltyyn näkymään, ennen kuin tieto lähetetään Potilastietovarantoon.

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

Näkymät voidaan jakaa jatkuvan potilaskertomuksen näkymiin, lomaketyypisiin näkymiin, koostenäkymiin ja teknisiin näkymiin. Jatkuvan potilaskertomuksen näkymiä ovat lääketieteen erikoisalakohtaiset, palvelukohtaiset ja ammatilliset näkymät sekä osa yleisistä näkymistä. Lomaketyypisiä näkymiä ovat muun muassa todistukset, rekisteri-ilmoitukset, potilaan hallinnoimien asiakirjojen näkymät sekä osa yleisistä näkymistä. Koostenäkymiä ovat tiedonhallintapalvelun koosteiden näyttämiseen tarkoitetut näkymät. Teknisiä näkymiä ovat näkymät, joita käytetään asiakirjateknisten tietojen välittämiseen potilastietojärjestelmien ja Potilastietovarannon välillä. (ks. kuva 5.1). Ajantasainen luettelo näkymistä on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella koodistona [AR/YDIN - Näkymät](#).



*Näkymää käytetään vain lisänäkymänä

KUVA 5.1 Potilastietojen kirjaamisessa käytettävät näkymät. Ryhmittely vain havainnollistamista varten.

5.1 Lisänäkymät

Perinteisesti potilaskertomusmerkinnät on kirjattu tietylle, yksittäiselle näkymälle. Jos sama tieto on haluttu useammalle näkymälle, tieto on kopioitu muille näkymille. Vastaava toiminnallisuus voidaan toteuttaa käyttämällä apuna lisänäkymiä. Jatkuvan potilaskertomuksen näkymät, lukuun ottamatta erillisinä asiakirjoina tallennettavia näkymiä, voivat pääsääntöisesti esiintyä sekä päänäkyminä että lisänäkyminä. Erillisinä asiakirjoina tallennettavat näkymät, koosteet, lomaketyyppiset näkymät ja arkistoasiakirjojen näkymät, voivat esiintyä vain päänäkyminä eikä niillä voi olla lisänäkymiä. [AR/YDIN - Näkymät](#) - luokituksessa on määritelty näkymäkohtaisesti, mitkä näkymät voivat esiintyä päänäkyminä, mitkä lisänäkyminä ja mitkä molempina.

Lisänäkymien avulla

- kirjaus voidaan liittää samanaikaisesti useaan näkymään, kun merkinnän tekijä valitsee päänäkymän lisäksi lisänäkymiä
- yhteen päänäkymään liittyviä merkintöjä voidaan ryhmitellä suppeampiin osakokonaisuuksiin
- voidaan toteuttaa tietyt ratkaisut teknisesti
 - teknisistä syistä määriteltyjä lisänäkymiä ovat HAMK, YHT ja ERAS sekä HTA

Kun kirjaaja haluaa tiedon näkyvän usean erikoisalakohittaisen, palvelukohtaisen tai ammatillisten näkymän tiedoissa, hän kirjaa oman näkymänsä päänäkymäksi ja muut tarvittavat näkymät lisänäkymiksi. Esimerkiksi, kun konsultaatiopyyntö ja -vastaus halutaan näkyvän sekä pyytäjän että vastaajan näkymillä, konsultaation pyytäjä kirjaa oman näkymänsä päänäkymäksi ja vastaajan näkymän lisänäkymäksi (esim. SIS+KIR). Konsultaatioon vastaaja käyttää vastaavasti omaa

näkymäänsä päänäkyminä ja pyytäjän näkymää lisänäkyminä (KIR+SIS). Tiedot näkyvät silloin samalla tavalla molemmilla näkymillä, vaikka niissä on eri päänäkyvät.

Tiettyjen erikoisalojen tai erityispatenttien näkymät, joiden sisältämät hoitokirjaukset liittyvät usein kiinteästi toisten erikoisalojen aloittamaan tai jatkamaan hoitoon, on määritelty vain lisänäkyminä. Määrittely on tehty sen vuoksi, että samaan (erikoisalohtaisen) hoidon jatkumoon liittyvä tieto ei ”pirstaloituisi” usealle eri näkymälle, vaan tieto löytyisi aina myös hoidon jatkumisen kannalta muulta merkitykselliseltä näkymältä. Tällainen lisänäkyminen on esimerkiksi Kivunhoidon (KIPU) näkyminen. Kirjaaja valitsee päänäkyminä potilaan sairauden mukaisen näkymän (esim. NEU) ja kirjaajan näkymää (esim. KIPU) käytetään lisänäkyminä. Aiemmin myös Päivystyksen/akuuttilääketieteen (PAIV) ja Palliatiivisen hoidon (PALL) näkymiä sai käyttää vastaavalla tavalla vain lisänäkyminä, mutta tätä rajoitusta ei nykyisin enää ole.

On myös lisänäkyminä, joiden tiedot liittyvät kiinteästi moneen erikoisalaan. Esimerkiksi toimenpidekertomukset ovat aina johonkin erikoisalaan liittyviä. Tällaisten tietojen päänäkyminä kirjaaja valitsee oman erikoisalanäkymänsä (esim. KNK) ja lisänäkyminä OPER-näkymän (toimenpidekertomus). Vastaava yhdistelmä voisi olla esimerkiksi IHO+ALLERG.

Vaikka tavoite on, että potilaskertomuksissa käytetään vain valtakunnallisessa näkymäluokituksessa määriteltyjä näkymiä, voi terveydenhuollon organisaatioissa olla alueellisesti ja/tai paikallisesti käytössä erilaisia näkymiä, jotka rajaavat kirjattavaa tietokokonaisuutta valtakunnallisia näkymiä suppeammalle tasolle. Tällainen voi olla esimerkiksi Sisätautien (SIS) näkymälle kuuluva, paikallisesti käytetty Reumatologian (REU) näkyminen. Kun paikallisia näkymiä käytetään, kirjataan päänäkyminä valtakunnallisen luokituksen mukainen näkyminen, johon tiedot järjestelmätasolla linkitetään, ja lisänäkyminä paikallinen näkyminen, esimerkiksi SIS+REU. Näin paikallisille ja suppeiden osakokonaisuuksien (lisä)näkymille kirjatut tiedot näkyvät Potilastietovarannossa niihin linkitetyillä päänäkyminä.

5.2 Erikoisalohtaiset näkymät

Erikoisalohtaiset näkymät ovat pääasiassa lääkäreiden tuottamien potilaskertomusmerkintöjen kirjaamista varten. Poikkeuksena esimerkiksi Hammas-, suu- ja leukasairauksien (SUU) ja Työläketiede ja työterveyshuollon (TYÖ) näkymät, joihin kirjataan moniammatillisesti. Ks. tarkemmin luku 5.3.

Erikoisalohtaisia näkymiä voidaan käyttää myös muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden merkinnöillä lisänäkyminä, kun tiedot on tarpeen näyttää myös erikoisalohtaisen tietojen yhteydessä. Esimerkiksi terveysaseman lääkärikäynnin korvaavan hoitajakäynnin merkintään hoitaja voi kirjata käyttämänsä päänäkyminä, eli HOI-näkymän lisänäkyminä YLE-näkymän.

Lääketieteen erikoisalohtaiset näkymät on määritelty pääasiassa [HILMO - Terveydenhuollon erikoisalohtaisuuden](#) karkeimman tason mukaan. Joiltain osin ko. luokituksista on poikettu, jotta potilaan saman sairauden hoitoon liittyvät tiedot eivät tarpeettomasti jakautuisi eri näkymille esimerkiksi potilaan iän vuoksi (esimerkiksi lasten- ja nuorisopsykiatrian erillisnäkyminä on luovuttu). Useita erikoisaloja käsittävien kertomustietojen kirjaamista varten on lisäksi määritelty omia lisänäkyminä mahdollistamaan tietojen helpompaa löytämistä (vrt. luku 5.1).

Perusterveydenhuollossa näkyminä käytetään pääsääntöisesti YLE-näkymää. Toisaalta esimerkiksi terveyskeskuksen lääkäri käyttää vastaanottokäynneillä pääsääntöisesti YLE-näkymää, mutta joiltain osin myös palvelukohtaisia näkymiä, esimerkiksi neuvolatoiminnassa NEUVO-näkymää. Sosiaalihuoltoon liittyvien, esimerkiksi kehitysvammahuollon palveluyksiköistä saapuneiden potilaiden potilaskertomusmerkintöjen näkyminä käytetään tilanteesta ja lääkärin erikoisalasta riippuen parhaiten sopivaa erikoisalohtaista tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön kohdalla palvelukohtaista tai ammatillista näkymää, esimerkiksi LAS-, NEU-, YLE- tai KUN-näkymää.

Ks. myös luku 5.7 Erityissuojatut näkymät

5.3 Palvelukohtaiset näkymät

Palvelukohtaiset näkymät eivät ole ammattiryhmäkohtaisia, kuten esimerkiksi erikoisalakohtaiset tai ammatilliset näkymät, vaan ne ovat pääsääntöisesti kyseisen palvelutoiminnan kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tuottamien potilaskertomusmerkintöjen moniammatillista kirjaamista varten.

Palvelukohtaisiin näkymiin kuuluvat Patologian (PAT), Kliinisen fysiologian (KLF), Kliinisen neurofysiologian (KNF), Laboratorion (LAB) ja Radiologian (RTG) erikoisalojen näkymät. Näillä erikoisaloilla ei ole varsinaista hoitovastuuta potilaan hoidosta ja ne tuottavat palveluja potilaasta hoitovastuussa oleville erikoisaloille. Näitä näkymiä käytetään, kun tehdään kyseisille erikoisaloille kuuluvien tutkimusten tutkimuspyyntöjä tai lähetteitä, tai kirjataan näiden erikoisalojen tutkimusten vastauksia tai lausuntoja.

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

Ensihoitokertomus (ENSIH) on ensihoitopalveluun kuuluvien potilaskertomustietojen kirjaamisessa käytettävä näky. Siihen kirjaavat sekä ensihoitajat että ensihoitolääkärit. Näkyä käyttö ohjataan [ensihoidon omassa kirjaamisoppaassa](#). Näkyä 116117 tallennetaan Päivystysapu 116117 -palvelun potilasasiakirjamerkinne (kts. [Päivystysapu 116117 kirjaamisopas](#)). KLIFA (kliininen farmakologia) ja FARM (farmasia) -näkyä käyttöä ohjeistetaan tarkemmin luvussa 14 Lääkehoito.

Neuvolatoiminnan (NEUVO), koulu- ja opiskeluterveydenhuollon (OPI) sekä työterveyshuollon (TYÖ) näkyä käytetään pääasiassa terveyttä edistävän ja sairauksia ennaltaehkäisevän terveydenhuollon toiminnoissa. NEUVO-näkyä tehdään myös perhetyön kirjaukset, jos ne tehdään osana neuvolatoimintaa. Perusterveydenhuollossa toimiva erikoislääkäri voi käyttää NEUVO-näkyä lisänäkyä oman alansa erikoisalakohtaista näkyä toimiessaan neuvolassa erikoisalansa mukaisessa roolissa. Kun neuvolakäynnillä tai koulu- ja opiskeluterveydenhuollon käynnillä hoidetaan sairautta, käytetään lisänäkyä YLE-näkyä tai muuta erikoisalakohtaista näkyä – tai hoitajien kirjauksissa HOI-näkyä. Myös jos terveyskeskuksessa tai esimerkiksi opiskeluterveydenhuollossa hoidetaan selvästi neuvolatoimintaan liittyvää asiaa, esimerkiksi annetaan ehkäisyn aloittamiseen liittyvää ohjausta, käytetään NEUVO-näkyä vastaavasti lisänäkyä. Omia kirjaamisoppaita on julkaistu [lasten neuvolaan ja kouluterveydenhuoltoon](#) ja [opiskeluterveydenhuollolle](#).

Työterveyshuollossa vakiintunut käytäntö on ollut kirjata kaikkien ammattiryhmien käyntimerkinne, myös sairaanhoidolliset, TYÖ-näkyä, jotta työterveyshuollon tiedot voidaan erotella muista potilastiedoista. Ammatillisia tai erikoisalakohtaisia näkyä voi tarvittaessa käyttää lisänäkyä, jos tieto on oleellista näkyä myös näissä kokonaisuuksissa. Kun työterveyshuolto pyytää konsultaatiota työterveyshuollon ulkopuolelta, kirjataan konsultaativastaus konsultaation antajan omalle näkyä ja TYÖ-näkyä lisänäkyä. Jos potilas hakeutuu työterveyslääkäriin yksityispotilaaksi, käynti ei enää ole työterveyshuoltoa, eikä

sitä kirjata TYÖ-näkymälle. Työterveyshuollon tarkempia kirjaamisohjeita kuvataan [Työterveyshuollon kirjaamisoppaassa](#).

Suun terveydenhuollon moniammatilliseen kirjaamiseen on ohjausta [täällä](#).

Vuonna 2023 keväällä julkaistiin myös monialainen [Työttömän terveystarkastuksen kirjaamisopas](#).

5.4 Ammatilliset näkymät

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

Psykoterapian kirjaukset kirjataan pääsääntöisesti psykologipalvelujen (PSL) näkymälle. PSL-näkymän lisänäkymänä voi käyttää kirjaajan erikoisalan tai palvelualan näkymää. Nykyisin myös oppilashuollon koulupsykologit tallentavat tietonsa hyvinvointialueensa potilasrekisteriin PSL-näkymälle.

Kuntoutus- ja erityistyöntekijät tekevät merkinnät pääsääntöisesti omille ammatillisille näkymilleen (tai palvelukohtaisille näkymille kuten esimerkiksi kuntoutusohjaajien ja apuvälineasiantuntijoiden merkinnät), mukaan lukien päivittäismerkinnät. Lisänäkymänä he voivat soveltuvin osin käyttää esimerkiksi erikoisala- tai palvelukohtaisia näkymiä. Kuntoutusta koskevia hoito-ohjeita ja muita vastaavia hoitohenkilöstölle keskeisiä viestejä voidaan kuitenkin tarvittaessa kirjata erikseen HOKE-näkymälle.

Työterveyshuollossa toimivat työfysioterapeutit ja muut vastaavat ammattihenkilöt käyttävät päänäkymänään TYÖ-näkymää ja lisänäkymänä soveltuvaa ammatillista tai erikoisalakohdaista näkymää. Työterveyshuollossa lähinnä konsultaatioluontoisia palveluita toteuttavat kuntoutus- ja erityistyöntekijät, jotka toimivat pääsääntöisesti muualla kuin työterveydessä, käyttävät päänäkymänään omia ammatillisia tai palvelukohtaisia näkymiä ja lisänäkymänä TYÖ-näkymää. Erityisalojen ammatillista näkymää (ERITYIS) käytetään kirjattaessa niihin ammatillisiin palveluihin kuuluvia potilaskertomustietoja, jotka liittyvät jalkaterapiapalveluun tai muiden sellaisten erityistyöntekijäryhmien antamaan palveluun, joilla ei ole omaa ammatillista näkymää.

Hoitajien yhteenvedotaset tiedot, esimerkiksi hoitotyön yhteenvedot ja hoitajan itsenäisesti pitämän vastaanoton kirjaukset, tehdään HOI-näkymälle lukuun ottamatta neuvola sekä koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa toimivia hoitajia, jotka käyttävät päänäkyminään NEUVO- ja OPI-näkymiä. Lisänäkymänä hoitajat voivat käyttää soveltuvia erikoisala- tai palvelukohtaisia tai muiden ammattiryhmien kertomusnäkyymiä.

Hoitotyön päivittäismerkinnöissä käytetään Hoitokertomus-näkymää (HOKE). HOKE-näkymälle tallennetaan potilaan hoitoon liittyvät hoitajien päivittäismerkinnät sekä hoitajien laatima hoitosuunnitelma hyödyntäen sovittuja termistöjä ja vapaamuotoista tekstiä. Hoitokertomuksen kirjaamista tullaan ohjeistamaan yksityiskohtaisemmin valmisteilla olevassa kirjaamisoppaassa. HOKE-näkymää ei toistaiseksi arkistoida Potilastietovarantoon. Ks. tarkemmin hoitotyön yhteenvedon ohje luvussa 17 Yhteenvedo- ja päivittäismerkinnät. Hoitokertomuksen kirjaamiseen on julkaistu myös [oma opas](#).

Ks. myös luku 5.7 Erityissuojatut näkymät

5.5 Yleiset näkymät

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

Lähete-näkymää (LÄH) käytetään, kun potilas ohjataan toiseen hoito-organisaatioon saamaan terveydenhuollon palveluja. Lähete-näkymää voi käyttää myös tilanteissa, joissa hoitovastuuta ei siirretä, vaan pyydetään vain konsultaatiota toisesta organisaatiosta. Merkinän tietosisällössä 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. Sisäisissä läheteissä käytetään otsikkona Konsultaatio / Lähete - otsikkoa. Lisäotsikolla tarkennetaan, jos kyse on hoitovastuun siirtävästä lähetteestä.

Hoitopalaute-näkymää (PAL) käytetään, kun toteutetusta hoidosta kirjattuja tietoja kootaan hoitopalautteeksi läheteen tehneelle tai jatkohoidosta vastaavalle taholle lähetettäväksi. Hoitopalaute sisältää yleensä sekä lääkärin tekemän loppuarvion sekä hoitotyön yhteenvedon, mutta joissain tilanteissa hoitopalautteessa on näistä vain toinen tai ne voidaan lähettää tarvittaessa erikseen omina hoitopalautteinaan.

Terveys- ja hoitosuunnitelma (YHOS) on Tiedonhallintapalvelun kautta ylläpidettävä asiakirja, joka on tarkoitettu potilaan kaikkien avohoitoon ja kuntoutukseen liittyvien suunnitelmien kokoamiseen yhdelle asiakirjalle – erityisesti potilaille, joilla on monia terveysongelmia. Näkymää ei ole tarkoitettu osastohoitojakson sisäisten hoitosuunnitelmien kirjaamiseen. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa on käsitelty tarkemmin luvussa [18 Terveys- ja hoitosuunnitelma](#).

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

Ajanvaraus-näkymän (AJANV) avulla ajanvaraustietoja on mahdollista arkistoida Potilastietovarantoon sekä näyttää ne OmaKannassa. Kaikista terveydenhuollon ajanvarauksista tiedot on toimitettava Potilastietovarantoon viimeistään lokakuussa 2026. Ajanvaraukseen liittyvät asiakirjarakenteet on kuvattu [Termetassa](#). Niihin sisältyvät tiedot ajanvarauksen asiakkaasta ja palvelun toteuttajasta, palvelupiste ja yhteyshenkilön tiedot. Lisäksi huomioidaan ajanvarauksen tunnistetiedot, syy, kohde sekä asiointi- ja lisätiedot. Ks. myös: [Sosiaali- ja terveydenhuollon ajanvarauksen kehittäminen \(thl.fi\)](#) ja [Ajanvaraukset \(kanta.fi\)](#).

Yhteenvedo-näkymää (YHT) käytetään lisänäkymänä tehtäessä väli- tai loppuarvioita hoitojaksolta tai useisiin käynteihin liittyen, esimerkiksi kotihoidosta tai sarjahoidoista. Yhteenvedo-näkymän avulla voidaan hakea potilaan yhteenvetotasoisia merkintöjä kootusti. Yhteenvedo-lisänäkymän käyttöä ohjataan tarkemmin luvussa 17.

Hoidon tarpeen arvio (HTA) on vuonna 2024 näkymäluokitukseen lisätty tekninen lisänäkymä. Sitä käytetään hoidon tarpeen arvioinnin rakenteisten merkintöjen tallentamiseen ja hakemiseen Potilastietovarannosta. HTA-näkymää ei käytetä itsenäisenä näkymänä, vaan se liittyy aina joihinkin muihin näkymiin. Näkymän käyttöä koskevien ohjeiden valmistelu on tätä kirjoitettaessa kesken. Hoidon tarpeen arvioinnin asiakirjarakenteet on kuvattu [Termetassa](#). Niihin sisältyvät tiedot mm. yhteydenoton ja hoidon tarpeen arvioinnin ajankohdasta, yhteystavasta ja käynnin luonteesta. Lisäksi huomioidaan potilaan oirekuvaus ja alkamisajankohta, terveydenhuollon ammattihenkilön arvio potilaan hoidon syystä, kiireellisyydestä ja hoidon tarpeen arvioinnin tulos. Asiakirjan rakenteisiin sisältyvät myös tiedot jatkohoidosta, potilaan kuvaamat esi- ja lisätiedot sekä ammattihenkilön arvio potilaan yleisestä toimintakyvystä.

Erillinen asiakirja -lisänäkymää (ERAS) käytetään, kun potilaan hoidon kannalta on välttämätöntä kirjata muun henkilön (kuin potilaan) itsestään tai muusta henkilöstä kertomia yksityiskohtaisia, arkaluonteisia tietoja ([STM 2024](#), luku 5.4.). Aiemmin vastaava oli mahdollista vain toisen henkilön itsestään kertomien tietojen merkinnöille. Erillisen asiakirjan tietojen tarkastusoikeus on tietojen kertojalla ja myös henkilöllä, josta tiedot on kerrottu, mikäli hänet voidaan luotettavasti tunnistaa ja tiedonsaantioikeuteen ei ole rajoitusperustetta. ([HE 246/2022, s. 88-89](#); [tietosuoja-asetus 15 art.](#)) Tarkastusoikeuden vuoksi ERAS-näkymälle tehdyistä merkinnöistä tulee ilmetä, ketä yksilöityä henkilöä tiedot koskevat. Esimerkiksi lapsen hoitoon liittyen vanhempien itsestään kertomat asiat merkitään erikseen omina merkintöinä, ei samalle ERAS-lisänäkymälle. ERAS-lisänäkymille kirjatut tiedot näkyvät terveydenhuollon ammattihenkilöille potilaskertomuksissa muiden tietojen tavoin, mutta niitä ei näytetä koskaan OmaKannassa. Jos potilas itse kertoo tietoja toisesta henkilöstä, esimerkiksi lapsi kertoo vanhemmastaan, merkintöihin ei käytetä ERAS-näkymää, vaan tiedot kirjataan normaalisti potilaan omaan potilasasiakirjaan. Näiden tietojen kirjaamisessa on käytettävä erityistä harkintaa, sillä ne ovat nähtävissä OmaKannan kautta. Tarvittaessa kirjaaja voi viivästyä näiden tietojen näyttämisen OmaKannassa.

HUOM: Yhteenveto-näkymä (YHT), Hoidon tarpeen arviointi -näkymä (HTA) ja Erillinen asiakirja (ERAS) ovat kertomuslisänäkymiä, joita ei koskaan voi käyttää yksinään, vaan aina jonkun toisen näkymän kanssa.

Paikallista näkymää (PAIK) käytetään arkistoidessa Potilastietovarantoon lomaketyyppejä asiakirjoja, joille ei ole olemassa vastaavaa valtakunnallista näkymää. PAIK-näkymä ei ole käyttäjän valittavissa, vaan potilastietojärjestelmän automaattisen linkityksen käytössä.

5.6 Koosteet

Koosteet (yhteenvetotiedot) ovat Tiedonhallintapalvelussa muodostettuja, potilastietojärjestelmässä näytettäviä tietokokonaisuuksia, joihin kootaan potilaan hoidon kannalta keskeisiä rakenteisia tietoja. Koosteita ei sellaisenaan tallenneta Potilastietovarantoon, vaan koostenäkymien tiedot kootaan muista potilasasiakirjoille tallennetuista rakenteisista tiedoista.

Kullakin koosteella - diagnoosit (DGK), riskitiedot (KRIS), toimenpiteet (TMPK), kuvantamistutkimukset (RTGK), laboratoriotutkimukset (LABK), fysiologiset mittaukset (FMK) ja rokotukset (RGTK) - on oma näkymänsä, jolla tiedot sidotaan omaan tietokokonaisuuteensa. Aiemmasta poiketen potilaan lääkitystietoja ei viedä koosteelle, vaan niiden hallintaan on oma toteutus suunnitelmansa. Valtakunnallinen ajantasainen lääkityslista perustetaan Reseptikeskukseen. Ks. tarkemmin luku 14 Lääkehoito.

Koosteet kokoavat samaan tietokokonaisuuteen, esimerkiksi diagnooseihin, liittyvät jatkuvaan potilaskertomukseen kirjatut rakenteiset tiedot yhteen riippumatta siitä, mihin näkymään ne on kirjattu. Koosteet korvaavatkin jatkossa potilaskertomuksissa aiemmin vastaavat käsin ylläpidetyt listat, kuten diagnoosilistan.

Koosteilla olevia rakenteisia tietoja, voi käyttää uusien rakenteisten kirjausten pohjana silloin kun vastaavaa tietoa kirjataan uudelleen, esimerkiksi potilaan pysyvää diagnoosia käyntidiagnoosin tai - syyn kirjaamisessa. Käyttäjä voi myös muokata potilastietojärjestelmässä uuden merkinnän pohjaksi koosteilta poimimaansa tietoa, jos tieto vaatii päivittämistä. Vanhoista tiedoista poimimalla kirjattu tieto linkittyy pääsääntöisesti samalla aiempaan merkintään. Esimerkiksi diagnoosien ja riskitietojen tarkentumiset ja päättymiset voidaan kirjata näin.

Tiedonhallintapalvelun muodostamien koosteiden käyttö edellyttää aina potilaan tietojen luovutukseen antamaa luovutuslupaa (aiemmin Kanta-suostumusta). Potilastietojärjestelmä voi kuitenkin näyttää oman organisaation tiedot vastaavalla näytöllä samaan tapaan kuin Tiedonhallintapalvelun koosteet näytetään. Silloin näytöllä tulisi olla myös tieto siitä, että tiedot ovat vain oman organisaation tietoja. Myös potilaan mahdollisesti tekemät luovutuskiellot

vaikuttavat koosteiden sisältöön, sillä luovutuskieltojen alaisia tietoja ei näytetä myöskään koosteilla.

Koosteiden käsittelyä on kuvattu tarkemmin Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä ([Virkkunen ym. 2023](#)) ja niiden tarkemmat tietosisällöt ovat ladattavissa kansalliselta Koodistopalvelimelta. Tässä oppaassa on lisätietoa koosteista niissä luvuissa, joissa kuvataan diagnoosien ja käyntisyiden, riskitietojen, tutkimusten, toimenpiteiden ja rokotusten rakenteista kirjaamista ja tietojen hyödyntämistä koosteiden avulla.

Vuonna 2021 otettiin käyttöön kolme Kanta-palveluiden koosteena tuottamaa Covid-19 todistusta, jotka voi esittää OmaKannasta tai tulostaa paperille potilastietojärjestelmästä. Todistukset ovat COVID-19 rokotetodistus (RKTCKOV) saadusta COVID-19 rokotuksesta, Todistus viimeisimmän koronavirustestin negatiivisesta tuloksesta (LABKCOV) ja Todistus sairastetusta COVID-19-virusinfektiosta (KTODCOV). Todistukset (ja näkymät) on tarkoitus jatkossa korvata yleisillä vastaavilla todistuksilla.

Lisätietoja myös: [Keskeiset terveystiedot \(kanta.fi\)](#)

5.7 Erytyssuojatut näkymät

Erytyssuojattuja merkintöjä ovat toistaiseksi vain psykiatrian ja perinnöllisyyslääketieteen päivittäis- ja yhteenvetomerkinnot. Erytyssuojaus on toteutettu merkinnän näkymätietoa hyödyntäen ja merkinnät, joiden päänäkyväksi on kirjattu PSY tai GEN, on määritelty erityissuojattaviksi. Erytyssuojaus kattaa myös näiden mahdolliset lisänäkymät. Suojaus ei kuitenkaan koske tietoja lääkityksestä tai kriittisistä riskeistä.

Tätä kirjoitettaessa lausuttavana on [STM:n asetuseräluonnos](#) sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä, jossa 26 §:n mukaisesti erityissuojattaviin tietoihin sisällytettäisiin myös seksuaaliterapian (SEX), psykologipalvelun (PSL) sekä mielenterveys-, riippuvuus- ja päihdepalvelun (ei vielä omaa näkymää) päänäkyvillä olevat potilasasiakirjamerkinnot. Luonnoksen mukaan erityissuojaus tulee toteuttaa viimeistään 1.10.2026.

Erytyssuojaus ei estä tietojen katsomista, mutta kun erityissuojattuja tietoja käytetään muilla kuin kyseisellä erikoisalalla, vaaditaan tietojen käyttäjältä erillinen vahvistus ennen tietojen käyttöä. Erytyssuojatun asiakirjan käyttöoikeuksien rajaus toteutetaan potilastietojärjestelmätasolla.

5.8 Lomaketyypiset näkymät

Lomaketyypiset näkymät on tehty tiedon esittämiseksi määrämuotoisesti tietyn tietosisällön mukaisesti. Niitä käytetään mm. todistuksissa ja lausunnoissa sekä viranomaisrekistereihin tehtävissä rekisteri-ilmoituksissa. Myös potilaan tekemät tahdonilmaisut, luvat/ suostumukset potilastietojen luovutukseen ja luovutuskiellot ovat lomaketyyppisiä näkymiä. Lomakkeilla olevia tietoja ei suoraan voi linkittää jatkuvaan potilaskertomukseen, eikä niihin kirjattuja rakenteisia tietoja poimita Tiedonhallintapalvelun koosteisiin. Potilastietojärjestelmissä voi kuitenkin olla toiminnallisuuksia, joilla koosteilla tai jatkuvassa potilaskertomuksessa olevia rakenteisia tietoja voi kopioida lomakkeille tai lomakkeilla olevia tietoja voi hyödyntää jatkuvan potilaskertomuksen kirjauksissa.

5.9 Tekniset näkymät

Näkymäluettelossa on lisäksi joitain teknisiä näkymiä, joita potilastietojärjestelmät tarvitsevat Potilastietovarannon hyödyntämiseen. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ei tarvitse käyttää

niitä, eivätkä ne yleensä näy potilastietojärjestelmien käyttäjille. Tällaisia ovat esimerkiksi rekisteröinti- ja luovutusilmoitusasiakirjat (REK ja LILM) sekä HAMK-näkymä (Kokonaishammastarkastus), jota käytetään koko hampaistoa koskevien tarkastusmerkintöjen hakemiseen Potilastietovarannosta.

6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot

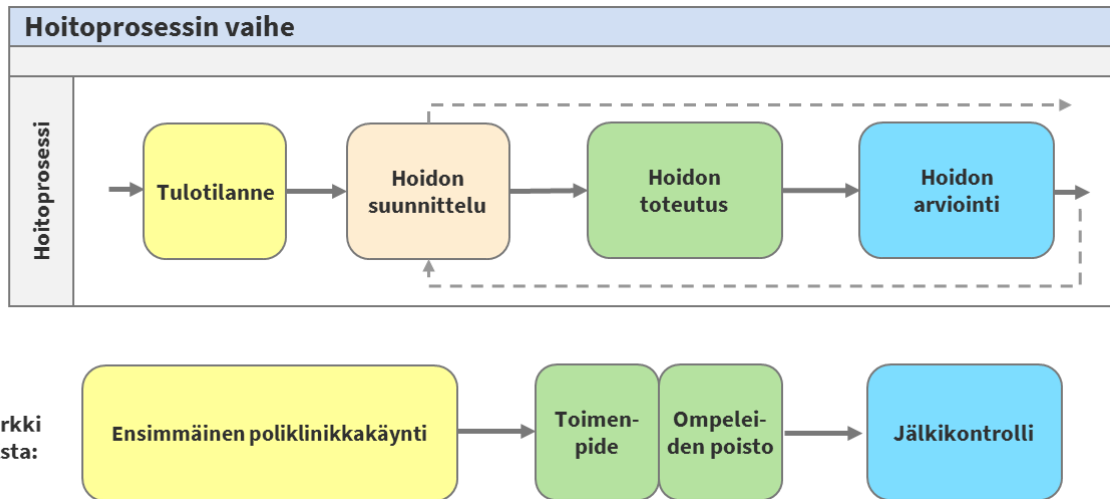
- [6.1 Hoitoprosessin vaiheet](#)
- [6.2 Otsikot ja lisäotsikot](#)
- [6.3 Otsikoiden käyttäminen eri vaiheissa](#)
 - [6.3.1 Koko merkinnän \(ylä\)otsikot](#)
 - [6.3.2 Hoidon syy ja esitiedot \(Tulotilanne\)](#)
 - [6.3.3 Havainnot ja tutkimukset \(Tulotilanne\)](#)
 - [6.3.4 Hoidon suunnittelu](#)
 - [6.3.5 Hoidon toteutus](#)
 - [6.3.6 Hoidon arviointi](#)
 - [6.3.7 Muut otsikot \(Mikä tahansa hoitoprosessin vaihe\)](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Hoitoprosessin vaiheella kerrotaan, liittyykö palvelutapahtuman kirjaus tulotilanteeseen, hoidon suunnitteluun, toteutukseen vai sen arviointiin. Pääsääntöisesti merkintä kirjataan yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta merkinnässä voi tarvittaessa eritellä eri hoitoprosessin vaiheisiin liittyvät tiedot. Järjestelmä voi tuottaa hoitoprosessin vaiheen automaattisesti otsikoiden perusteella. Tekstiä ryhmitellään asiakokonaisuuksiin käyttäen valtakunnallisia otsikoita. Tarvittaessa tarkempaa tekstin jäsentelyä voi tehdä vapaamuotoisilla (paikallisilla) lisäotsikoilla.

6.1 Hoitoprosessin vaiheet

Kansallisella Koodistopalvelimella julkaistuun [AR/YDIN - Hoitoprosessin vaihe](#) -luokituksen sisältyvät tulotilanne, jossa määritellään hoidon tarve, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus ja hoidon arviointi (ks. kuva 6.1). Hoitoprosessin vaihe kuvaa hoidon pääasiallista vaihetta potilaan näkökulmasta. Kunkin prosessin vaiheen sisällä voi olla useita ammattikohtaisia prosesseja, joissa hoitoon osallistuva terveydenhuollon ammattihenkilö tekee jatkuvaa hoidon suunnittelua ja arviointia. Potilaalla voi myös olla käynnissä samanaikaisesti useita hoitoprosesseja, vaihteleviin palvelutarpeisiin.



Kuva 6.1 Hoitoprosessin vaiheet ja niiden esimerkkinä leikkauspotilaan 4 käynnin kokonaisuus, joista 1. käynnillä hoitoprosessin vaiheena on kirjattu tulotilanne, 2. ja 3. käynnillä hoidon toteutus ja 4. käynnillä hoidon arviointi.

Merkinnässä tulee aina olla tieto hoitoprosessin vaiheesta. Hoitoprosessi on jatkumo hoidon suunnittelusta sen arviointiin ja edelleen tarvittaessa uuden hoidon suunnitteluun. Yksi merkintä kirjataan yleensä yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta jos merkintä jakautuu selkeästi hoitoprosessin eri vaiheisiin, voi merkinnässä käyttää useampia hoitoprosessin vaiheita. Kaikki hoitoprosessin vaiheet voivat toteutua esimerkiksi yhden käynnin aikana. Silloin vaiheita ei tarvitse käytännössä erotella kirjatessa, vaan merkintä voidaan tehdä käyttäen yhtä prosessin vaihetta, esimerkiksi hoidon toteutusta. Prosessin vaihetta ei tarvitse muuttaa, vaikka hoidon toteutusvaiheen käynnin kirjauksessa käytettäisiinkin esimerkiksi **Suunnitelma**-otsikkoa. Merkinnässä voi kuitenkin käyttää useampaa hoitoprosessin vaihetta silloin, kun se on tarpeellista. Toisaalta, jos esimerkiksi jälkikontrollissa todetaan hoitoa vaativa haittavaikutus, joka vaatii hoitoa eri ammattihenkilöiden toimesta, muuttuu hoidon syy tältä osin jatkossa haittavaikutuksen hoidoksi ja näiden käyntien hoitoprosessin vaihe kirjataan haittavaikutuksen hoidon vaiheen mukaiseksi.

Hoitoprosessin vaiheen avulla voidaan seurata kuinka potilaan hoito on toteutunut. Keskeiset potilastiedot saadaan liitettyä hoitoprosessin vaiheeseen, jolloin potilastietoja haettaessa voidaan hakua rajata esimerkiksi tulotilanteeseen liittyviin tietoihin. Esimerkkejä eri hoitoprosessin vaiheen alle kirjattavista asiakokonaisuuksista on koottu taulukkoon 6.1. Joidenkin asiakirjojen, esimerkiksi todistusten yhteydessä on tarpeetonta ilmaista hoitoprosessin vaihetta, jolloin käytetään vaihetta määrittämätön.

Taulukko 6.1 Hoitoprosessin vaiheiden alle kirjoitettavia asiakokonaisuuksia.

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

6.2 Otsikot ja lisäotsikot

Hoitoprosessin vaiheen lisäksi tekstiä jäsenetään asiaryhmiin ja sidotaan asiayhteyteen otsikoiden avulla. Otsikoiden käyttö auttaa hahmottamaan mitä asioita tekstin siinä osassa käsitellään, esimerkiksi Esitiedot (anamneesi), Nykytila (status) tai Suunnitelma.

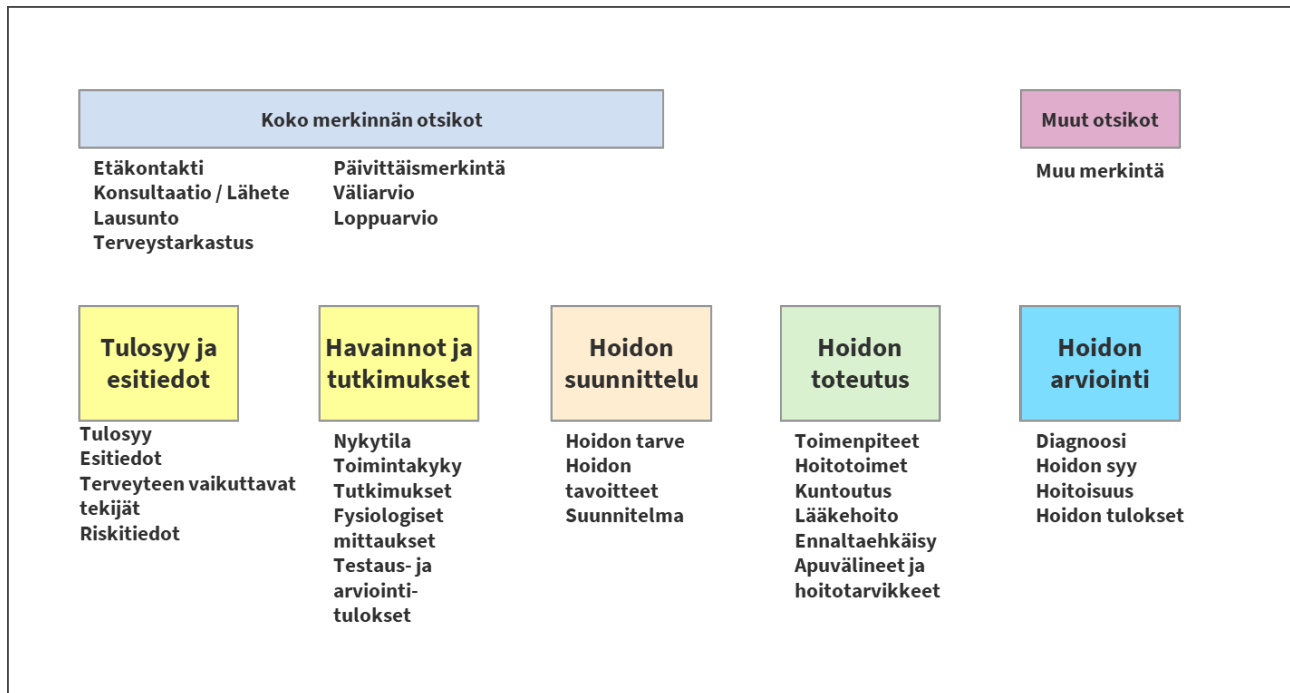
Otsikoiden alle kirjataan kyseiseen asiayhteyteen liittyvää tietoa vapaamuotoisena tekstinä sekä hyödyntäen keskeisiä rakenteisia tietoja. Jäsentämisen lisäksi otsikoita voidaan käyttää hakutekijänä etsittäessä tiettyyn asiayhteyteen liittyviä tietoja. Valtakunnallisten otsikoiden määrä on tarkoituksellisesti suppea, jotta niiden avulla tietoja voi ryhmitellä yhdenmukaisesti ja siten käyttää niitä yhtenäisinä hakutekijöinä. Tekstin lukemisessa käytettävään jäsentelyyn valtakunnallinen otsikosto on monissa tapauksissa liian karkea ja niitä voidaan tarkentaa lisäotsikoilla. Otsikoiden luokitus on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella nimellä [AR/YDIN - Otsikot](#).

Merkinnällä tulee aina olla ainakin yksi kansallinen otsikko, muuten otsikoiden määrää merkinnässä ei ole rajoitettu. Otsikot voidaan ryhmitellä loogisesti kuuteen ryhmään hoitoprosessin vaiheita mukailten:

- Tulosy ja esitiedot (Tulotilanne)
- Havainnot ja tutkimukset (Tulotilanne)
- Hoidon suunnittelu
- Hoidon toteutus
- Hoidon arviointi
- Muut otsikot (Kaikki hoitoprosessin vaiheet)

Lisäksi osa otsikoista sopii paremmin **koko tekstin otsikoiksi** ja niitä käytetään yleensä merkinnän ensimmäisenä otsikkona, jonka alle kirjataan hoitajakson tai käynnin ajankohta ja sen jälkeen varsinainen teksti muilla otsikoilla jäsenneltynä. Liitteessä 2 on esimerkki **Loppuarvio**-otsikon käytöstä epikriisimerkinnän ensimmäisenä otsikkona.

Hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden ryhmittely on esitetty kuvassa 6.2. Ryhmittely on vain suuntaa antava, sillä otsikot eivät kategorisesti kuulu vain yhteen vaiheeseen, vaan useimpia niistä voi käyttää useammassa hoitoprosessin vaiheessa. Otsikoiden käyttöä eri hoitoprosessin vaiheissa on kuvattu taulukossa 6.2. Teknisesti kaikki otsikot ovat täysin samantasoisia ja lopullinen valinta otsikoiden käyttämisestä on kirjaajalla itsellään.



Kuva 6.2 Otsikot voidaan ryhmitellä kuuteen ryhmään hoitoprosessin vaiheita vastaavasti.

Lisäotsikot

Kirjaaja voi jäsentää merkintää valtakunnallisia otsikoita tarkemmalle tasolle käyttämällä lisäotsikoita. Lisäotsikko on esimerkiksi oma, paikallinen otsikko tai otsikon tarkennin. Lisäotsikoita ei voi käyttää yksinään, vaan ne liittyvät aina johonkin valtakunnalliseen otsikkoon. Lisäotsikoita ei ole erikseen määritelty. Ne ovat rakenteeltaan vapaata tekstiä, joten merkinnän tekijä voi kirjoittaa tarkentavan otsikon vapaasti. Ne ovatkin tarkoitettu tekstiä luettaessa jäsentämään tekstiä valtakunnallisia otsikoita tarkemmin. Hakutekijöiksi ne eivät vapaan tekstin muotoisina sovellu. Organisaatiot tai potilastietojärjestelmät voivat halutessaan määritellä omia suositeltavia lisäotsikkolistoja ja käyttää näitä järjestelmissä fraasien tavoin. Mahdollinen listojen käyttö ei kuitenkaan estä myös muiden lisäotsikoiden käyttöä.

6.3 Otsikoiden käyttäminen eri vaiheissa

Otsikoiden alle voidaan kirjata sekä vapaata tekstiä että rakenteista tietoa. Kirjaamista käsitellään tarkemmin kunkin rakenteisen tiedon luvussa. Valtakunnallisten otsikoiden määritelmät on kuvattu kansallisella Koodistopalvelimella julkaistussa [AR/YDIN - Otsikot](#) -luokituksessa.

Taulukossa 6.2 kuvataan eri otsikoiden käyttöä eri hoitoprosessin vaiheissa (ei estä otsikoiden käyttöä muissa hoitoprosessin vaiheissa, jos se on perusteltua). Joitakin otsikoita käytetään ns. yläotsikkona koko kertomusmerkinnälle, toiset otsikot soveltuvat paremmin väliotsikoiksi

ryhmittämään tekstiä loogisiin kokonaisuuksiin. Teknisesti kaikki otsikot ovat kuitenkin samanlaisia ja niitä voi käyttää sekä ylä- että väliotsikkoina.

Taulukko 6.2 Otsikoiden ohjeellinen käyttö eri hoitoprosessin vaiheissa.

	Tulotilanne	Hoidon suunnittelu	Hoidon toteutus	Hoidon arviointi	Määrittelemätön
Merkinnän ”yläotsikot”					
Etäkontakti		(x)		(x)	
Konsultaatio / Lähetä		x		x	
Lausunto					x
Terveystarkastus			x	(x)	
Päivittäismerkintä			x	(x)	
Väliarvio				x	
Loppuarvio				x	
Otsikot/ Tulosity ja esitiedot					
Tulosy	x				
Esitiedot	x				
Terveysteen vaikuttavat tekijät	x				
Riskitiedot					x
Otsikot/ Havainnot ja tutkimukset					
Nykytila	x				
Toimintakyky	x			x	
Tutkimukset		(x)	x		
Fysiologiset mittaukset		(x)	x		
Testaus- ja arviointitulokset		(x)	x		
Otsikot/ Hoidon suunnittelu					
Hoidon tarve	(x)	x		(x)	
Hoidon tavoitteet		x			
Suunnitelma		x			
Otsikot/ Hoidon toteutus					
Toimenpiteet		(x)	x		
Hoitotoimet		(x)	x		
Kuntoutus		(x)	x		
Lääkehoito	(x)	(x)	x		
Ennaltaehkäisy			x		
Apuvälineet ja hoitotarvikkeet	(x)	(x)	x		
Otsikot/ Hoidon arviointi					
Diagnoosi				x	
Hoidon syy				x	
Hoitaisuus	(x)			x	
Hoidon tulokset				x	
Muut otsikot					
Muu merkintä	(x)	(x)	(x)	(x)	x

6.3.1 Koko merkinnän (ylä)otsikot

Etäkontakti

Otsikkoa käytetään digitaalisten, kirjeitse tapahtuvien ja ilman potilaskontaktia tapahtuvien potilaskertomusmerkintöjen otsikkona. Etäkontakti voi perustua joko reaaliaikaiseen tai ei-reaaliaikaiseen vuorovaikutukseen, ja se voidaan toteuttaa esimerkiksi ääni- tai videoyhteydellä tai digitaalisen asiointipalvelun kautta. Lisäotsikolla voidaan täsmentää, millaisesta etäkontaktista on

kyse. Yleensä merkinnät ovat lyhyitä, eikä niillä ole tarpeen käyttää muita otsikoita. Muita otsikoita voi kuitenkin käyttää tarvittaessa.

Konsultaatio / Lähetä

Otsikkoa käytetään sisäisten läheteiden, sekä konsultaatiopyyntöjen ja -vastausten otsikkona. Lisäotsikolla on suositeltavaa täsmentää, onko kyseessä sisäinen lähete, konsultaatiopyyntö vai konsultaativastaus. Lisäksi tekstiä on suositeltavaa jäsentää muita otsikoita käyttäen. Lähetteellä ja konsultaatiopyynnöllä tulee esittää riittävät tiedot potilaan esitiedoista, tehdyistä tutkimuksista ja annetuista hoidoista, potilaan statuksesta, ongelmana olevan taudin kulusta ja kysymyksen asettelusta. Konsultaativastaukseen tulee kirjata konsultaation yhteydessä tehtyjen tutkimusten ja arvioiden tiedot tai yhteenveto, vastaus konsultaatiopyynnössä esitettyihin kysymyksiin sekä ehdotus jatkohoidosta tai -toimista.

Lausunto

Otsikkoa käytetään ulkopuolisille tahoille tai organisaation sisäiseen käyttöön tehtyjen lausuntojen ja todistusten otsikkona. Monet lausunnot kirjataan omilla AR/YDIN Näkymät -luokituksen mukaisilla lomakerakenteilla (esimerkiksi A-todistus). Näille käyttäjän ei tarvitse kirjata otsikkoa, vaan potilastietojärjestelmä tekee sen automaattisesti. Vapaamuotoisia lausuntoja on suositeltavaa jäsentää käyttämällä muita otsikoita ja täsmentää lisäotsikolla, millaisesta lausunnosta on kyse.

Tieto erillisestä lausunnosta voidaan kirjata kertomustekstiin Lausunto-otsikon alle. Jos samalla kertaa tehdään todistus, löytyy se palvelutapahtuman perusteella. Jos lausunto on tehty eri kerralla, lausunnon löytämisen helpottamiseksi on suositeltavaa kirjata otsikon alle myös päivämäärä, jolloin lausunto on tehty. Myös tieto muista kuin potilasasiakirjoina tehtävistä lausunnoista, kuten merkinnät poliisin virka-apupyyntöihin liittyvistä lausunnoista ja muista toisille viranomaisille tai vakuutusyhtiöille annetuista ilmoituksista ja lausunnoista, esimerkiksi lastensuojeluilmoitukset, voidaan kirjata Lausunto-otsikon alle. Näitä lausuntoja tai ilmoituksia ei kuitenkaan tallenneta potilaskertomukseen, vaan ne toimitetaan kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa niiden arkistoinnista. Ks. tarkemmin luku 16 Lausunnot ja todistukset.

Terveystarkastus

Otsikkoa käytetään yleisen terveydentilan tai kehitysvaiheen toteamiseksi ja tiettyjen sairauksien poissulkemiseksi tehtävissä tarkastuksissa. Otsikkoa käytetään myös tarkastuksissa, joissa pyritään varmentamaan, että terveydentila tai toimintakyky on riittävä johonkin tehtävään tai vaatimukseen, esimerkiksi ajokelpoisuus ajokorttia varten. Lisäotsikolla on suositeltavaa täsmentää, millaisesta terveystarkastuksesta on kyse. Lisäksi tekstiä on suositeltavaa jäsentää muita otsikoita käyttäen. Monia terveystarkastuksia varten on olemassa omia lomakerakenteita, joilla annetaan lausunto terveystarkastuksen tuloksesta, esimerkiksi Lääkärinlausunto ajokyvystä ja Puolustusvoimien lääkärinlausunto terveydentilasta. Näillä lomakkeilla käytetään otsikkona **Lausuntoa**. Käyttäjän ei tarvitse kirjata otsikkoa lausuntolomakkeille, vaan potilastietojärjestelmä tekee sen automaattisesti. Terveystarkastuksissa tulee kirjata tarkastuksessa ilmenneet löydökset, tutkimustulokset ja ongelmat, jatkotoimien tavoitteet ja tarve sekä jatkohoidon ohjeet. Tarkastukseen liittyvät rakenteiset tiedot kirjataan kyseisiä rakenteita käyttäen.

Päivittäismerkintä

Otsikkoa käytetään pääasiassa potilaan osastohoidon tai sen kaltaisen hoidon aikaisten päivittäismerkintöjen (Decursus-merkintöjen) otsikkona, mutta sitä voi käyttää myös avohoidossa lyhytaikaisen hoidon tai sairauden kulun merkinnöissä. Päivittäismerkinnät ovat yleensä lyhyitä, eikä niillä ole tarpeen käyttää muita otsikoita. Muita otsikoita voi kuitenkin käyttää lisänä tarvittaessa. Päivittäismerkintä-otsikkoa käyttävät pääasiassa lääkärit, mutta sitä voivat käyttää myös muut ammattihenkilöt silloin kun merkintöjä ei tehdä Hoitokertomus-näkymälle (HOKE) päivittäismerkintöinä. Ks. myös luku 17 Yhteenveto- ja päivittäismerkinnät.

Väliarvio

Otsikkoa käytetään potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon tai kuntoutuksen aikaisten yhteenvetomerkintöjen otsikkona. Merkinnälle tulee kirjata miltä ajalta yhteenveito on tehty ja tekstiä tulee jäsentää muita otsikoita käyttäen. Väliarvio tulee tehdä sairaalahoidossa olevasta pitkäaikaispotilaasta vähintään 3 kk välein tai potilaan tilanteen oleellisesti muuttuessa. Lisäksi väliarvio kirjataan potilaan hoitovastuun siirtyessä osastolta tai tilapäisesti erikoisalalta toiselle saman organisaation sisällä.

Väliarviossa kirjataan yhteenveito hoidon, kuntoutuksen tai terapian aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta oleellisesta kehityksestä sekä muutos esitietoihin tai aiempaan väli- tai loppuarvioon nähden. Yksityiskohtaisia tietoja tai yksittäisiä rakenteisia tietoja ei väliarviolle kirjata kuin perustelluissa poikkeustapauksista, yleensä yhteenveito asioista on riittävä. Kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa, esimerkiksi tehtyä toimenpidettä ei kirjata uutena rakenteisena tietona, ellei sitä ole mahdollista linkittää alkuperäiseen merkintään (ks. luku 13 Toimenpiteet). Voimassa olevasta lääkityksestä väliarviolle voidaan kopioida yhteenveito, mutta rakenteinen ajantasainen lääkitystieto ylläpidetään lääkitysosiossa. Ks. luku 17 Yhteenveito- ja päivittäismerkinnät.

Loppuarvio

Otsikkoa käytetään potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon (esimerkiksi psykiatrisen päiväsaarialajakson) tai kuntoutuksen **päätyessä** tehtävien yhteenvetomerkintöjen otsikkona. Loppuarvio kirjataan myös potilaan hoitovastuun **siirtyessä** toiselle palvelunantajalle tai saman palvelunantajan toiminnassa toiseen toimintayksikköön tai pysyvästi erikoisalalta toiselle. Merkinnästä tulee selvittää, missä yksikössä hoito on tapahtunut ja miltä ajalta yhteenveito on tehty. Loppuarviotekstiä tulee jäsentää muita otsikoita käyttäen.

Loppuarviossa kirjataan yhteenveito hoidon, kuntoutuksen tai terapian kulusta ja hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneista oleellisista muutoksista ja lopputuloksesta, mahdollisista poikkeavuuksista ja potilaan tilasta hänen poistuessaan hoitoyksiköstä. Lisäksi kirjataan tehdyt toimenpiteet, merkittävät tutkimustulokset ja niiden johtopäätökset sekä selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Loppuarvioon kirjataan rakenteisesti päädiagnoosi ja mahdolliset sivudiagnoosit. Yksityiskohtaisia tietoja tai yksittäisiä rakenteisia tietoja ei loppuarviolle kirjata kuin perustelluissa poikkeustapauksissa. Yleensä yhteenveito asioista on riittävä. Kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa, esimerkiksi tehtyä toimenpidettä ei kirjata uutena rakenteisena tietona, ellei sitä ole mahdollista linkittää alkuperäiseen merkintään (ks. luku 13 Toimenpiteet). Voimassa olevasta lääkityksestä väliarviolle voidaan kopioida yhteenveito, mutta rakenteinen ajantasainen lääkitystieto ylläpidetään lääkitysosiossa. Ks. luku 17 Yhteenveito- ja päivittäismerkinnät.

6.3.2 Hoidon syy ja esitiedot (Tulotilanne)

Tulosyy

Otsikon alle kirjataan lyhyesti tieto potilaan hoitoon hakeutumisen syystä tai muusta, kuten lähetteeseen perustuvasta, tulosyystä. Tulosyy kirjataan yleensä vapaana tekstinä siten kuin potilas tai hänen saattajansa asian kuvaa. Tulossyn kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 9 Tulossyyt, käyntisyöt ja diagnoosit. (ks. myös otsikot Hoidon syy ja Diagnoosi)

Esitiedot

Otsikon alle kirjataan potilaan tai hänen edustajansa antamat tai aiemmista potilaskertomuksista kootut tiedot potilaan terveydestä. Keskeisintä esitiedoissa on nykysairauteen tai pääasialliseen ongelmaan liittyvät esitiedot, kuten aiemmat terveystarkastukset, sairauden tai terveysongelmien alkaminen ja kulku, potilaan kertomat subjektiiviset oireet ja sairauden mahdolliset aikaisemmat vaiheet sekä aikaisemmat hoidot.

Esitietoihin kirjataan myös tiedot muista sairauksista ja suvussa esiintyneistä sairauksista tai tutkimustuloksista sekä muista ongelman kannalta huomioon otettavista sairauksista tai lääkeshoidoista samoin kuin sairauteen tai hoitoon mahdollisesti vaikuttavat tiedot elinympäristöstä ja elämäntilanteesta. Esitietoja voi jäsentää tarkemmin esimerkiksi lisäotsikoilla Nykysairaus, Muut sairaudet, Sukuanamneesi, Muut esitiedot.

Terveysteen vaikuttavat tekijät

Otsikon alle kirjataan tietoja, jotka kuvaavat henkilön terveyteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita tai muita terveyteen vaikuttavia tekijöitä, kuten ravitsemus, liikunta, tupakointi ja päihteiden käyttö. Terveysteen vaikuttaviin tekijöihin kirjataan kerrottu tai todettu tilanne, ei sitä, miten asiaa pyritään korjaamaan. Terveysteen vaikuttavien tekijöiden kirjaamisesta on kuvattu tarkemmin luvussa 11 Terveysteen vaikuttavat tekijät.

Riskitiedot

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

6.3.3 Havainnot ja tutkimukset (Tulotilanne)

Nykytila

Otsikon alle kirjataan terveydenhuollon ammattihenkilön tekemän tutkimuksen tai selvityksen perusteella saadut tiedot potilaan senhetkisestä tilasta. Tutkimuksia ja selvityksiä ovat esimerkiksi haastattelu, sydämen auskultaatio, kilpirauhasen palpaatio, perifeeriset jännevenytysheijasteet tai silmänpohjien tutkiminen oftalmoskopiolla. Nykytilan tiedot kirjataan pääosin vapaana tekstinä, koska nykytilan rakenteista kirjaamisesta ei toistaiseksi (2024) ole valtakunnallisesti määritelty muualla kuin suun terveydenhuollossa.

Toimintakyky

Otsikon alle kirjataan tietoa henkilön kyvystä ja edellytyksistä selviytyä arjen toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista, sekä näihin liittyvä kehitys tai muutokset. Näillä arjen toiminnoilla tarkoitetaan työstä, opiskelusta, vapaa-ajasta ja harrastuksista selviytymistä sekä itsestä ja toisista huolehtimista. Toimintakykytietoa ovat myös kehon eri elinjärjestelmien toiminnot ja niihin liittyvät rakenteet, jotka luovat edellytykset ihmisen toiminnalle. Otsikon alle kirjataan myös tiedot ympäristötekijöistä, jotka vaikuttavat henkilön toimintakykyyn. Ympäristötekijöillä tarkoitetaan erilaisia tuotteita ja teknologioita, luonnonmukaista ja rakennettua ympäristöä, tukea ja keskinäisiä suhteita, asenteita sekä saatavilla olevia palveluita, hallintoa ja säännöksiä.

Tiedot henkilön toimintakyvystä kirjataan käyttäen sote-yhteisiä tietorakenteita: merkintä toimintakyvystä ja toimintakykyarvio. Merkintään kirjataan yksittäiset havainnot henkilön toimintakyvystä ja siihen liittyvistä ympäristötekijöistä. Havainnot voi olla tuotettu haastattelemalla, havainnoimalla tai erilaisilla toimintakykymittareilla. Toimintakykyarvioon kirjataan johtopäätökset ja kokonaisarvio henkilön toimintakyvystä tai siinä tapahtuneista muutoksista. Johtopäätösten teon perusteena voi käyttää merkintöjä toimintakyvystä; arvioissa tehdään yhteenveto yhdestä tai useammasta merkinnästä jotakin tiettyä käyttötarkoitusta varten.

Merkinnässä ja arvioissa käytetään useita luokituksia, kuten

- [THL - Havainnointipaikka](#),
- [THL - ICF Toimintakykykäsitteiden luokitus](#),
- [THL - Tautiluokitus ICD-10](#),
- [THL - ICF-toimintakykytarkenteet](#),
- [THL - Toimintakykymittarit](#) ja
- [Hoitotyö - Tuloluokitus \(SHTuL\)](#).

Toimintakyvyn ylläpitoon tai parantamiseen liittyvät toiminnot tai palvelusisällöt kirjataan **Kuntoutus**-otsikon tai **Hoitotoimet**-otsikon alle palvelukohtaiselle, ammatilliselle tai erikoisalakohtaiselle näkymälle sen mukaisesti kuin näkymien käytöstä on tässä oppaassa toisaalla ohjeistettu. Ks. tarkemmin luku 5 Näkymät.

Toimintakyvyn kirjaamista ohjeistetaan tarkemmin [toimintakykytiedon kirjaamisoppaassa](#). Tietorakenteet Merkintä toimintakyvystä ja Toimintakykyarvio on julkaistu samansisältöisinä [Termetassa](#) ja [Sosmetassa](#). Lisätietoa: [Toimintakykytiedon kirjaaminen](#)

Tutkimukset

Laboratoriotutkimusten (käsittää kaikki laboratorion erikoisalot myös kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian) ja kuvantamistutkimusten pyyntöjen ja vastausten sekä läheteiden ja lausuntojen merkinnät kirjataan rakenteisesti LAB- tai RTG -näkymälle. Näissä käyttäjän ei tarvitse käyttää otsikkoa, vaan potilastietojärjestelmä tuottaa otsikon rakenteeseen automaattisesti. Jatkuvassa potilaskertomuksessa otsikon alle kirjataan laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista tehdyt huomiot ja löydökset, jotka erityisesti tulee huomioida hoidossa, esimerkiksi ”B-gluk toistuvasti tasolla 10–15” tai ”Radiusmurtuma luutunut huonoon asentoon”. Tutkimusten kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 12 Tutkimukset ja mittaukset.

Fysiologiset mittaukset

Otsikon alle kirjataan henkilön elintapojen, fyysisten elintoimintojen tai ominaisuuksien mittauksista tai arvioinneista saatuja tuloksia sekä näiden perusteella tehdyt johtopäätökset. Tiedot kirjataan rakenteisesti käyttäen FinLOINC-luokitusta. Tällaisia tietoja ovat esimerkiksi pituus, paino, verenpaine, näön tarkkuus ja kivun voimakkuus. Jos fysiologisille mittauksille on potilastietojärjestelmässä oma rakenteinen osionsa, ei kirjaajan tarvitse käyttää Fysiologiset mittaukset - otsikkoa. Jos fysiologisille mittaustiedoille ei ole käytettävissä FinLOINC-koodia, kirjataan mittaukset Fysiologiset mittaukset - otsikon alle vapaamuotoisesti osaksi muuta kertomustekstiä. Tällaisia mittauksia ovat esimerkiksi aivopaineen mittaus tai kiven koon mittaus, jotka eivät tällä hetkellä sisälly FinLOINC:iin. Fysiologisten mittausten kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 12 Tutkimukset ja mittaukset.

Testaus- ja arviointitulokset

Otsikon alle kirjataan sellaiset tutkimukset tai arvioinnit, joiden tulokset ilmaistaan yleensä sanallisena kuvauksena, eivätkä ne ole ilmaistavissa selkeästi mitattavina arvoina. Tällaisia tutkimuksia voivat olla muun muassa jotkut erityistyöntekijöiden, esimerkiksi psykologien tekemät arviointitutkimukset, testaukset, kyselyt ja haastattelut, kuten muistitestit. Otsikon alle kirjataan sekä tutkimusten suorittamiseen liittyvät tiedot että niihin perustuvat johtopäätökset. (Ks. myös otsikko Toimintakyky)

6.3.4 Hoidon suunnittelu

Hoidon tarve

Otsikon alle kirjataan potilaan hoidon tarve, jonka syynä ovat potilaalla todetut tai hänen kokemansa terveysongelmat, joita pyritään ennaltaehkäisemään, ratkaisemaan tai lievittämään

potilaalle annettavan hoidon ja ohjauksen avulla. Otsikon alle kirjataan myös hoidon tarpeen arvioinnin perusteella todetut tarpeet.

Hoidon tavoitteet

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

Suunnitelma

Otsikon alla kuvataan potilaan terveydentilaa, tutkimusta, hoitoa, kuntoutusta ja niiden järjestämistä käsittelevä suunnitelma. Suunnitelma hoitajaksoa varten tehdään yleensä hoitajakson alussa potilaan tulotilanteen, tulossyn ja hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen. Suunnitelmaa tarkennetaan hoidon edetessä ja hoitajakson päättyessä kirjataan jatkohoitosuunnitelma.

Hoitajaksojen välinen (avohoidon), potilaan ja terveydenhuollon eri toimijoiden yhteinen hoitosuunnitelma kirjataan ensisijaisesti Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävään Terveys- ja hoitosuunnitelmaan (YHOS). Mikäli se ei ole vielä käytössä tai muutoin on perusteltua olla kirjaamatta suunnitelmaa YHOS-näkymälle, kirjataan suunnitelma jatkuvan potilaskertomuksen näkymälle Suunnitelma-otsikolla. Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävän terveys- ja hoitosuunnitelman laatimista kuvataan tarkemmin luvussa 18 Terveys- ja hoitosuunnitelma.

6.3.5 Hoidon toteutus

Toimenpiteet

Otsikon alle kirjataan potilaalle tehdyt tai suunnitellut toimenpiteet, joilla on merkitystä potilaan hoidon kannalta, esimerkiksi hoitotyöhön kuuluvat, kirurgiset tai tutkimuksiin liittyvät toimenpiteet. Tehdyt toimenpiteet kirjataan rakenteisina tietoina toimenpiteiden rakenteiden mukaisesti. Terveydenhuollon ammattilaisen tekemät toimenpiteet yksilöidään THL-Toimenpideluokituksella. Otsikon alle kirjataan vapaana tekstinä toimenpiteisiin liittyvät muut tarvittavat tiedot, kuten toimenpiteen perustelut, toimenpidekertomus ja mahdolliset toimenpiteeseen liittyvät komplikaatiot. Toimenpidekertomuksessa kuvataan oleellisilta osin toimenpiteen kulku, toimenpiteessä todetut löydökset sekä saavutettu lopputulos. Toimenpiteiden kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 13 Toimenpiteet. Toimenpiteen jälkeinen jatkohoitosuunnitelma kirjataan Suunnitelma-otsikon alle. Ks. myös otsikot Hoitotoimet, Kuntoutus, Lääkehoito ja Ennaltaehkäisy.

Hoitotoimet

Otsikon alle kirjataan ne suunnitellut tai toteutuneet hoitotoimet tai -toiminnot, joilla esimerkiksi hoitaja tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa potilaan hoidon tarpeisiin ja asetettuihin tavoitteisiin ja joita ei kirjata muiden hoidon toteutusvaiheen otsikoiden, kuten Toimenpiteiden, Kuntoutuksen tai Lääkehoidon alle. Myös potilasohjaus kirjataan otsikolla Hoitotoimet.

Kuntoutus

Otsikon alle kirjataan potilaan moniammatillisen kuntoutuksen ja terapia- ja erityispalveluiden toteutukseen, sisältöihin tai toimintoihin avo- ja laitoshoidossa liittyviä tietoja. Myös potilaan ohjaukseen ja neuvontaan liittyvät toiminnot kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden palveluissa sekä apuvälinepalveluun liittyvät toiminnot kirjataan **Kuntoutus**-otsikon alle.

Kuntoutus-otsikon alle voidaan kirjata myös esimerkiksi kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden antamia osastopotilaan kuntoutukseen liittyviä ohjeita ja muuta oleellista informaatiota muille potilasta hoitaville ammattiryhmille, kuten osastolla toimiville hoitajille. Tietoa ei kuitenkaan kirjata

Kuntoutus- otsikon alle silloin, kun tiedolle on osoitettu erikseen tarkoitukseen yleisemmin soveltuva otsikko, kuten Suunnitelma, Väliarvio, Loppuarvio tai Lausunto.

Kuntoutus- ja erityistyöntekijät käyttävät kuntoutukseen liittyvien tietojen kirjaamisessa omia, ammattiryhmäkohtaisia nimikkeistöjään. Nimikkeistöillä voidaan näin tarkentaa kansallisia otsikoita, jolloin ne toimivat tässä oppaassa toisaalla kuvattujen lisäotsikoiden tapaan. Hoitajat voivat kirjata esimerkiksi kuntouttavaan hoitotyöhön liittyviä toimintoja **Hoitotoimet**-otsikon alle omia ammatillisia tietorakenteitaan käyttäen. Kuntoutukseen liittyvät tiedot kirjataan palvelukohtaiselle, ammatilliselle tai erikoisalakohtaiselle näkymälle sen mukaisesti kuin näkymien käytöstä on tässä oppaassa toisaalla ohjeistettu. Ks. luku 5 Näkymät.

Kuntoutuksen kirjaamista kehitetään yhteistyössä Nimikkeistöjä koordinoivan asiantuntijaryhmän (NIKO) ja muiden asiantuntijaryhmien kanssa. Lisätietoa: [Kuntaliiton nimikkeistöjen kehittäminen \(yhteistyötila\)](#).

Lääkehoito

Lääkkeen määräykset, tarkistukset, antomerkinnät ja muut voimassa olevan lääkityksen muuttamiseen, tarkistamiseen tai lääkkeen antamiseen liittyvät kirjaukset tehdään yleensä rakenteisesti potilastietojärjestelmän lääkitysosioon, eikä kirjaajan tarvitse silloin käyttää **Lääkehoito**-otsikkoa (ohjelmisto tuottaa sen automaattisesti taustalla). Toistaiseksi, kunnes valtakunnallinen lääkityslista saadaan käyttöön, käynnin tai hoitajakson päättyessä voimassa olevan lääkityksen tiedot tuodaan (automaattisesti) lääkitysosioista tai ne kirjataan **Lääkehoito**-otsikon alle VLÄÄ-näkymälle. Muilla näkymillä otsikon alle voidaan kirjata vapaana tekstinä lääkehoitoon liittyviä arviointeja, kommentteja ja perusteluita tehdyille ratkaisuille, joita ei voida kirjata rakenteisena tietona. Lääkehoidon kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 14 Lääkehoito.

Ennaltaehkäisy

Otsikon alle kirjataan rokotuksiin, terveyskasvatukseen, hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen ohjaukseen ja ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon tähtäävään toimintaan liittyvää tietoa. Rokotustiedot kirjataan rakenteisena tietona. Muun terveyskasvatukseen, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaukseen ja ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon liittyvä tieto kirjataan pääsääntöisesti vapaamuotoisena tekstinä tai mahdollisuuksien mukaisesti rakenteisesti tarkoituksenmukaista luokitusta hyödyntäen. Ennaltaehkäisyn ja rokotustietojen kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 15 Ennaltaehkäisy ja rokotukset.

Apuvälineet ja hoitotarvikkeet

Otsikon alle kirjataan tietoa potilaan suunnitelluista tai käytössä olevista, arjen selviytymistä, toimintakykyä ja osallistumista tukevista apuvälineistä sekä (pitkäaikaisten) sairauksien kannalta keskeisimmistä hoitotarvikkeista. Otsikon alle voidaan kirjata myös muuta tarpeelliseksi katsottavaa tietoa apuvälineistä ja hoitotarvikkeista, kuten esimerkiksi käyttöön luovutettavien tai käytössä olevien apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden määrä, tuotemerkki ja malli, tehdyt modifioinnit tai muutostyöt sekä muut itse välineisiin tai tarvikkeisiin liittyvät oleelliset tiedot. Kirjaus voidaan tehdä vapaamuotoisesti tai esimerkiksi apuvälineistä SFS/THL - Apuvälineluokitusta apuna käyttäen. Myös muut kuin kuntoutus- ja erityistyöntekijät kirjaavat potilaan apuvälineisiin liittyvä tietoa **Apuvälineet ja hoitotarvikkeet** - otsikon alle.

Kuntoutus- ja erityistyöntekijät kirjaavat apuvälineiden käyttöön liittyvän ohjauksen ja muun toteuttamansa apuvälinepalvelun oman alansa nimikkeistöä käyttäen **Kuntoutus**-otsikon alle joko palvelukohtaiselle tai ammatilliselle näkymälle sen mukaisesti kuin näkymien käytöstä on tässä oppaassa toisaalla ohjeistettu. Hoitajat voivat vastaavasti kirjata hoitotarvikkeiden käytön ohjaukseen liittyvät ja muut toteuttamansa hoitotarvikkepalveluun liittyvät toiminnot **Hoitotoimet** -otsikon alle käyttämilleen näkymille (esimerkiksi HOI, NEUVO, OPI).

6.3.6 Hoidon arviointi

Diagnoosi

Otsikon alle lääkäri kirjaa potilaalla todetut tai hoidetut diagnoosit diagnoosirakenteen mukaisesti. Diagnooseihin kirjataan palvelutapahtumassa todetut tai hoidetut sekä muut palvelutapahtumassa potilaan hoitoon oleellisesti vaikuttaneet taudin tai tautien olemassaolon ja laadun määrittävät diagnoosit. Potilaan pitkäaikaisdiagnooseja, joilla ei ollut hoidon kannalta mitään merkitystä, ei kirjata. Diagnoosin rakenteista kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 9 Tulosityt, käyntisytyt ja diagnoosit.

Hoidon syy

Otsikon alle muut terveydenhuollon ammattihenkilöt kuin lääkärit kirjaavat palvelutapahtumassa arvioimansa potilaan hoidon syyt rakenteisesti diagnoosirakenteen mukaisina käyntisyinä. Käyntisytyt voidaan kirjata ICPC-luokituksella tai lääkärin potilaalle aiemmin diagnosoimia ICD-koodeja käyttäen. Käyntisytyt kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 9 Tulosityt, käyntisytyt ja diagnoosit.

Hoitoisuus

Otsikon alle hoitaja kirjaa hoitoisuusluokitusmittarilla mitatun arvion potilaan saamasta hoidon määrästä ja vaativuudesta. Hoitoisuustieto kirjataan rakenteisesti hoitoisuusluokitusta käyttäen.

Hoidon tulokset

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

6.3.7 Muut otsikot (Mikä tahansa hoitoprosessin vaihe)

Muu merkintä

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

7 Potilaan perustiedot

- [7.1 Henkilön yksilöintitiedot](#)
- [7.2 Henkilön yhteystiedot](#)
- [7.3 Yhteyshenkilö](#)
- [7.4 Vakuutusyhtiö](#)
- [7.5 Turvakielto](#)
- [7.6 Henkilötietolomake](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Potilas tulee pystyä tunnistamaan ja uusista potilaista kirjataan tarpeelliset tiedot, kun se on mahdollista. Suuri osa potilaan perustiedoista tulee potilastietojärjestelmään ajantasaisina väestötietojärjestelmästä, mutta kirjaajan on silti hyvä varmistaa, että ne ovat oikein.

Potilaan perustiedot koostuvat yksilöintitiedoista ja yhteystiedoista. Tietoja käytetään potilaan tunnistamiseen sekä yhteydenpitoon. Potilaan yksilöintitiedot ovat etunimi, sukunimi, nimihistoria, henkilötunnus, tilapäinen yksilöintitunnus, syntymäaika, sukupuoli ja kuolinaika. Tiedoista ilmenee myös potilaan yksilöintitietoja viimeksi päivittäneen palveluntarjoajan ja tämän organisaation tiedot. Potilaan yksilöivänä tunnukseksi toimii henkilötunnus tai tilapäinen yksilöintitunnus.

[Asiakastietolain \(703/ 2023\)](#) 27 §:n mukaan potilaan yksilöintitietojen minim tiedot ovat potilaan nimi ja henkilötunnus, ja jos henkilötunnus ei ole tiedossa, yksilöintitunnus tai syntymäaika. Potilaan yksilöintitiedot sisältyvät myös potilasasiakirjojen tunnistetietoihin.

Näiden lisäksi, mikäli tieto on tarpeellinen potilaan hoidon tai palvelun järjestämisen tai toteuttamisen kannalta tai huollossa olevan alaikäisen lapsen tai omaishoidettavana olevan henkilön (aseman) kannalta, potilasasiakirjoista tulee ilmetä nimi ja yhteystiedot alaikäisen potilaan huoltajista tai muusta laillisesta edustajasta, sekä täysikäiselle määrätystä laillisesta edustajasta. Potilaan ilmoittamasta lähiomaisesta tai muusta yhteyshenkilöstä kirjataan nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot. Muita asiakastietolain 27 §:n mukaisia potilaan perustietoja on kuvattu seuraavissa luvuissa tarkemmin. Perustiedoissa käytettäviä luokituksia ja tietorakenteita on koottu taulukkoon 7.1.

Taulukko 7.1 Potilaan perustietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia	Lomakerakenne
AR/YDIN - Sukupuoli	AR/Lomake-perushenkilötietolomake (HEN)
VRK/THL - Kuntakoodit	
TK-Ammattiluokitus	
SFS - Kielikoodisto	
SFS - Maakoodisto	
AR/YDIN - Sukulaisuus	
AR/YDIN - Yhteyshenkilön ensisijaisuus	

7.1 Henkilön yksilöintitiedot

Suomessa asuvien henkilöiden perustiedot löytyvät Digi- ja väestötietoviraston (DVV) ylläpitämästä väestötietojärjestelmästä (VTJ). Potilastietojärjestelmät saavat väestötietojärjestelmästä henkilön yksilöintitiedot, kuten nykyiset etunimet, nykyisen sukunimen, sekä nimien ja henkilötunnuksen muutokset (pl. todistajansuojelutilanne, jossa kansalainen saa kokonaan uuden identiteetin, jonka tiedot palautuvat ilman historiatietoja). Lisäksi väestötietojärjestelmästä saa tiedon henkilön sukupuolesta ja kuolinpäivän. Useimmissa organisaatioissa on rakennettu eräajopohjainen päivitys VTJ:n tiedoista, mutta tiedot päivityvät eri organisaatioissa vaihtelevin aikatauluin.

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

Henkilötunnus

Potilastietojärjestelmään kirjataan potilaan henkilötunnus. Potilaalle voidaan merkitä tilapäinen yksilöintitunnus, jos henkilöä ei ole kirjattu väestötietojärjestelmään tai henkilötunnus ei muusta syystä ole tiedossa. Tilapäisen yksilöintitunnuksen lisätietona voidaan kirjata sen voimassaoloaika.

Potilastietojärjestelmä luo tilapäisen yksilöintitunnuksen ja tuottaa sille Potilastiedon arkistoon tallentaessa ISO-standardin mukaisen OID-tunnuksen (mallia 1.2.246.10.<y-tunnus>.22.<vuosi>.<tilapäinen h- tunnus>). Oikeat henkilötunnukset esitetään Potilastiedon arkistossa OID-tunnuksella täydennettyinä (mallia 1.2.246.21.<henkilötunnus>). Käyttäjälle henkilötunnukset näytetään 11-merkkisessä tekstimuodossa ilman OID-tunnusta. Henkilötunnus tai tilapäinen yksilöintitunnus on pakollinen kirjattava tieto.

Nimi ja syntymä- ja kuolinaika

Käyttäjä kirjaa tarvittaessa etu- ja sukunimen niille tarkoitettuun kohtaan potilastietojärjestelmässä, mikäli tieto ei tule automaattisesti DVV:sta. Sukunimestä voidaan kirjata lisäksi entinen sukunimi. Entinen sukunimi näkyy vain henkilötietolomakkeella eikä sitä tarvitse kirjata muihin potilasasiakirjoihin. Henkilön nimi on pakollinen kirjattava tieto. Jos nimeä ei ole tiedossa, käytetään tietojärjestelmän käyttämää tilapäistä nimeä.(usein "tuntematon"). Sosiaali- ja terveydenhuollossa syntymä- ja kuolinaika kirjataan minuutin tarkkuudella, jos ne ovat tiedossa. DVV:stä tieto kuolinajasta saadaan päivän tarkkuudella. Henkilön syntymäaika on pakollinen kirjattava tieto.

Sukupuoli

Sukupuoli kirjataan potilastietojärjestelmään luokituksella Sukupuoli. Luokitus on kansainvälisen ISO 5218 ja kansallisen SFS 4182 -standardien mukainen. Kirjaamisessa on huomioitava, että DVV:stä välitettävässä tiedossa ei ole käytössä standardin mukaista koodistoa (ks. taulukko 7.2). DVV:n tiedoissa mies ilmaistaan koodilla "1", nainen ilmaistaan koodilla "2" ja tuntematon ilmaistaan koodilla "B". Henkilön sukupuoli on pakollinen kirjattava tieto.

Taulukko 7.2 Sukupuoli-koodistojen vastaavuus.

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

7.2 Henkilön yhteystiedot

Henkilön yhteystiedot käsittävät osoitteen, kuntaan muuttopäivän, kotikunnan, puhelinnumeron, sähköpostiosoitteen, ammatin, äidinkielen ja asiointikielen. Väestötietojärjestelmästä voidaan päivittää osoite, kotikunta, ammatti, äidinkieli ja asiointikieli. Asiakastietolain (703/ 2023) 27 §:n tarvittaessa merkitään potilaan äidinkieli tai asiointikieli ja ammatti. Tarvittaessa tulee ilmetä myös tieto potilaan huollossa olevasta alaikäisestä lapsesta tai tieto omaishoitajuudesta. Potilaan yhteystietoihin voidaan lisäksi sisällyttää muita tietoja, kuten tulkin tarve ja kansalaisuus. Potilaan yhteystiedot voidaan tarkastaa esimerkiksi tulotilanteen yhteydessä ja kirjaaja päivittää muuttuneet tiedot potilastietojärjestelmään tarpeen vaatiessa.

Osoite

Väestötietojärjestelmässä henkilöllä voi olla yhtä aikaa voimassa yksi vakituinen osoite, joka voi olla kotimainen tai ulkomainen, ja sen lisäksi tilapäisiä osoitteita tai postiosoitteita. Henkilöiden osoitetietoja ylläpidetään muuttoilmoitusten avulla. Osoite on pakollinen kirjattava tieto.

Kotikunta

Henkilön kotikunta ja siellä oleva asuinpaikka saadaan väestötietojärjestelmästä. Väestötietojärjestelmään voidaan merkitä myös henkilön ilmoittama tilapäinen asuinpaikka. Henkilön kotikunta on kunta, jossa hän asuu vakituisesti. Potilastietojärjestelmässä kotikunnan kirjaamisen voi suorittaa luokituksella Kuntakoodit, joka noudattaa [JHS -suositusta](#) kuntien numerotunnuksista. Kun henkilöllä on turvakielto tai henkilö on kuollut, DVV vaihtaa kuntakoodiksi 000 (ks. myös luku 7.5). Kuntakoodiluokituksessa on omat koodinsa myös henkilöille, joilla ei ole Suomessa kotikuntaa, tai joiden kotikunta on tuntematon tai jos henkilö asuu ulkomailla.

Puhelin ja sähköposti

Puhelintietoihin voidaan kirjata potilaan koti- ja työpuhelinnumerot. Tietoihin voidaan kirjata myös sähköpostiosoite ja tietojen voimassaoloaika.

Ammatti

Henkilön ammatti merkitään Väestötietojärjestelmään henkilön oman ilmoituksen perusteella yleensä muuttoilmoituksen yhteydessä. Ammatti kirjataan potilastietojärjestelmään tarvittaessa. Ammattia kirjattaessa voidaan hyödyntää myös luokitusta [TK-Ammattiluokitus](#) tai sen voi kirjata vapaamuotoisena tekstinä.

Äidinkieli

Tieto äidinkielestä on Väestötietojärjestelmässä. Kielitieto on mahdollista myöhemmin muuttaa ilmoittamalla asiasta kirjallisesti rekisterinpitäjälle. Potilaan äidinkielen kirjaamiseen voi käyttää luokitusta [Kielikoodisto](#), joka on SFS-ISO 639 -standardin mukainen.

Asiointikieli

Potilaan asiointikieli ei tarkoita pelkästään Suomessa virallisesti käytettäviä kieliä. Tässä voidaan ilmoittaa myös muita kieliä ja tietoa voidaan hyödyntää tulkkipalveluiden järjestämisessä. Potilaan asiointikielen kirjaamiseen voi käyttää luokitusta [Kielikoodisto](#), joka on SFS-ISO 639 -standardin mukainen.

Tulkin tarve

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

Kansalaisuus

Kansalaisuus kirjataan tarvittaessa käyttäen apuna maakoodistoa.

7.3 Yhteyshenkilö

[Asiakastietolain](#) 27 §:n mukaan yhteyshenkilön minim tiedot ovat

- alaikäisen potilaan huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot
- täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä
- tarvittaessa potilaan ilmoittaman lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot.

Ajantasainen tieto potilaan lähiomaisesta tai muusta yhteyshenkilöstä on tarpeen, jotta tiedetään, keneen läheiseen voi tarvittaessa ottaa yhteyttä ja kenelle voi antaa tietoja [potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 6 §:n](#) 2 ja 3 momentissa tarkoitettussa tilanteessa, jossa täysi-ikäinen ei pysty itse päättämään hoidostaan.

Yhteyshenkilön tiedoissa hyödynnetään samoja koodistoja ja suosituksia kuin potilaan perustiedoissa. Yhteyshenkilön sukulaisuus kirjataan luokituksella Sukulaisuus. Yhteyshenkilöitä voi olla useita, jolloin luokituksella Yhteyshenkilön ensisijaisuus voidaan kirjata, onko kyseessä ensisijainen vai toissijainen yhteyshenkilö. Sukulaisuuden lisäksi yhteyshenkilö voi olla muu edunvalvoja tai huoltaja.

DVV:stä saadaan tieto edunvalvonnan voimassaolosta (eli sen alkamis- ja päättymispäivä) ja tieto mahdollisesta edunvalvonnan tehtävien jaosta edunvalvojien kesken, mitä voidaan tarvittaessa tarkentaa vapaamuotoisena tekstinä.

Huoltajaa tai huoltajia koskevana tietoina saadaan väestörekisteristä tieto tehtävien jaosta huoltajien kesken ja huoltajuussuhteen voimassaolosta (alkamis- ja päättymispäivä). Vanhemmat voivat sopia tai tuomioistuimella päättää tietojensaantioikeuden antamisesta huollosta erotetulle vanhemmalle tai muulle lapsen läheiselle henkilölle ([Laki lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta, 361/1983](#)). Tällöin henkilöllä on sama oikeus kuin huoltajalla saada lasta koskevia salassa pidettäviä tietoja viranomaisilta ja yksityisiltä palveluntuottajilta joko kaikissa tai sopimuksessa tai päätöksessä määrättyissä asioissa. Lastenvalvojat ja tuomioistuimet ilmoittavat alaikäisen huoltotiedot (= tieto siitä, mitä huollosta ja tiedonsaantioikeuksista on sovittu) väestötietojärjestelmään. Myös DVV:n virkailijat voivat tallentaa lasten huoltotietoja viranomaisen puolesta

7.4 Vakuutusyhtiö

Asiakastietolain 27 §:n mukaan potilaan vakuutusyhtiö kirjataan tarvittaessa, silloin kun hoidon maksaa mahdollisesti vakuutusyhtiö. Tarvittaessa kirjataan myös potilaan työnantajan vakuutusyhtiö, jos kyseessä saattaa olla työtapaturma tai ammattitauti. Vakuutusyhtiö kirjataan vapaamuotoisena tekstinä.

7.5 Turvakielto

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

Tieto turvakiellosta eli sen päättymispäivämäärä saadaan Väestötietojärjestelmästä. Turvakiellon alaisista tiedoista on säädetty väestötietojärjestelmästä ja Digi- ja väestötietoviraston

varmennepalveluista annetussa laissa ([661/2009 36 §](#)). Tiedon turvakiellosta tulee näkyä vähintään potilaan osoitetietojen yhteydessä.

7.6 Henkilötietolomake

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

8 Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tiedot

- [8.1 Merkinnän tekijän ja hoidon antajan tunnistetiedot](#)
- [8.2 Palvelutapahtuman tunnistetiedot](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Hoidon antajan tunnistetiedot kuvaavat palvelun toteuttajan ja terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön. Palvelun toteuttajan tiedot koostuvat palveluyksikön nimestä ja yksilöintitunnuksesta. Terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön tiedot koostuvat henkilön nimestä ja ammatista. Potilastietojärjestelmä pystyy tavallisesti tuottamaan jokaisen potilasasiakirjan merkinnän tunnistetietoja automaattisesti käyttäjän kirjautumisen perusteella, eikä käyttäjän tarvitse kirjata niitä erikseen. Palvelutapahtuman tiedot koostuvat palvelutapahtuma-asiakirjasta, palvelutapahtuman tunnisteesta ja ajankohdasta, jotka potilastietojärjestelmä tuottaa niin ikään automaattisesti. Käyttäjä saa tunnistetiedot tarvittaessa näkyviin esimerkiksi näyttömuodossa.

Potilasasiakirjat ja niihin sisältyvät merkinnät sisältävät tunnistetietoja (metatietoja), jotka on tarkoitettu esimerkiksi potilastiedon tallentamiseen, hakemiseen ja käsittelyn mahdollistamiseen. Myös palvelutapahtumalle on omat tunnistetietonsa, joita käytetään valtakunnallisissa digitaalisissa palveluissa asiakirjahallinnon apuna. Suuri osa tunnistetiedoista muodostuu automaattisesti, eikä käyttäjän tarvitse tavallisesti kirjata niitä. Tunnistetiedoissa käytettäviä luokituksia on kuvattu taulukossa 8.1.

Taulukko 8.1 Hoidon antajan ja palvelutapahtuman tunnistetietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia

Kirjaamisen luokituksia	Teknisiä luokituksia
Valvira - Koulutusluokitus	eArkisto-Palvelutapahtuman laji
TK-Ammattiluokitus	eArkisto-tekninen CDA R2 henkilötarkennin (Ammattihenkilön funktio/rooli)

8.1 Merkinnän tekijän ja hoidon antajan tunnistetiedot

[Asiakastietolain](#) 27 § 3 momentin mukaan potilasasiakirjoista tulee aina käydä ilmi palvelunjärjestäjän ja palveluntuottajan nimi ja yksilöintitunnus, merkinnän tekijän nimi ja yksilöivä tieto sekä ammattinimike. Lisäksi tulee ilmetä merkinnän ajankohta tai lääkinnällisen laitteen, ohjelmiston tai robotin tuottaman merkinnän tiedot täydennettynä mahdollisen merkinnän hyväksyjän tiedoilla.

Merkintä on yhden käyttäjän samalla kertaa asiakirjaan kirjaamien tai laitteen tuottamien, samojen metatietojen sitomien tietojen yksikkö. Se on pienin terveydenhuollon prosesseissa syntyvä sisältökokonaisuus tai asiakirjallinen tieto, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö tallentaa potilastietojärjestelmään. Ks. myös [potilasasiakirjamerkintä](#).

Merkinnän tekijä on pakollinen tieto, mutta yleensä järjestelmä tuottaa tiedon automaattisesti. Merkinnän tekijä on henkilö, joka vastaa merkinnän tietosisällöstä. Merkinnän kirjaaja voi olla

avustava henkilö, konekirjoittaja tai laite, ohjelmisto tai robotti. Tällöin myös merkinnän teknisen kirjaajan tiedot tulee ilmetä merkinnästä. (AstL 27.3 §)

Hoidon antajan tunnistetiedot identifioivat palvelun toteuttajan ja terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön. Palvelun toteuttaja voi olla terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö. Terveydenhuollon toimintayksikön lisäksi identifioidaan palveluyksikkö. Terveydenhuoltoa toteuttava henkilö voi olla terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon palvelujen antamiseen osallistuva henkilö, kuten ensihoidossa työskentelevät pelastajat.

Palvelunantajalla tarkoitetaan viranomaista, julkisoikeudellista yhteisöä ja yksityistä elinkeinonharjoittajaa, joka järjestää tai toteuttaa sosiaali- tai terveysterveystoimia sekä [työterveyshuoltolain \(1383/2001\) 7 §:n](#)1 momentin 2 kohdassa tarkoitettua työnantajaa (AstL 3.11 §). Palvelujen toteuttaja on [sosiaali- ja terveysterveystoimien antaja](#), joka käytännössä antaa sovitut sosiaalipalvelut, terveysterveystoimet tai sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiset palvelut asiakkaalle.

Palvelun toteuttajan ja palveluja tuottavan palveluyksikön tiedot sisältävät tekstimuotoisen nimen ja OID-tunnuksen. Järjestelmä voi tuottaa potilashallinnon tietojen perusteella tiedon palveluyksiköstä osaston tarkkuudella, kuten esimerkiksi Kuopion yliopistollisen sairaalan vuodeosasto 2, ja lisäksi erikoisalatioiden, kuten esimerkiksi kirurgia tai sisätaudit. Potilastietojärjestelmä generoi ISO-standardin mukaisen OID-tunnisteen, joka ei näy käyttäjälle ja josta käyttäjän ei tarvitse huolehtia.

Ammattihenkilön rooli tunnustetaan kansallisen Koodistopalvelun mukaisella roolitunnuksella (eArkisto - tekninen CDA R2 henkilötunnus). Ammattihenkilö voi myös osallistua useammassa roolissa asiakirjan merkintöihin, ja rakennetta voidaan toistaa niin monesti kuin on tarve, jotta saman ammattihenkilön eri roolit merkinnässä tallentuvat. Merkinnän kirjauksessa ammattihenkilön rooli on pakollinen tieto, jonka järjestelmä yleensä päättelee automaattisesti.

Terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön tiedot kertovat henkilön nimen ja ammatin. Potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti terveydenhuoltoa toteuttavan henkilön nimen ja muita henkilön perustietoja ammattihenkilön käyttäjätunnuksen perusteella. Ammatin kirjaamisessa hyödynnetään Ammattiluokitus-koodistoa.

Tavallista on, että potilaan hoitoon osallistuu useita terveydenhuoltoa toteuttavia henkilöitä, jolloin tieto siitä, kuka on merkinnän kirjaaja, ilmenee käyttäjähallinnasta.

Hoidon antajiksi tulkitaan kaikki terveydenhuoltoa toteuttavat henkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon ja kirjaavat potilasasiakirjoihin merkintöjä. Kun käyttäjätiedoista on pääteltävissä, kuka on merkinnän tekijä, tieto merkinnän tekijästä, kuten lääkäristä, voidaan muodostaa automaattisesti potilastietojärjestelmässä. Muussa tapauksessa tekijätieto on syötettävä käsin tai se voidaan tuottaa merkinnän hyväksymisen yhteydessä. Jokaiseen potilasasiakirjamerkintään sisältyy merkinnän tekijän, palveluyksikön ja kirjaajan tiedot. Kun merkinnän tekijä on opiskelija, tämän ohjauksesta vastaava henkilö hyväksyy merkinnän.

Hoitoon osallistuneet henkilöt on kyettävä tarvittaessa selvittämään (AsTL 28 §). Lainsäädännön tulkinnan mukaan tämä ei tarkoita sitä, että kaikki potilaan hoitoon osallistuneet henkilöt ilmenevät välittömästi potilasasiakirjamerkinnöistä, vaan riittävää on, että kyseiset henkilöt voidaan selvittää esimerkiksi työvuorolistojen avulla. Avustavan ammattilaisen työnkuva vaihtelee tilannekohtaisesti. Pääsääntöisesti henkilöiden nimiä ei tietosuojasystä kirjata ilman asianmukaista perustetta.

Jos avustava henkilö tekee hoitotilanteessa sellaisia toimenpiteitä, että hänen henkilöllisyytensä ja osallisuutensa on esim. potilaan, lääkärin tai hänen itsensä oikeusturvan vuoksi oltava nähtävissä potilasasiakirjoista, nimen kirjaamiselle on peruste. Mikäli ammattilaiset tekevät yhteisen vastaanoton yhteydessä itsenäisesti toimenpiteitä, antavat hoidollista neuvontaa ja ohjausta jne. niin näissä tapauksissa molemmat kirjaavat oman merkintänsä potilaskertomukseen.

Merkinnän kirjaamisen päivämäärä sisältyy merkinnän kuvailutietoihin, mutta potilastietojen havaintopäivät kuuluvat merkinnän tietosisältöön ja kirjataan erikseen. Merkinnän kirjaamisaika on prosessin seurannan ja juridiikan kannalta oleellinen tieto. Merkinnän yksilöintitietoihin sisältyy lisäksi merkinnän hyväksymisaika, kun merkintä edellyttää hyväksyntää. Tavallisesti merkinnän kirjausajankohta ja tekijä eivät näy käyttäjälle, mutta ne saadaan tarvittaessa esille.

8.2 Palvelutapahtuman tunnistetiedot

Palvelutapahtumalla tarkoitetaan terveydenhuollon palvelujen antajan ja potilaan välistä yksittäisen palvelun järjestämistä tai toteuttamista, sekä siihen ajallisesti ja sisällöllisesti liittyviä tutkimuksia, toimenpiteitä, konsultaatioita ja yhteydenottoja. Käytännössä palvelutapahtuma on prosessi, vaikka se ajallisesti voikin olla lyhytkestoinen. Palvelutapahtuma käynnistyy jostain herätteestä ja siitä saadaan tuloksia, joka syntyvät palvelutapahtuman aikana tehdyistä toiminnoista.

Palvelutapahtuma-käsitteen avulla kytketään toisiinsa samaan asiayhteyteen (kontekstiin) liittyvät yksittäiset potilastiedot ja niiden merkinnät ja asiakirjat. Näin palvelutapahtuma vastaa asiakirjahallinnon asian käsitettä eli palvelutapahtuma on asia, johon kytketään kaikki siihen liittyvät ja hoidon myötä syntyneet asiakirjat. Palvelutapahtumakäsite muodostaa myös kokonaisuuden, jonka avulla hallinnoidaan potilaan tekemiä luovutuslupia, suostumuksia ja kieltoja. Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaalla on mahdollisuus kieltää tietyn palvelutapahtuman tietojen näkyminen toisessa organisaatiossa. Kts. myös [asiakastietolaki](#), 28 §, 58 § ja 59 §

Palvelutapahtuma kohdistetaan tietojärjestelmissä yksittäiselle potilaalle ja jokainen potilasasiakirjamerkintä liitetään tiettyyn yksilöityyn palvelutapahtumaan. Potilastietojärjestelmien on kyettävä liittämään samaan palvelutapahtumaan kuuluvat, myös saman palvelujen antajan eri potilastietojärjestelmissä syntyneet, tiedot yhteen palvelutapahtuman tunnuksen avulla, tai jos järjestelmä ei pysty liittämään tietoja toisiinsa, käyttäjän on valittava itse oikea palvelutapahtuma. Kaikki Potilastietovarantoon tallennettavat hoitoasiakirjat tulee liittää yksilöityyn palvelutapahtumaan.

Palvelutapahtuma on esimerkiksi yksittäinen avohoitokäynti siihen ajallisesti ja asiallisesti liittyvine tutkimuksineen, toimenpiteineen ja yhteydenottoineen, tai sitä vastaava muu kontakti (esim. etäasiointi). Myös hoitajakso siihen liittyvine toimenpiteineen, tutkimuksineen ja konsultaatioineen, tai määrittelystä syystä tapahtuva sarjakäynti muodostaa yhden palvelutapahtuman.

Vaikka palvelutapahtumat voitaisiin palvelujen tuottajan näkökulmasta jaotella pienempiin kokonaisuuksiin, ei tällainen jaottelu olisi välttämättä käytännöllinen potilastietoja haettaessa. Sarjakäynti (hoitojen sarja) taas on yksi ja sama suorittava palvelutapahtuma, jossa eri käynnit liittyvät asiallisesti toisiinsa, mutta käyntien välillä ei tehdä uutta hoidon arviointia. Yksittäinen käynti on tällöin sarjakäynnin yksittäinen suorite, joka eroaa toisista vain päivämäärältään. Myös tällöin kustakin käynnistä voidaan tarvittaessa tehdä omat merkinnät tai asiakirja.

Palvelutapahtuman määrittelyssä on muistettava, että siinä näkökulma hoitoon on potilaan, eikä palvelun tuottajan. Esimerkiksi erikoissairaanhoidossa potilas voi olla hoidossa useallakin osastolla. Vaikka potilaan hoidon koordinaativastuu siirtyy tällöin palvelutapahtuman aikana osastolta toiselle, näistä eri osastojen tuottamista prosessitapahtumista muodostetaan yksi palvelutapahtuma, kun hoidon syy ei muutu.

Palvelutapahtuman tunnistetietoihin kuuluvat palvelutapahtuman tyyppi, yksilöintitunnus ja ajankohta. Palvelutapahtuman tyyppi ilmaistaan luokituksella Palvelutapahtuman laji. Palvelutapahtumat yksilöidään OID-tunnuksella ja tapahtuman ajankohta ilmaistaan vähintään päivämäärän tarkkuudella.

9 Tulosityt, käyntisytyt ja diagnoosit

- [9.1 Tulosityt](#)
- [9.2 Käyntisytyt](#)
- [9.3 Diagnoosi](#)
- [9.4 Diagnoosin ja käyntisytyyn tietosisällöt](#)
 - [9.4.1 Diagnoosi- ja käyntisytykoodit](#)
 - [9.4.2 Diagnoosin tai käyntisytyyn ensisijaisuus](#)
 - [9.4.3 Diagnoosin tai käyntisytyyn pysyvyys](#)
 - [9.4.4 Diagnoosin tai käyntisytyyn varmuusaste](#)
 - [9.4.5 Tiedon lähde](#)
 - [9.4.6 Diagnoosin tai käyntisytyyn toteamishetken tiedot](#)
 - [9.4.7 Diagnoosin päättymisen tiedot](#)
 - [9.4.8 Hoitopisodi ja diagnoosin tai käyntisytyyn episoditunnus](#)
- [9.5 Aiempien diagnoosi- ja käyntisytymerkkien hyödyntäminen](#)
 - [9.5.1 Aiemmin kirjattujen diagnoosien ja käyntisytyiden poimiminen](#)
 - [9.5.2 Diagnoosin tai käyntisytyyn tarkentaminen](#)
- [9.6 Diagnoosien ja käyntisytyiden koostetiedot](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Potilaan ilmoittama hoitoon hakeutumisen syy kirjataan Tulosityt-otsikon alle vapaamuotoisena tekstinä. Terveydenhuollon ammattihenkilön arvioima hoitokontaktin syy kirjataan aina rakenteisesti ICD- tai ICPC-luokituksella joko diagnoosina (lääkärit, hammaslääkärit) tai käyntisytyynä (muut terveydenhuollon ammattihenkilöt). Käyntisytyä ja diagnooseja voidaan tarvittaessa tarkentaa niiden ensisijaisuutta, pysyvyyttä ja varmuutta kuvaavilla lisämääreillä. Tiedonhallintapalvelu muodostaa potilaan diagnooseista ja käyntisytyistä koosteen, jonka potilastietojärjestelmät näyttävät siten, että pitkäaikaisdiagnoosit näytetään määräaikaisista diagnooseista erillään. Yhteenvetolistalla olevia diagnooseja ja käyntisytyä voi käyttää uusien kirjausten pohjana. Tietoja voi myös tarkentaa ja liittää uusia diagnooseja ja käyntisytyä aiempaan episodiin.

Potilaan itsensä ilmaisema hoitoon hakeutumisen, yhteydenoton ja asioinnin syy (Tulosityt) kirjataan vapaamuotoisesti. Ammattihenkilön arvioon pohjautuva tieto hoitotapahtuman diagnoosista tai käyntisytyistä kirjataan rakenteisesti käyttäen ICPC- tai ICD- koodistoja. Diagnooseiksi tai käyntisytyiksi merkitään kaikki käynnin, hoitajakson tai muun hoitotapahtuman (esimerkiksi etäasioinnin) aikana hoidetut tai muutoin hoitoon olennaisesti vaikuttaneet potilaan diagnoosit ja käyntisytyt, riippumatta siitä onko kyseessä esimerkiksi lyhytaikainen vai pitkäaikainen sairaus.

Diagnoosit ja käyntisytyt ovat potilaan hoidon kannalta tärkeimpiä rakenteisia tietoja, mutta tietoja käytetään myös laajemmin, esimerkiksi kuvaamaan palvelutuotantoa, laadun ja vaikuttavuuden mittaamisessa tai kustannusten analysoinnissa. Käyntisytyiden ja diagnoosien kirjaamiseen käytettäviä luokituksia on kuvattu taulukossa 9.1.

Potilastietojärjestelmät muodostavat kullekin diagnoosille ja käyntisyylle episoditunnuksen, jonka avulla potilaan samaan sairauteen liittyviä diagnoosi- ja käyntisyytietoja voidaan liittää yhteen hoidolliseksi kokonaisuudeksi, ns. episodiksi riippumatta siitä, kuka oli palvelun antaja.

Tiedonhallintapalvelu muodostaa rakenteisista diagnoosi- ja käyntisyytiedoista koosteen (DGK), jota kuvataan luvussa 9.6. Diagnoosien ja käyntisyiden rakenteisia tietosisältöjä ja niistä muodostettavan diagnoosikoosteen määrittelyjä on kuvattu tarkemmin [Tiedonhallintapalvelun periaatteissa ja toiminnallisissa määrittelyissä](#). Siinä esitetty [THL/ Tietosisältö - Diagnoosit](#) on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella (sisältää myös käyntisyitä).

Taulukko 9.1 Käyntisyiden ja diagnoosien kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia	Lisätietoa
Diagnoosit tai käyntisyitä: THL - Tautiluokitus ICD-10 tai Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus	
Diagnoosin ulkoinen syy ja tapaturmatyyppi: THL - Tautiluokitus ICD-10	Dg ulkoinen syy: Kirjataan tarkentimena diagnoosi-koodeille S00-T98. Kirjataan käyttäen ICD-10 koodeja V01-Y89 Tapaturmatyyppi: Kirjataan tarkentimena dg ulkoisille syyille W00-X59. Kirjataan käyttäen ICD-10 koodeja Y94.0-Y96.9
THL - Harvinaissairauksien Orpha-luokitus	
Tilan aiheuttajana oleva lääkeaine: Fimea - ATC luokitus	
Haittavaikutuksen aiheuttaja: THL - Toimenpideluokitus tai Fimea - ATC luokitus	Haittavaikutuksen aiheuttaja: Kirjataan dg ulkoisen syyn koodeille Y40-Y84 ja Y88.0-Y88.3
Diagnoosin tai käyntisyyn ensisijaisuus: AR/YDIN - Diagnoosin / toimenpiteen ensisijaisuus (päädiagnoosi/ sivudiagnoosi)	
Diagnoosin tai käyntisyyn pysyvyys: AR/YDIN – Pysyvyys (Pysyväisluonteinen/ Määräaikainen)	
Diagnoosin tai käyntisyyn varmuusaste: AR/YDIN – Varmuusaste (Epäilty / Todennäköinen tai varma)	
THL - Tiedon lähde (Hoitava organisaatio/ Muu hoitava organisaatio/ Potilas/ Potilaan äiti/ Potilaan isä / Potilaan edustaja/ Viranomainen/ Muu tiedon lähde/ Laite/ Työnantaja)	
Diagnoosin päättymisen syy: AR/YDIN - Terveystiedon päättymisen syy (Määräaikainen / Parantunut / Tarkentunut / Muu syy)	
UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistö *	Kirjataan tarkentimena tapaturmatyypille Y94.2
THL/SNOMED CT - Terveysongelmat ja kontaktien syyt	

* Liikuntalajinimikkeistö voidaan tarvittaessa liittää Tautiluokitus ICD-10:n koodin Y94.2 Urheilu- tai liikuntatapaturma rinnalle täsmentämään lajia, jossa sairaalahoitoa vaatinut vamma on syntynyt

9.1 Tulosityy

Tulosyy kuvaa potilaan itsensä ilmoittaman tai ilmaiseman hoitoon hakeutumisen, yhteydenoton ja palveluissa asiointin syyn. Tieto perustuu potilaan omaan ilmoitukseen, kokemukseen, näkemykseen, tulkintaan tai arvioon terveyspalveluissa asiointin syystä. Tulosityyn voi joissakin

tilanteissa ilmaista potilaan puolesta myös hänen saattajansa tai tulosyy voi perusta lähetteeseen. Potilaan henkilökohtaiset palveluissa asiointin syyt voivat liittyä erilaisiin oireisiin, aiemmin diagnosoituihin sairauksiin tai diagnostisiin ja hoidollisiin toimenpiteisiin tai lääkitykseen liittyviin tarpeisiin. Tietoa potilaan hoitoon hakeutumisen tai muista asiointin syistä on yleensä kirjattu vapaamuotoisena tekstinä ajanvarauksen tai ilmoittautumisen yhteydessä, ja tulotilanteessa erityisesti perusterveydenhuollon vastaanotoilla. Tulosyy-käsitettä suositellaan käytettäväksi vastaavassa merkityksessä myös erikoissairaanhoidossa. (Ks. myös luvut 9.2 Käyntisyys ja 9.3 Diagnoosi)

Tulosyy kirjataan **Tulosyy**-otsikon alle. Tulosyy kirjaa (toistaiseksi ja pääsääntöisesti) terveydenhuollon ammattihenkilö tai puhelinneuvonta- tai vastaanottopisteessä toimiva muu vastaava henkilö yleensä vapaana tekstinä mahdollisimman autenttisenä potilaan (tai hänen edustajansa) ilmoituksen pohjalta. Tulosyy voidaan kirjata myös rakenteisesti esimerkiksi SNOMED CT- tai ICPC -luokituksella. Tulevaisuudessa sähköiset palvelut ja tietojärjestelmät saattavat mahdollistaa myös sen, että potilas voi kirjata tulosyy itsensä.

9.2 Käyntisyys

Käyntisyys-tieto ilmaisee muun kuin lääkärin tai hammaslääkärin näkemyksen vastaanottokäynnillä tai vastaavan kontaktin (esimerkiksi etäasiointin) yhteydessä käsitellystä ja/tai hoidetusta oireesta, vaivasta tai sairaudesta. Lääkärit ja hammaslääkärit eivät kirjaa tietoa käyntisyyistä, vaan ainoastaan diagnoositietoa (ks. tarkemmin luku 9.3 Diagnoosi).

Käyntisyys-tieto pohjautuu aina ammattihenkilön havaintoon ja arvioon, ja sen määrittäminen tapahtuu vastaanottotilanteen edetessä ja perusteella. Tulosyytiedosta poiketen käyntisyys-tieto edellyttää aina terveydenhuollon ammattihenkilön aktiivista kannanottoa potilaan terveysongelmaan ja tilanteeseen.

Käyntisyy kirjataan tapahtuu terveydenhuollon ammattihenkilön koulutuksen, ammatillisen osaamisen, tehtävien ja työnkuvan pohjalta. Käyntisyyksi kirjataan ne oireet, vaivat ja sairaudet tai muut vastaavat syyt, jotka ovat hoidon ja toiminnan kohteena tai muutoin käsiteltävänä kyseisellä hetkellä. Potilaalla aiemmin todetut tai diagnosoidut pitkäaikaissairaudet kirjataan käyntisyyksi ainoastaan silloin, kun ne ovat ajankohtaisesti hoidettavina tai vaikuttavat oleellisesti kyseisessä hoitotapahtumassa käsiteltävään tai hoidettavaan ongelmaan sekä hoidon toteutukseen tai palvelun sisältöön.

Käyntisyys-tieto kirjataan joko ICPC-luokituksella tai vaihtoehtoisesti ICD-luokituksella, jos käyntisyys perustuu lääkärin aiemmin tekemään diagnoosiin. Käyntisyy nimi tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ICD- tai ICPC -luokitukselta, mutta nimeä voi tarvittaessa muokata luokituksessa käytettyä termiä täsmällisemmäksi tai käyntisyytä paremmin kuvaavaksi, kunhan sen merkitys ei muutu koodista poikkeavaksi. Käyntisyytä voi olla yksi tai useampia. Käyntisyys-tietoa voidaan tarkentaa vastaavilla lisämääreillä kuin diagnoositietoa.

Käyntisyys-tieto kirjataan kertomusnäkömään **Hoidon syy** -otsikon alle tai suoraan Diagnoosit ja käyntisyys -tietorakenteen mukaiseen kenttään. Hoidon syy -otsikon alle kirjattua rakenteista käyntisyys-tietoa voi tarvittaessa täydentää vapaalla tekstillä.

9.3 Diagnoosi

Diagnoosi ilmaisee lääketieteellisesti määritetyn taudin tai muun poikkeaman terveydentilasta (esim. vamma). Potilasta hoitava lääkäri kirjaa diagnoositiedon mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Diagnoositiedon teknisenä kirjaajana voi kuitenkin toimia myös muu kuin lääketieteellisen koulutuksen saanut henkilö (esimerkiksi tekstinkäsittelijä). Merkinnän

(asiasisällöllisenä) tekijänä on kuitenkin aina lääkäri. Lääkärit kirjaavat aina diagnoosin, eivät käyntisyytä. Diagnoositieto kirjataan diagnoosi-rakenteella joko **Diagnoosi**-otsikon alle tai erilliseen Diagnoosi-tietorakenteen mukaiseen kenttään.

Diagnoosit kirjataan erikoissairaanhoidossa ICD-luokituksella ja perusterveydenhuollossa ICD- tai ICPC- luokituksella. Suosituksena perusterveydenhuollossakin on käyttää ICD-luokitusta. Diagnoosin nimi tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ICD- tai ICPC-luokituksesta, mutta diagnoosin tehnyt lääkäri voi myös muokata diagnoosin nimeä luokituksessa käytettyä termiä täsmällisemmäksi tai paremmin kuvaavaksi, kunhan sen merkitys ei muutu koodista poikkeavaksi. Mahdolliset koodinimen täsmennykset, tarkennukset ja lisäykset voidaan kirjata myös diagnoosin nimen perään (esimerkiksi: ICD-10 S92.0 Kantaluun murtuma, oikean jalan tai ICPC-2 L76 Murtuma, muu -> L76 Oikean jalan kantaluun murtuma).

Käynnin, hoitajakson tai vastaavien kontaktien (esimerkiksi etäasioinnin) diagnooseilla viitataan kulloisenkin kontaktin yhteydessä hoidettuihin terveysongelmiin ja (määräaikaisiin tai pysyväisluonteisiin) diagnooseihin. Hoitotapahtuman diagnooseiksi kirjataan vain ne aiemmat diagnoosit, joilla on merkitystä ajankohtaisen terveysongelman tutkimisessa, hoidossa tai ennusteessa tai jotka kulloisellakin hetkellä vaikuttavat potilaan terveydentilaan.

Diagnoosin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tapahtuva huolellinen kirjaaminen tukee kliinisen päätöksentuen käytön mahdollisuutta. Diagnoosien kirjaamista on kuvattu tarkemmin [Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirjassa](#). ICD- ja ICPC-luokituksia esitellään yksityiskohtaisemmin oppaissa [Tautiluokitus ICD-10](#) (2011) ja [ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus](#). Orpha-koodiston käytöstä on lisätietoa [Harvinaissairauksien Orpha-koodit](#) (thl.fi) -sivustolla.

9.4 Diagnoosin ja käyntisyyntietosisällöt

Diagnoosit ja käyntisyyt kirjataan samalla tietorakenteella ja niiden sisällöt on kuvattu samassa tietosisältömäärittelyssä (THL/Tietosisältö - Diagnoosit). ICD-10 ja ICPC-2 koodistojen käytössä on kuitenkin pieniä eroja, jotka on keskeisiltä osin huomioitu myös seuraavissa luvuissa.

9.4.1 Diagnoosi- ja käyntisyykkoodit

Diagnoosit ja käyntisyyt kirjataan käyttäen ICD- tai ICPC- luokitusta. Jos diagnoosi kirjataan ICPC-koodilla, on sitä mahdollista – ja suositeltavaa – tarkentaa ICD-koodilla. Potilastietojärjestelmä voi tuottaa nähtäväksi listan ICPC-koodia vastaavista ICD-koodeista, joista merkinnän tekijä valitsee sopivan koodin. Ks. kuva 9.1.

Tieto ICD-10 koodia vastaavista ICPC-koodeista on julkaistu osana ICD-10 luokitusta sekä tieto ICPC-koodia vastaavista ICD-koodeista osana ICPC-2-luokitusta. Lisätietona ICD- ja ICPC-koodistoissa on julkaistu myös em. siltausten ensisijaisuus, oletusarvoinen ”paras osuma”, silloin kun koodistojen keskinäinen suhde on yksi-moneen.

Diagnoosin lisäys

Pvm	ICPC-2	ICD-10	syy/oire	Diagnoosin nimi	Varmuus
4.4.11	K87	~ I12.0		Komplisoitunut verenpainetauti	

ICD-koodi: I15.0 Munuaisverisuoniperäinen verenpainetauti

Päädg Pysyvyys: Pysyvä

Hae:

- I13.9 Määrittämätön verenpainetaudin aiheuttama sydän- ja munuaissairaus
- I11.0 Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ja sydämen [kongestiivinen] vaj
- I11.9 Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen [kongestiivista]
- I12.0 Verenpainetaudin aiheuttama munuaissairaus ja munuaisen vajaatoiminta
- I15.0 Munuaisverisuoniperäinen verenpainetauti
- I15.1 Muun munuaissairauden aiheuttama korkea verenpaine

Kuva 9.1 Esimerkki, kun käytetään ICPC-koodistoa. Järjestelmä tarjoaa vastaavien ICD-koodien listaa, oletuksena tarjotaan ensisijaiseksi määrittelyä vastaavaa ICD-koodia. (Virkkunen ym. 2023)

Kun diagnoositieto kirjataan ICD-luokituksella, merkinnässä voidaan käyttää joko ICD-luokituksessa olevia yksittäisiä diagnoosikoodeja tai koodipareja, ns. yhdistelmäkoodeja. Merkinnän tekijä voi myös itse muodostaa koodipareja yhdistämällä ICD-luokituksessa olevia yksittäisiä koodeja, kun ensin valittu koodi päättyy &-, *- tai +-merkkiin. #-merkkiin päättyvään koodiin pitää tarkentimeksi kirjata tilan aiheuttajana olevan lääkeaineen ATC-koodi.

Potilastietojärjestelmissä voi olla mahdollista kirjata yhdistelmädiagnoosit myös (tai yksinomaan) suoraan rakenteisesti siten, että oire-, syy-, endokrinologisen häiriön ja ATC-koodit kirjataan suoraan omiin kenttiinsä eikä muodostamalla diagnoosikoodiparia. Myös koodiparina kirjatut yhdistelmädiagnoosit, potilastietojärjestelmä purkaa erillisiksi rakenteiksi tiedon helpompaa hyödyntämistä varten (alkaen 2015 määritellystä sisällöstä).

Tietyt ICD-10-luokituksen koodit vaativat lisätietona diagnoosin ulkoisen syyn, tapaturmatyyppin tai liikuntalajin tiedot. Potilastietojärjestelmät tunnistavat diagnoosit, joille lisätiedot tulee kirjata. Merkinnän tekijän on näiden diagnoosien kohdalla täytettävä kyseiset lisätiedot.

9.4.2 Diagnoosin tai käyntisyyntä ensisijaisuus

Päädiagnoosi on potilaan hoidon kannalta kyseisen hoitotilanteen ensisijainen diagnoosi tai käyntisyys. **Sivudiagnoosit** ovat muita potilaan hoidon kannalta toissijaisia diagnooseja tai käyntisyyntä, joilla on kyseisessä hoitotilanteessa vaikutusta potilaan tutkimiseen, hoitoon, ennusteeseen tai hänen välittömään terveydentilaansa. Tieto diagnoosin tai käyntisyyntä ensisijaisuudesta kirjataan Diagnoosin ensisijaisuus -luokituksen mukaisesti. Käynnille tai hoitojaksolle tulee määrittää päädiagnoosi tai pääasiallinen käyntisyys viimeistään hoitojakson tai käynnin tai muun hoitokontaktin päättyessä.

Kutakin käyntiä, hoitojaksoa tai muuta hoitokontaktia kohden voi olla vain yksi päädiagnoosi. Mikäli sitä ei ole määritetty, käynnin kirjauksen tai hoitojakson loppuarvion ensimmäiseksi merkitty diagnoosi tai käyntisyys tulkitaan päädiagnoosiksi ja muut diagnoosit sivudiagnooseiksi. Jos hoitotapahtumassa on useita, hoidon kannalta yhtä tärkeäksi katsottuja käyntisyyntä tai diagnooseja, järjestystä voi olla vaikea määrittää. Toistaiseksi tällaisiin tilanteisiin ei ole olemassa tarkempia kansallisia ohjeita. Ensisijaisuuden kriteerinä on voitu käyttää esimerkiksi hoidon vaatavuutta eli eniten resurssia hoitotapahtumassa vaatinut diagnoosi on merkitty päädiagnoosiksi.

9.4.3 Diagnoosin tai käyntisyyden pysyvyys

Diagnoosin pysyvyyttä kuvataan tarvittaessa Pysyvyys-luokituksen avulla. Diagnoosi voi olla määräaikainen tai pysyväisluonteinen:

- **Määräaikainen** diagnoosi tarkoittaa sellaista ohimenevää sairautta, vamman tai muun terveysongelman diagnoosia, jolla ei ole pitkäaikaista merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien kannalta.
 - Määräaikaiset diagnoosit näkyvät Tiedonhallintapalvelun kokoamalla diagnoosien ja käyntisyyden yhteenvedolla.
- **Pysyväisluonteinen** diagnoosi on pitkäaikainen tai pysyväisluonteinen aiheuttaen pitkäaikaista hoidon tarvetta tai vaikuttaen potilaan terveyteen, hyvinvointiin ja hoitoon sairautta tai muun terveysongelman väistyttyäkin
 - Pysyväisluonteisilla diagnooseilla on merkitystä useimpien potilaskontaktien yhteydessä, vaikka ne eivät olisikaan varsinaisen hoitoon hakeutumisen syy ja siksi ne usein kirjataan käyntien ja hoitajaksojen sivudiagnooseiksi.
 - Pysyväisluonteiset diagnoosit näkyvät Tiedonhallintapalvelun kokoamalla yhteenvedolla omalla pitkäaikaisdiagnoosilistalla ja ne säilyvät listalla niin kauan kunnes joku kirjaa ne päättyneiksi.

Diagnoosin pysyvyyden määrittäminen on pakollista. Potilastietojärjestelmät tuottavat oletusarvot Pysyvyys-tiedolle, mutta merkinnän tekijä voi tarvittaessa muuttaa oletusarvon mukaista tietoa. Kun oletusarvoisesti pysyväisluonteinen diagnoosi kirjataan potilaalle ensimmäistä kertaa (ts. diagnoosi ei ole vielä potilaan pitkäaikaisten diagnoosien listalla), järjestelmä kysyy merkinnän tekijältä vahvistusta, kirjataanko diagnoosi pysyväisluonteiseksi. Jos diagnoosi on jo pitkäaikaisten diagnoosien listalla, se kirjautuu (määräytyy/määrittyy) automaattisesti pysyväisluonteiseksi. Oletusarvoisesti määräaikaiset diagnoosit tallentuvat automaattisesti määräaikaisiksi, ellei niitä ole kirjattu aiemmin potilaan pitkäaikaisdiagnooseihin.

Käyntisyys ovat käsitteellisesti vain kyseisen käynnin (kontaktin) syitä, eivätkä siis kannanottoja tilan pysyvyyteen. Siksi käynnin syytä kirjattaessa niiden pysyvyyteen ei tarvitse ottaa kantaa. Jos kirjattava käyntisyys perustuu olemassa olevaan pitkäaikaisdiagnoosiin, sillä on automaattisesti pysyvyydetietona Pysyväisluonteinen. Muut käyntisyys (kuin pitkäaikaisdiagnoosiin perustuvat) järjestelmä tallentaa automaattisesti määräaikaisina.

9.4.4 Diagnoosin tai käyntisyyden varmuusaste

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

Epäilty varmuusasteena viittaa käytettävissä olevien tietojen perusteella oletettuun diagnoosiin, riskiin tai hoidon tarpeeseen, jonka todentamiseksi tarvitaan lisätietoja tai muiden mahdollisten diagnoosien poissulkemista. Epäilty - luokkaa käytetään pääsääntöisesti tulotilanteessa kirjattaessa ”työdiagnoosi” kertomustekstiin Hoidon syy tai Diagnoosi-otsikon alle. Luokkaa Epäilty voi kuitenkin käyttää myös palvelutapahtuman päätteeksi kirjattavan diagnoosin (tai käyntisyyden) lisätietona, jollei diagnoosia (tai käyntisyyttä) esimerkiksi tehtyjen tutkimusten ja arvion perusteella pysty arvioimaan riittävän Todennäköiseksi tai varmaksi.

Mikäli esimerkiksi palvelutapahtuma erikoissairaanhoidossa käynnistyy tai on käynnistynyt perusterveydenhuollossa asetetun (myös mahdollisen työdiagnoosin tai alustavan) diagnoosin pohjalta, kyseessä on diagnoositieto, joka kirjataan kertomustekstiin joko Diagnoosi-otsikkoa hyödyntäen tai suoraan diagnoositiedon tietorakenteeseen. Tiedon lisämääränä voidaan tällöin

käyttää diagnoosin pääasiallisuutta, pysyvyyttä ja varmuutta kuvaavia lisämääreitä, alla esimerkkinä päivystyskäynti:

- Päänäkymä: PAIV (lisänäkymä SIS)
- Hoidon vaihe: Tulotilanne
- Diagnoosi: J11.1 Influenssa ja keuhkokuume, virusta ei ole osoitettu (päädiagnoosi, määräaikainen, epäilty)

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

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

9.4.5 Tiedon lähde

Diagnoosin ja käyntisyyden kirjaamisessa voidaan tarvittaessa ilmaista keneltä diagnoosia tai käyntisyyttä koskeva tieto on peräisin THL - Tiedon lähde -koodiston avulla. Tiedon lähteenä voi olla esimerkiksi toinen hoitava organisaatio tai potilas tai hänen edustajansa. Esimerkiksi päivystyksessä diagnoositiedon lähteenä voi tulotilanteessa olla lähettävä organisaatio. Usein oman organisaation järjestelmän tietoihin ei tiedon lähdeä kirjata, vaan tyhjä tulkitaan Hoitavan organisaation tuottamaksi tiedoksi. Potilastietovarannon tietoa hyödynnetään kuitenkin laajemmin kuin vain omassa organisaatiossa, joten tulkintaa ei tarvita, mikäli tiedon lähde on merkitty.

9.4.6 Diagnoosin tai käyntisyyden toteamishetken tiedot

Diagnoositiedon **toteamispäivä** tarkoittaa päivää, jolloin kyseinen diagnoosi on asetettu ensimmäisen kerran. Määräaikaisina käsitellyillä diagnooseilla (esimerkiksi korvatulehdus) on oma toteamispäivänsä ja **toteajansa** jokaisella sairausjaksolla. Pitkäaikaisdiagnooseilla (dg pysyvyys = pysyväisluonteinen) toteamispäivällä tarkoitetaan päivää, jolloin diagnoosi on alun perin (ensimmäisen kerran) todettu. Diagnoosin **toteaja** on vastaavasti diagnoosin alkuperäinen toteaja. Kullakin käynnillä lääkäri, joka kirjaa pitkäaikaisdiagnoosin kyseisen käynnin diagnoosiksi, tallennetaan merkinnän tekijäksi, vaikka pitkäaikaisdiagnoosin toteajaksi kirjataan diagnoosin alkuperäinen toteaja. Samoin merkinnäntekopäivä on aina kyseinen päivä, jolloin merkintä tehdään, vaikka pitkäaikaisdiagnoosin toteamispäivä olisikin menneisyydessä.

Uutta diagnoosia tai käyntisyyttä kirjattaessa toteamispäiväksi kirjataan oletusarvona kuluva päivä ja toteajaksi merkinnän tekijä. Jos diagnoosi tai käyntisyys kopioidaan potilaan pitkäaikaisdiagnooseista, alkuperäisen toteamispäivän ja toteajan tiedot kopioidaan aiemmasta merkinnästä. Jos kopioitua tietoa muutetaan, toteamispäiväksi kirjataan oletuksena kuluva päivä ja toteajaksi merkinnän tekijä, kuten uutta diagnoosia kirjattaessa. Diagnoositiedon muutoksen voi kuitenkin tehdä vain lääkäri.

Mikäli potilaalla on aiemmin muualla todettu pysyväisluonteinen diagnoosi, mutta sitä ei ole tallennettu Potilastietovarantoon ja kyseinen diagnoosi halutaan kirjata potilaan

pitkäaikaisdiagnoosiksi, voidaan diagnoosin alkuperäinen toteaja ja toteamispäivä kirjata menneisyyteen esimerkiksi vuoden tarkkuudella tai jättää kirjaamatta.

9.4.7 Diagnoosin päättymisen tiedot

Potilaan **pitkäaikaisdiagnoosilistalla** oleva diagnoosi voidaan merkitä tarvittaessa **päättyneeksi**, esimerkiksi jos potilas parantuu tai diagnoosi tarkentuu tai korvautuu tarkentuessaan toisella. Tämä tapahtuu tekemällä diagnoosista uusi merkintä ja antamalla sille päättymistiedot. **Määräaikaisille** diagnooseille päättymistietoa **ei tarvitse** kirjata. Käyntisyöt ovat lähtökohtaisesti määräaikaisia, joten tietoa käyntisyyn päättymisestä ei niille tarvitse erikseen kirjata. Päättymistiedon näkymänä käytetään kirjaajan erikoisanalan mukaista näkymää, jos näkymää ei ole muilla perusteilla valittu.

Kun diagnoosi merkitään päättyneeksi, merkinnän pohjana käytetään (tulee käyttää) alkuperäistä diagnoosikirjausta. Päättäväksi merkittävän diagnoosin tietojen tulee toisin sanoen olla päättymismerkintöjä lukuun ottamatta alkuperäisessä muodossaan. Diagnoosin päättymispäivä on päivämäärä, jolloin diagnoosin mukainen sairaus on todettu päättyneeksi. Diagnoosin päättymispäivän oletuksena on merkinnän kirjaamispäivä ja päättymisen toteajana merkinnän tekijä. Tietoja voi tarvittaessa muuttaa. Päätettävälle diagnoosille tulee kirjata myös päättymisen syy Terveystiedon päättymisen syy -luokituksen mukaisesti. Päättymisen syitä voivat olla Parantunut, Tarkentunut ja Muu syy.

Luokituksesta on poistettu päättymisen syy Kirjausvirhe, koska sitä on käytetty virheiden korjaamisen sijasta silloinkin, kun virhe on ollut omissa asiakirjoissa ja se olisi voitu korjata. Jos diagnoosi on kirjattu epähuomiossa virheellisesti, eikä alkuperäistä virheellistä kirjausta pystytä korjaamaan, esimerkiksi kun virhe on toisen organisaation tekemässä asiakirjassa, käytetään päättymisen syynä Muu syy - luokkaa. Lisätietona tarkennetaan, että kyse on virheellisen kirjauksen korjaamisesta. Silloinkin virheen kirjannutta organisaatiota tulee informoida virheestä, että he tekevät korjauksen alkuperäiseen asiakirjaan. Jos päättävä diagnoosi on kirjattu taudin epäilyn vuoksi, joka myöhemmin todetaan aiheettomaksi, käytetään päättymisen syynä luokkaa Tarkentunut.

9.4.8 Hoitoepisodi ja diagnoosin tai käyntisyyn episoditunnus

Hoitoepisodilla (episode of care) viitataan potilaan tiettyyn terveysongelmaan liittyvään, ajallisesti etenevään hoidon ja palvelun kokonaisuuteen, johon voi sisältyä useita hoitotapahtumia. Tässä luvussa episodi-käsite on kuvattu diagnoosikirjauksen näkökulmasta ja se voi poiketa esimerkiksi taloushallinnassa käytetystä episodin määritelmästä. Episodi alkaa, kun potilas esittää ensimmäistä kertaa terveysongelman terveydenhuollon ammattihenkilölle ja lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö on kirjannut käyntisyyn- tai diagnoositiedon. Episodi päättyy, kun ongelmaa käsitellään viimeisen kerran. Pitkäaikaissairaudet, esimerkiksi verenpainetauti, muodostavat pääsääntöisesti yhden episodin. Sen sijaan lyhytkestoisissa sairauksissa, kuten korvatulehdus, kukin kontakti käsitellään pääsääntöisesti omana episodinaan. Muissa, ns. toisiokäytön tarpeissa, esimerkiksi asiakasryhmittelyissä (DRG, casemix) episodeille voidaan määritellä tässä esitetystä poikkeavia käsittelysääntöjä (katkaisusääntöjä). Esimerkiksi tietyn ajan kuluessa toteutuvat, toistuvat kontaktit voidaan lyhytkestoisissakin sairauksissa määritellä tällöin samaan episodiin kuuluvaksi.

Potilastietojärjestelmät tuottavat kullekin diagnoosille ja käyntisyylle episoditunnuksen, jonka avulla diagnoosi tai käyntisyö voidaan liittää potilaan kyseiseen episodiin. Episoditunnuksen avulla yksittäisen potilaan samaan sairauteen liittyviä tapahtumia voidaan liittää yhteen palvelujen antajasta riippumatta.

Episoditunnusta ei näytetä kirjaajalle, sen sijaan episodille voidaan antaa nimi, joka näkyy myös kirjaajalle ja tiedon käyttäjälle. Uuden episodin nimeksi asetetaan oletuksena diagnoosin tai käyntisyyn nimi. Kopioitaessa esimerkiksi aiempi diagnoosi, episodin nimeksi tulee oletuksena siihen liittyvän aiemman episoditunnuksen mukainen nimi. Molemmissa tapauksissa (uusi episodi tai kopioitu episodi) kirjaaja voi muuttaa episodin nimeä tarvittaessa. Episodin nimi voi siis muuttua kuluvan episodin aikana ja episodin nimenä käytetään aina uusimman kirjauksen mukaista episodin nimeä.

Terveydenhuollon ammattihenkilön kirjatessa uutta diagnoosia tai käyntisyytä, järjestelmä liittää kyseisen tiedon automaattisesti aiempaan vastaavaan diagnoosiin tai käyntisyyhyn, ja antaa merkinnälle saman episoditunnuksen, mikäli sama diagnoosikoodi esiintyy potilaan pitkäaikaisdiagnoosien listalla tai tieto on alle kolme kuukautta aiemmissa diagnoosi- tai käyntisyytiedoissa. Tämä tulkinta voi yhdistää esimerkiksi kaksi korvatulehdusdiagnoosia, joiden merkinnät ajoittuvat alle kolmen kuukauden ajanjaksolle, periaatteessa virheellisesti samaan episodiin, mutta sääntö on katsottu ”riittävän tarkaksi”, jotta päättelysäännöt pystytään toteuttamaan pääsääntöisesti ilman tiedon kysymistä kirjaajalta.

Mikäli kirjaaja merkitsee diagnoosin, joka on yli kolme kuukautta sitten tallennetuissa diagnoosi- ja käyntisyytiedoissa, järjestelmä varmistaa kirjaajalta kysymällä, liittyykö diagnoosi aiempaan diagnoosiin tai käyntisyyhyn (ja aiempaan episodiin), vai onko kyseessä uusi sairausjakso eli uusi episodi. Jos kirjaajan mielestä diagnoosi ei liity aikaisempaan episodiin, ja vastaa kieltävästi, muodostaa järjestelmä uuden episoditunnuksen. Jos potilaille ei ole aiemmin kirjattu kyseistä diagnoosia, muodostetaan aina uusi episoditunnus.

Jos samassa hoitotapahtumassa kirjataan useampi diagnoosi tai käyntisyys, joita potilailla ei ole pitkäaikaisdiagnoosilistalla tai alle kolme kuukautta aiemmissa diagnoosi- ja käyntisyytiedoissa, saa kukin diagnoosi tai käyntisyys oman episoditunnuksen. Episodit eivät siten ole suorassa yhteydessä käynteihin tai hoitojaksoihin, vaan sama käynti tai hoitojakso voi liittyä useaan eri episodiin.

9.5 Aiempien diagnoosi- ja käyntisyymerkintöjen hyödyntäminen

9.5.1 Aiemmin kirjattujen diagnoosien ja käyntisyiden poimiminen

Aiemmin kirjattuja diagnooseja ja käyntisyitä voi poimia diagnoosilistalta kertomukseen kirjattavaksi uudeksi diagnoosiksi tai käyntisyyksi, ja helpottaa näin niiden kirjaamista. Kun potilaan aiempia diagnoosi- ja käyntisyytietoja hyödynnetään uuden merkinnän pohjana, uuteen merkintään tulevat oletuksena aiemman merkinnän tiedot. Määräaikaisissa diagnooseissa ja käyntisyissä on kuitenkin **diagnoosin toteajana ja toteamispäivämääränä** oletusarvoisesti uuden merkinnän tekijä ja kirjauksen päivämäärä. Uudella merkinnällä kirjaaja voi vapaasti muuttaa kaikkia tietoja.

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

Kun aiempia diagnoosi- ja käyntisyytietoja hyödynnetään uuden kirjauksen pohjana, kirjaajan on aina varmistettava, että aiemman merkinnän tieto vastaa sisällöllisesti ja on paikkansa pitävä myös kyseisessä uudessa tilanteessa.

9.5.2 Diagnoosin tai käyntisyyntä tarkentaminen

Aiemmin kirjatun episodin diagnoosin tai käyntisyyntä tietoja voi tarvittaessa tarkentaa jälkepäin tekemällä uuden tarkentavan merkinnän. Yksinkertaisinta tarkentaminen on tehdä poimimalla kyseinen aiempi diagnoosi tai käyntisyys uuden merkinnän pohjaksi ja tekemällä siihen tarvittavat muutokset. Näin kirjaajan tekemä tarkennus ei muuta alkuperäistä diagnoosille tai käyntisyyntä muodostettua episoditietoa, vaan se pysyy samana.

Myös episodin diagnoosin tai käyntisyyntä muuttaminen toiseksi voidaan tehdä tällä tavalla. Tällöin molemmat (aiempi ja tarkennettu) diagnoosit tai käyntisyys kuuluvat edelleen samaan episodiin, mikäli se on tarkoituksenmukaista. Jos diagnoosi tai käyntisyys on potilaan pitkäaikaisdiagnooseissa tai alle kolme kuukautta aiemmissä käyntien diagnooseissa tai käyntisyysissä, liittäminen tehdään järjestelmässä automaattisesti. Muissa tapauksissa kirjaajan tulee ottaa kantaa, haluaako hän liittää uuden tiedon aiempaan episodiin vai kuuluuko se kokonaan uuteen episodiin (ks. myös luku 9.4.8).

Jos diagnoosia tarkennetaan, tulisi aiempi pitkäaikaisdiagnoosi merkitä päättyneeksi, ellei sillä ole enää merkitystä. Tämä poistaa moninkertaiset saman sairauden diagnoosit pitkäaikaisdiagnoosilistalta. Se myös helpottaa koko episodin merkitsemistä päättyneeksi. Koko episodi tulkitaan päättyneeksi vasta, kun kaikki siihen liittyneet diagnoosit ja käyntisyys ovat päättyneet. Esimerkiksi, kun päänsärky (R51.80) tarkentuu tutkimusten edetessä aivokasvaimeksi (D43.2) ja edelleen täsmentyy meningeomaksi (D32.03), voidaan kaikki saman sairauden aikana tarkentuneet diagnoosit liittää samaan episodiin kopioimalla aiempi diagnoosi uuden diagnoosin pohjaksi ja tekemällä siihen tarvittavat muutokset. Lisäksi, kun aiempaa diagnoosia tarkennetaan, esimerkiksi aivokasvaimesta (D43.2) meningeomaksi (D32.03), tulisi aiempi pitkäaikaisdiagnoosi (D43.2) merkitä päättyneeksi ellei sillä ole enää merkitystä. Diagnoosin päättymisen syyksi kirjataan silloin Tarkentunut. Tässä esimerkissä koko episodi päättyy vasta kun kaikki kyseiset diagnoosit ovat päättyneet (määräaikaiset) tai merkitty päättyneeksi (pitkäaikaisdiagnoosit).

9.6 Diagnoosien ja käyntisyyntä koostetiedot

Koska diagnooseja ja käyntisyyntä käytetään kahdessa, hieman toisistaan poikkeavassa merkityksessä, Tiedonhallintapalvelu muodostaa rakenteisista diagnoosi- ja käyntisyyntätiedoista koosteen (DGK), jossa kyseisiä tietoja tarkastellaan seuraavasti:

1. potilaan terveysongelmat, joita hoidetaan kulloisenkin kontaktin yhteydessä (käyntien ja hoitajaksojen diagnoosit ja käyntisyys)
2. potilaan terveysongelmat, jotka voidaan ymmärtää potilaan, pitkäkestoisiksi tai pysyväisluonteisiksi terveysominaisuuksiksi ja joilla on väistytyäänkin laaja-alaista merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien hoidon kannalta (pitkäaikaisdiagnoosit)

Tiedonhallintapalvelu kokoaa käyntien ja hoitajaksojen tai niitä vastaavien kontaktien yhteydessä tiedot rakenteisesti kirjatuihin diagnooseihin ja käyntisyyntä, riippumatta esimerkiksi siitä, minkä otsikon alla niitä on kertomuksessa käytetty. Diagnoosit ja käyntisyys näytetään samalla yhteenvedon listalla, jota voi tarvittaessa suodattaa niin, että käyttäjälle näytetään vain diagnoosit tai vain käyntisyys.

Hoitoon liittyessään myös pitkäaikaisdiagnoosit kirjataan käynnin tai hoitajakson diagnooseiksi tai käyntisyyntä. Koosteella pitkäaikaisdiagnooseista näytetään vain diagnoosit, joiden pysyvyyntätiedoksi on merkitty Pysyväisluonteinen.

Diagnoosiyhteenveto				Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014				X
Pitkäaikaisdiagnoosit			X	Näytä diagnoosilista	X	Näytä päättyneet dg:t	Yhdistä	Episodilla ▼
+	Aikajakso	Dg-koodi ▲	Diagnoosin nimi					▲
...	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					
...								▼
Diagnoosit ja käyntisytyt			X	Diagnoosit	X	Käyntisytyt	Suodata toistuvat dg:t	Ei suodatusta ▼
+	Aikajakso ▼	Dg-koodi	Diagnoosin nimi					▲
...		15.8.12 J01.0	Poskiontelotulehdus					
...		15.8.12 E11.9	Aikuistyyppin diabetes					
...		15.8.12 I11.9	Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen [ko					
...		1.6.12 E11.9	Aikuistyyppin diabetes					
...		13.3.12 I11.9	Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen [ko					▼
Päättyneet pitkäaikaisdiagnoosit			Suodata toistuvat dg:t				3 merkillä ▼	
+	Ajankohta	Dg-koodi ▲	Diagnoosin nimi				Päättynyt ▲	
	5.8.03 - 15.10.04	E05.0	Hypertyreosi				15.10.04	
		4.4.11	H06.1*B67.9 Silmän ekinokokkoosi				4.4.11 ▼	

Kuva 9.2 Esimerkki yhteenvetokoosteella näytettävistä diagnoosi- ja käyntisytytiedoista ja niiden suodatusmalleista. (Virkkunen ym. 2023)

10 Riskitiedot

- [10.1 Riskitietojen tietosisältö](#)
 - [10.1.1 Riskitiedon tyyppi ja riskin koodi](#)
 - [10.1.2 Riskitiedon nimi ja vapaamuotoiset tarkenteet](#)
 - [10.1.3 Riskitiedon aste](#)
 - [10.1.4 Riskin rakenteiset tarkennetiedot](#)
 - [10.1.5 Riskin toteamisen tiedot](#)
 - [10.1.6 Riskin päättymisen tiedot](#)
- [10.2 Eri riskityyppien kirjaaminen](#)
 - [10.2.1 Lääkereaktiot ja -allergiat](#)
 - [10.2.2 Muut allergiat](#)
 - [10.2.3 Riskitaudit ja -hoidot](#)
 - [10.2.4 Verituotteiden annossa huomioitavat asiat](#)
 - [10.2.5 Erityishuomiointia vaativat hoidot](#)
 - [10.2.6 Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit](#)
 - [10.2.7 Mikrobit ja erityisvarotoimet](#)
 - [10.2.8 Hoidon rajaukset, hoitolinjaukset ja hoitopoikkeamat](#)
 - [10.2.9 Käyttäytymiseen liittyvät riskit](#)
 - [10.2.10 Muut riskit](#)
 - [10.2.11 Raskaustiedon kirjaaminen](#)
- [10.3 Riskitietojen kooste](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa erityisen riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Kriittiset riskitiedot käsittävät allergiset ja lääkeaineen aiheuttamat henkeä uhkaavat reaktiot ja muut riskit, jotka aiheuttavat potilaalle hengenvaaran. Riskitiedot kirjataan käyttäen riskitiedon tyyppi-, aste- ja pysyvyysskoodistoja, sekä tarvittaessa ICD-diagnoosikoodia tai THL-Toimenpidekoodistoa. Lääkeaineiden ATC-koodia käytetään, kun riski liittyy lääkeaineeseen, esim. lääkeallergiaan. Riskitieto voidaan kirjata myös silloin, kun väkivaltainen potilas aiheuttaa vaaraa henkilökunnalle, eikä ole vaaraksi pelkästään itselleen.

Riskitiedot koostuvat kriittisistä ja potilaan hoidossa tai henkilökunnan turvallisuudessa huomioitavista riskitiedoista. Riskien kirjaamisessa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 10.1.

Taulukko 10.1 Potilaan riskitietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi
AR/YDIN - Riskitiedon aste (Kriittinen / Hoidossa huomioitava)
AR/YDIN - Varmuusaste (Epäilty / Todennäköinen tai varma)
AR/YDIN - Pysyvyys (Pysyväisluonteinen / Määräaikainen)
Riskin koodiarvo*: THL - Tautiluokitus IDC-10 tai THL - Toimenpideluokitus tai AR/YDIN - Hoidon rajauksen aste *
Kuntaliitto - ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus
Fimea - ATC-luokitus
THL - Tiedon lähde (Hoitava organisaatio/ Muu hoitava organisaatio/ Potilas/ Potilaan äiti/ Potilaan isä/ Potilaan edustaja/ Viranomainen/ Muu tiedon lähde/ Laite/ Työntekijä)
AR/YDIN - Terveystiedon päättymisen syy (Määräaikainen / Parantunut / Tarkentunut / Muu syy)

*Huom. 02/2016 THL - ICD-10 Tautiluokitus on sillattu Riskiluokituksiin (Riskin tyyppi, aste ja pysyvyys) ja Diagnoosi pysyvyys - luokitukseen, ja 06/2016 THL-Toimenpideluokitus on sillattu Riskiluokituksiin (Riskin tyyppi, aste ja pysyvyys) ja Toimenpiteen tyyppi -luokitukseen

Riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Niissä voi olla lisäksi tietoja, jotka tulee huomioida asianmukaisen hoidon toteuttamiseksi, esimerkiksi hoitotahto tai hoidon rajaukset. Tietoja käytetään potilastietojärjestelmissä huomauttamaan potilasta hoitavia henkilöitä siitä, että hoitoa täytyy mahdollisesti suunnitella tai toteuttaa tavanomaisesta poikkeavalla tavalla. Riskitietojen tarkoitus on tulla huomioiduksi kaikissa tilanteissa. Jaottelu kriittisiin ja hoidossa huomioitaviin riskitietoihin helpottaa tärkeimpien riskien huomaamista. Riskitietojen kirjaamiseen tulee suhtautua kriittisesti. Niitä arvioidaan aina potilaskohtaisesti ja kirjaamiskäytännöt sovitaan organisaatiokohtaisesti. OmaKanta-palvelussa kansalaiselle näytetään Potilastietovarantoon tallennetut kriittiset riskitiedot, sekä jatkossa 2016 rakenteen mukaisesti tallennetuista riskitiedoista myös hoidossa huomioitavat riskitiedot lukuun ottamatta käyttäytymiseen liittyviä riskejä.

Tiedonhallintapalvelu poimii riskitietojen koosteelle (KRIS) potilaalle merkityt riskitiedot sekä tiedon hoitotahdosta, jos se on tallennettu Tahdonilmaisupalveluun. Ks. luku 10.3. Riskitietojen rakenteinen tietosisältö ja niistä muodostettavan koosteen määrittelyjä on kuvattu tarkemmin Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä ([Virkkunen ym. 2023](#)). Siinä esitetty [THL/ Tietosisältö - Riskitiedot](#) on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella.

10.1 Riskitietojen tietosisältö

Terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoidon suunnitteluun ja hoitoon, tarvitsevat tietoa potilaan mahdollisista riskeistä. Riskitiedot kirjataan rakenteisesti riskitietonäkymälle (RIS), jossa potilastietojärjestelmä tuottaa rakenteeseen tarvittavan otsikon automaattisesti. Kertomusnäkymlä kirjaaja voi tarvittaessa lisätä **Riskitiedot**-otsikon alle riskiin liittyvää vapaamuotoista tekstiä. Ensisijaisesti riskitieto tulee kuitenkin tallentaa rakenteisesti RIS-näkymälle.

Riskitiedoista tulee aina kirjata Riskin nimi, Riskin tyyppi, ja Riskin aste. Sen lisäksi tietoa voi tarkentaa muun muassa Riskiin liittyvällä lisätiedolla, Selitteellä, riskin huomiointi potilaan hoidossa sekä Riskin varmuusasteella, Riskin pysyvyydellä ja Tiedon lähteellä. Riskitietoihin sisältyy

lisäksi päivämäärä, jolloin riskitieto on todettu tai poistettu, sekä riskitiedon toteajan ja riskitiedon päättymisen toteajan tiedot.

10.1.1 Riskitiedon tyyppi ja riskin koodi

Riskitiedon tyyppi -koodistolla ilmaistaan millaisesta riskitiedosta on kyse. Taulukossa 10.2 on kuvattu riskien pääluokat. Kukin pääluokka jakaantuu 2–8 tarkempaan riskiluokkaan. Luokitus on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella. Riskin tyyppi tulee kirjata jokaiselle riskitiedolle.

Riskitieto voidaan kirjata rakenteisesti kahdella tavalla:

- valitsemalla Riskin tyyppi-luokituksesta asianmukaisen koodin ja kirjaamalla muut tarvittavat tiedot vapaamuotoisesti itse tai
- kirjaamalla riskitieto esimerkiksi diagnoosi- tai toimenpideluokituksella koodattuna. Tällöin tietyn diagnoosin tai toimenpiteen kirjaus ”laukaisee” riskitiedon kirjauksen, jolloin potilastietojärjestelmä ehdottaa kirjaajalle automaattisesti riskitiedon kirjausta.

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

Taulukko 10.2 Riskitiedon tyyppien pääluokat

Koodi	Riskitiedon tyyppi
L	Lääkereaktiot ja -allergiat
A	Muut allergiat
S	Riskitaudit ja -hoidot
V	Verituotteiden annossa huomioitavat asiat
H	Erytyshuomiointia vaativat hoidot
I	Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit
E	Mikrobit ja erityisvarotoimet
R	Hoidonrajaukset, hoitolinjaukset ja hoitopoikkeamat
K	Käyttäytymiseen liittyvät riskit
M	Muut riskit

10.1.2 Riskitiedon nimi ja vapaamuotoiset tarkenteet

Riskitiedon nimi

Riskitiedon nimenä käytetään oletusarvoisesti riskin tyyppin nimeä – tai jos riskitieto pohjautuu diagnoosiin, käytetään diagnoosin nimeä. Kirjaaja voi halutessaan tarkentaa oletusarvoista nimeä tai kirjata omavalintaisen nimen, joka kuvaa riskiä paremmin.

Riskiin liittyvä lisätieto

Riskiä voi tarkentaa siihen liittyvällä lisätiedolla, esimerkiksi riskiä aiheuttavan tekijän tiedolla. Lisätieto voidaan antaa vapaamuotoisena tekstinä tai se voidaan antaa koodattuna, esimerkiksi allergian aiheuttanut lääkeaine merkitään ATC-koodilla. Tekstimuotoinen tieto tulee silloin

lisätietona käytetyn koodin perusteella mukaan, mutta kirjaaja voi tarvittaessa muokata oletustekstiä asiaa paremmin kuvaavaksi.

Selite, riskin huomiointi potilaan hoidossa

Riskin tyyppi ja siihen liittyvä lisätieto ei välttämättä selkeästi kuvaa riskin vaikutuksia potilaan hoitoon. Sen vuoksi riskitiedoissa on mahdollisuus kuvata erilliselle selitteelle sitä, miten riski tulee huomioida potilaan hoidossa. Selitteeseen voi vapaamuotoisesti kirjata, miten riski vaikuttaa hoitotoimenpiteisiin. Esimerkiksi poikkeavan anatomian (lisätieto ahdas virtsaputki) selitteenä voi olla ”katetrointi ei onnistu, tehtävä aina rakkopunktio katetroinnin sijaan”.

10.1.3 Riskitiedon aste

Riskitiedot jaetaan kriittisiin ja hoidossa huomioitaviin tietoihin ja niiden ilmaisemisessa hyödynnetään Riskitiedon aste -koodistoa. Riskitiedon asteen oletusarvo tulee valitun Riskitiedon tyyppin mukaan, tai esimerkiksi diagnoosi- tai toimenpidetikoodin mukaan, jos riskitieto tuotetaan siihen perustuen. Käyttäjä voi tarvittaessa muuttaa oletusarvon mukaista Riskitiedon astetta.

Kriittiset riskitiedot

Kriittiset riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa hengenvaaran tai muun huomattavan riskin potilaalle, henkilökunnalle tai ympäristölle, ja joiden huomioiminen aiheuttaa tarpeen hoidon järjestämiseen tavanomaisesta poikkeavalla tavalla. Tällaisia kriittisiä riskitietoja ovat

- henkeä uhkaavat allergiset ja lääkeaineen aiheuttamat reaktiot
- poikkeavat veriryhmävasta-aineet
- potilaaseen asennetut tahdistimet ja defibrillaattorit
- erityisvarotoimia vaativat moniresistenttien mikrobien kantajuus tai altistus

Potilastietojärjestelmissä kriittiset riskitiedot tuodaan aktiivisesti käyttäjälle tiedoksi siten, että ne tulevat huomioitua hoitotilanteissa. Tämä voidaan toteuttaa esimerkiksi niin, että kriittisten riskitietojen lista avautuu järjestelmässä käyttäjälle aina, kun hän avaa potilaan tiedot. Riskitietojen perusnäkylässä (RIS) kriittisten riskitietojen olemassaolo näytetään **punaisella** kolmiolla. Riskitiedon merkintä kriittiseksi tulee tehdä erityisen harkiten, jotta todelliset kriittiset riskit tulevat merkityksi ja huomioituksi, eivätkä ”huku” muiden riskitietojen joukkoon.

Hoidossa huomioitavat riskitiedot

Hoidossa huomioitavat riskitiedot ovat tietoja, joiden huomioiminen vaikuttaa potilaan hoitoon, mutta joiden huomiotta jättäminen ei aiheuta hengenvaarallista tai muuta huomattavaa riskiä potilaan tai henkilökunnan terveydelle tai ympäristölle.

Keskeisiin hoidossa huomioitaviin tietoihin kirjataan niitä tietoja, joita ei kirjata kriittisiin riskitietoihin. Hoidossa huomioitavat riskitiedot vaikuttavat potilaan hoitoon, mutta niiden huomiotta jättäminen ei aiheuta hengenvaarallista riskiä potilaan tai henkilökunnan terveydelle tai ympäristölle. Hoidossa huomioitavia riskitietoja ovat muun muassa

- lääkeaineen aiheuttamat poikkeavat reaktiot
- allergiat
- riskitaudit ja -hoidot
- erityishuomiota vaativat hoidot
- siirretyt kudokset ja keinomateriaalit
- eristystä vaatimattomat moniresistentit mikrobit

- hoidonrajaukset, hoitolinjaukset ja hoitopoikkeamat
- käyttäytymiseen liittyvät riskit

Hoidossa huomioitavat riskit näytetään riskitietojen yhteenvedolla kriittisistä riskeistä erottuvasti. Niiden ei myöskään tarvitse avautua heti näkyville potilaan tietoja avattaessa. RIS-näkymällä hoidossa huomioitavien riskitietojen olemassaolo näytetään **keltaisella** kolmiolla. Jos potilaalle ei ole kirjattu lainkaan riskitietoja, esitetään se **harmaalla** kolmiolla. Kaikki riskitiedot näkyvät riskitietoyhteenvedolla. Ks. luku 10.3

10.1.4 Riskin rakenteiset tarkennetiedot

Riskitietoa voidaan lisäksi tarkentaa rakenteisilla lisätiedoilla, esimerkiksi:

- **Varmuusaste** -koodistolla ilmaistaan riskin varmuusaste. Koodistoa käytetään silloin, kun halutaan tarkentaa onko riskitieto Epäilty vai Todennäköinen tai varma.
- **Pysyvyys** - tiedon avulla voidaan erotella pysyväisluonteiset riskit määräaikaisista riskeistä. Määräaikaiselle riskitiedolle voidaan asettaa haluttaessa päättymispäivä jo ensi kertaa tietoa kirjatessa. Tieto riskin pysyvyydestä voi helpottaa tiedon elinkaaren hallinnointia ja tiedon hakemista (esimerkiksi "Hae pysyväisluonteiset riskitiedot").
- **Tiedon lähde** -koodiston avulla ilmaistaan keneltä tai mistä tieto riskistä on peräisin, esimerkiksi jos tieto on potilaan kertoma.

10.1.5 Riskin toteamisen tiedot

Riskin toteamisen alkupäivä kirjataan sillä tarkkuudella kuin se pystytään kirjattaessa arvioimaan. Järjestelmässä oletusarvona on merkinnän teon päivämäärä. Jos riski on alkanut jo aiemmin, alkupäivä voidaan kirjata esimerkiksi vuoden tarkkuudella, mikäli sen tarkempaa aikaa ei ole tiedossa.

Riskin toteajana on oletusarvoisesti merkinnän tekijä. Jos riskin todennut henkilö ei ole tiedossa, toteajaksi voidaan merkitä myös organisaatio tai, esimerkiksi jos tiedon lähteenä on potilas itse, toteajan tiedot voidaan jättää kirjaamatta.

10.1.6 Riskin päättymisen tiedot

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

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

Riskin päättymiselle pitää aina kirjata luokiteltu syy, jota voi tarvittaessa tarkentaa vapaamuotoisella tekstillä. Etukäteen kirjatuiissa riskitietojen päättymisissä syy on Määräaikainen, ja reaaliaikaisesti kirjatuiissa syy on yleensä Parantunut.

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

10.2 Eri riskityyppien kirjaaminen

Tässä luvussa pyritään esittämään yleisimpiä linjauksia eri riskityyppeihin (ks. taulukko 10.2) kuuluvien riskien kirjaamisesta. Tässä kuvattu listaus ei kata kaikkia tilanteita eikä se myöskään ole sitova määräys, vaan kirjaaja voi aina perustelluista syistä kirjata riskitiedot niin kuin se parhaiten auttaa potilaan hoitoa. Suositeltujen linjausten noudattaminen kuitenkin yhtenäistää riskitietojen kirjaamiskäytäntöjä ja edesauttaa siten tiedon löytämistä.

10.2.1 Lääkereaktiot ja -allergiat

- **Henkeä uhkaaviksi lääkereaktioiksi (L1)** kirjataan anafylaktiset tai muut henkeä uhkaavat lääkeainereaktiot, jotka aiheuttavat hengenvaaran. Diagnoosin (riskin nimi) lisäksi lääkeainereaktiolle kirjataan joko valmisteen kauppanimi tai vaikuttava lääkeaine (riskitietoon liittyvä tieto). Tieto kirjataan lääkkeen ATC-koodilla sekä herkkyysreaktion ilmaisevalla ICD 10-koodilla. Lääkehoidon aiheuttama haittavaikutus on kuvattu tarkemmin [Suomalaisten tautien kirjaamisen ohjekirjassa](#) (Komulainen 2012). Riski on kriittinen ja pysyväisluonteinen.
- **Lääkkeen verisoluvaikutuksiksi (L2)** kirjataan odottamattomat tai lääkkeen harvinaisista haittavaikutuksista aiheutuneet muutokset verisoluihin. Jos kyseessä on odotettu, lääkkeen yleinen haittavaikutus, ei sitä kirjata riskitiedoksi, vaan kyseessä on hoidossa yleisesti huomioitava asia. Oletuksena riski on hoidossa huomioitava ja pysyväisluonteinen, mutta jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, merkitään riski kriittiseksi.
- **Lääkeaineen aiheuttamiin ihoreaktioihin (L3)** ja **Muihin lääkereaktioihin (L9)** kirjataan odottamattomat tai lääkkeen harvinaisista haittavaikutuksista aiheutuneet reaktiot, joita ei kirjata kriittisiin riskitietoihin. Jos kyseessä on odotettu, lääkkeen yleinen haittavaikutus, ei sitä kirjata riskitiedoksi, vaan kyseessä on hoidossa yleisesti huomioitava asia. Tällainen riski on hoidossa huomioitava ja pysyväisluonteinen. Jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, käytetään luokkaa L1.

10.2.2 Muut allergiat

- **Henkeä uhkaavaksi ruoka-aineallergiaksi (A1)** tai **muuksi henkeä uhkaavaksi välittömäksi allergiaksi (A3)** kirjataan muut kuin lääkeaineesta tai rokotteesta aiheutuvat anafylaktiset tai muut henkeä uhkaavat reaktiot. Allergian kirjaamisessa käytetään toistaiseksi ICD-10-luokitusta, joka on rajoitetusti käyttökelpoinen. Allergian aiheuttaja/aiheuttajat kirjataan aina, jos ne ovat tiedossa. Nämä riskit ovat kriittisiä ja pysyväisluonteisia.
- **Ruoka-aine allergioihin (A2)** ja **muihin henkeä uhkaamattomiin allergioihin (A4)** kirjataan sellaiset allergiat, joilla on merkitystä potilaan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Esimerkiksi muna-allergian aiheuttajana tieto on huomioitava rokotuksissa, koska

rokotteet voivat sisältää munaa ja esimerkiksi lateksi-allergia joudutaan huomioimaan muun muassa suojakäsineiden käytössä. Allergian aiheuttaja/aiheuttajat kirjataan aina, jos ne ovat tiedossa. Sellaisia allergioita, joilla on oma diagnoosi ja joilla ei ole oleellista merkitystä hoidon järjestämisessä, esimerkiksi heinänuha, ei kirjata riskitiedoksi, vaan ne näkyvät potilaan diagnoosilistalla. Nämä riskit ovat hoidossa huomioitavia ja pysyväisluonteisia. Jos potilaalle aiheutuu allergiasta henkeä uhkaava tilanne, käytetään luokkia A1 tai A3.

10.2.3 Riskitaudit ja -hoidot

Riskitauteihin ja -hoitoihin kirjataan sellaiset sairaudet, lääkitykset tai muut hoidot, joiden huomiotta jättäminen potilaan hoitoa järjestettäessä voi aiheuttaa hengenvaarallisen (kriittisen) tai muun huomattavan (hoidossa huomioitavan) riskin potilaan terveydelle. Oletuksena nämä riskit ovat hoidossa huomioitavia ja pysyväisluonteisia, mutta jos potilaalle aiheutuu sairaudesta, lääkityksestä tai muusta hoidosta henkeä uhkaava tilanne, merkitään kyseinen riski kriittiseksi.

- **Tukostaipumuksiin (S1)** kirjataan ne sairaudet ja hoidot, joilla on merkittävä verisuonten tukosriskiä lisäävä vaikutus.
- **Hyytymishäiriöihin (S2)** kirjataan ne sairaudet ja hoidot, joilla on merkittävä vuotoriskiä lisäävä vaikutus.
- **Immuunipuutostiloihin (S3)** kirjataan ne sairaudet ja hoidot, jotka aiheuttavat elimistön puutteellisesta immuunivasteesta johtuvaa infektioiden alentunutta vastustuskykyä, ja jotka tulee ottaa huomioon potilaan hoitoa järjestettäessä, esimerkiksi vaikea-asteinen HIV tai sädehoitoon liittyvä vaikea vastustuskyvyn aleneminen (Huom! tässä on kyseessä potilaan riski sairastua – ei riski tartuttaa muita).
- **Erityisesti huomioitaviin harvinaissairauksiin (S4)** kirjataan sellaiset harvinaiset sairaudet, joiden huomioimatta jättäminen voi aiheuttaa hengenvaarallisen tai muun huomattavan riskin potilaan terveydelle johtuen poikkeavasta vasteesta tavanomaiselle hoidolle. Vaste voi johtua sairaudesta tai potilaan aiemmin saamasta hoidosta. Luokka S4 otettiin käyttöön vuonna 2020.
- **Muihin riskitauteihin tai -hoitoihin (S9)** kirjataan muut potilaan hoidolle riskitilanteita aiheuttavat sairaudet tai hoidot.

10.2.4 Verituotteiden annossa huomioitavat asiat

- **Poikkeavat veriryhmävasta-aineet (V1)** kirjataan kriittiseksi riskitiedoksi, koska niiden huomiotta jättäminen verensiirrossa voi aiheuttaa potilaalle henkeä uhkaavan tilanteen. Riski on pysyvä.
- **Muihin verituotteiden annossa huomioitaviin asioihin (V9)** kirjataan verituotteiden antoon liittyvät poikkeavuudet, joiden huomiotta jättämisestä verensiirrossa ei aiheudu potilaalle henkeä uhkaavaa tilannetta.

10.2.5 Erityishuomiointia vaativat hoidot

Erityishuomiointia vaativilla hoidoilla tarkoitetaan hoitoa tai lääkitystä, jonka vuoksi muu hoito joudutaan toteuttamaan tavallisuudesta poikkeavalla tavalla, sekä erityisseurantaa vaativia lääkityksiä ja hoitoja, joiden huomiotta jättäminen hoitotilanteessa voi aiheuttaa hengenvaarallisen (kriittisen) tai muun huomattavan (hoidossa huomioitavan) riskin potilaan terveydelle. Oletuksena

nämä riskit ovat hoidossa huomioitavia ja määräaikaista, mutta jos potilaalle aiheutuu henkeä uhkaava tilanne, merkitään riski kriittiseksi.

- **Erityishuomiointia vaativaan lääkitykseen (H1)** kirjataan lääkitykset, joiden vuoksi muu hoito joudutaan toteuttamaan oleellisesti tavallisuudesta poikkeavalla tavalla, sekä erityisseurantaa vaativat lääkitykset. Jos tällainen riski voidaan kirjata oireen mukaisen riskin pohjalta, käytetään ensisijaisesti näitä H-luokkia, mutta esimerkiksi veren hyytymiseen vaikuttavan tai immunosuppressiota aiheuttavien lääkkeiden kohdalla käytetään luokkia S1-S9.
- **Erityishuomiointia vaativaan muuhun hoitomuotoon (H3)** kirjataan sellaiset hoidot, joiden vuoksi muu hoito joudutaan toteuttamaan oleellisesti tavallisuudesta poikkeavalla tavalla, esimerkiksi elinsiirtoon valmistelevat hoidot, sekä erityisseurantaa vaativat hoitomuodot.

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

10.2.6 Siirretyt kudokset ja keinomateriaalit

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

- **Potilaalle implantoidut siirtoelimet (I1)** kirjataan aina riskitiedoksi. Yleensä kirjaus tehdään toimenpidettä tehtäessä, mutta ne voidaan kirjata myös jälkikäteen. (Huom. Elinsiirtojonossa olevat potilaat, joiden muu hoito voi poiketa normaalista, kirjataan luokkaan H3) Riski on pysyväisluonteinen, hoidossa huomioitava.
- **Tahdistimet ja defibrillaattorit (I2)** kirjataan kriittisiin riskitietoihin, koska näiden huomiotta jättäminen esimerkiksi magneettikuvauksessa voi aiheuttaa potilaalle henkeä uhkaavan tilanteen. Yleensä kirjaus tehdään toimenpiteen kirjaamisen yhteydessä.
- **Sydämen tekoläpät (I4), Stentit ja sulkulaitteet (I5) ja Proteesit ja implantit (I6)** kirjataan oletusarvoisesti pysyväisluonteisiksi, hoidossa huomioitaviksi riskeiksi.
- **Suntit, katetrit, elektrodit (I7)** kirjataan määräaikaisteknikoiksi, hoidossa huomioitaviksi riskeiksi.
- **Muut vierasesineet (I9)** luokkaan kirjataan sellaiset potilaan hoidossa huomioitavat vierasesineet, joita ei kirjata edellä kuvattuihin muihin luokkiin. Muiden vierasesineiden riski on oletusarvona pysyväisluonteinen, hoidossa huomioitava.

THL-Toimenpideluokitukseen on määritelty, mitkä toimenpiteet ehdottavat riskikirjausta sekä toimenpidekohtaiset oletusarvot riskin asteelle ja pysyvyydelle. Kirjaaja voi muuttaa arvoja tarvittaessa.

10.2.7 Mikrobit ja erityisvarotoimet

Näillä riskitiedoilla tarkoitetaan yleisvaarallisen tai moniresistentin mikrobin, muun infektion, kantajuuden tai muun tilanteen vaatimia varotoimia, joiden huomiotta jättäminen hoitotilanteessa voi aiheuttaa hengenvaarallisen (kriittisen) tai muun huomattavan (hoidossa huomioitavan) riskin potilaan, hoitohenkilökunnan tai ympäristön terveydelle.

Tarve erityisvarotoimille potilaan hoidossa, kuten **Ilmavarotoimet (E2)**, **Pisaravarotoimet (E3)** ja **Kosketusvarotoimet (E4)** kirjataan riskitiedoksi. Nämä riskit ovat oletusarvoisesti määräaikaista ja hoidossa huomioitavia.

Nykyisin ICD-luokitukseen on määritelty, minkä diagnoosien kirjauksen yhteydessä järjestelmän tulisi ehdottaa riskitietojen kirjausta sekä diagnoosikohtaiset oletusarvot riskin asteelle ja pysyvyydelle. Kirjaaja voi muuttaa arvoja tarvittaessa. Luokituksessa eritellään nykyisin

- **Erityisvarotoimia vaativa moniresistentin mikrobin kantajuus (E5)** (kriittinen ja pysyvä)
- **Erityisvarotoimia vaativa altistus moniresistentille mikrobille (E6)** (kriittinen ja määräaikaista)
- **Hoidossa huomioitava moniresistentin mikrobin kantajuus (E7)** (hoidossa huomioitava ja pysyvä) ja
- **Hoidossa huomioitava altistus moniresistentille mikrobille (E8)** (hoidossa huomioitava ja määräaikaista)

Kriittisinä riskitietoina kirjattavia erityisvarotoimia vaativia mikrobeja ovat muun muassa MRSA ja bakteerit, joilla on CPE-ominaisuus. Näiden mikrobin aiheuttamat varoimitarpeet kirjataan käyttäen luokkia E5 ja E6.

Luokkaan **Muu infektio tai eristystarve (E9)** kirjataan sellainen infektio tai potilaan eristystarve, johon luokkien E5 – E8 edellyttämät toimet eivät ole riittäviä, esimerkiksi poikkeuksellisen sairauden (esim. Ebola) tai voimakkaan säteilyn vuoksi eristettävä potilas.

10.2.8 Hoidon rajaukset, hoitolinjaukset ja hoitopoikkeamat

- **Potilaan tahdonilmaisu (R1)** sisältää potilaan ilmoittaman tahdon, joka antaa luvan hoidon lopettamiseen, kun parantavaa hoitoa ei ole, eikä henkilö enää itse kykene ilmaisemaan tahtoaan. Riskitietoihin ei kirjata itse hoitotahtoa, vaan ainoastaan tieto sen olemassaolosta. Tiedonhallintapalvelu tuottaa riskitietoihin automaattisesti tiedon, jos potilaalla on Tahdonilmaisu palveluun tallennettu hoitotahto tai elinluovutustahto. Muutoin tieto potilaan tahdonilmaisuuden olemassaolosta voidaan kirjata käsin riskitietoihin. Lisätietoihin voi kirjata, mistä voimassa oleva tahdonilmaisuus löytyy.
- **Hoidonrajaus tai hoitolinjaus (R2)** sisältävät tiedon lääketieteellisin perustein tehtyjen hoidonrajausten tai hoitolinjausten olemassaolosta. Riskitietoihin ei kirjata itse hoidonrajausta, vaan ainoastaan tieto sen olemassaolosta. Itse hoidon rajausta perusteluineen tulee kirjata potilaskertomukseen. Kansallisella Koodistopalvelimella on julkaistu AR/YDIN - Hoidon rajauksen aste -luokitus, jolla lääketieteellisen hoidonrajausten astetta voidaan kuvata rakenteisesti hoitotilanteissa. Luokitus sisältää viisi vaihtoehtoa: Ei elvytystä / Hoidon kajoavuutta ei lisätä / Muu hoidon rajausta / Palliatiivinen hoito / Saattohoito. Koodit eivät ole täysin toisiaan poissulkevia, vaan niitä voidaan käyttää myös täydentämään toisiaan. Koodistoa käytettäessä tulee huomioida potilaan tilanne kokonaisuutena, esimerkiksi tilanteen muuttuessa hoidon rajausta tulee arvioida uudelleen. Hoidon rajaukset tulee tehdä yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. Luokan nimeen lisättiin vuonna 2021 termi hoitolinjaus, koska Saattohoito ja Oireenmukainen hoito katsotaan nykykäsityksen mukaan hoitolinjauksiksi eikä hoidonrajauksiksi. Samalla luokan Oireenmukainen hoito nimi korvattiin termillä Palliatiivinen hoito vastaamaan yleisesti käytettyä termiä ja tarkennettiin, että palliatiivinen hoitolinjaus sinällään ei vielä rajaa pois mitään hoitoja, vaan hoidonrajaukset kuvataan riskitiedon selitteessä tai kirjataan erikseen muilla hoidonrajausten aste -luokilla.

- **Poikkeamaksi rokotussuosituksista (R3)** kirjataan merkittävät poikkeamat kansallisista rokotussuosituksista, esimerkiksi totaalinen kieltäytyminen rokotuksista. Luokka R3 otettiin käyttöön vuonna 2020.

10.2.9 Käyttäytymiseen liittyvät riskit

- **Väkivaltaisuus hoitotilanteessa (K1)** riskitietona tarkoittaa tietoa potilaan tai hänen läheisensä sellaisesta väkivaltaisesta käyttäytymisestä hoitotilanteessa, joka aiheuttaa hoitohenkilökunnan terveyttä uhkaavan tilanteen.
- **Päihderiippuvuus (K2)** riskitietona kirjataan, kun potilaalla on diagnostisoidusta alkoholien, huumeiden tai lääkkeiden aiheuttama riippuvuus, joka on huomioitava potilaan hoidossa, esimerkiksi kipulääkitystä määrättäessä.
- **Muina käyttäytymiseen liittyvinä riskeinä (K9)** kirjataan esimerkiksi vakava itsetuhotaipumus, joka on huomioitava hoitotilanteissa.

Huom. Käyttäytymiseen liittyviä riskejä ei näytetä OmaKannassa.

10.2.10 Muut riskit

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

10.2.11 Raskaustiedon kirjaaminen

Potilaan raskaus vaikuttaa monella tavoin mahdollisiin hoidollisiin interventioihin olematta sairaus. Vaikka tietoa raskaudesta ei ole määritelty riskitiedoksi, on se aina kirjattava potilaskertomukseen. Potilastietojärjestelmässä tulee olla erillinen rakenteinen tietokenttä raskaustietoa varten, tai potilaan raskaudentila voidaan ilmaista diagnoositietona. ICD-10-luokituksessa Z32.0 on varmistamaton raskaus ja Z32.1 todettu raskaus. ICPC-2-luokituksessa W01 on raskausepäily ja W78 raskaus.

10.3 Riskitietojen kooste

Riskitiedot kirjataan ja tallennetaan rakenteisesti potilastietojärjestelmien **riskitietonäkymälle (RIS)**, josta Tiedonhallintapalvelu poimii ne **riskitietojen koosteelle (KRIS)**. Koosteelle poimitaan ainoastaan RIS-näkymään kirjatut rakenteiset tiedot. Koska riskitietojen rakenteessa käytetään paljon samoja tietosisältöjä kuin esimerkiksi diagnoosien, lääkitystietojen tai toimenpiteiden kirjaamisessa, kyseisiä kirjauksia voidaan hyödyntää myös riskitiedoissa. Kaikkia riskitiedon sisältöjä ei tietojärjestelmä voi kuitenkaan päätellä muista luokituksista ja niiden käytöstä kirjaamisessa.

Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tietoja, vaan kokoaa riskitietokoosteelle (KRIS) kaikki rakenteiset riskitietomerkinnot eri rekisterinpitäjien kirjaamista riskitiedoista lukuun ottamatta

riskitietoja, joiden luovutuksen potilas on kieltänyt palvelunantaja- tai palvelutapahtumakohtaisesti. Riskitietoja ei poimita muilta näkymiltä, ainoastaan RIS-näkymältä. Riskitietojen kohdalla tietohakua ei suositella rajattavaksi aikarajauksella, koska silloin joku oleellinen riskitieto voi jäädä yhteenvedosta näyttämättä.

Lisäksi Tiedonhallintapalvelu huolehtii potilaan Tahdonilmaisupalveluun tallennettujen tahdonilmaisujen ajantasaisuudesta riskitiedoissa. Kun Tiedonhallintapalvelu palauttaa riskitietojen yhteenvedon potilastietojärjestelmälle, se tarkistaa, onko potilaalla voimassa olevaa hoitotahtoa, elinluovutustahtoa tai muuta tahdonilmaisua Tahdonilmaisupalvelussa. Jos on, Tiedonhallintapalvelu tuottaa automaattisesti uuden riskitietomerkin, jonka se palauttaa muiden riskitietomerkin mukana. Tiedonhallintapalvelu ei arkistoi tuottamaansa riskitietomerkin, vaan se tarkistaa tahdonilmaisujen voimassaolon jokaisen koostepalautuksen yhteydessä. Näin riskitieto pysyy aina ajantasaisena.

On suositeltavaa, että potilastietojärjestelmä lisää Tiedonhallintapalvelun kokoamiin tietoihin potilastietojärjestelmässä olevat mahdolliset uudet riskitietomerkin, joita ei vielä ole arkistoitu Potilastietovarantoon, ja näyttää ne osana riskitietojen yhteenvedoa. Vastaava suositus koskee myös aluetietojärjestelmiä ja niissä olevia riskitietoja. Riskitietojen listalta tulee myös olla linkki sen palvelutapahtuman asiakirjaan, jossa kyseisen riskin tietoja on viimeksi muutettu.

Koska riskitiedot poimitaan Tiedonhallintapalveluun vain RIS-näkymältä, linkissä ei ole tietoa esimerkiksi kertomustekstin näkymästä, johon mahdolliset kliiniset tiedot potilaasta on kirjattu. Kaikki arkistoidut potilaskertomustekstit on kuitenkin löydettävissä linkin kautta saatavan asiakirjan tai palvelutapahtuman tiedoista.

Riskitietoyhteenvedo							Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014		X
Kriittiset riskit		Näytä hoidossa huomioitavat riskit (2kpl)			X	Näytä päättyneet riskit			
Riskin tyyppi, nimi tai kuvaus ja koodi	Riskinaiheuttava tekijä / koodi	Riskin huomiointi hoidossa:	Todettu	Päätty	Varmuus				
A1	Anafylaktinen sokki	T88.6# V-pen Mega tabl.	J01CE02 Penissilliiniä ei saa käyttää potilaalla	15.8.09	Pysvä	Varma			
B1	Anafylaktinen sokki	T78.0 Kanamuna	Kanamunaa ei saa käyttää potilaalla	5.1.00	Pysvä	Epäily			
E6	Eristystä edellyttävä mikrobialistus		Potilasta pidettävä kosketuseristyksellä	1.4.14	15.4.14	Epäily			
Hoidossa huomioitavat									
Riskin tyyppi, nimi tai kuvaus ja koodi	Riskinaiheuttava tekijä / koodi	Riskin huomiointi hoidossa:	Todettu	Päätty	Varmuus				
E2	Meningokokki meningiitti	A39.0	Pisaraeristys	15.11.12	15.12.12	Varma			
G1	Hoitotahto		Ei verituoiteita.	7.12.11	Pysvä	Varma			
Päättyneet riskit									

Kuva 10.1 Esimerkki riskitietojen yhteenvedosta, jossa kriittiset riskit erotetaan hoidossa huomioitavista riskeistä. (Virkkunen ym. 2023)

11 Terveysteen vaikuttavat tekijät

- [1.1 Terveysteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen](#)
- [11.2 Terveysteen vaikuttavat tekijät ja niiden mittarit](#)
 - [11.2.1 Tupakka- ja nikotiinituotteet](#)
 - [11.2.2 Päihteet ja riippuvuudet](#)
 - [11.2.3 Liikunta](#)
 - [11.2.4 Ravitseemus](#)
 - [11.2.5 Suun ja hampaiden terveydentila](#)
 - [11.2.6 Raskaus](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Terveysteen vaikuttaviin tekijöihin kirjataan tiedot potilaan alkoholin ja muiden päihteiden käytöstä, sydän- ja verisuonitautiriskistä, tupakoinnista, liikunnasta, ravitsemuksesta, masennusoireista ja mahdollisesta raskaudesta. Kirjaamisessa käytetään yleisien mittareiden antamia tuloksia ja tiedot kirjataan kertomukseen Terveysteen vaikuttavat tekijät -otsikon alle. Suositus on, että tupakointia ja alkoholin käyttöä koskevat tiedot kysytään joka toinen vuosi, mutta samaa aikaväliä voi käyttää muidenkin tietojen päivittämiseen. Kattavan kirjaamisen avulla saatu väestötason tieto on luotettavaa ja muutokset potilaiden terveyskäyttäytymisessä ovat seurattavissa. Rakenteisessa muodossa olevaa tietoa voidaan hyödyntää huomattavasti paremmin kuin vapaana tekstinä kirjattua kuvausta. Luvussa 12 kuvataan tarkemmin fysiologisten mittausten ja laboratorio- ja kuvantamistutkimusten kirjaamista sekä rakenteisten tietojen hyödyntämistä.

Terveysteen vaikuttavat tekijät ovat henkilön terveyteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita. Elintavoilla eli terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan yleisimmin alkoholinkäyttöä, liikuntaa, ruokatottumuksia ja tupakointia, jotka ovat yhteydessä sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. Erityisesti nämä neljä elintapaa ovat keskeisten suomalaisten kansantautien riski- ja suojatekijöitä. Elintavoilla on myös yhteyttä eriarvoisuuteen ja terveyseroihin. Lisätietoa: [THL - Hyvinvointi- ja terveyserot](#); [THL - Elintavat ja ravitseemus](#); [THL - Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet](#); [THL - Kansantaudit](#).

Terveysteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen koskee potilaan todetun tilanteen dokumentoimista etenkin eri luokitusten ja mittareiden tai testien avulla. Nykyisin on saatavilla lukuisia testejä ja lomakkeita. Taulukkoon 11.1 on koottu ne, jotka ovat vuoden 2024 alussa julkaistuna kansallisella Koodistopalvelimella.

Tässä luvussa kuvataan yleisellä tasolla terveyteen vaikuttavien tekijöiden tietojen kirjaamista eri mittareiden ja testien avulla riippumatta siitä, missä palveluissa näitä tietoja kirjataan. Koodistopalvelimella on julkaistu useampia erikois- ja palvelualakohtaisia tietosisältömäärittelyjä, joissa korostuvat myös terveyteen vaikuttavat tekijät ja niihin liittyvät tarkemmat mittarit ja kirjaamisohjeet (esimerkiksi työttömän terveystarkastus, työterveyshuolto, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto, lastenneuvola, raskausaika, suun terveydenhuolto, toimintakyky). Näitä koskevat kirjaamisohjeet julkaistaan omina kirjaamisoppaana [THL:n kirjaamisohjeiden sivuilla](#). Ks. myös luku 12 Tutkimukset ja mittaukset.

Lisäksi on useita mahdollisuuksia kuvata yhtenäisellä tavalla erilaisia toimenpiteitä, joita terveydenhuollon ammattihenkilöt toteuttavat testeissä ja arvioinneissa saatujen tulosten

perusteella. Eri ammattiryhmillä on tähän omat nimikkeistönsä tai luokituksensa. Lisäksi voidaan hyödyntää [THL-Toimenpideluokitusta](#), jossa on esimerkiksi erilaisia hoitoon tai ohjaukseen liittyviä toimenpiteitä (esimerkiksi vajaaravitsemuksen ehkäisy ja hoito, sairauden hoitoon ja kuntoutukseen liittyvä ravitsemusohjaus, terveyden ylläpitoon liittyvä ravitsemusohjaus, painonhallinta- ja laihdutusohjaus). Ks. myös luku 13 Toimenpiteet.

Taulukko 11.1 Potilaan terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaamiseen käytettäviä luokituksia, mittareita ja testejä.

Koodistopalvelimella julkaistuja luokituksia, mittareita ja testejä:	Termetassa julkaistu asiakirjarakenne
FinLOINC - Fysiologiset mittaukset	Tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön merkintä
THL - Tautiluokitus ICD-10 tai Kuntaliitto - ICPC-2 Perusterveydenhuollon luokitus	
THL-Toimenpideluokitu	
AR/YDIN - Kyllä/ Ei/ Ei tietoa	
AR/YDIN - Tupakointistatus	
THL-Tupakkatuote	
AR/YDIN - Nikotiiniriippuvuustesti (Fagerströmin suppea nikotiiniriippuvuustesti)	
THL/Testi - AUDIT - Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen 10 kysymyksellä	
THL/Testi - AUDIT-C - Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen 3 kysymyksellä	
UKK-instituutti/Lomake - Liikkumisresepti aikuisille	
UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistö	
THL/Testi - Beckin masennuskysely (BDI-21)	
THL/Testi - Dementiariskitesti	
THL/Mittari - WHODAS 2.0 terveyden ja toimintarajoitteiden arviointimenetelmä	
THL/Testi - Diabetesriskitesti	
THL/Testi - Finriskilaskuri	
THL/Testi - Neljän kansansairauden yhdistelmäriskitesti	
Vajaaravitsemus/lomake - NRS2002-seulontamenetelmä	
Vajaaravitsemus/Lomake - MNA-seulontamenetelmä	
STH - STH35 Harjauskertojen määrä (ja muut suun terveyteen liittyvät luokitukset)	
THL - ICF Toimintakykykäsitteiden luokitus (esim. → D - pääluokka 5/ Itsestä huolehtiminen)	
THL - Toimintakykymittarit	

11.1 Terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaaminen

Potilaan terveyden kannalta oleelliset tekijät tulee kuvata ja kirjata mahdollisimman rakenteisesti, jotta järjestelmissä esimerkiksi hoidollisen päätöksenteon tuen avulla voidaan tuottaa ehdotuksia potilaan terveysriskien minimoimiseksi ja hoidon edistämiseksi. Rakenteisista tiedoista voidaan kerätä myös kansalaisten terveyskäyttäytymisestä populaatiotasosta tietoa erilaisiin tilastoihin ja

raportteihin hyödynnettäväksi niin kansallisesti, alueellisesti kuin organisaatiotasolla. Kattava, yhtenäinen rakenteinen tietojen kirjaaminen on tärkeää, jotta populaatiotason tieto on luotettavaa ja muutokset potilaiden terveystietojen käytössä ovat seurattavissa.

Kansalainen voi seurata OmaKannasta tietoa terveyteensä vaikuttavien tekijöiden arvioinneista, mikä vahvistaa hänen osallistumisensa terveytensä edistämiseen ja mahdollisten sairautensa (itse)hoitoon. Lisäksi häntä voi ohjata tekemään myös itsearviointina tarkoitukseensa soveltuvia testejä. Tällaisia testejä on helposti saatavilla lukuisien sähköisten palvelujen tai nettisivustojen kautta. Lisäksi kansalainen voi tallentaa ja käsitellä omia hyvinvointitietojaan myös Kanta-palvelujen Omatietovarantoon soveltuvien hyvinvointisovellusten ja mittalaitteiden avulla. Hyvinvointitiedoilla tarkoitetaan tässä kansalaisen mittaus-, elämäntapa- ja aktiivisuustietoja, jotka liittyvät suoraan tai välillisesti hänen hyvinvointiinsa ja terveyden edistämiseen. Lisätietoa [Omatietovarannosta](#).

11.2 Terveyteen vaikuttavat tekijät ja niiden mittarit

Esimerkiksi tupakoinnin, alkoholin käytön ja liikunnan määrän kartoitusta varten on olemassa soveltuvia mittareita, joita on julkaistu myös Koodistopalvelimella kansallisesti yhdenmukaisesti määritellyin rakentein. Muita terveydentilan selvityksessä hyödynnettäviä mittareita ovat mm. masennusoireiden vaikeusasteen arviointiin kliinisessä tilanteessa tarkoitettu Beckin masennuskysely (BDI-21), erilaiset riskitestit, kuten Dementia- ja Diabetesriskitestit, Finriskilaskuri ja Neljän kansansairauden yhdistelmäriskitesti. Myös ravitsemuksen tilaa ja vajaaravitsemuksen riskiä voidaan arvioida erilaisin seulontamenetelmin.

Terveyteen vaikuttavien tekijöiden tietoja tallentuu eri näkymille, koska potilasta hoitavat ja ohjaavat useat eri ammattiryhmät. Kuten muitakin keskeisiä potilastietoja, terveyteen vaikuttavia tekijöitä mitataan ja kirjataan vain silloin, kun ne ovat tarpeen potilaan terveydentilan ja elintapojen selvittelyssä sekä mahdollisen terveysongelman tai sairauden hoidossa. Potilaskertomukseen kirjataan kustakin mittarista saatu indeksiluku. Lisäksi mittarilla todettua, rakenteista tilannetietoa voi kuvailla vapaamuotoisesti esimerkiksi **Terveyteen vaikuttavat tekijät** - otsikon alla.

11.2.1 Tupakka- ja nikotiinituotteet

STM ja THL ovat julkaisseet [suosituksia](#) tupakasta ja nikotiinista vieroituksen järjestämiselle erityisesti hyvinvointialueille (ks. myös [uutinen](#)). Niiden avulla hyvinvointialueet pystyvät tarkistamaan ja kehittämään tapojansa järjestää tupakka- ja nikotiinivieroitusta. Käyttöönottaminen voi toteuttaa asteittain. Suositus sisältää esimerkkikuvauksen tupakasta ja nikotiinista vieroituksen rakenteiselle kirjaamiselle, ks. suositusten [liite](#). Liitteen taulukossa 1 kuvataan tupakka- ja nikotiinituotteisiin liittyviä tietorakenteita ja niiden käytön ohjausta. Taulukko 2 sisältää tapausesimerkkejä asiakastilanteista ja kirjaamiseen käytettävissä olevista tietorakenteista. Esimerkki 1 ohjaa tuotteiden käytön ja riippuvuuden kartoitusta sekä tupakansavulle altistumista. Muissa esimerkeissä ohjataan tupakoinnin lopettamiseen liittyvän mini-intervention kirjaamista tai riippuvuuden hoitoa koskevat merkinnät laajemmalla interventiolla. Lisätietoa myös: [Tupakka/vieroitusohjaus \(thl.fi\)](#) ja [Käytön kirjaaminen \(thl.fi\)](#)

Keskeiset tietorakenteet käytön kirjaamiseen ovat Tupakointistatus, Tupakkatuote ja F17/P17 ryhmän diagnoosikoodit. Kirjaamisessa käytettävät luokitukset on saatavissa pääosin Koodistopalvelimelta (ks. taulukko 11.1.) [Tupakka- ja nikotiinituotteiden käytön merkinnän](#) asiakirjarakenteet on kuvattu myös Termetassa. Siinä keskeiset tietokomponentit (TK) ovat Tupakka- ja nikotiinituotekohtainen käyttö, Passiivinen tupakointi ja Tupakointitesti.

[Tupakointistatus](#) -luokitus on tarkoitettu kuvaamaan henkilön ilmoitusta omasta tupakoinnistaan (myös sähkösavukkeiden, nuuskan ja nikotiinipussien käytöstä) tai tupakansavulle

altistumisestaan. Käytetty tuote määritellään [THL-Tupakkatuote](#) -luokituksella. Riippuvuutta voidaan lisäksi testata ja kuvata Fagerströmin [nikotiiniriippuvuustestillä](#). Käytön lopettaminen merkitään Tupakointistatus -luokituksen 'Lopettanut'-koodilla tai F17.20 diagnoosikoodilla. Tupakoinnin määrä ilmaistaan savukkeina/vrk (FinLOINC-koodi 8663-7) tai askivuosina (FinLOINC-koodi 11366- 2). Jos henkilö tupakoi yhden askin päivässä vuoden ajan, tulee määräksi yksi askivuosi (20 vuotta 2 askia päivässä = 40 askivuotta). Toimenpidekoodeista käytetään IHA11 (TUTH/Nikotiini, strukturoitu kartoitus), IHA22 (INTH/Nikotiini, mini-interventio) ja IHA30 (INTH/Tupakasta vieroitus, mini-interventiota laajempi vieroitushoito), ja ehkäisevässä työssä tarvittaessa OAB40 (Päihteisiin/riskikäyttäytymiseen liittyvä ohjaus).

11.2.2 Päihteet ja riippuvuudet

Alkoholin käytön kartoitukseen soveltuu kymmenen kysymyksen AUDIT-testi tai suppeampi kolmen kysymyksen AUDIT-C -testi. Testin tulos kirjataan vapaalla tekstillä otsikon **Terveysteen vaikuttavat tekijät** alle, mikäli järjestelmässä ei voi hyödyntää kansallisella Koodistopalvelimella julkaistuja AUDIT-mittareita.

Raskaana olevilla ja nuorilla AUDIT-testiä voidaan hyödyntää keskustelun pohjana, koska suora indeksin tuottama arvo voi näissä ryhmissä luoda virheellisiä tuloksia, joita ei voida suoraan hyödyntää esimerkiksi arvioitaessa äidin alkoholinkäytön sikiölle aiheuttamaa riskiä. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa käytettäviä mittareita ovat esimerkiksi Adsume, nuorten päihdemittari ja Audit, alkoholin käytön arviointi -kyselylomake sekä Mielialakysely R-BDI-13. Lisätietoa: [THL - Lapset, nuoret ja perheet](#)

Huumausaineiden ja lääkkeiden väärinkäytön kartoittamisessa voidaan soveltaa esimerkiksi Huumeidenkäyttötestiä (DAST 20) ja Huumeiden käytön riskit -testiä (DUDIT). Lisätietoa: [THL - Huumeiden ja lääkkeiden väärinkäytön puheeksiotto](#). Lisäksi Kannabiksen käytön riskit -testi kartoittaa kannabiksen käytöstä koituvien haittojen riskitasoa. Lisätietoa löytyy myös [Päihdelinkistä](#).

Rahapeliongelman tunnistamiseksi ja rahapelaamisen haittojen kartoittamiseksi voi esimerkiksi käyttää BBGS-lyhytseulaa ja tarkempaa PGSI-mittaria. Nuorten rahapelikyselyn (SOGS-RA) ja ongelmallisen digipelaamisen mittarin (GAS-7) avulla voi testata kuinka ongelmallista pelaaminen on. Lisätietoa: [THL - Rahapelit](#).

11.2.3 Liikunta

Kun tavoitteena on saada potilas liikkumaan riittävä ja turvallinen määrä, kannustimena liikkumiseen voidaan käyttää Liikkumisreseptiä (UKK-instituutti/Lomake - Liikkumisresepti aikuisille). Lomake on tarkoitettu käytettäväksi terveydenhuollon vastaanotolla aikuisten liikuntaneuvonnan tukena. Lomakkeessa on kaksi osaa: henkilön liikkumistiedot ja henkilölle annetut liikkumisohjeet. Mikäli lomaketta ei ole saatavilla omassa järjestelmässä, voidaan käyttää potilaalle tulostettavaa paperiversiota. Lisätietoa: [UKK-instituutti - Liikkumisresepti](#); [THL - Liikunta](#)

Liikkumisreseptin tietojen kirjaamista varten on näkymäluokituksessa lomakemuotoinen näkymä LREA Liikkumisresepti aikuisille (lapsille ei ole omaa näkymää), joka on liikkumistiedon, -tottumusten ja -ohjeiden kirjaamiseen tarkoitettu kirjaamisalusta sähköisessä potilaskertomuksessa. Tarvittaessa tietoa liikunnasta voi kirjata vapaamuotoisesti mihin tahansa kertomustekstiin otsikon **Terveysteen vaikuttavat tekijät** alle.

Lisäksi liikkumisreseptissä sekä liikuntaturvallisuuden ja liikunnan yhteydessä syntyvien vammojen seurannassa voidaan käyttää UKK-instituutti - Liikuntalajinimikkeistöä. Liikuntalajinimikkeistö

luokittelee harraste- ja kuntoliikunnan sekä kilpaurheilun lajeja. Liikuntalajinimikkeistö soveltuu käytettäväksi terveydenhuollon vastaanottokäynneillä, tilastoinnissa ja tutkimuksissa. Liikuntalajinimikkeistö voidaan tarvittaessa liittää Tautiluokitus ICD-10:n koodin Y94.2 Urheilu- tai liikuntataturma rinnalle täsmentämään lajia, jossa sairaalahoitoa vaatinut vamma on syntynyt.

11.2.4 Ravitseminen

Potilaan ravitsemustilaa ja ravitsemusta voidaan arvioida erilaisin fysiologisin mittarein ja testein. Keskeisiä fysiologisia mittauksia ravitsemuksen seurannassa ovat esimerkiksi FinLOINC-luokituksella kirjattavat syntymäpaino ja -pituus, paino (mitattu/ ilmoitettu/ arvioitu), pituus (mitattu/ ilmoitettu/ arvioitu), BMI -painoindeksi, ISO-BMI -painoindeksi lapset, kehon rasvaprosentti, viskeraalinen rasva (pinta-ala), kehon rasvamäärä, vyötärönympäryys, lantionympäryys ja verenpaine sekä tupakointi. Myös suun terveystiedot voivat olla ravitsemuksen kannalta tärkeitä. Fysiologisten mittausten kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvussa 12 Tutkimukset ja mittaukset.

Esimerkiksi Vajaaravitseminen/Lomake - NRS2002-seulontamenetelmä -lomaketta voidaan käyttää vajaaravitsemuksen riskin seulonnassa koskien kaikkia ikäryhmiä esimerkiksi sairaaloissa ja vuodeosastojaksoilla. Lisäksi voidaan käyttää Vajaaravitseminen/Lomake- MNA-seulontamenetelmä -lomaketta yli 65-vuotiaiden ravitsemustilan arviointiin esimerkiksi kotisairaanhoidossa ja terveystieteiden avohoidossa.

11.2.5 Suun ja hampaiden terveydentila

Suun ja hampaiden terveydentilaa seurataan ja kirjataan käyttäen rakenteisia tietoja, kuten kariesindeksejä ja kiinnityskudossairauksien tilaa kuvaavia indeksejä. Myös harjauskertojen lukumäärä voidaan kirjata rakenteisena tietona. Suun terveydenhuollossa kirjataan jatkossa rakenteisesti sekä suun terveyteen keskeisesti vaikuttavat tekijät että yleiset, suun terveyden kannalta keskeiset terveyteen vaikuttavat tekijät (esimerkiksi tupakointi ja päihteiden käyttö) osana potilaan esitietoja ja omahoitoa. Näiltä osin määrittelyt ovat kuitenkin vielä kesken (2024). Suun terveydenhuollon kirjaamista ohjeistetaan tarkemmin erillisjulkaisussa [THL:n Tiedonhallinnan sivustolla](#).

11.2.6 Raskaus

Tieto naisen raskaudesta on oltava käytettävissä hoitopäätöksiä tehtäessä. Tiedossa olevan raskauden laskettu aika ja raskaudet/synnytykset -luku kirjataan otsikon **Terveyteen vaikuttavat tekijät** alle rakenteisesti, mikäli mahdollista. FinLOINC-luokituksen avulla voidaan kirjata rakenteisesti esimerkiksi Laskettu aika (koodi 11778-8) ja Raskauksien lukumäärä (koodi 11996-6) sekä Synnytysten määrä (koodi 11977-6).

12 Tutkimukset ja mittaukset

- [12.1 Fysiologiset mittaukset](#)
 - [12.1.1 Fysiologisten mittaustietojen kirjaaminen](#)
 - [12.1.2 Fysiologisten mittausten koostetiedot](#)
- [12.2 Laborioriotutkimukset](#)
 - [12.2.1 Laborioriotutkimusten pyynnöt](#)
 - [12.2.2 Laborioriotutkimusten tulokset ja lausunnot](#)
 - [12.2.3 Laborioriotutkimusten koostetiedot](#)
- [12.3 Kuvantamistutkimukset](#)
 - [12.3.1 Kuvantamistutkimusten pyynnöt](#)
 - [12.3.2 Toteutuneet kuvantamistutkimukset](#)
 - [12.3.3 Kuvantamistutkimusten lausunnot](#)
 - [12.3.4 Näkyvän valon kuvat](#)
 - [12.3.5 Mittauslaitteiden tuottamat kuvat, videot ja biosignaalit](#)
 - [12.3.6 Säteilyaltistus](#)
 - [12.3.7 Kuvantamistutkimusten koostetiedot](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Tutkimuksilla ja mittauksilla tarkoitetaan tässä fysiologisia mittauksia sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimusten pyyntöjä, vastauksia ja lausuntoja. Tutkimus- ja mittaustiedot kirjataan käyttäen mm. tutkimusnimikkeistöjä tai FinLOINC-koodeja. Laboratoriossa voi käyttää myös yksikön omia koodeja, jos tutkimus on niin uusi, ettei sille vielä ole valtakunnallista koodia. Vieritutkimuksina tai kotona itse tehdyille tutkimuksille ja mittauksille merkitään tulokseen tieto tutkimuksen tekotavasta. Huomattavan poikkeava kuvantamistulos pitäisi merkitä merkittävästi poikkeavaksi löydökseksi, jotta tieto huomataan helpommin. Tuloksen poikkeavuutta kuvaavaa luokitusta käytetään myös fysiologisissa mittauksissa sekä laborioriotutkimuksissa. Fysiologisille mittauksille sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimuksille tulee käyttöön kullekin oma koosteensa, jonka avulla käyttäjä saa Tiedonhallintapalvelusta tiedot muissa yksiköissä tehdyistä tutkimuksista ja mittauksista. Lisäksi valtakunnallinen Kuva-aineistojen tietovaranto, joka toteuttaa kuvantamistutkimusten arkistoinnin ja jakamisen osana Kanta-palveluja, otetaan käyttöön vaiheittain.

Fysiologisia mittauksia sekä laboratorio- ja kuvantamistutkimusten tietoja kirjataan taulukossa 12.1 kuvatuilla luokituksilla, jotka on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella. Rakenteisesti kirjattuja tietoja voidaan hyödyntää potilaan tilassa tapahtuvien muutosten seurannassa ja päätöksenteon tukena monin eri tavoin. Tietoja voi esittää myös graafisesti ja koosteina. Laajemmin tietoja voidaan hyödyntää esimerkiksi väestön terveydentilaa kuvaavissa raporteissa tai tilastoissa.

Tutkimus- ja mittaustietojen rakenteisia tietosisältöjä ja niistä muodostettavien koosteiden määrittelyjä on kuvattu tarkemmin julkaisussa Tiedonhallintapalvelun määrittelyistä ([Virkkunen ym. 2023](#)). Eri koosteiden tarkemmat tietosisällöt on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella.

Kanta-palveluissa Kuva-aineistojen tietovaranto otetaan käyttöön vaiheittain. Sen toiminnallisuuksia kuvataan tarkemmin [Kanta.fi -sivustolla](#) julkaisussa [Kuva-aineistojen arkiston kansalliset toiminnalliset määrittymiset versio 1.8](#). Dokumentissa kuvataan laajasti kuvantamisen toiminnallinen kokonaisuus huomioiden jossain määrin kuvantamisen erityisosa-alueita, kuten radiologista (mammografia, suun terveydenhuolto) ja ei-radiologista kuvantamista (ultraääni, näkyvän valon kuvat). Käyttöön oton ensimmäisessä vaiheessa mahdollistetaan kuvien arkistointi yhteiskäyttöön (tallennus ja hakutoiminnot) sekä kuvien hyödyntäminen yhdessä muun potilaskertomusaineiston kanssa. Toisessa vaiheessa tietoa ja merkintätapoja standardoidaan ja toiminnallisuuksia kehitetään edelleen. Kolmannessa vaiheessa tavoitteena on siirtä täysin keskitettyyn kansalliseen kuvantamisen aineiston tietovarantoon.

Taulukko 12.1 Potilaan fysiologisten mittausten, laboratoriotutkimusten ja kuvantamistutkimusten kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Fysiologisten mittausten kirjaamisen luokituksia	Laboratoriotutkimusten kirjaamisen luokituksia	Kuvantamistutkimusten kirjaamisen luokituksia
FinLOINC - Fysiologiset mittaukset	Kuntaliitto - Laboratoriotutkimusnimikkeistö (voi myös käyttää paikallisia luokituksia niiltä osin, kun Kuntaliiton nimikkeistö ei tutkimuksia kata)	THL - Toimenpideluokitus - Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus *
		Kuvantamistutkimuksen diagnoositarkenne kirjataan käyttäen luokitusta <ul style="list-style-type: none"> • THL- Tautiluokitus ICD-10 tai • Kuntaliitto - ICPC Perusterveydenhuollon luokitus
THL - Tiedon lähde		THL - Tiedon lähde
THL - Lausunnon tila		THL - Lausunnon tila
THL - Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa		THL - Anatominen jaottelu **
THL - Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus	AR/LABRA - Poikkeustilanneviestit (kuva tuloksen poikkeavuutta)	THL - Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus
	AR/LABRA - Tutkimusvastauksien tulkintakoodit	
	Kuntaliitto - Laboratoriotutkimuksen systeemilyhenne	

* Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus saatavana koodistopalvelusta myös omana koodistonaan

** THL- Anatominen jaottelu - luokitusta käytetään kuvantamisen tietojärjestelmissä ilmaisemaan radiologisen tai näkyvän valon kuvan anatomista paikkaa. Luokituksen mukaiset luokat on tarkoitus siltata THL-Toimenpideluokituksen radiologisiin sekä näkyvän valon kuvan toimenpiteisiin.

12.1 Fysiologiset mittaukset

12.1.1 Fysiologisten mittaustietojen kirjaaminen

Fysiologiset mittaustulokset kuvaavat henkilön kliinis-fysiologisia löydöksiä. Fysiologisten mittausten tietosisältö jakautuu kahteen osaan: fysiologisen mittausten tietosisältöön ja

mahdolliseen, mittausta koskevaan lausuntoon. Jos sama henkilö kirjaa samassa yhteydessä sekä lausunnon että mittaustuloksen, voidaan lausunto tallentaa fysiologisen mittauksen merkinnässä, eikä kirjaajan tarvitse tehdä erillistä lausuntomerkinä. Fysiologisen mittauksen tietosisällön pakollisia tietoja ovat mittausajankohta, mittauksen nimi ja koodi sekä mittauksen tulos. Lisäksi voidaan kirjata mm. mittauksen tehneen henkilön tiedot ja mittauksen tekotapa (laboratorio, vierimittaus, omamittaus).

Kaikki potilaan hoidon kannalta tarpeelliset fysiologiset mittaukset kirjataan rakenteisesti FinLOINC-luokituksen mukaisesti. FinLOINC -luokitukseen on valittu yleisesti käytettyjä, useilla erikoisaloilla hyödynnettäviä tietoja, joiden seurannalla ja muutoksilla on yleensä kliinistä merkitystä. Kyseisten mittausten tulos on numeerinen tai luokitteleva tieto, joka tallennetaan strukturoidussa muodossa ja josta voidaan tuottaa esimerkiksi graafisia esityksiä tai laskea tunnuslukuja. Laskennallisia suureita, kuten BMI, ei sisällytetä näihin määrittelyihin, jos ne ovat pääteltävissä muista tiedoista. FinLOINC-luokitus sisältää esimerkiksi sydän- ja verisuonijärjestelmään, hengitysjärjestelmään, kehon mittoihin ja aistitoimintoihin liittyviä tietoja.

Fysiologisista mittauksista kirjataan potilastietojärjestelmiin mitattu arvo ja yksikkö pääsääntöisesti SI- järjestelmän mukaisina yksikköinä. Mitattuihin tuloksiin voidaan liittää tieto viitearvoista tai tuloksen poikkeavuudesta, silloin kun tiedot ovat olemassa tai voidaan päätellä. Lisäksi tuloksia voidaan tarvittaessa täydentää tekstimuotoisella lisätiedolla tai erillisellä lausunnolla. Mittausten yhteydessä voidaan tarvittaessa ilmoittaa myös mittalaitte, jolla mittaus on suoritettu.

Kirjaaminen on mahdollista kaikilla hierarkkisen FinLOINC-luokituksen tasoilla. Hierarkia mahdollistaa sen, että alemmalle tasolle kirjattuja suureita voidaan hakea ja tarkastella hierarkiassa ylemmällä tasolla olevan termin avulla. Näin esimerkiksi FinLOINC:in luokka 29463-7 Paino sisältää myös tarkemmat tiedot 3141-9 Paino, mitattu ja 3142-7 Paino, ilmoitettu.

FinLOINC-luokitus on joiltain osin päällekkäinen laboratoriotutkimusnimikkeistön kanssa. Kyseisistä laboratoriotutkimuksista voidaan käyttää FinLOINC-termiä, kun mittaaminen tapahtuu laboratorion ulkopuolella. Esimerkki tällaisesta on vastaanotolla tehtävä uloshengityksen huippuvirtaus eli PEF-mittaus. Jos potilastietojärjestelmään kirjataan esimerkiksi potilaan itsensä suorittamia fysiologisia mittauksia, tulee merkitä myös mittauksen tai tutkimuksen tekotapa eli kirjataan tieto siitä, onko kyseessä laboratoriossa tehty mittaus, vierimittaus vai potilaan itse tekemä omamittaus. FinLOINC-luokituksen lisäksi voidaan käyttää apuna myös esimerkiksi luokituksia Tiedon lähde, Mittauksen tai tutkimuksen tuloksen poikkeavuus ja Lausunnon tila.

12.1.2 Fysiologisten mittausten koostetiedot

Fysiologiset mittaukset kirjataan rakenteisesti FinLOINC-luokitusta hyödyntäen ja tallennetaan Potilastietovarantoon, jolloin ne voidaan kerätä Tiedonhallintapalvelussa **Fysiologisten mittausten koosteelle (FMK)**. Fysiologisille mittaustuloksille ei ole omaa näkymää, vaan tiedot merkitään eri kertomusnäkyvien tekstin joukkoon tai mittaustuloksien merkintöjen erilliskenttiin.

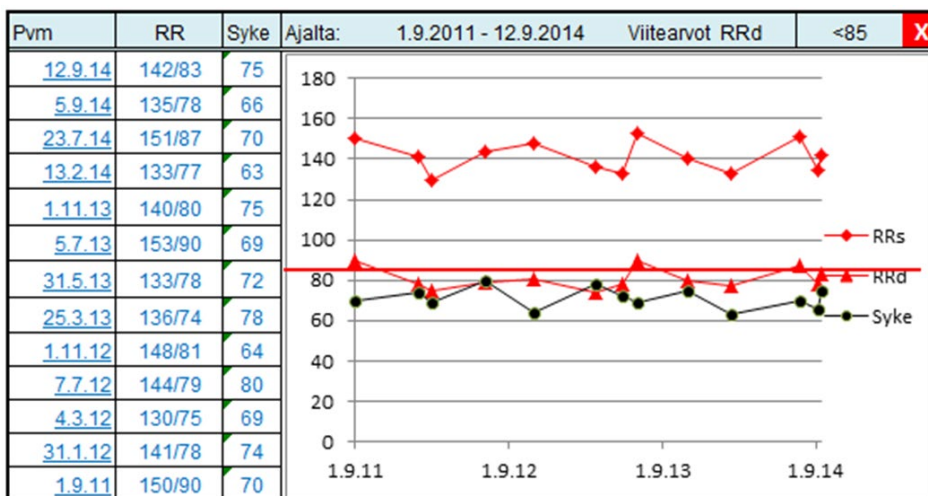
FMK-näkymälle kerätään kaikki siihen kuuluviksi määritetyt, FinLOINC-koodistolla kirjatut fysiologiset mittaustiedot eri rekisterinpitäjien potilaskertomusasiakirjoista. Tiedonhallintapalvelu ei suodata eikä analysoi tallennettuja tietoja, vaan tuo käyttäjälle tietojärjestelmän näytettäväksi kaikki haetulla aikavälillä rakenteisesti kirjatut fysiologiset mittaukset ja niihin liittyvät lausunnot, joiden luovutuksia potilas ei ole kielloin rajannut palvelunantaja- tai tapahtumakohtaisesti.

Koosteelle kerättävien fysiologisten mittaustietojen tulee perustua käyttäjän kirjauksiin tai erilliseen käyttäjän tekemään tuloksen vahvistamiseen. Koosteelle ei siis kerätä kaikkia fysiologisia mittaustietoja esimerkiksi tehohoitojakson erillisjärjestelmistä tai muista vastaavista mittalaitteista. Näiden runsaasti fysiologisia mittaustuloksia automaattisesti tuottavien järjestelmien tietojen tallentamisen arvon määrittäminen tehdään myöhemmin.

Jos fysiologisten mittausten kirjaamiseen käytetään muuta kuin FinLOINC-luokitusta tai tiedot kirjataan ilman FinLOINC-luokitusta kertomusnäkyville esimerkiksi **Fysiologiset mittaukset** - otsikon alle, ei mittaustietoa saada koosteelle. Tiedon tallentaminen rakenteisessa muodossa ei kuitenkaan estä tiedon sanallista kuvaamista kertomustekstissä silloin, kun se on tarkoituksenmukaista. Kuvissa 12.1 ja 12.2 on esimerkkejä fysiologisten mittausten koosteista.

Fysiologisten mittausten yhteenveto			Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014		X	
Fysiologiset mittaukset			Ajalta: 1.9.2011 - 12.9.2014			
Yht	Uusin	Tutkimus	Tulos	!	Viitearvot	▲
14	12.9.14	Pituus, ilmoitettu tai arvioitu	176			
14	12.9.14	Paino, ilmoitettu tai arvioitu	88	*	65-78	
7	5.9.14	Paino, mitattu	91	*	65-78	
12	5.9.14	Tupakointi, askivuosia	0			
22	5.9.14	Verenpaine, istuen	142/83		d <85	
22	5.9.14	Syke	75			

Kuva 12.1 Esimerkki fysiologisten mittausten näyttämisestä. (Virkkunen ym. 2023)



Kuva 12.2 Fysiologisia mittauksia voi esittää laboratoriotutkimusten tapaan tarvittaessa grafiikalla havainnollistettuna. (Virkkunen ym. 2023)

12.2 Laborioriotutkimukset

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

Laboratoriotutkimusten tiedot jakautuvat kolmeen tietosisältöön: laboratoriotutkimuspyyntöön, -vastaukseen ja -lausuntoon, joista kukin arkistoidaan Potilastietovarantoon omana merkintäänään LAB-näkymälle joko laboratorion järjestelmästä tai potilastietojärjestelmästä.

12.2.1 Laboratoriotutkimusten pyynnöt

Laboratoriotutkimuspyynnöt kirjataan Laboratoriotutkimusnimikkeistöllä. Jos laboratoriotutkimus on niin uusi, ettei sille vielä ole valtakunnallista koodia tai mikäli kyseessä on laboratorion omiin tarpeisiin perustettu tutkimus (esimerkiksi tutkimuspaketti), voidaan kirjaamisessa käyttää toimintayksikön omia koodeja. Suositeltavaa on, että toimintayksiköissä pyrittäisiin omaan koodina käyttämään LOINC-koodia. LOINC-koodeja käyttämällä saavutetaan uusien tutkimusten tiedoissa parempi yhtenäisyys sairaaloiden välillä.

Yhteen laboratoriotutkimuspyyntöön voi liittyä yksi tai useita tutkimuksia. Jokainen tutkimus voidaan pyytää joko erikseen tai voidaan pyytää "tutkimuspaketteja", jotka sisältävät useita yksittäisiä tutkimuksia (esimerkiksi PVK). Tutkimuspakettina voidaan käyttää Kuntaliiton Laboratoriotutkimusnimikkeistön tai paikallisen koodiston mukaisia tutkimuspaketteja. Pyydettyvät tutkimuspaketit ja niiden sisältö voidaan kussakin laboratoriojärjestelmässä tai organisaatiossa määritellä erikseen. Omissakin pakettitutkimuksissa tulokset kirjataan osatutkimuksille, jotka ovat kansallisesti yhteisiä. Lisää ajankohtaista ohjeistusta löytyy [Kuntaliiton nimikkeistöjen kehittäminen -sivulta \(yhteistyötila\)](#).

Toistuvissa tutkimuspyynnöissä ("kestolähetteet") merkitään myös Toistuvan laboratoriotutkimuspyynnön alku- ja loppupäivämäärä ja Laboratoriotutkimuksen tutkimuskertojen enimmäismäärä. Tutkimuspyynnön voimassaolon alkupäivämäärä on pakollinen tieto, mutta loppupäivämäärä on vapaaehtoinen tieto, samoin kuin tutkimuskertojen maksimimäärä. Toistuvan laboratoriotutkimuspyynnön perusteella tehtyjen tutkimusten vastaukset voidaan liittää alkuperäiseen tutkimuspyyntöön tai laboratoriojärjestelmä voi muodostaa uuden "teknisen" tutkimuspyynnön, johon tutkimusvastaukset yhdistetään. Tutkimusvastaukset liitetään siihen palvelutapahtumaan, johon toistuva tutkimuspyyntö on tallennettu tai esimerkiksi mahdolliseen kontrollikäyntiin, johon tutkimus liittyy. Jos kumpaakaan ei ole mahdollista helposti päätellä, voidaan palvelutapahtumaksi valita potilaan viimeisin palvelutapahtuma kyseisessä organisaatiossa.

12.2.2 Laboratoriotutkimusten tulokset ja lausunnot

Laboratoriotutkimusvastaukset linkitetään laboratoriotutkimuksen tunnisteen avulla vastaavaan laboratoriotutkimuspyyntöön ja tallennetaan tutkimuskohtaisesti LAB-näkymään. Vastaukset ja/tai lausunnot löydöksistä kirjataan laboratorio-ohjelmistoihin, joista tieto välittyy potilaskertomukseen ja tallentuu laboratorionäkymään (LAB). Samaan laboratoriotutkimuspyyntöön liittyvät vastaukset voidaan antaa kerralla tai useassa erässä.

Laboratoriotutkimusvastaukseen voi sisältyä lausunto, joka kirjataan ja tallennetaan Laboratoriotutkimuksen tunnisteen avulla osaksi tutkimusvastausta. Tällainen lausunto voidaan tuottaa tarvittaessa myös erillisenä. Lisäksi voidaan tuottaa myös laboratoriotutkimuslausunnon rakenteesta poikkeava lausunto. Tällöin erillislausunnon linkki tallennetaan laboratoriotutkimusvastaukseen Erillisen lausunnon tunnisteen avulla. Tunniste toimii teknisenä viittauksena ulkopuoliseen lausuntoon. Lausuntoihin kirjataan lausunnon antaneen terveydenhuollon ammattihenkilön nimi ja palvelun toteuttaja sekä ajankohta, jolloin lausunto on annettu.

Myös osastoilla tehdyt laboratoriotutkimukset tulisi mahdollisuuksien mukaan tallentaa Potilastietovarantoon. Niissä käytetään muutoin samaa rakennetta kuin laboratoriossa tehdyissä

tutkimuksissa, mutta niiden Mittauksen tai tutkimuksen tekotavaksi kirjataan vierimittaus. Jos potilastietojärjestelmään kirjataan potilaan itsensä suorittamia laboratoriotutkimuksia, käytetään niissä tutkimuksen tekotapana omamittausta ja sen lisäksi merkitään tarvittaessa tiedon lähde Tiedon lähde -koodistolla.

Tutkimustuloksista ja -vastauksista voidaan tehdä myös kirjallinen yhteenveto ja pohdinta potilaskertomuksen narratiiviseen tekstiin, jonka avulla voidaan arvioida tutkimuksen tuloksia ja onnistumista sekä ehdottaa mahdollisia jatkotoimenpiteitä. Tutkimustulosten yhteenveto kirjataan **Tutkimukset**-otsikon alle (ks. myös luku 17 Yhteenveto- ja päivittäismerkinnät).

12.2.3 Laboratoriotutkimusten koostetiedot

Tiedonhallintapalvelun muodostamalle laboratoriotutkimusten koosteelle (LABK) kootaan eri rekisterinpitäjien asiakirjojen laboratorio-näkymälle (LAB) tallennetuista rakenteisista kirjauksista kaikki potilaan laboratoriotutkimukset lukuun ottamatta tutkimuksia, joiden luovutusta potilas on rajannut palvelunantaja- tai palvelutapahtumakohtaisesti. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tutkimuksia, vaan tuo koosteena käyttäjän tietojärjestelmän näytölle kaikki haetulla aikavälillä rakenteisesti kirjatut laboratoriotutkimukset sekä niihin liittyvät pyynnöt ja lausunnot, joiden luovutuksia potilas ei ole kieltänyt. Kuvassa 12.3 on esimerkki koosteesta.

Laboratoriotutkimusyhteenveto				Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta		12.9.2014		X	
Laboratoriotutkimukset				Ajalta:		1.9.2011 -		12.9.2014	
Yht	Uusin	Tutkimus		B-CRP:		Tulos	!	Viitearvot	▲
14	12.9.14	S-Na	S-Natrium	5.9.14	88*	144		135-145	
14	12.9.14	S-K	S-Kalium	1.9.14	133*	3,2		3,5-4,5	
7	5.9.14	B-La	B-Lasko	23.7.14	5	30	*	<10	
12	5.9.14	S-CRP	S-C reaktiivinen proteiini	13.2.14	6	88	*	3-20	
22	5.9.14	B-Hb	B-Hemoglobiini	1.11.13	5	145		120-166	
22	5.9.14	B-Hkr	B-Erytrosyytit, tilavuusosuus	31.1.12	5	42		38-55	

Kuva 12.3 Esimerkki yhteenvedosta ja valitun tutkimuksen aikaisempien arvojen näyttämisestä. (Virkkunen ym. 2023)

12.3 Kuvantamistutkimukset

Radiologiset tutkimukset ovat lääketieteellistä diagnostiikkaa, joka perustuu erilaisiin kuvantamismenetelmiin. Näihin menetelmiin kuuluvat esimerkiksi röntgenkuvaukset, tietokonetomografiat (TT), ultraäänitutkimukset ja isotooppitutkimukset. Näitä tutkimuksia tehdään röntgenosastojen lisäksi myös toimenpiteiden yhteydessä, kliinis-fysiologisilla osastoilla ja sädehoitoyksiköissä. Isotooppitutkimuksissa voidaan kuvien lisäksi tulostaa myös aktiivisuuskäyriä, joita tuotetaan mm. munuaisten toimintatutkimuksissa ja isotooppireografioissa.

Kuvantamistutkimusten tiedot muodostuvat kuvantamistutkimuspyynnöstä, kuvantamistutkimuksesta ja lausunnosta, jotka kirjataan joko radiologian järjestelmillä tai potilastietojärjestelmillä. Kuvantamistutkimusten merkinnät tehdään yleensä Radiologian

näkymälle (RTG), mutta myös muita jatkuvan kertomuksen näkymiä voi käyttää. Tämä koskee myös näkyvän valon kuvien (mm. valokuvien, videoiden ja piirrosten) merkintöjä.

Tiedot kirjataan käyttäen [THL-Toimenpideluokitusta](#), joka on saatavissa kansalliselta Koodistopalvelimelta. Lisää ajankohtaista ohjeistusta löytyy [Kuntaliiton nimikkeistöjen kehittäminen -sivulta \(yhteistyötila\)](#).

12.3.1 Kvantamistutkimusten pyynnöt

Kvantamistutkimuspyynnöt kirjataan radiologian ohjelmistoihin tai potilaskertomukseen RTG-näkymälle. Radiologian läheteissä pyydetyt tutkimukset kirjataan Radiologian tutkimus- ja toimenpideluokituksen koodeilla (on osa THL - Toimenpideluokitusta). Koska tutkimuksen pyytäjä ei välttämättä tiedä tarkkaa tutkimuskoodia, voidaan tutkimuskoodia tarkentaa tutkimuksen tekovaiheessa. Organisaatiossa tutkimuspyynnöllä voikin olla käytössä suppea valikoima tutkimuksia, esimerkiksi vain yksi pään magneettitutkimus.

Yhteen kuvantamistutkimuspyyntöön voi liittyä yksi tai useita tutkimuksia, joihin kuhunkin voi liittyä 1-3 lausuntoa. Kullakin tutkimuspyynnöllä on yksi Kvantamistutkimuspyynnön tunniste sekä sille oma Pyyntöteksti, Pyyntöajankohta ja tiedot tutkimuksen pyytäjistä. Lisäksi pyyntö sisältää yhden tai useamman Pyydetyn kuvantamistutkimuksen puoli -tiedon. Pyyntöille voi myös tallentaa erilaisia tarkenteita, kuten Pyydetyn kuvantamistutkimuksen anatominen tarkenne, Diagnoositarkenne ja Toimenpidetarkenne. Tarkentimien laajennukset ovat tarkoitettu lähinnä näkyvän valon kuvien merkintöihin, mutta niitä voi tarvittaessa käyttää myös radiologisessa kuvantamisessa. Näin kaikille kuville saadaan yhtenäinen merkintärakenne, joka mahdollistaa myös näkyvän valon kuvien merkintöjen tallennuksen Potilastietovarantoon.

Jos samalla kertaa pyydetään tutkimuksia, joilla on eri pyyntöteksti, muodostaa kukin pyyntö oman merkinnän. Jos taas pyydetään useita tutkimuksia, joilla on sama pyyntöteksti, tallennetaan tutkimustiedot samalle merkinnälle. Tutkimus yksilöidään Kvantamistutkimustunnisteella, joka toimii linkkinä lausuntoon ja kuviin. Kvantamistutkimuspyynnön tunniste on puolestaan linkkinä tutkimuksen pyyntöön.

Kvantamistutkimuksen voi kirjata myös ilman pyyntöä, ellei se ole toiminnan kannalta tarpeellista. Jos kuvantamistutkimus tehdään ilman erillistä pyyntöä (esim. valokuvat, sikiön ultraäänikuvat), jätetään Kvantamistutkimuspyynnön tunniste -tieto tyhjäksi.

12.3.2 Toteutuneet kuvantamistutkimukset

Tehdyt kuvantamistutkimukset nimetään käyttäen THL-Toimenpideluokitusta ja yksilöidään Tutkimuksen tunniste -tiedolla. Pakollisena tietona tulee merkitä myös Tutkimusajankohta. Tutkimuspyynnöstä tulevat oletusarvoisena tietona Tehdyn kuvantamistutkimuksen nimi ja koodi, Puoli, Diagnoositarkenne ja Toimenpide. Kuvattavan kohteen lokalisaatio (esimerkiksi tutkittava puoli) tulee kirjata tutkimuksen lisätietona, jos se on tutkimuksen kannalta olennainen tieto. Anatominen tarkenne -tieto voidaan tuoda pyynnöltä, mikäli sitä ei voi päätellä tutkimuskoodista. Tutkimuksen tekijä voi tarvittaessa muokata kaikkia virheellisiä arvoja. Mikäli tutkimus pitää keskeyttää, voidaan kirjata myös Kvantamistutkimuksen keskeyttämisen syy.

Radiologian yksikössä tehdyt tai radiologian yksikön toimesta yksikön ulkopuolella tehdyt toimenpiteet kirjataan tutkimuksina radiologian järjestelmään, josta tieto välitetty potilaskertomusjärjestelmään ja sieltä edelleen Potilastietovarantoon. Muiden kuin radiologian yksiköiden (osastot, leikkaussalit, hammashoidon yksiköt) tekemät kuvantamistutkimukset (röntgenkuvaukset, ultraäänitutkimukset) kirjataan potilaskertomusjärjestelmään. Niistä voidaan

antaa lausunto myös radiologian järjestelmään, mutta ellei niin tehdä, on tutkimustuloksia arvioitava potilaskertomuksen erikoisalanäkymällä.

Ks. myös luku 13 Toimenpiteet.

12.3.3 Kvantamistutkimusten lausunnot

Kukin lausunto kohdistuu aina yhteen tutkimukseen. Jos johonkin tutkimukseen tehdään useampi lausunto (alustava, lopullinen ja lisälausunto), kukin näistä muodostaa oman merkintänsä. Yhteen kuvantamistutkimukseen voi näin liittyä 1-3 lausuntoa. Lausunnon voi myös tallentaa erilaisia tarkenteita (esimerkiksi Diagnositarkenne). Keskeiset lausunnon tiedot ja tarkenteet tulevat suoraan tutkimuksen tiedoista, mutta käyttäjä voi tarvittaessa muuttaa niitä. Lausuntoajankohta ja lausunnon antajan tiedot tulevat merkinnän tekijän tiedoista. Pakollisia tietoja ovat Lausunto tekstimuodossa ja Lausunnon tila (alustava, lopullinen tai lisälausunto).

Lisäksi kirjaaja voi merkitä tiedon Arvio tutkimuksen tuloksesta. Tässä yhteydessä sillä tarkoitetaan löydöksen luokittelua normaaliksi, lievästi poikkeavaksi tai merkittävästi poikkeavaksi. Merkintä ei ole pakollinen, mutta sen käyttö mahdollistaa esimerkiksi hälytysautomaatiikan rakentamisen potilastietojärjestelmiin. Toistaiseksi tiedon kulku odottamattomista merkittävistä poikkeamista tulee edelleen varmistaa muilla tavoin, esimerkiksi suoralla yhteydenotolla hoitavaan lääkäriin.

Saaduista tuloksista voidaan tehdä myös kirjallinen yhteenveto sekä pohdinta potilaskertomuksen narratiiviseen tekstiin, jonka avulla voidaan arvioida tutkimuksen tuloksia ja onnistumista sekä ehdottaa mahdollisia jatkotoimenpiteitä. Tutkimustulosten yhteenveto kirjataan **Tutkimukset-**otsikon alle (ks. luku 17 Yhteenveto- ja päivittäismerkinnät).

12.3.4 Näkyvän valon kuvat

Tulevina vuosina myös muut kuin radiologiset DICOM-rakenteella tallennettavat kuvat arkistoidaan Kuva-aineistojen tietovarantoon. Tällaisia ovat esimerkiksi näkyvän valon kuvat, kuten valokuvat. Näkyvän valon kuvista tehdään harvoin tutkimuspyyntöjä ja usein kuvat tallennetaan osaksi potilaskertomusmerkintää. Myös kuvien tulkinta tehdään osana tavallista potilaskertomusmerkintää sen sijaan, että niistä tuotettaisiin erillinen lausunto.

Näkyvän valon kuvia ei viedä Kuva-aineistojen tietovarantoon ensivaiheessa, jotta voidaan varmistaa mahdolliset erityiset lupa- tai rajoitusmenettelyt arkaluonteisessa aineistossa. Arkaluontoisten kuvien arkistointi hoidetaan tyypillisesti esimerkiksi perinnöllisyyspoliklinikalla, jossa on arkistointilupa niiden sähköiseen säilyttämiseen. Tällöin valokuvissa ei esiinny oireita tai lääketieteellisiä löydöksiä, vaan esimerkiksi henkilön ulkonäköpiirteitä, eikä kuvista ole hyötyä potilaan hoidossa muilla erikoisaloilla tai yksiköissä. Lisäksi kuvissa voi olla mukana muita perheenjäseniä.

Merkinnöissä käytetään THL-Toimenpideluokituksen mukaisia tutkimuskoodeja ja nimiä, lisäksi voidaan tarvittaessa käyttää tarkenteita, kuten THL - Anatominen jaottelu - luokitusta, jolla kuvan kohteen anatominen sijainti voidaan kirjata tutkimuskoodin anatomista jaottelua tarkemmalla tasolla. Toimenpideluokitus ei nykyisellään täysin riitä näkyvän valon kuvien tarpeisiin ja näiltä osin luokitusta tulee täydentää.

Lisäksi todettu tai oletettu diagnoosi voidaan merkitä lisäkoodiksi tarkentamaan kuvaa. Tarkentimena käytetään ICD-10 -diagnoosikoodia vähintään kolmen merkin tarkkuudella tai ICPC2-koodia. Diagnositarkenteella voi täsmentää kuvan tietoja silloin, kun kuva on raajojen alueelta, missä anatominen luokitus on epätarkin. Toimenpiteiden yhteydessä tai sen jälkeen otetuissa tai toimenpiteiden suunnitteluun liittyvissä kuvissa voidaan merkitä myös Toimenpidetarkenne. Sen avulla saadaan lisätietoa, jos haetaan tiettyihin toimenpiteisiin liittyviä kuvia.

Ks. myös luku 13 Toimenpiteet.

12.3.5 Mittauslaitteiden tuottamat kuvat, videot ja biosignaalit

Myös mittauslaitteiden tuottamat kuvat, videot ja biosignaalit, on jatkossa tarkoitus tallentaa Kuva-aineistojen tietovarantoon. Näitä dokumentteja tuotetaan erityisesti Kliinisen fysiologian ja Kliinisen neurofysiologian yksiköissä. Ensimmäisenä on otettu käyttöön vuoden 2021 alusta mahdollisuus tallentaa EKG-tutkimuksia DICOM-muodossa. Muiden tallenteiden arkistointi tulee käyttöön myöhemmissä vaiheissa.

Kuvat tallennetaan Kuva-aineistojen tietovarantoon THL-Toimenpideluokituksen mukaisilla tutkimuskoodilla. Kliinisessä käytössä näistä tutkimuksista käytetään kuitenkin yleisesti Kuntaliiton Laboratoriotutkimusnimikkeistön mukaisia koodeja, joille on määritelty vastaavia koodeja THL - Toimenpide - luokitukseen. Toimenpideluokituksen koodisto ei ole vielä täysin kattava ja sitä laajennetaan jatkossa. Toimenpideluokitusta on tarkoitus käyttää kuvien arkistoinnissa, eikä sillä ole tarkoitus korvata Laboratoriotutkimuskoodien käyttöä kliinisessä työssä. Koodien käyttöä tullaan ohjeistamaan jatkossa tarkemmin, kun näiden kuvien arkistointi Kuva-aineistojen tietovarantoon mahdollistuu.

12.3.6 Säteilyaltistus

Terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus rekisteröidä ja dokumentoida säteilyn käyttöä perustuu [Säteilylain \(859/2018\)](#) ja [Säteilyasetukseen \(1512/1991\)](#) nojalla annettuihin asetuksiin ja määräyksiin. Nämä säädökset edellyttävät, että terveydenhuollon ammattihenkilöt, jotka työskentelevät säteilyn käytön parissa esimerkiksi lääketieteellisen kuvantamisen tai sädehoidon alalla, ovat velvollisia ylläpitämään ajantasaista kirjanpitoa säteilyn käytöstä. Tietojen kirjaaminen sisältää muun muassa tiedot annetuista säteilyannoksista, säteilyn laadusta ja määrästä sekä muista olennaisista seikoista, jotka liittyvät potilaan tai tutkittavan säteilyaltistukseen. Näin varmistetaan, että henkilölle voidaan tarvittaessa antaa tietoa hänen saamastaan säteilyannoksesta ja että annettu säteilyannos pysyy turvallisella tasolla.

Säteilyn käytön turvallinen taso potilaalle määritellään säteilyn aiheuttamien haitallisten vaikutusten minimoimiseksi. Tätä arvioidaan yleensä annettavan säteilyannoksen perusteella, jota mitataan yksiköissä, kuten gray (Gy) tai millisievert (mSv). Isotooppitutkimuksissa kirjataan myös käytetty radiolääke ja sen aktiivisuus. Säteilyn käytön turvallinen taso riippuu monista tekijöistä, kuten potilaan iästä, terveydentilasta, säteilyaltistuksen tarkoituksesta ja siitä, kuinka usein potilas altistuu säteilylle. Osa kuvantamislaitteista tuottaa säteilytiedon automaattisesti, jolloin se tallentuu radiologian toiminnanohjausjärjestelmään (RIS-järjestelmä).

Säteilyannos -tieto voidaan kirjata myös ei-numeerisesti, jolloin tieto kirjataan Säteilyannos tekstinä -kenttään tekstimuodossa. Tutkimuskoodin ja säteilyannoksen tietojen perusteella voidaan saada arvio paikallisesta sädealtistuksesta, mutta niiden perusteella ei voida laskea potilaan tarkkaa säteilyaltistusta. Säteilyannoksen arvion parantamiseksi tietojärjestelmään voidaan merkitä potilaan Paino, sekä kirjata tietoja Tiedon lähteestä.

12.3.7 Kuvantamistutkimusten koostetiedot

Tiedonhallintapalvelu kokoaa kuvantamistutkimusten koosteelle (RTGK) eri rekisterinpitäjien Potilastietovarantoon eri näkyville toimenpidekoodistolla tallennetut kuvantamistutkimukset. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tietoja, vaan palauttaa haetulla aikavälillä kaikki rakenteisesti kirjatut kuvantamistutkimukset sekä niihin liittyvät pyynnöt ja lausunnot potilastietojärjestelmään lukuun ottamatta niiden palvelun antajien tai -tapahtumien tietoja, joiden luovutuksen potilas on kieltänyt. Kuvassa 12.4 on esimerkki koosteesta.

Suorittamattomien tutkimuksien pyynnöt

Muokattava haun aikaväli

Poikkeavan löydöksen merkintä

Kuvantamistutkimusyhteenveto							Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014		X
Kuvantamistutkimukset							Ajalta: 1.9.2012 - 31.8.2014		
+	Yht	Pyyntö	Tutkimus	Uusin	P/L	Löydös			
...	6	1	Thoraxin natiiviröntgen	15.8.14	P/L	*			
...	1	0	Nenän sivuonteloiden natiiviröntgen, yksi suunta	29.1.13	P/L				
...	1	0	Rintatauhasten laaja natiiviröntgen (mammografia)	7.7.13	P/L				

Hakuvälin tutkimuksien kokonaismäärä

Linkki uuden pyynnön tekoon

Pyynnön ja lausunnon olemassaolo

Kuva 12.4 Esimerkki kuvantamistutkimusyhteenvetonäytöltä ja sen selitteistä. (Virkkunen ym. 2023)

13 Toimenpiteet

- [13.1 Toimenpiteiden kirjaaminen](#)
- [13.2 Toimenpiteiden kooste, toimenpidekertomus ja yhteenvetotiedot](#)
- [13.3 Toimenpiteisiin liittyvät valokuvat ja muut kuvat](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Toimenpiteet kirjataan THL-Toimenpideluokituksella, jota käytetään yksilöimään terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät toimenpiteet. Toimenpiteen lisätietona voidaan käyttää tietoa toimenpiteen ensisijaisuudesta sekä tekijän roolista. Toimenpiteet luokitellaan vaativiin ja pientoimenpiteisiin, sekä suun toimenpiteisiin, konservatiivisiin toimenpiteisiin, kuvantamistutkimuksiin ja muihin suoritteisiin. Hampaisiin kohdistuvissa toimenpiteissä voidaan lisäksi tarkentaa, mihin hampaaseen ja pintaan toimenpide tehtiin. Komplikaatioiden kirjaamisessa käytetään ICD-10 -luokitusta.

Toimenpiteiden ja niiden tarkennusten kirjaamiseen on käytettävissä useita luokituksia, joita on koottu taulukkoon 13.1. THL-Toimenpideluokitus yksilöi terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät toimenpiteet. Luokitusta käytetään osana potilaskertomuksen keskeisiä terveystietoja potilastietojärjestelmissä Kanta-palveluissa, laskutuksessa, hoitoilmoituksissa (Hilmo), hallinnollisissa prosesseissa ja tilastotoimissa sekä kliinisessä tutkimus- ja kehittämistyössä.

Toimenpiteiden rakenteisia tietosisältöjä ja niistä muodostettavien koosteiden määrittelyjä on kuvattu tarkemmin julkaisussa Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä ([Virkkunen ym. 2023](#)). Koosteiden tietosisällöt on julkaistu kansallisella Koodistopalvelimella.

Taulukko 13.1 Potilaan toimenpiteiden kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
THL – Toimenpideluokitus
AR/YDIN - Diagnoosin/toimenpiteen ensisijaisuus (Päätoimenpide/ Sivutoimenpide)
THL - Tautiluokitus ICD-10
AR/YDIN - Toimenpiteen tyyppi **
THL - Toimenpiteen tekijän rooli (ensisijainen - avustava tekijä)
SSR - ICD-O-3-Topografiat
STH - STH1 Hampaiden numerointi
STH - STH3 Hampaan pinnat
AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi **, AR/YDIN - Riskitiedon aste **, AR/YDIN - Pysyvyys **

Toimenpideluokitukseen sisältyy myös Kuntaliitto - Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus ja Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus** tehty siltaus THL-toimenpideluokitukseen 6/2016

13.1 Toimenpiteiden kirjaaminen

Potilaalle tehdyt toimenpiteet kirjataan potilastietojärjestelmiin (ja muihin, esimerkiksi leikkausosaston tai poliklinikan, erillistietojärjestelmiin) THL-Toimenpideluokituksella. Suun

terveydenhuollon toimenpiteet on kuvattu julkaisussa [Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus](#). Radiologian tutkimus- ja toimenpideluokituksen käytöstä löytyy lisätietoa [Kuntaliiton nimikkeistöjen kehittäminen -sivulta \(yhteistyötila\)](#). **Toimenpiteet** -otsikon alle kirjataan potilaalle tehdyt tai suunnitellut toimenpiteet, joilla on merkitystä potilaan hoidon kannalta. Tehdyt toimenpiteet kirjataan rakenteisina tietoina ja toimenpiteisiin liittyvät muut tarvittavat tiedot vapaana tekstinä.

Keskeisiä tietoja ovat: **Toimenpiteen nimi ja koodi(t), Toimenpiteentyyppi, Toimenpiteen tekijän nimi sekä Toimenpiteen päivämäärä**. Toimenpiteen lisämääränä on toimenpiteen ensisijaisuus, jonka ilmaisemisessa hyödynnetään AR/YDIN - Diagnoosin ja toimenpiteen ensisijaisuus - koodistoa (päätoimenpide/ sivutoimenpide). Kun kyseessä on hampaaseen kohdistuva toimenpide, toimenpidekoodiin lisätään hammas ja hampaan pinnat, johon toimenpide kohdistuu.

Toimenpiteen nimi on oletusarvoisesti toimenpidekoodin mukainen nimi, mutta tekstiä voi muokata luokituksessa käytettyä termiä täsmällisemmäksi tai paremmin kuvaavaksi, kunhan sen merkitys ei muutu koodista poikkeavaksi. Toimenpiteen nimi tallennetaan käyttäjän muokkaamassa muodossa. Toimenpidetyyppi tulee kirjaukseen automaattisesti THL - Toimenpideluokituksesta valitun toimenpidekoodin perusteella.

Toimenpiteet eritellään Toimenpiteen tyyppi -luokituksella

- vaativiin toimenpiteisiin
 - leikkaukset, suuret tähystykset ja muut toimenpiteet, jotka yleensä tehdään niitä varten rakennetuissa tiloissa, esimerkiksi polven tähystys
- suun toimenpiteisiin
 - hampaiden tai muiden suun kudosten toimenpiteet, jotka pääsääntöisesti tekee suun terveydenhuollon ammattihenkilö
- pientoimenpiteisiin
 - pienet tähystykset ja muut toimenpiteet, jotka pääsääntöisesti voidaan suorittaa normaaleissa vastaanottotiloissa, esimerkiksi vierasesineen poistaminen nenästä
 - pientoimenpiteet eivät sisällä hampaisiin tai suuhun kohdistuvia, pääsääntöisesti hammaslääkärin, suuhygienistin, hammashoitajan tai erikoishammasteknikon tekemiä toimenpiteitä
- kuvantamistutkimuksiin
 - toimenpidekoodistolla kuvatut kuvantamistutkimukset, joihin ei sisälly vaativaa toimenpidettä, suun toimenpidettä tai pientoimenpidettä
- konservatiivisiin toimenpiteisiin
 - hoidollinen toimenpide, joka ei ole kajoava tai lävistävä, esimerkiksi lääkehoito, mielenterveys- ja päihdehäiriöihin liittyvä toimenpide tai hoitotoimi ja erilaiset terapiat (mm. fysio- ja psykoterapia)
- muihin suoritteisiin
 - pienet suoritteet, joilla itsellään ei ole oleellista hoidollista vaikutusta, esimerkiksi laskimokanyylin asettaminen

Käyttäjä ottaa pääsääntöisesti kantaa Toimenpiteen ensisijaisuuteen. Mikäli käyttäjä ei tietoa erikseen kirjaa, merkitään ensimmäiseksi kirjattu toimenpide päätoimenpiteeksi. Kussakin merkinnässä vain yksi toimenpide voi olla päätoimenpide. Oletuksena toimenpidepäiväksi on kirjauksen päivä. Samoin toimenpiteen tekijäksi tulee oletustietona merkinnän tekijä, hänen organisaationsa ja yksikkönsä. Toimenpiteen tekijän rooliksi tulee oletustietona, että ensimmäiseksi kirjattu tekijä on Ensisijainen toimenpiteen tekijä ja seuraavilla rooli on Avustava toimenpiteen tekijä.

Myös useamman kuin yhden tekijän kirjaaminen toimenpiteelle on mahdollista. Silloin tekijöille tulee kirjata Toimenpiteen tekijän rooli luokituksen THL-Toimenpiteen tekijän rooli mukaisesti. Tässä vaiheessa voi merkitä vain toimenpiteen tekijöitä, joiden rooli on joko Ensisijainen toimenpiteen tekijä tai Avustava toimenpiteen tekijä. Jatkossa selvitetään myös muiden toimenpiteeseen osallistujien potilaskertomukseen kirjaamisen merkitystä.

Jos toimenpiteessä ilmenee komplikaatioita, kuvataan komplikaatio sanallisesti ja komplikaation diagnoosi kirjataan ICD-10-luokituksella (käyttäen koodeja Y40-Y84 tai Y88.0-Y88.3) esimerkiksi seuraavasti: * Toimenpiteen komplikaation kuvaus: Infektio * Toimenpiteen komplikaation koodi: T81.4, Muu toimenpiteen jälkeinen infektio ja Toimenpiteen aiheuttaman haittavaikutuksen ulkoinen syy: Y62.0 - Steriilien varotoimien pettäminen leikkauksen yhteydessä.

Ks. myös luvut 12 Tutkimukset ja mittaukset, 14 Lääkehoito ja 15 Ennaltaehkäisy ja rokotukset

13.2 Toimenpiteiden kooste, toimenpiderekertomus ja yhteenvetotiedot

Tiedonhallintapalvelu kokoaa ja palauttaa käyttäjälle näytettäväksi toimenpiteiden rakenteisen tietosisällön Toimenpiteiden koosteena (TMPK). Toimenpiteiden koosteella näytetään vain AR/YDIN - Toimenpiteen tyyppi - luokituksen mukaiset Vaativat toimenpiteet, Pientoimenpiteet ja Suun toimenpiteet - sekä jatkossa myös Konservatiiviset toimenpiteet. Toimenpiteen tulee olla toteutunut (toimenpiteen tila= tapahtunut). Suunnitelmien kertomuskirjauksia ei koosteella näytetä. Ks. kuva 13.1.

Tiedonhallintapalvelu kokoaa tiedot koosteelle eri rekisterinpitäjien jatkuvan kertomuksen näkyymiin tehdyistä rakenteisista toimenpidemerkinnoista. Lomakkeilta, kuten todistuksista, tai erilliseltä paikalliselta toimenpiteiden näkymältä tietoja ei kerätä mahdollisten päällekkäistietojen välttämiseksi. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi toimenpiteitä, vaan palauttaa haun mukaisesti kaikki em. toimenpidemerkinnot lukuun ottamatta niiden palvelunantajien tai palvelutapahtumien merkintöjä, joiden luovutuksen potilas on rajannut kielloin. Jos potilaalle erittäin merkityksellisiä aiemmin tehtyjä toimenpiteitä, joita ei ole kirjattu rakenteisesti, halutaan huomioiduksi Toimenpidekoosteelle, ne tulee kirjata erikseen, uutena rakenteisena tietona alkuperäisellä toimenpidepäivällä esimerkiksi kertomukseen **Esitiedot** -otsikon alle.

Toimenpideyhteenveto							Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta 12.9.2014		X	
Toimenpiteet		Näytä myös:		Hammastmp:t	X	Pien tmp:t	X	Suodata toistuvat tmp:t		X
+	Yht	Pvm	TMP-koodi ▼	Toimenpiteen nimi		Poimi	▲			
...	3	7.11.03 - 7.7.04	DCA20	Tympanostomia/putki		...				
...		8.8.05	EMB10	Nielurisaleikkaus		...				
...		7.7.04	EMB30	Kitarisaleikkaus		...				
...		3.5.04	JEA00	Umpiisäkkeen poisto		...				
							...	▼		
Suun toimenpiteet							Suodata toistuvat suun tmp:t		X	
+	Yht	Pvm ▲	TMP-koodi	Toimenpiteen nimi		Poimi	▲			
...	9	15.8.13 - 7.2.14	SFA20	Kahden pinnan täyte		...				
		8.12.13	SGA03	Hampaan juurikanavien avaus ja laajennus, vaativa		...				
							...	▼		
Pientoimenpiteet							Suodata toistuvat pientmp:t		X	
+	Yht	Pvm ▲	TMP-koodi	Toimenpiteen nimi		Poimi	▲			
...	4	15.8.09 - 7.2.11	TDM10	Poskiontelun punktio		...				
							...	▼		

Kuva 13.1 Esimerkki toimenpiteiden yhteenvedosta, jossa eri toimenpiteet voidaan näyttää erillisinä listoina. (Virkkunen ym. 2023)

Toimenpiteestä laaditaan lisäksi OPER-lisänäkymälle toimenpidekertomus, jossa tulee olla riittävän yksityiskohtainen kuvaus toimenpiteen suorittamisesta ja sen aikana tehdyistä havainnoista. Toimenpidekertomuksessa tulee esittää perustelut toimenpiteen aikana tehdyille ratkaisuille (ks. [Asiakastietolaki 29 §](#)).

Pääsääntöisesti toimenpiteet kirjataan potilaskertomukseen rakenteisesti silloin, kun ne tehdään. Jos esimerkiksi loppuarviossa (epikriisissä) tehdyt toimenpiteet kuitenkin kirjataan uudelleen, ne tulee kopioida varsinaisesta toimenpiteestä. Näin järjestelmän automaattisesti tuottaman toimenpiteen yksilöivän tunnisteiden avulla pystyy myös päättelemään, että kyse ei ole uudelleen tehdystä toimenpiteestä. Jos kyse on uudesta toimenpiteestä, tulee sille antaa myös uusi tunnus eli tehdä siitä oma, uusi kirjaus.

13.3 Toimenpiteisiin liittyvät valokuvat ja muut kuvat

Näkyvän valon kuvia, kuten valokuvia, voidaan ottaa mm. tähytysten ja toimenpiteiden yhteydessä tai tavanomaisen potilaskäynnin yhteydessä. Potilaasta voidaan tehdä myös piirroksia. Näin syntyvät kuvat voidaan tallentaa potilastietojärjestelmässä samaan arkistoon radiologian kuvien kanssa tai omaan arkistoonsa. Valtakunnalliseen Kuva-aineistojen tietovarantoon näkyvän valon kuvien arkistointi tulee vasta myöhemmissä vaiheissa. Arkistointia varten kuvien koodauksessa käytetään THL-Toimenpideluokitusta radiologian tutkimusten tapaan. Jos esimerkiksi tähytysten yhteydessä otetaan kuvia, ne tallennetaan tähytystoimenpiteen koodilla ja toimenpiteen tarkenteilla.

Myös todettu tai oletettu diagnoosi voidaan merkitä lisäkoodiksi tarkentamaan kuvaa. Tarkentimena käytetään ICD-10 -diagnoosikoodia vähintään kolmen merkin tarkkuudella tai ICPC 2 -koodia. Näin kuvien hakuja voidaan tehdä henkilötietojen ja toimenpidekoodin lisäksi myös diagnoosin ja/tai sijainnin perusteella.

Ks. myös luku 12 Tutkimukset ja mittaukset → 12.3.4 Näkyvän valon kuvat.

14 Lääkehoito

- [14.1 Lääkitystiedot ja niiden kehittäminen 2015–2030](#)
- [14.2 Lääkitystietojen kirjaaminen potilaskertomukseen](#)
 - [14.2.1 Lääkemerkitöjen rakenteinen kirjaaminen](#)
 - [14.2.2 Lääkemerkitöjen kirjaaminen kertomusnäkyville](#)
- [14.3 Kanta-lääkityslistan vaikutus lääkehoidon kirjauksiin](#)
 - [14.3.1 Käytössä olevan lääkkeen lääkejatkumo](#)
 - [14.3.2 Rakenteiset lääkemerkinnät](#)
- [14.4 Lääkemääräysten rakenteinen kirjaaminen](#)
 - [14.4.1 Lääkemääräyksen perustiedot ja potilaan tiedot](#)
 - [14.4.2 Lääkkeen määräjän ja lääkemääräyksen käsittelijän tiedot](#)
 - [14.4.3 Lääkkeen tiedot](#)
 - [14.4.4 Lääkkeen määrätty määrä](#)
 - [14.4.5 Lääkkeen annostustiedot](#)
 - [14.4.6 Käyttötarkoitus](#)
 - [14.4.7 Lääkemääräyksen muut tiedot](#)
- [14.5 Lääkemääräyksen korjaaminen ja mitätöinti](#)
- [14.6 Lääkehoidon muutokset](#)
 - [14.6.1 Lääkitysmuutokset](#)
 - [14.6.2 Lääkkeen lopettaminen](#)
- [14.7 Lääkemääräyksen uusiminen](#)
 - [14.7.1 Uusimispyyntö](#)
 - [14.7.1 Uusimispyynnön käsittely](#)
- [14.8 Rinnakkaisen lääkkeen lisääminen](#)
- [14.9 Lääkehoidon tarkistaminen](#)
 - [14.9.1 Lääkitystarkistusten tyypit](#)
 - [14.9.2 Lääkehoidon tarkistusten kirjaaminen](#)
- [14.10 Lääkehoidon muut kirjaukset](#)
 - [14.10.1 Lääkkeen antokirjaus](#)
 - [14.10.2 Lääkkeen haittavaikutusten kirjaukset](#)
 - [14.10.3. Lääkitykseen liittyvien riskitietojen kirjaukset](#)
 - [14.10.4 Lääkehoidon ohjeistus](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Lääkityksen perustietoja ovat lääkkeen nimi, lääkemuofo, lääkkeen annostus ja lääkkeen määrääjän nimi sekä lääkkeen antokirjauksissa lisäksi antotapa, antoajankohta ja lääkkeen antajan nimi. Näiden tietojen lisäksi lääkehoidon kirjaamista voidaan tarkentaa kirjaamalla tietoja rakenteisesti lääkehoidon luokitusten avulla tai vapaana tekstinä. Kanta-lääkityslista otetaan käyttöön valtakunnallisesti 1.10.2027 mennessä ja se tulee pohjautumaan Reseptikeskuksen tietoihin. Kanta-lääkityslistan myötä potilaan ajantasaiset lääkitystiedot näkyvät yhtenäisesti kaikille potilaan lääkehoitoon osallistuville sekä OmaKannassa kansalaiselle itselleen.

Ennen valtakunnallisen lääkityslistan käyttöönottoa rakenteiset lääkemerkinnät tallennetaan potilastietojärjestelmän lääkitysosioon (LÄÄ-näkymälle). Voimassa oleva lääkitys kirjataan (tekstinä) VLÄÄ-näkymälle ja ne näytetään myös kansalaiselle OmaKanta-palvelussa. Vuonna 2021 otettiin käyttöön myös Farmasian (FARM) näkymä, johon kirjataan eritasoiset lääkehoidon arvioinnit. Lääkehoidon lukua tullaan täydentämään Kanta-lääkityslistan kehitysvaiheiden edistyttyä.

14.1 Lääkitystiedot ja niiden kehittäminen 2015–2030

Vuonna 2015 Kajakki-projektissa arvioitiin, että lääkitystiedot olisi järkevää keskittää Reseptikeskukseen ja valtakunnallinen lääkityslista rakentaa Reseptikeskuksen tietoihin perustuvaksi. Reseptikeskuksen toiminnallinen muutos todettiin liian suureksi toteutettavaksi kerralla ja lääkityslistan kehittämisen arvioitiin edellyttävän laajoja uudistuksia myös lainsäädäntöön. Sen vuoksi kesällä 2020 julkaistiin [Lääkehoidon tiedonhallinnan konsepti](#), jossa kuvataan valtakunnallisen lääkehoidon tietojen kirjaamisen ja käytön tavoitetilä, tavoitteellinen vaiheistettu kehittämisspolku sekä edellytykset Valtakunnallisen lääkityslistan toteuttamiseksi. Lääkehoidon tiedonhallinnan konseptia on tarkoitus päivittää vuoden 2024 lopulla ja tarkentaa 2020 arvioituja aikatauluja sekä eri vaiheiden sisältöjä vastaamaan tämän hetken tavoitteita.

Konseptin mukaan valtakunnallisen Kanta-lääkityslistan kehittäminen ja toteutus on jaettu viiteen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa (2022) mahdollistettiin reseptille rakenteiset annostustiedot. Toisessa vaiheessa (2026 alkaen) on tulossa käyttöön lääkkeen jatkumoon perustuva lääkityslista, jossa reseptikeskeisyydestä siirrytään saman käytössä olevan lääkkeen peräkkäisistä lääkemääräyksistä (ja muista lääkemerkinnöistä) muodostettavaan lääkejatkumoon pohjautuvaan lääkitystietojen hallintaan. Lääkityslistalle on mahdollista siinä vaiheessa tallentaa reseptilääkkeiden lisäksi myös "ilman reseptiä" määrättyt lääkkeet. Kanta-lääkityslista tulee ottaa käyttöön valtakunnallisesti 1.10.2027 mennessä.

Kolmannessa vaiheessa (arviolta 2027-2028) otetaan käyttöön lääkehoidon tarkistusmerkinnät ja avo- ja osastolääkityksen rajapinnan hallinta sekä mahdollistetaan lääkityslistan käyttö sosiaalihuollossa. Samalla luodaan ratkaisu viestien välittämiseksi lääkityslistan avulla apteekkien ja sosiaali- ja terveydenhuollon välillä. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat kirjata listalle potilaan omatoimisesti käyttämien itsehoitolääkkeiden tiedot (kansalaisen oma kirjausmahdollisuus tulee konseptin mukaan vaiheessa 4 arviolta vuonna 2029).

Vaiheessa 4 (arviolta vuonna 2029) lääkityslista laajennetaan kattamaan myös osastolääkityksen tiedot ja mahdollistetaan kansalaisen kirjausten hyödyntäminen terveydenhuollossa ja laajennetaan viestienvälitys lääkityslistan avulla myös kansalaisille. Viidennessä vaiheessa lääkityslistan sisältöä on tarkoitus laajentaa kattamaan myös luontaistuotteet ja ravintolisät, osastolääkitysten erikoislääkitykset (esim. teho-osastojen, synnytysaljen ja leikkaussaljen lääkitykset) sekä kansalaisen lääkkeenottomerkinnät. Viidennen vaiheen sisältöjä ja toteutusta tullaan vielä arvioimaan myöhemmässä vaiheessa.

Valtakunnallisen lääkityslistan kattavan käyttöönoton myötä lääkitystiedon kirjaaminen muuttuu merkittävästi. Lääkitystiedot kirjataan rakenteisesti ja tiedot tallennetaan Reseptikeskukseen. Myös lääkkeiden annostusmuutokset ja lopettamismerkinnät tallennetaan Reseptikeskukseen. Lääkkeen määrääminen tulee aina (poikkeustilanteita lukuun ottamatta) perustua Reseptikeskuksesta noudetun ajantasaisen lääkityslistan tietoihin. Lääkitystiedon kirjaamisen tarve muualla vähenee, kun ajantasainen tieto lääkityksestä löytyy lääkityslistalta ja muun muassa lääkehoidon näkymien (LÄÄ ja VLÄÄ) käyttö lopetetaan, kun lääkitystiedot kootaan Reseptikeskukseen.

Kanta-lääkityslistan käyttöönottoon saakka rakenteiset lääkitysmarkinnat kirjataan potilastietojärjestelmissä lääkitysmarkintojen 2011 CDA-määrittysten mukaisesti kuvatulla tavalla ([Kanta 2021](#)) ja tekstimuotoiset lääkehoidon kirjaukset yleisen potilaskertomusrakenteen mukaisesti näkymiä ja otsikoita hyödyntäen. LÄÄ- ja VLÄÄ-näkymien tietoja ei Potilastietovarannosta pystytä hyödyntämään rakenteisina, vaan ainoastaan näyttömuotoisina. OmaKanta -palvelu näyttää potilaalle VLÄÄ - näkymälle tallennetut tiedot. VLÄÄ-näkymän tietoja ei kuitenkaan näytetä alaikäisen puolesta-asioivalle huoltajalle. LÄÄ-näkymää ei näytetä OmaKannassa.

14.2 Lääkitystietojen kirjaaminen potilaskertomukseen

Potilasasiakirjoihin tulee kirjata tiedot potilaalle määrätyistä lääkkeistä ([A 1088/2010](#), 24§), tiedossa olevista lääkeallergioista ja epäillyistä lääkevahingoista ([L703/2023](#), 30§). Lisäksi sosiaali- tai terveydenhuollon organisaation potilaalle antamien lääkkeiden tiedot kirjataan potilaskertomukseen. Tiedot kirjataan rakenteisesti silloin, kun se on mahdollista, mutta tiedot voidaan kirjata myös tekstinä.

Lääkkeiden määräys- ja antomerkintöihin tulee potilasasiakirjoissa kirjata vähintään lääkkeen nimi, lääkemuo, annostus, lääkkeen määräjän nimi ja määräyspäivä sekä lääkkeen antokirjauksissa lisäksi antotapa, antoajankohta sekä lääkkeen antajan nimi. Lääkkeenantomerkinnät tulee kirjata vähintään silloin, kun kyse on muusta kuin osastopotilaan lääkelistan mukaisesta jatkuvasta lääkityksestä.

14.2.1 Lääkemerkintöjen rakenteinen kirjaaminen

Lääkitystiedot kirjataan potilastietojärjestelmissä yleensä rakenteisesti erilliseen lääkitysosioon.

Potilastietovarantoon tallennettavien rakenteisten lääkemerkintöjen tulee (2020) voimassa olevien määrittelyiden mukaan noudattaa 2009 julkaistuja Lääkityksen merkintöjen CDA R2-rakenne määrittelyitä ([versio 4.31 päivitetty 2014](#)). Niiden mukaisesti tallennettuja lääkemerkintöjä ei kuitenkaan pystytä Potilastietovarannosta hyödyntämään rakenteisessa muodossa määrittelyiden epätarkkuuksien vuoksi. Sen sijaan Koodistopalvelimella alun perin vuonna 2014 julkaistujen tietosisältöjen THL/Tietosisältö – Lääkemerkintä ja THL/Tietosisältö – Lääkitystarkistusmerkintä sekä THL:n Julkarissa julkaistun Lääkemerkinnän tekeminen ja tietosisältö 2016 – Toiminnallinen määrittely mukaisia toteutuksia ei oteta käyttöön, kun lääkityslista toteutetaan Reseptikeskukseen pohjautuvaksi. Kyseiset dokumentit onkin (joulukuussa 2020) merkitty vanhentuneiksi.

Reseptikeskukseen tallennettavan lääkemääräyksen rakenteiset annostustiedot sisältävät tietosisältömäärittelyt [Lääkitys/Tietosisältö – Lääkemääräys](#) on julkaistu Koodistopalvelimella keuhällä 2020. Näiden tekniset määrittelyt on julkaistu [Kanta.fi](#)-sivustolla kohdassa [Rakenteinen annostus v3.00 - voimaan kevät 2022](#).

Kanta-lääkityslistan Kanta-toteutus otetaan käyttöön vuonna 2026 ja se tulee ottaa valtakunnallisesti käyttöön 1.10.2027 mennessä. Lääkityslistan tietosisällöt (Lääkemääräyksen

lukitus ja varaukset, Lääkemääräyksen uusimispyyntö, Lääkemääräys, Lääkkeen lopettamismerkintä ja Lääkkeen toimitus) on julkaistu [Termeta-alustalla](#) ja toiminnalliset määrittelyt (v. 5.0) on julkaistu [Kanta.fi-sivustolla](#) lokakuussa 2023 ja määrittelyt on päivitetty huhtikuussa 2024.

Tässä Potilastiedon kirjaamisen oppaan 2024 versiossa kuvataan rakenteisten lääkemerkintöjen tekeminen huhtikuussa 2024 julkaistujen vuosina 2026-2027 käyttöön otettavan Kanta-lääkityslistan määrittelyiden mukaisesti.

Lääkemerkintöjen rakenteista kirjaamista on kuvattu tarkemmin luvuissa 14.3.-14.7.

14.2.2 Lääkemerkintöjen kirjaaminen kertomusnäkyville

Kanta-lääkityslistan käyttöönoton myötä Lääkemääräykset tulee aina kirjata rakenteisesti (potilastietojärjestelmien lääkitysosioihin) ja tallentaa Reseptikeskukseen. Myös itsehoitolääkkeiden merkinnät sekä lääkkeen antokirjaukset kirjataan rakenteisesti potilastietojärjestelmien lääkitysosioihin, silloin kun se on mahdollista, vaikka niiden tietoja ei toistaiseksi tallenneta Reseptikeskukseen. Muita lääkehoitoon liittyviä tietoja voidaan kirjata tekstinä kertomusnäkyville. Erityisesti tulee muistaa, että lääkehoitosuunnitelmat ja lääkityspäätösten laajemmat perustelut, joita ei kirjata lääkemääräyksille, tulee kirjata potilaskertomukseen riittävällä tarkkuudella - myös lääkemääräyksiä uusittaessa. Kirjauksissa käytetään yleensä otsikkona **Lääkehoito**-otsikkoa, jota voi tarvittaessa tarkentaa lisäotsikoilla. Lääkehoidon konsultaatioissa ja lääkehoidon arviointien läheteissä ja niiden vastauksissa koko merkinnän (ylä)otsikkona on suositeltavaa käyttää **Konsultaatio / Lähete** -otsikkoa.

Erityisesti lääkehoidon tietojen kirjauksiin tarkoitettuja näkymiä on kolme.

a) VLÄÄ Voimassa oleva lääkitys -näkyvä

Kanta-lääkityslistan käyttöönoton myötä rakenteiset lääkemerkinnät kirjataan tietojärjestelmän lääkitysosioon, josta merkinnät tallentuvat Reseptikeskukseen (lukuun ottamatta itsehoitolääkkeiden merkintöjä ja lääkkeen antokirjauksia, jotka edelleen tallennetaan VLÄÄ-näkyville). Sen lisäksi hoitokäynnin tai osastohoitojakson päättyessä voimassa oleva lääkitys voidaan tallentaa (tekstinä) VLÄÄ-näkyville. Voimassa olevan lääkehoidon näkymää (VLÄÄ) voidaan päivittää myös avohoidon käyntien yhteydessä. VLÄÄ-näkyvä voidaan liittää esimerkiksi läheteeseen tai hoitopalautteeseen. VLÄÄ näkymän tiedot potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti lääkitysosion tietojen pohjalta tai käyttäjä voi kirjata tiedot käsin potilastietojärjestelmän toteutuksesta riippuen.

VLÄÄ-näkymän tarkoituksena on välittää terveydenhuollon ammattihenkilöille ja hoidettavalle potilaalle tieto potilaan voimassa olevasta lääkityksestä. Voimassa olevan lääkityksen listaus käsittää potilaan jatkuvat ja määräaikaiset lääkkeet, jotka ovat käytössä merkinnän tekohetkellä. VLÄÄ-näkymän yhteenvedotieto voidaan siirtää esimerkiksi jatkohoitoopaikkaan, mikä edistää lääkitystietojen hallintaa, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen.

Koska potilastietojärjestelmät voivat muodostaa VLÄÄ-näkymän tiedot automaattisesti lääkehoito-osion tiedoista puutteelliseen tai jopa virheelliseen tietoon perustuen, tulee käyttäjän aina tarkistaa Potilastietovarantoon tallennettavat VLÄÄ-näkymän tiedot ennen arkistointia.

OmaKanta -palvelu näyttää potilaalle VLÄÄ - näkyville tallennetut tiedot. VLÄÄ-näkymän tietoja ei kuitenkaan näytetä alaikäisen puolesta-asioivalle huoltajalle.

Kanta-lääkityslistan myötä VLÄÄ-näkymän merkitys pienenee, kun ajantasaiset lääkitystiedot näkyvät aina Lääkityslistalta. Kun Kanta-lääkityslistan käyttö vakiintuu ja myös itsehoitolääkkeiden tiedot saadaan lääkityslistalle, VLÄÄ-näkymän käytöstä voitaneen luopua kokonaan.

b) KLIFA Kliininen farmakologia -näkyvä

Kliininen farmakologia (KLIFA) näkyvä on otettu käyttöön vuonna 2018 kliinisen farmakologian ja lääkehoidon erikoisalan sekä farmakogenetiikan konsultaatiopyyntöjen ja -vastausten kirjaamiseen. KLIFA-näkyvää voidaan käyttää myös erikoisalan polikliinisten kertomusmerkintöjen kirjaukseen. Konsultaatioissa näkyvää tulisi käyttää aina yhdessä konsultoivan erikoisalan näkyvän kanssa (pyynnöissä lisänäkymänä, vastauksissa päänäkymänä).

KLIFA-näkyvä näytetään OmaKannassa muiden erikoisaloista näkyvien tavoin.

c) FARM Farmasia -näkyvä

Farmasia (FARM) näkyvä on otettu käyttöön vuonna 2021 lääkehoidon eri tasoisten arviointien kirjaamiseen. Näkyvän tarve on noussut esiin osastofarmasian merkityksen lisääntyessä lääkehoidon toteutuksessa, mutta näkyvää ei ole rajattu vain farmasistien käyttöön, vaan se on tarkoitettu moniammatilliseen käyttöön. Kts. tarkemmin luku 14.9.

FARM-näkyvä näytetään OmaKannassa muiden palvelukohtaisten näkyvien tavoin. Näkyvälle kirjatut lääkehoidon arvioinnit tulee aina viivastaa näyttämistä potilaalle OmaKannassa siihen saakka, kunnes lääkäri on ottanut kantaa tarvittaviin lääkehoidon muutoksiin.

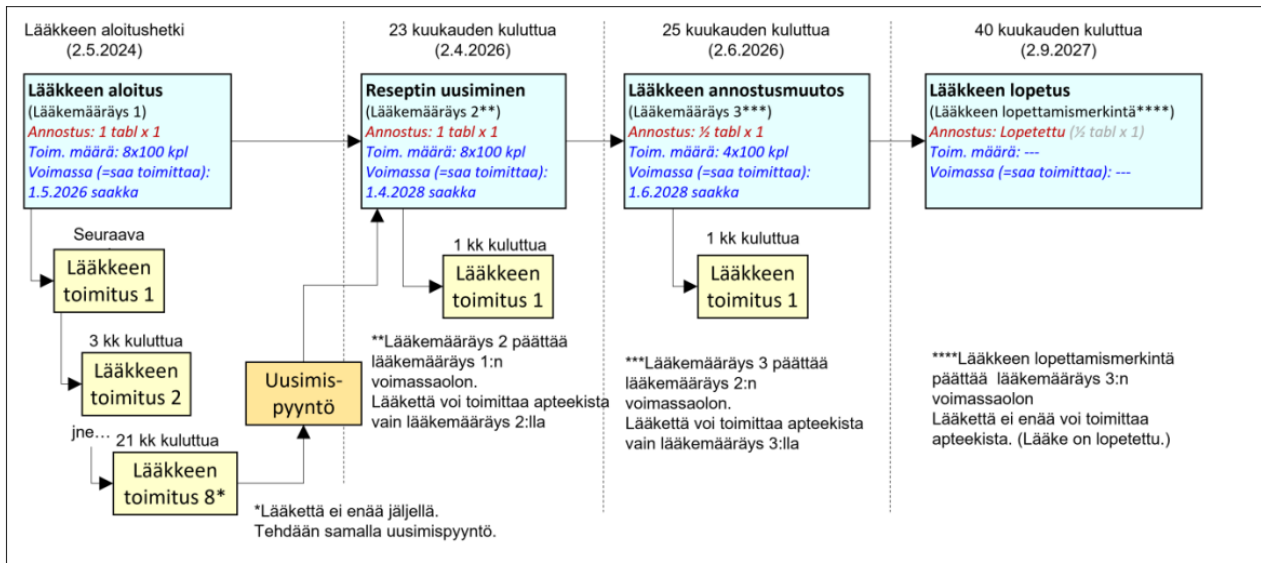
14.3 Kanta-lääkityslistan vaikutus lääkehoidon kirjauksiin

Valtakunnallisen lääkityslistan käyttöönoton myötä lääkitystiedon kirjaaminen muuttuu merkittävästi. Lääkkeen määrääminen tulee aina (poikkeustilanteita lukuun ottamatta) perustua Reseptikeskuksesta noudetun ajantasaisen lääkityslistan tietoihin. Kaikki lääkemutokset (myös lääkkeen aloitukset) kirjataan rakenteisesti lääkemääräyksinä ja lääkkeen lopetukset lopettamismerkintäinä ja tiedot tallennetaan Reseptikeskukseen. Näin Reseptikeskuksen lääkitystiedot saadaan kattaviksi ja pysymään ajantasaisina.

Lääkitystiedon kirjaamisen tarve muualle vähenee, kun ajantasainen tieto lääkityksestä löytyy lääkehoitoa koskevat merkinnät ovat potilasasiakirjoja, jolloin Reseptikeskukseen tallennetuista tiedoista ei tarvitse enää tehdä erillisiä merkintöjä muualle potilaskertomukseen. Itsehoitolääkkeiden merkinnät sekä lääkkeen antomerkinnät tallennetaan Reseptikeskukseen kuitenkin vasta myöhemmässä vaiheessa, joten niitä koskevat tiedot tulee edelleen kirjata Potilastiedon tietovarantoon tallennettaviin potilaskertomusmerkintöihin.

14.3.1 Käytössä olevan lääkkeen lääkejatkumo

Kanta-lääkityslistan myötä lääkitystiedonhallinta perustuu Käytössä olevan lääkkeen "lääkejatkumoihin", jossa saman potilaan käytössä olevan lääkkeen uusi lääkemääräys kumoaa aiemman lääkemääräyksen. Muutoksen myötä kaikki lääkehoidon muutokset, esim. annostusmuutokset, tulee aina määrätä lääkemääräyksinä ja tallentaa Reseptikeskukseen. Myös tieto lääkkeen lopetuksista tallennetaan Reseptikeskukseen lääkkeen lopettamismerkintöinä. (ks. luku 14.6) Näin Reseptikeskuksen lääkitystiedot saadaan pysymään ajantasaisina. Tämä ehkäisee tarpeettomien päällekkäisten lääkemääräysten määräämistä. Samasta lääkkeestä voidaan silti tarvittaessa määrätä myös rinnakkainen, esim. eri vahvuutta oleva, valmiste (ks. luku 14.8).



Kuva 14.1 Käytössä olevan lääkkeen peruselinkaari.

Käytössä oleva lääkkeen peruselinkaari on esitetty kuvassa 14.1 ja se etenee seuraavasti:

1. Lääkitys aloitetaan laatimalla lääkkeestä lääkemääräys (kuvassa 2.5.2024)
 - a. Lääkettä toimitetaan apteekista lääkemääräyksen perusteella "normaalisti" (3 kk välein)
2. Lääkemääräykseen tehdään uusimispyyntö (OmaKannassa tai apteekissa - ei välttämätön)
3. Lääkkeen määrääjä uusii lääkemääräyksen (=laatii uuden lääkemääräyksen, kuvassa 2.4.2026)*
 - a. Lääkettä toimitetaan apteekista lääkemääräyksen perusteella "normaalisti"
4. Lääkkeen määrääjä muuttaa annostusta (laatimalla uuden lääkemääräyksen, kuvassa 2.6.2026)*
 - a. Lääkettä toimitetaan apteekista lääkemääräyksen perusteella "normaalisti"
5. Lääkkeen määrääjä lopettaa lääkkeen (laatimalla lääkkeen lopettamismerkinnän, kuvassa 2.9.2026)*

* Uusi lääkemääräys ja lopettamismerkintä kumoaa aina automaattisesti aiemman lääkemääräyksen. Näin voimaan ei jää saman lääkkeen päällekkäisiä lääkemääräyksiä.

14.3.2 Rakenteiset lääkemerkinnät

a) Lääkemääräykset

Lääkemääräykset laaditaan ja tallennetaan Reseptikeskukseen rakenteisesti, kuten aiemminkin. Samoin lääkkeen toimitusten tiedot kirjataan ja tallennetaan aiempaan tapaan Reseptikeskukseen. Myös lääkemääräysten uusimispyynnöt ja uusiminen säilyy (pääosin) ennallaan (ks. luku 14.7). Sen sijaan lääkehoidon muutosten kirjaaminen muuttuu. Lääkitysmuutoksetkin, esim. lääkkeen annostusmuutokset, tulee kirjata lääkemääräyksinä ja tallentaa Reseptikeskukseen, kun ne aiemmin tallennettiin vain potilaskertomukseen tai tehtiin lääkemääräyksen korjauksena (ks. luku 14.6.1). (Kuva 14.1)

b) Lääkkeen lopettamismerkintä

Uutena toimintona tulee myös lääkkeen lopettamismerkintä, joka tulee tehdä aina kun lääke lopetetaan (ks. luku 14.6.2). Lääkemääräykset ja lopettamismerkinnät määrääjän on allekirjoitettava henkilökohtaisella sähköisellä allekirjoituksella. (Kuva 14.1)

14.4 Lääkemääräysten rakenteinen kirjaaminen

Lääkemääräykset tallennetaan Reseptikeskukseen [Termeta-alustalla](#) julkaistun **Lääkemääräys** asiakirjarakenteen mukaisesti. Reseptivapaiden lääkkeiden lääkemääräykset voidaan tallentaa Reseptikeskukseen, myös ilman toimitettavan määrän tietoja, jos potilas haluaa ostaa niitä "suoraan hyllystä", ilman, että niistä tehdään toimitusmerkintää. Lääkemääräysten tietosisältörakenne on niissä kuitenkin sama (joidenkin tietojen pakollisuuksien eroja lukuun ottamatta).

Ilman lääkärin määräystä käytettävien itsehoitolääkkeiden tietoja ei vielä 2027 voi tallentaa Reseptikeskukseen.

14.4.1 Lääkemääräyksen perustiedot ja potilaan tiedot

Määräyspäivä tuotetaan merkinnän tekoajankohdan perusteella. Myös muut lääkemääräysmerkinnän ja reseptiasiakirjan perustiedot (vuodesta 2022 alkaen myös Lääkkeen jatkumon yksilöivät tunnisteet) sekä potilaan tiedot potilastietojärjestelmä muodostaa pääosin automaattisesti. Reseptin laji voi oletuksena olla (avoapteekki) Resepti, joka määrääjän tulee muuttaa Sairaala-apteekkireseptiksi silloin, kun lääkemääräys toimitetaan sairaala-apteekista, tai Ulkomaanreseptiksi silloin, kun potilaalle annetaan paperinen lääkemääräys lääkkeen ulkomailla ostoa varten. Alle 18-vuotiaiden potilaiden kohdalla määrääjän on (silloin kun se on mahdollista) arvioitava, onko potilas kykenevä päättämään omasta hoidostaan ja otettava kantaa alaikäisen potilastietojen luovuttamiseen huoltajille.

14.4.2 Lääkkeen määrääjän ja lääkemääräyksen käsittelijän tiedot

Potilastietojärjestelmä tuottaa lääkemerkintään lääkkeen määrääjän tiedot, joita käyttäjä voi tarvittaessa muokata. Lääkkeen määrääjän tiedot koostuvat muun muassa lääkkeen määrääjän rekisteröintinumerosta, yksilöintitunnisteesta (aik. SV-numero), nimestä, ammattioikeustiedosta ja palveluyksikkötiedosta sekä tarvittaessa lääkkeen määrääjän virka-, tehtävä- tai toimitiedosta sekä lääkärin erikoisalasta.

Kun lääkkeen määrääjä ja merkinnän kirjaaja ovat eri henkilöitä, vastaavat tiedot kirjaajasta tallennetaan Lääkemääräyksen käsittelijän tiedoiksi. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi lääkkeen annostuksen muutosten kirjaaminen ja paperilla tai puhelimitse määrättyjen lääkemääräysten tallentaminen apteekissa tai apteekin korjatessa lääkemääräystä. Lääkemääräyksen käsittelijän rooli (esim. Merkinnän tekijä, Korjaaja), kirjataan luokiteltuna tietona.

14.4.3 Lääkkeen tiedot

a) Lääketietokannan mukainen valmiste

Lääkevalmiste voidaan määrätä kauppanimellä tai vaikuttavan aineen perusteella. Kauppanimellä määräämistä tulee käyttää aina, jos vaikuttavalla aineella on olemassa useita valmisteita, jotka

eivät ole keskenään vaihtokelpoisia. Tällöin lääkkeen toimituksessa on selvää mitä valmistetta tarkoitetaan. Koska lääkevaihto apteekissa keskenään vaihtokelpoisten valmisteiden kesken mahdollistaa edullisimman valmisteen toimittamisen myös kauppanimellä määrättäessä on suositeltavaa määrätä lääke kauppanimellä muulloinkin, ellei vaikuttavalla aineella määräämiselle ole erityisiä perusteita.

Kun lääkevalmiste valitaan voimassa olevan Lääketietokannan tiedoista, potilastietojärjestelmä täydentää kirjausta automaattisesti Lääketietokannassa olevien tietojen pohjalta. Vaikuttavalla aineella määrättäessä käyttäjä valitsee vaikuttavan aineen sekä lääkemuodon, joiden pohjalta potilastietojärjestelmä täydentää kirjausta automaattisesti Lääketietokannassa olevien tietojen pohjalta.

(Lääke)valmisteen yksilöivät tiedot

Lääketietokannasta saadaan lääkevalmisteen ja muun lääketietokantaan kuuluvan valmisteen nimi, lääkevalmisteen ATC-koodi, lääkepakkauksen tunnistenumero (VNR-numero), pakkauskoko ja pakkauskoon yksikkö, pakkauskokokerroin ja pakkauskoko tekstinä.

Lääkkeen koostumus, muoto ja vahvuus

Lääketietokanta tuottaa lääkevalmisteille lääke- tai valmistemuodon sekä vahvuuden ja vahvuuden yksikön tekstinä. Kun kyseessä on myyntiluvallinen lääkevalmiste, määräaikainen erityislupavalmiste tai vaikuttavan aineen nimellä määrätty lääke, käyttäjä kirjaa itse lääkemuodon, vahvuuden ja vahvuuden yksikön, ellei tietoja saada Lääketietokannasta.

Lääkkeen lisätiedot

Lääketietokannasta saadaan myös tiedot onko kyseessä PKV-lääke tai huume, veri- tai plasmavalmiste, lisäseurantaa vaativa lääke, biologinen lääke tai biosimilaari sekä biosimilaarin lääkeryhmä. Jos määrätään muuta kuin halvinta biologista lääkettä, pitää käyttäjän kirjata sille perustelu tai, jos biologisen lääkkeen lääkevaihto apteekissa on lääketieteellisesti tai hoidollisesti perusteltua, lääkevaihtokielto ja sen perustelu. Muita lääketietokannasta lääkemääräykselle tuotavia tietoja ovat lääketietokannan versio, valmisteen laji, myyntiluvan haltija, säilytysastiat sekä valmisteen tai pakkauksen lisätieto.

b) Lääketietokannan ulkopuolinen lääke

Kun kyseessä on apteekissa valmistettava lääke tai potilaskohtainen erityislupavalmiste, ei lääkkeen tietoja voi hakea suoraan lääketietokannasta, vaan käyttäjän on itse kirjattava lääkkeen tiedot toistaiseksi tekstimuodossa. Jos apteekissa valmistettava lääke sisältää ainesosina Lääketietokannassa olevia lääkkeitä tai muita valmisteita, niiden tietoja voidaan poimia Lääketietokannasta rakenteisiksi lääkkeen vaikuttaviksi ainesosiksi tai apuaineiksi. Valmistusohje kirjataan vapaamuotoisena tekstinä.

14.4.4 Lääkkeen määrätty määrä

Määrätty määrä on pakollinen tieto reseptilääkkeillä. Reseptivapaita lääkkeitä voi kuitenkin määrätä myös ilman toimitettavan määrän tietoja, jos potilas haluaa ostaa niitä "suoraan hyllystä", ilman, että niistä tehdään toimitusmerkintää. Silloin Määrätyn määrän esittämistavaksi kirjataan Ei toimitettavaa määrää.

Lääkkeen määrä voidaan kirjata pakkauskoon ja pakkausten lukumäärän avulla, lääkkeen kokonaismäärällä tai ajanjakson perusteella. Lääkemääräys on suositeltavaa määrätä pakkausten lukumääränä aina, kun se on mahdollista. Ajanjakson perusteella lääkettä tulisi määrätä ainoastaan silloin, kun tarvittavaa määrää ei pysty muutoin määrittelemään sekä annosjakelussa olevilla lääkkeillä. Tarvittaessa lääkemääräyksille voidaan lisätä iterointi 1-3 kertaa sekä iterointien väli päivinä.

14.4.5 Lääkkeen annostustiedot

Lääkkeen rakenteiset annostustiedot on ollut mahdollista tallentaa Reseptikeskukseen vuodesta 2022 alkaen. Potilastietojärjestelmissä lääkemääräysten rakenteisten annostustietojen kirjausmahdollisuus tulee olla toteutettuna 31.12.2025 mennessä. Tavoitteena on, että rakenteella annostustiedoista 80-90% pystytään kirjaamaan rakenteisesti. Täysin kattavaa rakenteisuutta ei tavoitellakaan ja esimerkiksi koneelliseen annosjakeluun apteekit joutuvat jatkossakin rakenteistamaan pienen osan lääkemääräysten annostustiedoista. Annostusohjeen kirjaaminen tekstinä on aina mahdollista ja rakenteisista annostusohjeista potilastietojärjestelmä muodostaa aina myös tekstimuotoisen annostusohjeen, joka tallennetaan lääkemääräykselle.

a) Annostuksen ”huomiotiedot”

Lääkemääräykselle tulee kirjata alle 12-vuotiaan paino, jotta tieto tulee huomioiduksi annostusta määriteltäessä/ tarkistettaessa. Paino voidaan kirjata myös yli 12-vuotiaalle, silloin kun se merkittävästi poikkeaa keskimääräisen aikuisen painosta. Jos annostus poikkeaa lääkkeen normaalista annostuksesta, tulee lääkemääräykselle kirjata Sic!-merkintä. Sitä voi käyttää myös silloin kun lääkettä määrätään muulla tavoin hoitokäytännöistä poikkeavalla tavalla. Selitys, miksi Sic!-merkintä on kirjattu, tulee kirjata Sic!-merkinnän lisätietokenttään (aiemmin on ohjeistettu kirjaamaan Viesti apteekille -kenttään).

b) Tekstimuotoinen annostusohje

Rakenteisista annostustiedoista muodostetaan aina myös tekstimuotoinen annostusohje. Potilastietojärjestelmä muodostaa sen Kanta-määrittelyissä kuvattujen sääntöjen mukaan potilaalle yksiselitteisesti ymmärrettävään muotoon (suomeksi tai ruotsiksi). Jos rakenteista annostusta ei ole kirjattu, lääkkeen määrääjä voi kirjoittaa annostusohjeen vapaana tekstinä. Lääkemääräyksellä on aina tieto, onko tekstimuotoinen annostusohje käyttäjän tekstimuodossa kirjaama vai rakenteisten annostustietojen pohjalta automaattisesti muodostettu. Huom! Apteekit eivät voi muokata ("aukikirjoittaa") potilastarralle tulostettavaa annostusohjetta, silloin kun annostustiedot on kirjattu lääkemääräykselle rakenteisesti.

c) Rakenteinen annostusohje

Annostelukausi

Annostelukausi on ajanjakso, jonka ajalle lääke määrätään tietyn annostuksen (esim. 1 tabletti 2 kertaa päivässä) mukaisesti. Jos annostus pysyy muuttumattomana, annostelukausi on koko lääkkeen käytön pituinen. Kun annostusta muutetaan, muodostuu uusi annostelukausi. Yleensä lääke määrätään kerrallaan vain yhden annostelukauden ajaksi, mutta esim. aloitettaessa lääke nousevin annostuksin, voidaan lääke määrätä yhdellä kertaa peräkkäisinä annostelukausina. Esimerkiksi annostelussa ”1 tabletti kerran päivässä viikon ajan, jonka jälkeen 1 tabletti 2 kertaa päivässä” 1. annostelukausi on 1 viikko ja 2. annostelukausi on ”toistaiseksi”.

Vuonna 2022 käyttöön otettu rakenteinen annostus tukee vain yhden annostelukauden tallentamista kerrallaan. Useita annostelukausia vaikuttavan lääkemääräyksen annostusohje on kirjoitettava tekstimuodossa.

Annostelukauden tiedot

Annostelukauden alku alkaa oletuksena määräyshetkestä (jolloin sitä ei tarvitse kirjata erikseen), mutta alkuaika voidaan tarvittaessa kirjata tulevaisuuteen (tai menneisyyteen). **Annostelukauden kesto** voidaan kirjata kestonä (esim. 1 viikko) tai päättymisajan avulla (kesto ja päättymisaikaa molempia ei voi kirjata samalle annostelukaudelle).

Tieto lääkkeen käytöstä vain **tarvittaessa** kirjataan omana tietona (esim. tarvittaessa 1 tabletti 2 kertaa päivässä) ja lääkkeen mahdollinen **tauko** annostelukauden aikana voidaan kirjata aikavälinä. Annostelukausi ei kuitenkaan voi alkaa tauolla, vaan silloin alkuaika kirjataan tulevaisuuteen.

Annosjakso

Annosjakso on ajanjakso, jonka ajalle annokset määrätään käytettäväksi samanlaisena toistuvana sarjana. Tieto tallennetaan vuorokausina tai tunteina. Yleensä annosjakso on 1 vuorokausi (esim. 1 tabletti 3 kertaa vuorokaudessa tai 1 tabletti aamulla 2 tablettia illalla). Myös viikon annosjaksolla voidaan eri päivien annokset määrittellä erikseen (esim. Ma 1 tabletti, Ti 2 tablettia, Ke 2 tablettia jne.). Muille annosjaksoille rakenteisesti voi määrätä vain 1 annoksen annosjaksoa kohti (esim. 1 tabletti joka toinen päivä (annosjakso = 2 vrk), 1 injektio 3 viikon välein (annosjakso = 21 vrk) tai 1 tippa 4 tunnin välein (annosjakso = 4h)).

Annosjakson tiedot

Annosjaksolle jokaisen annoksen tiedot (Reseptikeskukseen) tallennetaan erikseen. Jos annos on kaikilla annoksilla sama, riittää, että lääkkeen määrääjä kirjaa annoksen tiedot kertaalleen ja montako kertaa annos (esim. 1 tabletti 3 kertaa) toistuu annosjaksossa (potilastietojärjestelmä huolehtii silloin oikean rakenteen tuottamisesta Reseptikeskukseen). Jos annos muuttuu annosjakson aikana (esim. 1 tabletti aamulla ja 2 tablettia illalla) tulee jokainen annos kirjata erikseen. Lisäksi kullekin annokselle tulee kirjata lääkkeen otto ajankohta (tai kellon aika).

Annokselle kirjataan aina annoksen numeraalinen arvo (esim. 1) sekä annosyksikkö (esim. tabletti). **Annosyksikkö** voidaan kirjata ”potilasystävällisessä muodossa” (esim. 1 tabletti) tai fysikaalisessa muodossa (esim. 50 mg). Reseptillä ”potilasystävällistä muotoa” tulisi käyttää aina kun se on mahdollista ja fysikaalista muotoa vain, kun sille on erityinen peruste. Lääkkeenoton ajankohta voidaan kirjata kellon aikana (esim. 8:00) tai tekstimuodossa THL - Vuorokaudenaika -luokituksen mukaan (esim. aamulla). Viikkoannostelussa ajankohta annetaan viikonpäivinä.

Jos yksittäinen annos on **tarvittaessa otettava**, se kirjataan annokselle omana rakenteisena tietona (esim. 1 tabletti aamulla ja tarvittaessa 1 tabletti illalla). Jos koko lääke on tarvittaessa käytettävä, kirjataan tieto annostelukauden tietoihin (ks. edellä).

Rakenteisen annostuksen lisätiedot

Lääkkeenantoreitti ja -tapa tulee kirjata vähintään aina, kun lääkettä ei oteta tavalliseen tapaan suun kautta nieltynä. Silloinkin, jos antoreitti on mahdollista ymmärtää väärin, antoreitti on hyvä kirjata. Myös lääkkeen antoreitin puoli (vasen, oikea, molemminpuolinen) voidaan (2026 alkaen) kirjata silloin, kun kyse on ”parillisesta elimestä”, esim. silmä, korva, sierain.

Rakenteisesti kirjatulle annostukselle voidaan kirjata myös tekstimuotoista **käyttöohjeen lisätietoa**, jota ei voida kirjata rakenteisesti (esim. otetaan ruokailun yhteydessä). Lisätiedoksi ei kuitenkaan tule kirjata monimutkaisia ohjeita, jotka voidaan ymmärtää rakenteisesta tiedosta poikkeavaksi. Silloin on väärin ymmärrysten ehkäisemiseksi parempi kirjata annostusohje täysin tekstimuotoisena. Huom! Lääkkeen määrääjän on aina varmistettava, että tekstimuotoinen lisätieto ei ole ristiriitainen rakenteisen ohjeen kanssa ja, että tekstimuotoinen annostusohje kokonaisuudessaan on ymmärrettävä.

14.4.6 Käyttötarkoitus

Lääkkeen määrääjä kirjaa lääkkeen käyttötarkoituksen syyn vapaamuotoisena tekstinä. Jos lääke on määrätty tartuntatautilain mukaisen yleisvaarallisen taudin hoitoon, kirjataan se lisäksi erikseen (rakenteisesti). Lisäksi lääkkeen korvattavuuteen vaikuttava erillisselvitys (vuodesta 2022 alkaen koodattuna) sekä siihen liittyvä mahdollinen pvm-tieto kirjataan omiin kenttiinsä.

14.4.7 Lääkemääräyksen muut tiedot

Lääkemääräykselle tulee kirjata myös, onko lääke määrätty sairauden hoitoon, onko kyseessä pysyvä lääkitys ja onko kyseessä uuden lääkkeen aloitus sekä kuuluuko lääke koneelliseen annosjakeluun. Lisäksi lääkemääräykselle voidaan kirjata lääkevaihtokielto, reseptin

uudistamiskielto ja sen perustelu sekä, jos lääkemääräyksen voimassaoloa halutaan rajoittaa oletusarvoisesta (1v tai 2v), reseptin voimassaolon loppupäivä. Huumausaineresepteille tulee kirjata myös potilaan tunnistamistapa.

Tarvittaessa lääkemääräykselle voidaan lisätä viesti apteekille sekä tiedot lääkärinpalkkion perimiseksi lääkkeen toimituksen yhteydessä, Apteekissa tallennettaville resepteille pitää lisäksi tallentaa onko kyse paperi-, puhelin- tai erityislupavalmisteresepistä sekä sen perustelu.

14.5 Lääkemääräyksen korjaaminen ja mitätöinti

Lääkemääräyksellä olevia virheitä voi korjata tekemällä lääkemääräyksestä uusi versio, johon virheet on korjattu. Jos virheet ovat sellaisia, joita ei voi korjata uudella versiolla, mitätöidään virheellinen lääkemääräys ja tehdään uusi lääkemääräys.

14.5.1 Lääkemääräyksen korjaus

Hoidollisia muutoksia ei Kanta-lääkityslistan käyttöönoton jälkeen enää tehdä korjaamalla, vaan silloin tulee tehdä uusi lääkemääräys (ks. luku 14.6)

Lääkemääräyksen korjaukselle tulee kirjata perustelu THL - Lääkehoidon muutoksen syy - luokituksen mukaisesti. Korjauksen perustelua voi tarvittaessa tarkentaa vapaamuotoisena tekstinä.

THL - Lääkehoidon muutoksen syy -luokituksesta voi korjauksissa käyttää neljää syykoodia:

- 9 Puuttuva tai virheellinen tieto -luokkaa voi käyttää väärään tietokenttään kirjatun tiedon siirtämiseen oikeaan tietokenttään tai sellaisen puutteellisen tiedon täydennykseen tai virheellisen tiedon korjaus, jolla ei ole vaikutusta potilaan hoitoon.
- 10 Virheellinen määrä -luokkaa voi käyttää, kun lääkemääräyksen korjauksen syynä on virheellisesti kirjattu lääkkeen määrä. Luokkaa voi käyttää vain toimittamattomalla lääkemääräyksellä.
- 11 Virheellinen annostusohje tai käyttötarkoitus -luokkaa voi käyttää, kun lääkemääräyksen korjauksen syynä on virheellisesti kirjatut annostustiedot tai käyttötarkoitus.
- 12 Muu virheellinen tieto -luokkaa voi käyttää, kun lääkemääräyksen korjauksen syynä on muihin luokkiin kuulumaton puutteellinen tai virheellisesti kirjattu tieto. Luokan käyttäminen vaatii erillistä perustelua tekstikenttään.

Luokkaan 9 apteekki voi tehdä korjauksen konsultoimatta lääkkeen määrääjää. Luokkiin 10-12 apteekki voi tehdä korjauksen lääkkeen määränneen tai muun lääkkeen määräämiseen oikeutetun terveydenhuollon ammattihenkilön suullisella suostumuksella.

14.5.2 Lääkemääräyksen mitätöinti

Lääkemääräyksen mitätöinti voidaan tehdä silloin, jos lääkemääräys tallennettu väärälle potilaalle, lääkemääräyksessä on sellainen virhe, jota ei voi muutoin korjata tai lääkemääräys on tehty pakottamalla tai potilaan antamien virheellisten tietojen perusteella. Mitätöinti voidaan tehdä myös hoidollisella syyllä, siirtymäaikana ennen kuin tietojärjestelmässä on käytössä lääkkeen lopettamismerkintä (ks. luku 14.7) tai jos (vanhalla) lääkemääräyksellä ei ole Käytössä olevan lääkkeen tunnistetta.

Mitätöinnille tulee kirjata Sähköinen lääkemääräys - Lääkemääräyksen mitätöinnin tyyppi - luokituksen mukaisesti mitätöinnin syy sekä Sähköinen lääkemääräys - Suostumustyyppi - luokituksen mukaisesti tieto siitä, että mitätöinti on tehty yhteisymmärryksessä potilaan kanssa tai että suostumusta ei tarvita. Järjestelmä tuottaa mitätöinnille lisäksi tiedot mitätöinnin tai korjauksen tekijästä ja ajankohdasta.

Sähköinen lääkemääräys - Lääkemääräyksen mitätöinnin tyyppi -luokituksesta voi mitätöinnissä käyttää viittä syykoodia:

- 1 Hoidollinen syy -luokkaa voi käyttää siirtymäaikana ennen kuin tietojärjestelmässä on käytössä lääkkeen lopettamismerkintä tai jos (vanhalla) lääkemääräyksellä ei ole Käytössä olevan lääkkeen tunnisteita. Suostumustyyppi = 6 Yhteisymmärrys
- 6 Potilaan antamat virheelliset tiedot -luokkaa voi käyttää, jos potilas on tarkoituksella antanut virheellisiä tietoja. Suostumustyyppi = 5 Suostumusta ei tarvita.
- 7 Pakottamalla laadittu -luokkaa voi käyttää, jos potilas on pakottanut terveydenhuollon ammattihenkilön laatimaan lääkemääräyksen. Suostumustyyppi = 5 Suostumusta ei tarvita.
- 8 Lääkemääräys väärälle potilaalle -luokkaa voi käyttää, jos lääkemääräys on tallennettu väärälle potilaalle. Tällä syyllä mitätöity lääkemääräys ei palaudu millään Reseptikeskuksen haulla. Suostumustyyppi = 5 Suostumusta ei tarvita.
- 9 Virheellinen lääkemääräys -luokkaa voi käyttää, jos lääkemääräyksessä on sellainen virhe, jota ei voi korjata muutoin. Suostumustyyppi = 5 Suostumusta ei tarvita.

14.6 Lääkehoidon muutokset

14.6.1 Lääkitysmuutokset

Hoidollisia muutoksia ei Kanta-lääkityslistan käyttöönoton jälkeen enää tehdä korjaamalla, vaan muutoksista tulee aina tehdä uusi lääkemääräys. Näin Reseptikeskuksen lääkitystiedot saadaan pysymään ajantasaisina.

Hoidollinen muutos tehdään samoin kuin uusi lääkemääräys (ks luku 14.4). Lisäksi muutokselle on suositeltavaa kirjata (luokiteltu) syy sekä tarvittaessa tekstimuotoinen lisätieto. Lääkkeen aiheuttama haittavaikutus voidaan lisäksi kirjata ICD-10 diagnoosiluokituksella. Kun lääkehoidon muutoksen tai lopettamisen syyn kirjaamisessa hyödynnetään koodistoa, kirjaus mahdollistaa paremmin päätöksenteon tuen tarkastukset ja järjestelmätason automaattiset varoitukset uusia lääkemääräyksiä annettaessa.

THL - Lääkehoidon muutoksen syy -luokituksessa voi lääkitysmuutoksissa käyttää neljää syykoodia:

- 2 Lääkkeen tarve on päätynyt -luokkaa käytetään lääkkeen lopettamisen yhteydessä (ja niiden reseptejä mitätöitäessä), kun sairaus on parantunut tai lieventynyt - esimerkiksi verenpainetauti pysyy hallinnassa elintapamuutoksilla.
- 3 Lääkkeen haittavaikutus -luokkaa käytetään, kun lääkkeen muutoksen tai lopetuksen syynä on lääkkeen potilaalle aiheuttama lisätauti, esimerkiksi amiodaronin aiheuttama näköhermotulehdus, tai muu sivuvaikutus.
- 4 Lääkkeen vasteeseen liittyvä muutos -luokkaa käytetään esimerkiksi, kun lääkkeen annostusta muutetaan tai se lopetetaan riittämättömän hoitovasteen vuoksi.

- 5 Muu lääkehoidon muutoksen syy. Muun syyn valinta edellyttää, että kirjaaja perustelee syyn vapaamuotoisena tekstinä. Vapaamuotoista perustelua voi tarvittaessa käyttää myös muiden syiden kanssa.

14.6.2 Lääkkeen lopettaminen

Lääkkeen lopetuksista tulee tallentaa Reseptikeskukseen lopettamismerkintä. Näin Reseptikeskuksen lääkitystiedot saadaan pysymään ajantasaisina.

Lopettamismerkintään tietojärjestelmä kopioi kyseisen lääkejatkumon uusimmalta lääkemääräykseltä lääkkeen nimen ja vahvuuden sekä muut lääkkeen yksilöimiseen tarvittavat tiedot. Lisäksi tietojärjestelmä tuottaa automaattisesti asiakirjan muodostamiseen tarvittavat tunniste ja muut tiedot, sekä potilaan sekä kirjaajan tiedot.

Lääkkeen lopettajan tulee kirjata lopetusajakohtan tiedot sekä lopetuksen syy (luokiteltuna) ja tarvittaessa tarkempi perustelu vapaamuotoisena tekstinä. Lopetus ajankohta voidaan kirjata päivämäärän tai kellonajan tarkkuudella. Oletuksena voidaan käyttöön kirjaushetken tietoja, mutta päivämäärän (ja kellonajan) voi kirjata myös tulevaisuuteen.

Lopetuksen syynä voi käyttää THL - Lääkehoidon muutoksen syy -luokituksesta viittä syykoodia:

- 1 Määräaikainen lääke -luokkaa voi käyttää jo päättyneiden määräaikaisten lääkitysten reseptejä mitätöitäessä. Potilaskertomuksessa tiedon voi kirjata jo määräaikaista lääkettä määrättäessä.
- 2 Lääkkeen tarve on päättynyt -luokkaa käytetään lääkkeen lopettamisen yhteydessä (ja niiden reseptejä mitätöitäessä), kun sairaus on parantunut tai lieventynyt - esimerkiksi verenpainetauti pysyy hallinnassa elintapamuutoksilla.
- 3 Lääkkeen haittavaikutus -luokkaa käytetään, kun lääkkeen muutoksen tai lopetuksen syynä on lääkkeen potilaalle aiheuttama lisätauti, esimerkiksi amiodaronin aiheuttama näköhermotulehdus, tai muu sivuvaikutus.
- 4 Lääkkeen vasteeseen liittyvä muutos -luokkaa käytetään esimerkiksi, kun lääkkeen annostusta muutetaan tai se lopetetaan riittämättömän hoitovasteen vuoksi.
- 5 Muu lääkehoidon muutoksen syy. Muun syyn valinta edellyttää, että kirjaaja perustelee syyn vapaamuotoisena tekstinä. Vapaamuotoista perustelua voi tarvittaessa käyttää myös muiden syiden kanssa.

Huom! Jos samasta käytössä olevasta lääkkeestä on useita käytössä useita valmisteita (lääkejatkumoit, ks. luku 14.8), tulee jokainen niistä lopettaa erikseen

14.7 Lääkemääräyksen uusiminen

Lääkemääräyksen uusiminen pysyy oleellisesti ennallaan. Siihen tulee kuitenkin lisää joustavuutta - eteenkin potilaan kannalta.

14.7.1 Uusimispyyntö

Uusimispyynnön voi tallentaa, kuten aiemminkin, OmaKannassa, apteekissa tai terveydenhuollon organisaatiossa.

Uusimispyyntö tulee (lain mukaisesti) käsitellä 8 vuorokauden kuluessa. Uusimispyyntö ei kuitenkaan jatkossa vanhene 8 vuorokauden jälkeen, vaan pyyntö on käsiteltävissä myös sen

jälkeen ilman, että potilas tekee uutta uusimispyyntöä. Halutessaan potilas voi kuitenkin 8 vrk jälkeen tehdä uuden uusimispyynnön ja kohdistaa sen toiseen organisaatioon (jolloin pyyntö näkyy molempien organisaatioiden listoilla).

Uusimispyynnön voi lisäksi tehdä myös toimittamattomaan lääkemääräykseen, kun lääkemääräyksen voimassaolo on päättymässä. Myös uusimispyynnön määräajat (16/28 kk) poistuvat ja uusimispyynnön voi tehdä niin kauan, kuin lääkettä ei ole lopetettu.

14.7.1 Uusimispyynnön käsittely

Myös uusimispyynnön käsittely pysyy pääosin ennallaan. Uusimispyynnön voi hyväksyä laatimalla uuden lääkemääräyksen tai uusimispyynnön voi palauttaa (esim. jos pyyntö on tullut väärään organisaatioon) tai hylätä (esim. jos lääkkeen jatkaminen nähdään tarpeettomana).

Uusimispyyntö tulee jatkossakin (lain mukaisesti) käsitellä 8 vuorokauden kuluessa. Uusimispyyntö ei kuitenkaan jatkossa vanhene 8 vuorokauden jälkeen vaan pyyntö näkyy uusimislistoilla niin kauan, että se käsitellään.

Uusimispyynnöt näkyvät lääkityslistalla kaikille ja lääkemääräyksen voi uusia kuka tahansa lääkkeen määrääjä, joka käsittelee lääkityslistaa. Muut kuin uusimispyynnön kohteena oleva organisaatio ei kuitenkaan voi palauttaa tai hylätä uusimispyyntöä. Kun kuka tahansa uusii lääkemääräyksen, uusimispyyntö poistuu lääkityslistalta. Tieto ei kuitenkaan päivyty suoraan pyynnön kohteena olevan organisaation uusimispyyntöjen listalle.

Uusimispyyntöjä käsitellessä näkyy jatkossa kirjaajan mahdollisesti pyynnölle kirjaama viesti sekä tieto, onko uusimispyynnön tallentanut apteekki, terveydenhuollon palvelunantaja vai potilas itse (OmaKannassa),

Jos uusimispyyntö palautetaan tai hylätään, lääkkeen määrääjä voi uusimispyynnön käsittelyssä kirjata viestin, joka näkyy myös lääkityslistalla uusimispyynnön tiedoissa.

14.8 Rinnakkaisen lääkkeen lisääminen

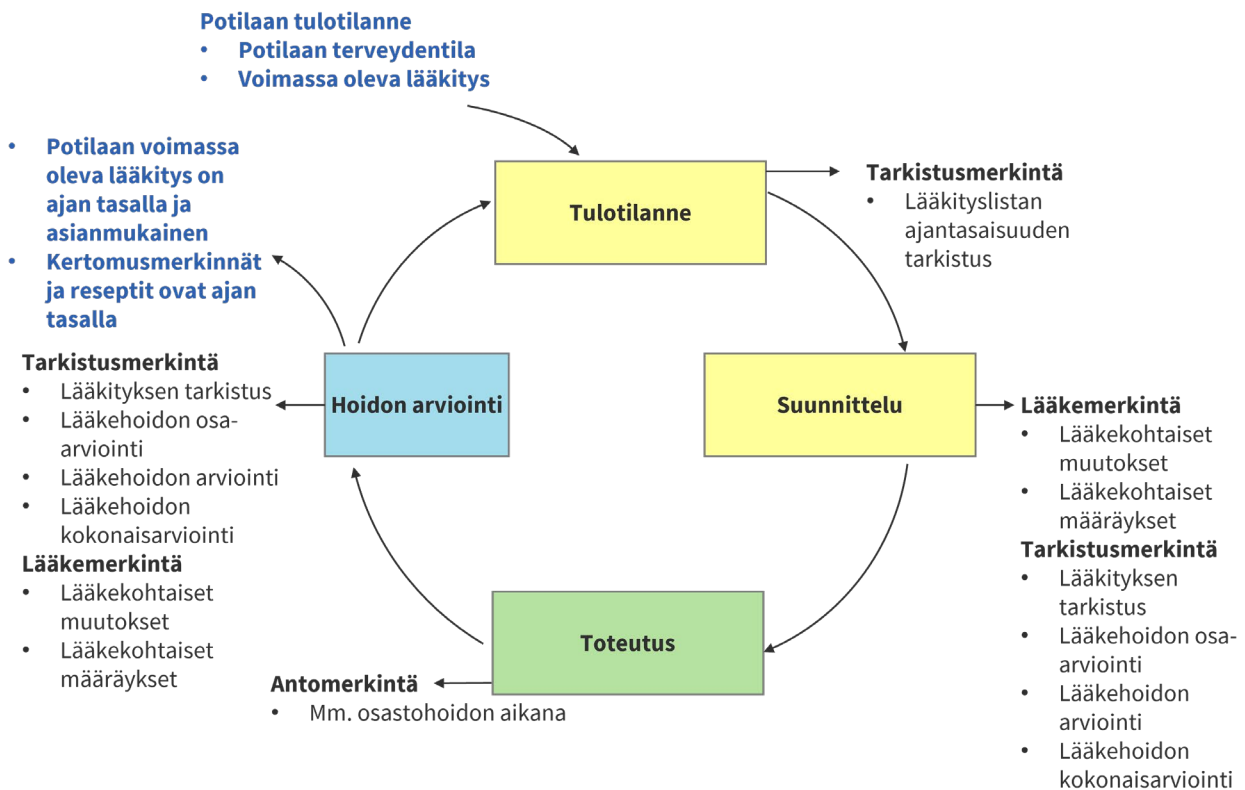
Pääsääntöisesti uuden lääkemääräyksen laatiminen potilaalla käytössä olevasta lääkkeestä kumoaa lääkkeen aiemman lääkemääräyksen. Samasta lääkkeestä voidaan silti määrätä myös rinnakkainen, esim. eri vahvuutta oleva, valmiste, silloin kun se on tarpeen. Uusi lääkemääräys muodostaa käytössä olevalle lääkkeelle uuden lääkejatkumon, jota voidaan käsitellä (uusua, muuttaa, lopettaa), kuten yksittäistä lääkemääräystä, mutta joka mm. lääkkeen historiatietoja haettaessa yhdistetään saman lääkkeen muihin lääkejatkumoihin.

Uusi lääkemääräys tehdään muutoin samalla tavalla kuin lääkitystä muutettaessa, mutta lääkemääräystä laadittaessa kirjataan, että halutaan lisätä rinnakkainen valmiste aiemman rinnalle eikä kumota aiempaa lääkemääräystä. (Kirjaamistavat voivat vaihdella tietojärjestelmäkohtaisesti.) Tietojärjestelmä muodostaa sen perusteella uudelle lääkemääräykselle Käytössä olevan lääkkeen tunnisteen ja Lääkejatkumon osatunnisteen siten, että molemmat lääkemääräykset näkyvät lääkityslistalla saman lääkkeen voimassa olevina lääkemääräyksinä.

14.9 Lääkehoidon tarkistaminen

Lääkehoidon eritasoisia tarkistuksia tai arviointeja voidaan tehdä hoitoprosessin monessa vaiheessa (ks. kuva 14.2) ja niihin voi osallistua eri ammattiryhmiä. Esimerkiksi hoitaja voi tarkistaa potilaan lääkityslistan ajantasaisuuden, kun hän selvittää potilaan käytössä olevaa lääkitystä.

Lääkehoidon kokonaisarviointiin puolestaan voi osallistua useita eri sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä kukin oman osaamisen näkökulmasta. Lopullisen arvion potilaan asianmukaisesta lääkityksestä tekee aina lääkäri.



Kuva 14.2 Lääkehoidon prosessi, jossa erottuvat hoitoprosessin eri vaiheissa tehtävät eri lääkemerkinnät.

14.9.1 Lääkitystarkistusten tyypit

Lääkehoidon tarkistuksia on viiden tasoisia: lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistus, lääkityksen tarkistus, lääkehoidon osa-arviointi, lääkehoidon arviointi ja lääkehoidon kokonaisarviointi.

a) Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksessa (Lääkitystiedon ajantasaistaminen) selvitetään, vastaako potilaan käyttämä lääkitys lääkityslistalla olevia tietoja hänelle määräytyistä lääkkeitä ja tiedossa olevista itsehoitolääkkeistä. Jos potilaan käyttämä lääkitys ei vastaa lääkityslistalla olevia tietoja, kirjataan tarkistuksessa, miten tiedot poikkeavat toisistaan.

Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksen voi tehdä potilas, hänen omaisensa tai sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö (ml. farmasistit) yhdessä potilaan tai hänen omaisensa kanssa. Toistaiseksi potilas tai hänen omaisensa ei voi kirjata tietoja potilaskertomukseen, vaan terveydenhuollon ammattihenkilö tekee tästä tarkistuksesta tarvittavat merkinnät.

b) Lääkityksen tarkistuksessa arvioidaan, vastaavatko lääkkeiden annostukset ja antoajankohdat hyväksytyä hoitokäytäntöä, sekä kartoitetaan lääkkeiden mahdolliset päällekkäisyydet ja yhteensopimattomuudet. Tarkistus ei sisällä lääkehoidon tarpeen, indikaation tai tarkoituksenmukaisuuden arviointia, eikä korjaustoimenpiteitä lääkitykseen. Tarkistus sisältää lääkitystiedon ajantasaistamisen ja voi sisältää myös ehdotuksia korjaustoimenpiteiksi.

Lääkityksen tarkistuksen tekee proviisori, farmaseutti tai lääkehoitoon erityiskoulutettu sairaanhoitaja. Lääkityksen tarkistusmerkintä viivästetään aina OmaKantaan, jotta potilaalle ei synny väärinkäsitystä tarvittavista mahdollisista lääkityksen muutostarpeista. Lopulliset lääkitysmuutokset tekee aina lääkäri.

c) Lääkehoidon osa-arvioinnissa lääkäri tarkistaa omaan erikoisalaansa kuuluvan tai muuten rajatun lääkityksen. Osa-arviointi kattaa tarkistettujen lääkkeiden tarpeen, yhteensopivuuden muun lääkityksen kanssa ja annostuksen arvioinnin, mutta ei ota kantaa muuhun lääkitykseen. Osa-arviointi sisältää lääkärin tekemät tarvittavat muutosmerkinnät arvioituun lääkitykseen.

Lääkehoidon osa-arvioinnin tekee aina lääkäri.

d) Lääkehoidon arvioinnissa arvioidaan potilaan lääkehoidon tarve ja tarkoituksenmukaisuus sekä lääkkeiden keskinäinen yhteensopivuus osana potilaan tutkimista ja hoidon suunnittelua. Arviointi sisältää lääkärin arvioimat tai vahvistamat tarvittavat muutosmerkinnät lääkitykseen tai lääkärin vahvistuksen siitä, ettei muutoksia tarvita. Arviointi sisältää aina myös lääkitystiedon ajantasaistamisen. Jos lääkehoito vaatii seurantaa, merkinnän tekijä kirjaa suunnitelman lääkitysmuutosten seurannaksi.

Lääkehoidon arvioinnin tekee lääkäri tarvittaessa muiden lääkehoitoon terveydenhuollon ammattihenkilöiden, kuten kliininen farmakologi, proviisori, farmaseutti tai muu lääkehoitoon erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö, avustamana. Arviointi voidaan tehdä kahdessa osassa, jolloin kliininen farmakologi, proviisori, farmaseutti tai muu lääkehoitoon erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö selvittää ensin lääkitystietojen ajantasaisuuden, kartoittaa lääkkeiden mahdolliset päällekkäisyydet ja yhteensopimattomuudet sekä tarkistaa vastaavatko lääkkeiden, indikaatiot, annostukset ja antoajankohdat hyväksytyä hoitokäytäntöä (lääkityksen tarkistus). Sen pohjalta lääkäri arvioi kunkin lääkkeen tarpeen, indikaation ja tarkoituksenmukaisuuden ja tekee tarvittavat muutosmerkinnät lääkitykseen tai vahvistaa, ettei muutoksia tarvita.

Muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuin lääkärin tekemät lääkehoidon arviointimerkinnät viivästetään aina OmaKantaan, jotta potilaalle ei synny väärinkäsitystä tarvittavista mahdollisista lääkityksen muutostarpeista. Kun lääkäri tekee lopullisen arvion tarvittavasta lääkityksestä, hän kirjaa oman merkintänsä. Lääkärin lopullista kannanottoa lääkitykseen ei viivästetä.

e) Lääkehoidon kokonaisarvioinnin tekee kliinisten asiantuntijoiden ja/tai moniammatillinen ryhmä yhteistyössä. Arviointi tapahtuu hoitavan lääkärin päätöksellä yleensä lääkehoidon arvioinnin pohjalta ja se sisältää lääkehoidon arvioinnin lisäksi lääkehoidon toteuttamisen ja hoitoon sitoutumisen arvioinnin potilaan kotona. Lääkehoidon arvioinnin tai potilaan kotona tehtävän arvioinnin lisäksi tässä yhteydessä kartoitetaan myös lääkehoidon sosiaaliset ja taloudelliset edellytykset. Kliinisiin asiantuntijoihin ja/tai moniammatilliseen ryhmään kuuluva henkilö voi olla kliininen farmakologi, erityiskoulutettu proviisori tai farmaseutti tai muu erityiskoulutettu terveydenhuollon ammattihenkilö (tai terveydenhuollossa toimiva sosiaalihuollon ammattihenkilö). Merkintä sisältää lääkärin tekemät muutokset lääkitykseen tai lääkärin vahvistuksen siitä, ettei muutoksia tarvita. Arviointi sisältää aina myös lääkitystiedon ajantasaistamisen. Jos lääkehoito vaatii seurantaa, merkinnän tekijä kirjaa suunnitelman lääkitysmuutosten seurannaksi.

Lääkehoidon kokonaisarviointi tehdään useassa vaiheessa, jolloin kukin sosiaali- tai terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa oman arviointinsa. Lopullisen arvion tarvittavasta lääkityksestä ja tarvittavat muutokset lääkitykseen tekee lääkäri muiden arvioiden pohjalta tai yhdessä työryhmässä läpikäyden.

Muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuin lääkärin tekemät lääkehoidon arviointimerkinnät viivästetään aina OmaKantaan, jotta potilaalle ei synny väärinkäsitystä tarvittavista mahdollisista lääkityksen muutostarpeista. Kun lääkäri tekee lopullisen arvion tarvittavasta lääkityksestä, hän kirjaa oman merkintänsä. Lääkärin lopullista kannanottoa lääkitykseen ei viivästetä.

14.9.2 Lääkehoidon tarkistusten kirjaaminen

Lääkehoidon rakenteiset tarkistusmerkinnät Reseptikeskukseen otetaan käyttöön lääkityslistan kehityksen kolmannessa vaiheessa (arviolta vuonna 2027-2028). Siihen saakka lääkehoidon tarkistukset kirjataan potilaskertomukseen tekstimuodossa - vuodesta 2021 alkaen uudelle Farmasia (FARM) näkymälle. Lääkäreiden kirjaamissa lääkehoidon (eri tasoisissa) tarkistuksissa sekä niiden pyynnöissä muille ammattiryhmille FARM-näkymää käytetään lisänäkymänä (ja lääkärin erikoisalanmukaista näkymää päänäkymänä) ja muiden ammattiryhmien kirjauksissa FARM-näkymää käytetään päänäkymänä (ja pyytävän erikoisalan näkymää lisänäkymänä).

Lääkäreiden kirjaamissa lääkehoidon tarkistuksissa (ylä)otsikkona käytetään otsikkoa **Lääkehoito**, jota tarkennetaan lääkitystarkistuksen tyyppin mukaisella lisäotsikolla. Muiden ammattiryhmien kirjauksissa sekä heille lähetettävissä arviointi pyynnöissä otsikkona käytetään otsikkoa **Konsultaatio / Lähete**, jota tarkennetaan lääkitystarkistuksen tyyppin mukaisella lisäotsikolla.

Muiden ammattiryhmien kirjauksissa muihin kuin lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksiin, kirjataan aina viivästys OmaKantaan. Lääkärin lopullista kannanottoa lääkitykseen ei viivästetä.

Lääkehoidon tarkistusmerkintään kirjataan aina tarkistuspäivämäärä, organisaatio, jossa tarkistus tehdään, tarkistukseen osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt tunnistetietoineen, heidän ammattiryhmänsä sekä tieto minkä tyyppisestä tarkistuksesta on kyse.

Tarkistetut lääkkeet ja niiden annostus kirjataan lääkekohtaisesti lääkityslistan tietojen perusteella. Lista voidaan tuoda automaattisesti potilastietojärjestelmän lääkitysosoista, jos järjestelmä tukee ominaisuutta. Jos tarkistusta ei tehdä koko lääkitykseen lääkityslistalta, valitaan ne lääkkeet, jotka tarkistetaan (tai poimitaan pois ne lääkkeet, joita ei tarkisteta). Merkinnälle kirjataan lääkekohtaisesti, jos lääke ei tarkistuksen kannalta ole asianmukaisesti käytössä ja sen käyttö edellyttää lääkärin arviointia tai lääkityksen muutosta. Lääkekohtaisesti kirjataan lääkkeeseen liittyvä poikkeama, epäselvyys ja/tai ehdotus lääkkeen muutokseksi. Jos Lääkityslistaan ei pysty tekemään merkintöjä suoraan, esim. kun lääkityslista kopioidaan tietojärjestelmästä, voi lääkekohtaiset huomiot kirjata **Lääkehoito** otsikon alle Lääkityslistan perään (Esimerkki 1, ks. kuva 14.3).

Huom. Lääkityslistan ajantasaisuuden tarkistuksessa asianmukainen käyttö tarkoittaa määräyksen mukaista käyttöä (vaikka määräys ei olisikaan hyväksytyjen hoitokäytäntöjen mukainen), muiden tarkistusten osalta asianmukainen käyttö tarkoittaa potilaan tila huomioiden hyväksytyjen hoitokäytäntöjen mukaista määräystä.

Jos potilas ajantasaisuuden tarkistuksessa ilmoittaa käyttävänsä lääkkeitä, joita lääkityslistalla ei ole, kirjataan niiden tiedot tarkistettujen lääkkeiden perään potilaan kertoman mukaisesti ilman määräystä käytettävänä itsehoitolääkkeinä.

Yhteenveto arvioidusta lääkityksestä sekä ehdotus mahdollisista lääkitysmuutoksista kirjataan lääkekohtaisten tietojen perään otsikolla **Lausunto**. Lausunnossa kommentoidaan myös, jos koko lääkitys ei ole tiedossa arviota tehtäessä. Toteutussuunnitelma jatkotoimenpiteistä kirjataan loppuun otsikolla **Suunnitelma**.

Tarkistukseen liittyvät esitiedot ja laboratoriotutkimustulokset voidaan tarvittaessa kirjata ennen lääkityslistaa tekstinä käyttäen otsikoita **Esitiedot** ja **Tutkimustulokset**.

Yksinkertaistetut esimerkit Lääkehoidon arvioinnin pyynnöstä ja vastauksesta on kuvattu esimerkeissä 1 ja 2 (kuvat 14.3 ja 14.4) ja vaihtoehtoinen tapa lääkityksen huomioiden kirjaamisesta esimerkissä 3 (kuva 14.5).

Huom. Huomioitavaa on, että tässä oppaassa kuvataan vain lääkehoidon eritasoisten arviointien ja niiden pyyntöjen ja vastausten kirjaamista. Organisaatioissa on mietittävä myös prosessit pyyntöjen ja vastausten välittämiseksi asianomaisille toimijoille!

Konsultaatio / Lähet	(Kansallinen otsikko)
Lähet Lääkehoidon arviointiin	(Lisäotsikko)
15.1.2021, Mämmilän terveyskeskus, Helmi Hippu, LL	
Esitiedot	(Kansallinen otsikko)
Potilaalla verenpainetauti ja lonkan nivelrikko. Viime aikoina ollut huimausta ja verenpaineet seurannassa matalat. Lääkehoidon arviointia ei ole tehty koskaan.	
Suunnitelma	(Kansallinen otsikko)
Lähetetään Ulko-Hämeen keskussairaalaan osastofarmaseutille lääkehoidon arviointiin.	

Kuva 14.3 Esimerkki 1. Lääkehoidon arvioinnin pyyntö (yksinkertaistettu sisältö rakenteen ja otsikoiden käytön hahmottamiseksi).

Konsultaatio / Lähet	(Kansallinen otsikko)
Lääkehoidon arviointi	(Lisäotsikko)
19.1.2021, Ulko-Hämeen keskussairaala, Heikki Hippu, farmaseutti	
Esitiedot	(Kansallinen otsikko)
Potilaalla verenpainetauti ja lonkan nivelrikko. Viime aikoina ollut huimausta ja verenpaineet seurannassa matalat.	
Tutkimukset	(Kansallinen otsikko)
15.1.2021: S-Krea 150 umol/l, S-K 3,8 mmol/l	
Lääkehoito	(Kansallinen otsikko)
Määrätty säännöllinen lääkitys	
Metoprolol depot	95mg 1 tabl x1 /vrk
Hydrex semi	25 mg 1 tabl x2 /vrk Huom! Käyttää vain aamuisin
Määrätty tarvittaessa käytettävä lääkitys	
Burana	600 mg 1 tabl x3 /vrk Huom. Ei käytä. Käyttää sen sijaan Panadol.
Käytössä olevat itsehoitolääkkeet	
C-vitamiini	500 mg 1x1
Panadol	500 mg 1 tabl x1-2 /vrk tarvittaessa Huom. Buranan sijasta.
Lisäksi käyttää jotain muuta lääkettä, jonka nimeä ei muista.	
Lausunto	(Kansallinen otsikko)
Arvio lääkityksestä ja ehdotukset lääkityksen muutoksiksi (Lisäotsikko)	
Huimaus ja matalat verenpaineet sopivat liialliseen verenpainelääkitykseen ja matala S-K sopii liian suureen diureetti annokseen, vaikka potilas käyttää vain puolitettua annosta. Burana ei soveltuva korkean S-Krea vuoksi. Potilas käyttääkin Buranan sijasta Panadolia. Arviosta voi puuttua lääkkeitä, koska potilas muistelee käyttävänsä myös jotain muuta lääkettä, jonka nimeä ei muista.	
Ehdotukset lääkityksen muutoksiksi	(Lisäotsikko)
Verenpainelääkitystä kannattaisi pienentää (matalat verenpaineet ja huimaus) ja diureetin voinee lopettaa (matala S-K) tai vaihtaa kaliumia säästävään. Ibuprofeeni kannattaisi vaihtaa parasetamoliin.	
Suunnitelma	(Kansallinen otsikko)
Varataan aika lääkärin vastaanotolle verenpainelääkityksen arvioimiseksi.	

Kuva 14.4 Esimerkki 2. Lääkehoidon arvioinnin vastaus (yksinkertaistettu sisältö rakenteen ja otsikoiden käytön hahmottamiseksi)

Lääkehoito

(Kansallinen otsikko)

Lääkityslistalla olevat lääkkeet (kopio potilastietojärjestelmän lääkitysosioista)

Määrätty säännöllinen lääkitys

Metoprolol depot	95mg	1 tabl x1 /vrk	
Hydrex semi	25 mg	1 tabl x2 /vrk	Huom! Käyttää vain aamuisin

Määrätty tarvittaessa käytettävä lääkitys

Burana	600 mg	1 tabl x3 /vrk	Huom. Ei käytä. Käyttää sen sijaan Panadol.
--------	--------	----------------	---

Käytössä olevat itsehoitolääkkeet

C-vitamiini	500 mg	1x1	
Panadol	500 mg	1 tabl x1-2 /vrk tarvittaessa	Huom. Buranan sijasta.

Lisäksi käyttää, jotain luontaistuotetta, jonka nimeä ei muista.

Huomioitavaa lääkityksessä

Hydrex semi	Käyttää vain aamuisin
Burana	Ei käytä. Käyttää sen sijaan Panadol 500mg x1-2/vrk tarvittaessa.

Kuva 14.5 Esimerkki 3. Lääkehoidon arvioinnin vastaus. Jos Lääkityslistaan ei pysty tekemään merkintöjä suoraan, esim. kun lääkityslista kopioidaan tietojärjestelmästä, voi lääkekohtaiset huomiot kirjata Lääkehoito-otsikon alle Lääkityslistan perään.

14.10 Lääkehoidon muut kirjaukset

14.10.1 Lääkkeen antokirjaus

Lääkkeen rakenteiset antokirjaukset otetaan Lääkehoidon tiedonhallinnan konseptin mukaan käyttöön lääkityslistan kehityksen neljännessä vaiheessa (arviolta vuonna 2028-2029). Siihen saakka lääkkeen antokirjaukset kirjataan potilastietojärjestelmien omien ratkaisujen mukaisesti ja ne arkistoidaan Potilastietovarantoon päivittäismerkintöjen tallennusten mukaisesti.

Sosiaali- tai terveydenhuollon palvelunantajan potilaalle antamien lääkkeiden tiedot kirjataan potilaskertomukseen lääkkeenantomerkintöinä. Lääkkeen antomerkinnät perustuvat aina lääkkeen määräämismerkintään. Joissain tilanteissa, esimerkiksi elvytystilanteissa, potilastietojärjestelmä voi tuottaa määräysmerkinnän samalla kirjauksella kuin antomerkinnän. Ominaisuutta tarvitaan mm. erillisjärjestelmissä, kuten ensihoitokertomuksessa.

Lääkkeenantomerkintöihin tulee potilasasiakirjoissa kirjata vähintään lääkkeen nimi, lääkemuoto, annostus, antotapa, antoajankohta sekä lääkkeen antajan nimi. Lääkeinfuusioista voidaan kirjata infuusionopeus, kokonaisaika ja kokonaisvolyymi. Vastaavaa rakennetta voidaan käyttää myös laskimonsisäistä nestehoitoa kirjattaessa.

Rakenteisissa kirjauksissa lääkkeen antoon liittyvät tiedot, kuten päiväys ja lääkkeen antaja sekä linkitys määräykseen, johon lääkkeenanto perustuu, muodostetaan yleensä järjestelmässä automaattisesti osaksi merkintää. Antokirjauksen tekijän ei silloin tarvitse muokata kuin ne tiedot, jotka lääkkeen annon yhteydessä muuttuvat, esimerkiksi jos annos poikkeaa määrätystä. Jos tiedot kirjataan tekstinä, tulee kirjata vähintään tieto määräysten mukaisesta lääkkeiden annosta, kun lääkkeenanto perustuu potilaalle säännöllisesti käytettäväksi määrättyjen lääkkeiden voimassa oleviin määräyksiin. Kun lääkkeen anto perustuu yksittäiseen lääkemääräykseen tai poikkeaa säännölliseksi määrätystä lääkityksestä tulee kirjata yksityiskohtaiset tiedot lääkkeen annosta.

14.10.2 Lääkkeen haittavaikutusten kirjaukset

Lääkkeeseen liittyneet haittavaikutukset kirjataan diagnoosikirjauksena kertomukseen ICD-10 -tautiluokituksen avulla. Kun lääkkeen käyttöön tehdään muutoksia haittavaikutuksen vuoksi, kirjataan Lääkemääräykselle muutoksen syyksi 3 Lääkkeen haittavaikutus ja tietoa tarkennetaan tarvittaessa tekstinä Lääkemuutoksen lisätiedot kenttään. Mikäli haittavaikutus ei aiheuta muutoksia lääkityksessä, ei sitä kirjata lääkemääräykselle. Kun haittavaikutusta kuvaava diagnoosikoodi on ICD-10 -luokituksessa välillä S00 - T98 ([Tautiluokitus ICD-10, 2011](#), luku 19), käyttäjä kirjaa myös ulkoisen syyn koodin. Haittavaikutusten kirjaaminen lääkitysosioon ei poista erillisen haittavaikutusilmoituksen tekovelvollisuutta. Lääkehoidosta johtuvien haittavaikutusten kirjaamista on tarkemmin kuvattu Suomalaisessa tautien kirjaamisen ohjekirjassa ([Komulainen 2012](#)).

14.10.3. Lääkitykseen liittyvien riskitietojen kirjaukset

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

14.10.4 Lääkehoidon ohjeistus

Lääkitykseen liittyvän ohjeistuksen antaminen potilaalle voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä kertomukseen **Lääkehoito**-otsikon alle. Lisäksi hoitajan antamaa lääkehoidon ohjausta voidaan kirjata hoitokertomukseen hoitotyön toimintoluokituksella. Sähköisen lääkemääräyksen käyttöönoton myötä laki velvoittaa tulostamaan potilasohjeen, kun potilas saa lääkemääräyksen.

15 Ennaltaehkäisy ja rokotukset

- [15.1 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto](#)
- [15.2 Rokotustiedot](#)
- [15.3 Rokotusyhteenveto ja rokotusrekisterit](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Terveystarkastuksissa käytetään yleensä kertomusmerkinnän (ylä)otsikkoa Terveystarkastus. Tarvittaessa käytetään myös muita otsikoita. Asiakkaalle annettu terveysneuvonnan tai ohjauksen toteutus kirjataan kertomukseen vapaamuotoisena tekstinä Ennaltaehkäisy-otsikon alle. Rokotustiedot kirjataan antokirjauksen yhteydessä rakenteisesti joko jatkuvan potilaskertomuksen näkymään Ennaltaehkäisy-otsikon alle tai Rokotukset-näkymälle (RKT). Valtakunnallisesti yhtenäisten rokotustietojen käyttöönoton myötä tiedoista muodostetaan kooste rokotuskooste-näkymälle (RKTk). Rokotusten koostetietoa hyödynnetään potilastietojärjestelmän kokoamassa keskeisten rakenteisten tietojen yhteenvetojen näytössä.

Asiakkaalle annettu ennaltaehkäisevän terveydenhuollon sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen ohjaus ja neuvonta sekä tehdyt terveystarkastukset kirjataan vapaamuotoisena tekstinä. Rokotustiedot kirjataan antokirjauksen yhteydessä rakenteisesti. Rokotustietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 15.1.

Taulukko 15.1 Rokotustietojen kirjaamiseen käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
Fimea - ATC-luokitus
AR/YDIN - Rokotustapa
AR/YDIN - Pistoskohta
THL - Tautiluokitus ICD-10
THL - Rokotussuoja
THL - Rokotteet
THL - Rokotevalmisteet
THL - Tiedon lähde

15.1 Ennaltaehkäisevä terveydenhuolto

Ennaltaehkäisevien terveyspalvelujen tavoitteena on edistää kansalaisten terveyttä ja hyvinvointia, sekä ehkäistä sairauksia ja tunnistaa ne mahdollisimman varhain. Näihin palveluihin kuuluvat mm. terveysneuvonta ja - tarkastukset sekä seulontatutkimukset. Neuvontaa järjestetään eri tavoin, esimerkiksi terveydenhuoltohenkilöstön vastaanotoilla, ryhmissä tai erilaisin terveysviestinnän keinoin. Ehkäiseviä terveyspalveluja toteutetaan mm. neuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, iäkkäiden neuvontapalveluissa ja työterveyshuollossa. Myös sairauden ennaltaehkäiseminen on osa ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa.

Sairauden ehkäisy voidaan jakaa kolmeen tasoon ([Duodecim - Terveyskirjasto](#)):

- **Primaarinen ehkäisy** (primaaripreventio) käsittää sairauksien torjuntatoimet ennen taudin ilmenemistä (esim. taudin syiden poisto) tai terveyden lisäämiseen yleisesti tähtäävät toimet (esim. terveystarkastukset).
- **Sekundaarinen ehkäisy** (sekundaaripreventio) sisältää ne toimet, joilla pyritään estämään hyvin varhaisessa, usein oireettomassa vaiheessa (esim. seulonnat) todettua tautia kehittymästä edelleen.
- **Tertiaarinen ehkäisy** (tertiaaripreventio) sisältää ne toimet, joilla varsinaisen hoidon yhteydessä pyritään torjumaan taudin eteneminen, komplikaatioiden ilmeneminen tai taudista aiheutuvien haittojen paheneminen (esim. toimet, joilla pyritään estämään sydäninfarktipotilaan uusi infarkti).

Lisätietoa: [Palveluvalikoima/ käsikirja](#), 3.7 Ennaltaehkäisevät palvelut

Asiakkaalle annettu ennaltaehkäisevä terveydenhuollon ohjaus ja neuvonta kirjataan jatkuvan potilaskertomuksen näkymään **Ennaltaehkäisy**-otsikon alle.

Esimerkiksi lääkärit kirjaavat otsikon alle tiedot asiakkaalle annetusta terveyden edistämiseen liittyvästä ohjauksesta vapaamuotoisena tekstinä. Hoitajat voivat käyttää kirjauksissaan apuna hoitotyön luokituksia. Samoin kuntoutus- ja erityistyöntekijät voivat kirjata antamaansa ohjeistusta omien nimikkeistöjensä mukaisesti palvelukohtaisille tai ammattiryhmittäisille näkymilleen.

Terveystarkastusten kirjaamiseen käytetään yleensä tekstin alussa kertomusmerkinnän (ylä)otsikkoa **Terveystarkastus**. Tekstiä jäsennetään tarvittaessa myös muilla kansallisilla otsikoilla (ks. myös luku 6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot).

Puheeksiotto ja mini-interventio on esimerkki menetelmästä, joka yhdistää ehkäisevän, terveyttä ja hyvinvointia edistävän sekä hoidollisen työotteen. Mini-intervention kohteena voi esimerkiksi olla liikkuminen, lihavuus, alaselkäkipu, päihteiden käyttö tai ongelmallinen rahapelaaminen. Kohteena olevan asian kartoittamiseen voi käyttää haastattelua sekä erilaisia mittareita ja kyselylomakkeita, kuten AUDIT (alkoholin riski- ja ongelmakäyttö), HONC (nikotiiniriippuvuus) ja BBGS (rahapeliongelma). Lihavuuden mini-interventiossa painotilannetta arvioidaan fysiologisilla mittauksilla (esim. pituus, paino ja vyötärönympäry). Selkäkipua voi kartoittaa esimerkiksi fysioterapeutin yksityiskohtaisella kliinisellä tutkimuksella. Ks. myös luku 11 Terveyteen vaikuttavat tekijät ja luku 12 Tutkimukset ja mittaukset.

Keskeinen osa puheeksiottoa ja mini-interventiota on lyhyt motivoiva keskustelu, jonka aikana asiakkaan kanssa käydään läpi kartoituksen tulokset ja annetaan tulosten pohjalta tietoa riskeistä ja haitoista sekä motivoidaan ja ohjataan asiakasta kohti muutosta. Asiakasta pyydetään miettimään itselleen konkreettinen tavoite, jonka saavuttamisen seurannasta sovitaan yhdessä. Annettu ohjaus ja neuvonta kirjataan **Ennaltaehkäisy**-otsikon alle ja suunnitelma seurannasta ja jatkotoimenpiteistä **Suunnitelma**-otsikon alle. Ks. myös luku 6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot.

Lisätietoa:

- [Käypä hoito - Lihavuuden mini-interventio](#),
- [Käypä hoito - Alaselkäkipu](#),
- [THL - Ehkäisevä päihdetyö](#),
- [Liikuntaneuvonta - Liikkumisen edistämisen mini-interventiomalli](#)

15.2 Rokotustiedot

Rokotustiedot kirjataan rakenteisesti joko jatkuvan potilaskertomuksen näkymään **Ennaltaehkäisy**-otsikon alle tai suoraan Rokotukset-näkymälle (RKT) rokotteen antokirjauksen yhteydessä. Jos rokotteesta on tehty resepti, sen määräysmerkintä sisältyy potilaan lääkemerkintöihin. Muutoin rokotuksesta ei tehdä erillistä määräysmerkintää.

Rokotuksen rakenteiset tiedot kirjataan valtakunnallisesti yhtenäisellä tavalla. Rokotteen nimi saadaan Lääketietokannasta. Jos rokotteen nimeä ei ole (vanhoja rokotuksia kirjattaessa) saatavissa Lääketietokannasta, nimi kirjataan ATC-luokituksen mukaisena tai vapaamuotoisesti, esim. THL - Rokotteet tai THL - Rokotussuoja -luokitusten mukaisessa muodossa. Jos merkinnän tekijä on kirjaamassa tutkimusrokotteen tietoja, hänen tulee kirjata, että kyseessä on tutkimusrokote. Tutkimusrokotteelle ei ole pakollista kirjata nimeä, mutta sille pitää kirjata tutkimusrokotteen tunnus.

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

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

Rokotussuojaluokituksen avulla potilaalle voidaan tulostaa rokotuskortti, jossa näkyy eri sairauksia vastaan annetut rokotteet ja niiden tehosteet (ks. kuva 15.1).

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

Kuva 15.1 Esimerkki potilaalle tulostettavasta rokotuskortista (Virkkunen ym. 2023)

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

Potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti merkintään rokotteen antopäivämäärän ja antajan silloin kun merkinnän tekijä antaa rokotteen. Merkinnän tekijä voi halutessaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä lisätietoa rokotuksesta. Rokotuksen antajan organisaation palveluysikkötieto tuotetaan automaattisesti järjestelmästä. Jos potilas kieltäytyy rokotuksen

ottamisesta, tieto voidaan kirjata vapaana tekstinä kertomusnäkympään **Ennaltaehkäisy**-otsikon alle. Totaalikieltäytyminen rokotuksista tai muutoin merkittävä poikkeama rokotussuosituksista voidaan kirjata riskitietona käyttäen riskin tyyppinä luokkaa R3 Poikkeama rokotussuosituksista (ks. [THL - Riskitiedon tyyppi](#)).

Aikaisempien rokotustietojen kirjaaminen

Jos kyseessä on potilaan aikaisemmin saaman rokotuksen kirjaaminen esimerkiksi potilaan rokotuskortin tai hänen kertomansa tiedon pohjalta, eikä rokotteen nimeä tiedetä, voidaan rokotus kirjata THL - Rokotteet -luokituksen mukaisella luokan nimellä, esimerkiksi Poliorokote. Näissä tapauksissa ATC-koodia ja sen mukaista nimeä ei ole välttämätöntä kirjata. Aikaisemman rokotustiedon merkintään ei myöskään tarvitse kirjata rokotepakkauksen yksilöintitunnistetta, eränumeroa, rokotustapaa, pistoskohtaa eikä rokotuksen antajaa. Rokotuksen antoajankohdan voi myös kirjata annetun tiedon perusteella, esimerkiksi vuosilukuna. Vaikka aikaisempien rokotteiden tietoja kirjattaisiinkin epätarkemmin kuin annettavien rokotteiden, ne on hyvä saada mukaan valtakunnallisiin rokotustietojen yhteenvetoihin, jotta mahdollisimman kattava tieto potilaan rokotesuojasta on saatavilla yhdestä paikasta. Lisätietoa: [THL-Rokotusten kirjaaminen](#)

Rokotteen välittömän haittavaikutuksen kirjaaminen

Rokotuksen aiheuttama haittavaikutus kirjataan potilastietojärjestelmään haittavaikutuksen diagnoosikoodilla. Haittavaikutuksen koodausta voi täydentää tarvittaessa ATC-luokituksella. Haittavaikutuksen kirjaukseen liitetään myös päivämäärä, jolloin haittavaikutus on todettu. Jos haittavaikutus kirjataan jälkikäteen, tehdään uusi rokotusmerkintä kopioimalla vanha merkintä ja lisätään siihen haittavaikutustiedot. Kun rokotuksen yksilöivä tunniste pysyy samana, yhdistyy uusi merkintä aiempaan merkintään. Silloin kun rokotuksen haittavaikutus on kirjattu tautiluokituksen ([Tautiluokitus ICD-10, 2011](#)) luvun 19 mukaisilla koodeilla, esimerkiksi T88.1 Muu muualla luokittamaton immunisaation jälkeinen komplikaatio, tulee kirjata myös luvun 21 koodeista ulkoinen syy. Yleisimmin rokotteen haittavaikutuksen ulkoisen syyn koodi on joko Y58 Bakterirokotteen haittavaikutus tai Y59 Muun tai määrittämättömän rokotteen tai biologisen aineen haittavaikutus.

Jotkin rokotuksen haittavaikutukset voidaan mieltää riskitiedoksi, jolloin tieto tulee tallentaa potilaskertomuksen riskitietoihin. Tällaisia ovat esimerkiksi kananmuna-allergia ja/tai rokotustapahtumaan liittyvä anafylaktinen reaktio. Haittavaikutuksen kirjauksessa on hyvä muistaa, että jotkut rokotereaktiot ovat toivottuja, eikä niitä tule kirjata haittavaikutuksina. Haittavaikutuksen kuvausta voi tarvittaessa täydentää vapaamuotoisesti kirjatulla lisätiedolla.

15.3 Rokotusyhteenveto ja rokotusrekisterit

Rokotustiedot tulee kirjata valtakunnallisesti yhtenevän rokotuksen THL/Tietosisältö - Rokotustiedot mukaisesti, jolloin rokotustiedot voidaan palauttaa Tiedonhallintapalvelusta Rokotuskoosteelle ([Virkkunen ym. 2023](#)).

Rokotuksen tietosisällössä on huomioitu myös tutkimusrokotteiden kirjaaminen tai aikaisemmin annettujen rokotteiden kirjaaminen, jolloin voidaan saada kattava kuva henkilön rokotesuojasta. Rokotuksen tietosisältö kattaa myös ne rokotustiedot, joita tarvitaan THL:n HILMO-tiedoissa, rokotusrekisterissä ja rokotuksen haittailmoituksessa. Lisätietoa: [THL-Rokotusten kirjaaminen](#)

Tiedonhallintapalvelu palauttaa Rokotuskoosteen (RGTK) potilastietojärjestelmään, joka muodostaa tiedoista käyttäjälle havainnollisen ja suodatetun esitysmuodon (ks. kuva 15.2). Potilastietojärjestelmä voi täydentää yhteenvetotietoa omassa järjestelmässä olevilla Potilastietovarantoon vielä tallentamattomilla rakenteisilla tiedoilla. Asiakkaalle voidaan tarvittaessa tulostaa yhteenvedosta ajantasainen rokotuslista.

Rokotusyhteenveto						Päivitetty Tiedonhallintapalvelusta	12.9.2014	X
+	Yht	Pvm ▲	Rokotussuoja	Rokotteen nimi	Lisätieto ▲			
...	5	1.2.10	Jäykkäkouristus	Tetanus -d				
...		2.11.09	Influenssa	Influenssa A H1N1	Poti			Potilas pyörtyi rokotuksessa
...	2	25.11.03	Hepatiitti A	Havrix				
...	3	30.1.96	Hepatiitti B	Engerix-B				
...		16.10.89	Polio	Poliorokote				
...	2	13.11.85	Tuberkuloosi	Tuberkuloosirokote				
...		12.1.76	Meningokokki	Menigokokki A rokote				
...	2	29.6.71	Kurkkumätä	DT				
...		12.1.70	Muu rokote	Isorokkorokote				
...		16.4.68	Hinkuyskä	DiPeTe				

Kuva 15.2 Esimerkki rokotustietojen yhteenvetonäytöstä, jossa kustakin rokotussuojasta voidaan näyttää esimerkiksi vain viimeisin kirjaus. (Virkkunen ym. 2023)

16 Lausunnot ja todistukset

- [16.1 Vakioidut lomakerakenteet](#)
- [16.2 Vapaamuotoiset lausunnot](#)
- [16.3 Virka-apupyynnöt ja muut erityistilanteet](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Lausunnot ja todistukset tallennetaan Potilastietovarantoon pääosin standardoiduille lomakkeille. Lomakkeiden arkistointi ja käyttöönotto etenee vaiheittain. Lisäpalveluna voidaan hyödyntää todistusten ja lausuntojen kysely- ja välityspalvelua. Virka-apupyynnöjä koskevia ilmoituksia, tutkimuksia tai lausuntoja ei sellaisenaan tallenneta potilasrekisteriin eikä Potilastietovarantoon.

Lausunnoilla tarkoitetaan tässä lääkärintodistuksia, lakiin perustuvia ilmoituksia eri viranomaisille (esimerkiksi ilmoitus implanttirekisterille) sekä muita lausuntoja, joita terveydenhuollon ammattihenkilöt laativat erilaisille vakioiduille tai vapaamuotoisille lomakkeille. Monet lausunnot kirjataan kansallisella Koodistopalvelimella julkaistun [AR/YDIN - Näkymät](#)- luokituksen mukaisilla omilla vakioiduilla lomakerakenteilla. Näille käyttäjän ei tarvitse kirjata esimerkiksi otsikkoa (esim. **Lausunto**), vaan potilastietojärjestelmä tekee sen automaattisesti.

16.1 Vakioidut lomakerakenteet

Kaikille Potilastietovarantoon tallennettaville todistuksille, määrämuotoisille lausunnoille ja lakiin perustuville ilmoituksille määritellään standardoidut lomakkeet. Tavoite on, että tietosisällöltään määritellyjä lausuntoja ja ilmoituksia voidaan osittain automaattisesti täyttää potilaskertomuksen sisältämien tietojen avulla.

Potilastietovarantoon on mahdollista tallentaa seuraavat lomakkeet:

- Lääkärintodistus A (SV6) *
- Lääkärintodistus B etuuden hakemista varten (SV7) *
- Lääkärintodistus D lapsen erityishoitorahaa varten (SV10) *
- Lääkärintodistus erityisäitiysvapaan tarpeesta (SV97) *
- Todistus raskaudesta ja jälkitarkastuksesta (SV75) *
- Palveluntuottajan todistus matkakorvausta varten MATKA (SV 67) *
- Tarkkailulähete (MI)
- Tarkkailulausunto (MII)
- Hoitoonmääräämispäätös (MIII)
- Lääkärintodistus ajokyvystä AJO (F122) **
- Lääkärintodistus liikkumisesteisen pysäköintitunnusta varten (F123)
- Lääkärintodistus (TOD)

* lomake välitettävissä myös Kelaan, ** johtopäätöstietojen kysely mahdollista Traficomilta

Seuraavien lomakkeiden arkistointivalmius on vielä (2024) kesken:

- Terveydenhuollon selvitys/ todistus (Hoitajan todistus), tulossa käyttöön 2024
- Ilmoitus ajoterveydentilan muutoksesta poliisille (F203), tulossa käyttöön 2024
- Syntymätodistus (SYT)
- Lääkärinlausunto C
- Lääkärintodistus E
- Erikoisalan lääkärintodistus (F127)
- Lääkärin lausunto terveydentilasta (T)
- Lääkärintodistus E
- Poliisin määräämä silmälääkärin tai optikon lausunto näkökyvystä (F202)
- Kuolintodistus 28 vrk:n ikäisestä tai sitä vanhemmasta vainajasta (KUO)
- Kuolintodistus kuolleena syntyneestä tai alle 28 vrk:n iässä kuolleesta (KUO28)
- Ilmoitus Kelalle kuolleena syntyneestä (KUO28KELA)
- Ilmoitus kuolemasta DVV:lle 28 vrk:n ikäisestä tai sitä vanhemmasta vainajasta (KUOILM)
- Ilmoitus kuolemasta DVV:lle kuolleena syntyneestä tai alle 28 vrk:n iässä kuolleesta (KUOILM28)

Lomakkeiden käyttöönoton aikataulut on kuvattu tarkemmin Kanta-palvelujen [julkaisuaikataulussa](#). Vrt. myös [asiakastietolaki, 102 §](#))

Lisäpalveluna on mahdollista ottaa käyttöön todistusten ja lausuntojen kysely- ja välityspalvelu. Lisätietoa Kanta-palvelujen [Todistukset ja lausunnot](#) -sivustolla. Tiedot Kysely- ja välityspalvelua käyttävistä organisaatioista ja niiden vastaanottamista sisällöistä päivitetään [Viestinvälitys - Sanoman vastaanottaja](#) -koodistoon Koodistopalvelussa. Toistaiseksi palvelussa ovat mukana Kela ja Traficom.

16.2 Vapaamuotoiset lausunnot

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

16.3 Virka-apupyynnöt ja muut erityistilanteet

Poliisin virka-apupyynnöihin liittyviä lausuntoja tai muita toisille viranomaisille tai vakuutusyhtiöille annettuja ilmoituksia ja lausuntoja ei kirjata eikä tallenneta potilaskertomukseen, eikä Potilastietovarantoon, vaan ne laaditaan (järjestelmässä) muulla tavoin omalle asiakirjapohjalle ja toimitetaan kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa niiden arkistoinnista. Ks. myös lisäohjeita [poliisin ja terveydenhuollon väliseen tiedonvaihtoon](#) (STM 2020).

Esimerkiksi alkuperäinen lastensuojeluilmoitus välitetään sosiaalihuollon lastensuojeluun, jossa ilmoitus arkistoidaan, ja otetaan selvitykseen. Lausunnon laatinut organisaatio voi säilyttää asiakirjasta kopion potilashallinnollisten asiakirjojen rekisterissään. Potilasasiakirjoihin kirjataan

esimerkiksi "Tehty lastensuojeluilmoitus" ja viivästetään sen näyttäminen OmaKannassa, kunnes lapsi täyttää 18 vuotta. Ks. myös [Lastensuojelun käsikirja \(thl.fi\)](#)

Toisen viranomaisen virka-apupyynnöstä tehtävät tutkimukset, ovat [julkisuuslain \(621/1999, 5§\)](#) mukaan pyytävän viranomaisen asiakirjoja. Siksi ne eivät ole potilastietoa eikä tietoja tallenneta potilasrekisteriin eikä Potilastietovarantoon. Potilaskertomukseen voidaan kirjata esimerkiksi käynnin tiedoksi Z02.8 tekstillä "Tarkastus viranomaisen pyynnöstä" ja kertomustekstiksi kirjataan ainoastaan "Tehty tutkimus". Esimerkiksi poliisin pyytämästä päihdetutkimuksesta eli ns. alkoverinäytteenotosta tehdään edellä mainitun kaltainen kirjaus, josta ei voi tarkasti päätellä tutkimuksen kohdetta. Tämä myös sen vuoksi, että kyseessä on vasta epäily päihtymyksestä, joka voi tutkimustulosten perusteella osoittautua vääräksi.

[Seksuaalirikosten selvityslaisissa \(1008/2008, 4§\)](#) kuitenkin todetaan "Tutkimusyksikkö voi salassapitosäännöksen estämättä toimittaa tutkimuksen päätyttyä lapsen terveydentilaa koskevan loppulausunnon lapsen psyykkisestä hoidosta vastaavaan terveydenhuollon toimintayksikköön, jos se on välttämätöntä lapsen tarvitseman hoidon järjestämiseksi." Vastaavaa menettelytapaa voi noudattaa myös muun kuin psyykkisen hoidon suhteen ja muissa virka-apupyynnöön liittyvissä tiedoissa. Jos tutkimuksessa havaitut tiedot ovat välttämättömiä tai tärkeitä potilaan hoidon kannalta, ne voidaan tarvittavalta osin tallentaa myös potilaskertomukseen.

Kun potilas hakeutuu itse hoitoon pahoinpitelyn vuoksi, kyseessä on normaali hoitotapahtuma, jonka tiedot kirjataan myös potilaskertomukseen. Merkintä tulee tehdä niin tarkasti, että siitä pystytään myöhemmin antamaan erillinen lausunto, jos/kun poliisilta tai vastaavalta toiselta viranomaiselta tulee lausuntopyyntö. Pahoinpitelylausunnon alkuperäinen versio lähetetään poliisiviranomaiselle ja kertomukseen tulee kirjaus siitä, että lausunto on tehty.

Nykyisen lainsäädännön puitteissa myöskään mielentilalausunto ei ole potilasasiakirja, eikä sitä tallenneta Potilastietovarantoon. Siltä osin kuin tutkimukseen liittyy myös potilaan hoitoa, kirjataan sitä koskevat tarpeelliset merkinnät potilaskertomukseen ja välitetään tiedot Potilastietovarantoon, jolloin ne ovat muidenkin terveydenhuollon toimijoiden käytössä potilaan luovutusluvan ja mahdollisten kieltojen mukaisesti.

Mielentilalausunto on [julkisuuslain 14 §:ssä](#) tarkoitettu tutkimuksen toimeksi antaneen viranomaisen asiakirja. Julkisuuslain mukaan tiedon antamisesta tällaisesta asiakirjasta päättää toimeksi antanut viranomainen. Tätä tukee myös henkilötietojen käsittelyä koskeva yleinen käyttötarkoitussidonnaisuuden periaate, jonka mukaan henkilötiedot on kerättävä tiettyä, nimenomaista ja laillista tarkoitusta varten, eikä niitä saa käsitellä myöhemmin näiden tarkoitusten kanssa yhteensopimattomalla tavalla (mm. [EU:n tietosuojasetuksen 5 artikla](#)). Tässä tapauksessa alkuperäinen käyttötarkoitus on muu kuin hoidollinen.

17 Yhteenveto- ja päivittäismerkinnät

- [17.1 Palvelutapahtuman yhteenveto](#)
- [17.2 Loppu- ja väliarviot](#)
- [17.3 Päivittäismerkintä](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Potilaan hoidosta kirjataan hoidon päättyessä tai määräajoin arvioivaa yhteenvetotietoa. Hoidon päättyessä laadittavassa yhteenvedossa käytetään otsikkoa Loppuarvio ja hoidon aikaisten seurantayhteenvetojen kirjauksessa otsikkoa Väliarvio. Näillä otsikoilla tehdyt merkinnät menevät yhteenvetonäkymälle (YHT). Yhteenvetonäkymälle on mahdollista saada myös yksittäisen käynnin tieto, jos käyntikirjauksen lisänäkymäksi merkitään YHT-näkymä. Potilaan osastohoidon tai vastaavan aikaisten lyhyiden päivittäisten kertomusmerkintöjen otsikkona käytetään Päivittäismerkintä-otsikkoa.

17.1 Palvelutapahtuman yhteenveto

Palvelutapahtuman yhteenveto on loppu- tai seurantayhteenveto tai muu yhteenvetotasoinen teksti, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö laatii potilaan tutkimisesta, hoidosta ja kuntoutuksesta palvelutapahtuman aikana tai sen päättyessä.

Yksittäisestä polikliinisestä käynnistä tai avohoidon muusta vastaavasta palvelutapahtumasta ei tarvitse tehdä yhteenvetoa, koska avohoitokäynnin tiedot luokitellaan aina yhteenvetotasoisiksi merkinnöiksi. Toisaalta, jos jokin potilaan yksittäinen tieto tai käynti on tiedonvälityksen ja jatkohoidon kannalta hyvin tärkeä, tällaisen kirjauksen päänäkymän lisänäkymäksi voi merkitä yhteenvetonäkymän (YHT), vaikka kyseessä ei olekaan varsinainen väli- tai loppuarvio. Tällä tavoin tärkeät yksittäiset tiedot saadaan esille yhteenvetotietoihin.

17.2 Loppu- ja väliarviot

Jokaisesta hoitajaksesta tulee tehdä loppuyhteenveto (loppuarvio, loppulausunto), kun hoitajakson loputtua hoito päättyy tai hoitovastuu siirtyy, jollei tästä poikkeamiseen ole erityistä syytä. Loppuyhteenvedossa kuvataan hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtunut kehitys (hoitoa koskeva yhteenveto) ja sen lisäksi selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Myös mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa ja potilaan tila palvelutapahtuman päättyessä tulee kuvata. ([asiakastietolain 33 §](#))

Asiakastietolain 32 §:n mukaan osastohoidossa ja pitkäaikaisessa hoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä hänen hoitonsa kannalta riittävän usein merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta. Lääkäriin tulee tehdä lisäksi vähintään 3 kk välein seurantayhteenveto (väliarvio) sairaalahoidossa olevan pitkäaikaispotilaan potilasasiakirjoihin riippumatta siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut olennaisia muutoksia. Väliarvioita voivat laatia myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt. Väliarvioon kirjataan oleelliset tiedot potilaan tilasta sekä hänen voinnissaan, hoidossaan ja kuntoutuksessaan tapahtuneesta kehityksestä tai muutoksesta, merkittävät tutkimustulokset ja johtopäätökset sekä ajantasainen hoito- tai kuntoutussuunnitelma.

Yhteenvedon kirjaus aloitetaan otsikolla **Loppuarvio** tai **Väliarvio**, jolloin tiedot tallentuvat automaattisesti myös yhteenvedonäkymälle (YHT). Käyttäjä voi kuitenkin estää tämän niin halutessaan poistamalla merkinnältä YHT-lisänäkymän. YHT-näkymä voidaan myös erikseen lisätä merkinnälle, vaikka Väli- tai Loppuarvio-otsikoita ei käytettäisikään. YHT-näkymä ei voi koskaan esiintyä itsenäisenä näkymänä, vaan se vaatii aina päänäkymäksi jonkun jatkuvan kertomuksen näkymän. Yhteenvedonäkymän tarkoituksena on edesauttaa kokonaiskäsityksen muodostamista potilaan tilanteesta ilman, että tietoja tarvitsisi lähteä poimimaan pirstaleisesta tietomassasta. Yhteenvedo ei vastaa suoraan hoitopalautetta (PAL), joka on erikseen koottava asiakirja ja koostuu pääsääntöisesti yhdestä tai useammasta yhteenvedotasoisesta merkinnästä ja muista tarvittavista tiedoista.

Hoitotyön yhteenvedo (HOI+YHT) on siinä mielessä poikkeuksellinen, että se voidaan muodostaa joko suoraan hoitotyön HOI-näkymälle tai hyödyntäen Hoitokertomus-näkymää (HOKE), jonne kirjataan yleensä pidempiaikaisen palvelutapahtuman hoitotyön suunnitelmat ja päivittäismerkinnät. HOKE-näkymästä ei voi suoraan arkistoida vielä mitään merkintöjä Potilastietovarantoon, mutta näkymältä voidaan koota arkistoitavat hoitotyön yhteenvedotiedot HOI-näkymälle.

Tämän oppaan [liitteessä 2](#) on kertomusesimerkki laaditusta loppuarviosta. Yhteenvedoissa hyödynnetään yleensä muitakin otsikoita, esimerkiksi **Tutkimukset** (yhteenvedo tehdyistä tutkimuksista), **Toimenpiteet** (tehdyt toimenpiteet, mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa) ja **Suunnitelma** (jatkohoito-ohjeet kotiin tai seuraavaan hoitopaikkaan, selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon sekä kuntoutuksen toteuttamiseksi).

Eri ammattiryhmien, erikoisalojen tai palvelujen yhteenvedojen kirjaamista opastetaan tarkemmin erillisjulkaisuissa, kuten palveluala- tai ammattiryhmittäisissä kirjaamisohjeissa. Lisätietoa: [Terveystietojärjestelmän kirjaamisohjeet](#)

17.3 Päivittäismerkintä

Potilaan osastohoidon tai vastaavan aikana tehtyjen lyhyiden päivittäisten merkintöjen otsikkona käytetään pääasiassa **Päivittäismerkintä**-otsikkoa, ei Väliarvio-otsikkoa. Päivittäismerkintä-otsikkoa voi käyttää myös avohoidossa esimerkiksi hoidon tai sairauden kulun lyhyiden merkintöjen tekemiseen. Avohoidon Päivittäismerkintä-otsikon yhteyteen tehdyt kirjaukset näytetään myös OmaKannassa, ellei niiden näyttämistä ole viivästetty ([Potilastietovarannon toimintamallit, luku 14](#))

Päivittäisissä merkinnöissä ei ole yleensä tarvetta käyttää muuta otsikkoa. Päivittäismerkintä-otsikkoa käyttävät pääasiassa lääkärit, mutta myös muut ammattihenkilöt voivat käyttää otsikkoa silloin kun merkintöjä ei tehdä esimerkiksi hoitokertomukseen (HOKE) päivittäismerkintöinä. Otsikoiden käyttöä ohjataan tarkemmin luvussa 6 Hoitoprosessin vaiheet ja otsikot.

18 Terveys- ja hoitosuunnitelma

- [18.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoite](#)
- [18.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman periaatteita](#)
- [18.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaaminen](#)
 - [18.3.1 Hoidon tarve/ tarpeet](#)
 - [18.3.2 Hoidon tavoite/ tavoitteet](#)
 - [18.3.3 Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot](#)
 - [18.3.4 Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi](#)
 - [18.3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot](#)
- [18.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman esimerkki](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan potilaskeskeisesti hoidon suunnittelun ja koordinoinnin tueksi avohoitoon, eikä se korvaa hoitajaksokohtaisia suunnitelmia. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa ylläpitävät kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tahot. Suunnitelmaan tulee kirjata hoidon koordinoinnista vastuussa oleva taho ja siitä tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Lisäksi kirjataan potilaan ja tarvittaessa omaisten tai läheisten kanssa yhdessä tunnistetut hoidon tarpeet ja hoidolle asetetut tavoitteet. Yhteisillä tavoitteilla pyritään aktivoimaan potilas ja hänen läheisiään osallistumaan hoidon toteuttamiseen. Potilas saa oman kopionsa terveys- ja hoitosuunnitelmasta tulosteena tai hän voi tarkastella suunnitelmaa OmaKannassa.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaskohtainen Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja, johon voidaan kirjata tietoa sekä vapaana tekstinä että rakenteisesti luokituksilla. Ylläpidettävänä asiakirjana terveys- ja hoitosuunnitelma tallennetaan aina YHOS-näkymälle. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa käytettäviä luokituksia on koottu taulukkoon 18.1.

THL on julkaissut Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset ([Korhonen 2018](#)), jossa kuvataan tarkemmin asiakirjan toteutusta tietojärjestelmiin. Lisäksi Terveys- ja hoitosuunnitelma on huomioitu julkaisussa Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä ([Virkkunen ym. 2023, luku 7](#)). Siinä kuvattu [THL/Tietosisältö - Terveys- ja hoitosuunnitelma](#) on julkaistu myös kansallisella Koodistopalvelimella.

Lisätietoa: [Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla - Koulutusmateriaalit \(thl.fi\)](#) → Terveys- ja hoitosuunnitelman toimintamalli

Taulukko 18.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisessa käytettäviä luokituksia.

Kirjaamisen luokituksia
THL – Tautiluokitus ICD-10 tai Kuntaliitto – ICPC Perusterveydenhuollon luokitus
THL - ICF Toimintakykykäsitteiden luokitus
Kuntaliitto – Radiologinen tutkimus- ja toimenpidenimikkeistö
Kuntaliitto – Laboratoriotutkimusnimikkeistö
FinLOINC – Fysiologiset mittaukset
Kuntaliitto – Fysioterapianimikkeistö tai Kuntaliitto – Puheterapianimikkeistö tai Kuntaliitto – Ravitsemusterapianimikkeistö
THL – Toimenpideluokitus
THL - Toimintakykymittarit

18.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman tavoite

Terveys- ja hoitosuunnitelma ([Komulainen ym. 2011](#); [Virkkunen ym. 2023](#)) on tarkoitettu hoidon tarpeen ja tavoitteiden määrittämiseksi ja kuvaamiseksi yhdessä potilaan kanssa ja potilaskeskeisesti. Se laaditaan kaikille potilaille, joiden hoito edellyttää koordinoimista ja jotka hyötyvät tehdystä suunnitelmasta. Tällaisia potilaita ovat erityisesti pitkäaikais- ja monisairaant potilaat, joita halutaan aktivoida ja motivoida omasta terveydestä huolehtimiseen. Terveys- ja hoitosuunnitelmassa voidaan hyödyntää jo laadittuja suunnitelmia esimerkiksi kuntoutussuunnitelmaa.

Terveys- ja hoitosuunnitelma kattaa potilaan hoitajaksojen väliset suunnitelmat avohoidossa. Hoitajaksoille laaditaan aina oma hoitajaksokohtainen hoitosuunnitelma. Kun potilaalle on tehty terveys- ja hoitosuunnitelma, hänelle ei kirjata erikseen jatkohoidon suunnitelmaa hoitajakson päättyessä, vaan sen sijaan päivitetään terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Jos loppuyhteenvedon (epikriisiin) kirjataan jatkohoidon suunnitelma, sen tiedot tulee kirjata myös voimassaolevaan terveys- ja hoitosuunnitelmaan.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on Tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä asiakirja, jota kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuoltoa toteuttavat henkilöt ylläpitävät yhteisesti, eikä sen hyödyntäminen ei ole riippuvainen potilaan hoitopaikasta tai potilastietojärjestelmästä.

18.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman periaatteita

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhteistyössä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön sekä tarvittaessa omaisten/läheisten kanssa. Potilaan hoitava lääkäri tai muu hoidosta vastaava terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa hoitosuunnitelman kirjaamisesta. Yleensä hoitava lääkäri on perusterveydenhuollossa toimiva terveyskeskuslääkäri. Se voi olla myös erikoissairaanhoidon lääkäri, riippuen potilaan tilanteesta. Terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja koordinoimisesta huolehtii yleensä perusterveydenhuolto. Se on osa potilaskertomusta, jonka ylläpitoon osallistuvat kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt.

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

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

18.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaaminen

Terveys- ja hoitosuunnitelman rakenteinen tieto koostuu seitsemästä pääkohdasta, joita ovat 1) perustiedot, 2) hoidon tarve, 3) hoidon tavoite, 4) suunnitellun hoidon toteutus ja keinot, 5) suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi, 6) terveydenhuollon ammattihenkilö ja 7) terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot.

Terveys- ja hoitosuunnitelman perustiedot eli potilaan henkilötiedot koostuvat potilaan nimestä ja henkilötunnuksesta. Perustietoihin kirjataan myös ajankohta, jolloin terveys- ja hoitosuunnitelma on laadittu tai päivitetty päivän tarkkuudella. Ensimmäistä kertaa terveys- ja hoitosuunnitelmaa täytettäessä suunnitelman laatimiseen tulee varata riittävästi aikaa, jotta potilaan tietoihin ehditään tutustua etukäteen ja tapaamisessa voidaan pohjustaa luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä.

Alussa käytetty aika on mahdollista saada hoitosuhteen kuluessa takaisin vähentyneinä kontakteina, kun potilas on motivoitunut omaan hoitoonsa. Potilaalle voidaan lähettää etukäteen täytettäväksi esimerkiksi omahoitokysely tai muu toimintakykytesti, jota tulee käyttää pohjana suunnitelman laatimisessa. Kysely tai testit voidaan lähettää myös sähköisesti, asiakkaan toivomuksen mukaisesti.

18.3.1 Hoidon tarve/ tarpeet

Hoidon tarpeeseen voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä hoidon tarve sekä toiminta- ja työkykyyn liittyviä tarpeita. Nämä voivat koostua yhdestä tai useammasta potilaan kanssa yhdessä tunnistetusta tarpeesta. Hoidon tarpeen kirjaamisessa voidaan hyödyntää myös ICD, ICPC tai ICF -luokituksia. Rakenteista tietoa voidaan edelleen tarkentaa ja kirjata tarvittaessa vapaamuotoisena tekstinä. Ks. myös luku 9 Tulossyyt, käyntisyyt ja diagnoosit

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

18.3.2 Hoidon tavoite/ tavoitteet

Hoidon tavoite -kohtaan kirjataan vapaamuotoisena tekstinä potilaan kanssa tunnistetut hoidon tavoitteet sekä toiminta- ja työkykyyn liittyvät tavoitteet. Lisäksi voidaan kirjata henkilöiden nimet, jotka ovat osallistuneet tavoitteiden laatimiseen. Tavoitteita voidaan yksilöidä tarkemmin esimerkiksi käyttämällä luokituksia Ravitsemusterapianimikkeistö, Radiologinen tutkimus- ja toimenpidenimikkeistö tai FinLOINC – Fysiologiset mittaukset. Suunnitelmalomakkeen kenttään

Yksilöivän tekijän ehto voidaan kirjata tavoitteelle asetettu mittarin taso. Sitä voidaan täydentää vapaamuotoisena tekstinä Yksilöivän tekijän ehdon lisätietokenttään.

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

18.3.3 Suunnitellun hoidon toteutus ja keinot

Hoidon toteutus ja keinot kirjataan potilaslähtöisesti vapaamuotoisella tekstillä. Yhdessä potilaan ja tarvittaessa omaisten/ läheisten kanssa etsitään ne omahoidon keinot, joita potilas voi itse toteuttaa. Keinojen tulee olla mahdollisimman yksinkertaisia ja konkreettisia, esimerkiksi osallistuminen ryhmätoimintaan kerran viikossa. Palvelun sisällön yksilöinti voidaan kirjata esimerkiksi luokituksilla THL-Toimenpideluokitus, THL-Toimintakykymittarit, Laboratoriotutkimusnimikkeistö, Radiologinen tutkimus- ja toimenpidenimikkeistö, Fysioterapianimikkeistö, Puheterapianimikkeistö ja/tai Ravitsemusterapianimikkeistö. Palvelun sisältö ja ehto voidaan kuvata vapaamuotoisena tekstinä. Lisäksi palvelun ehtoa voidaan tarkentaa tunnuksella, joka kirjataan esimerkiksi luokituksilla Laboratoriotutkimusnimikkeistö ja/tai FinLOINC - Fysiologiset mittaukset sekä tarkennetaan tutkimuksen tuloksen ehdollisella arvolla.

18.3.4 Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi

Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi kirjataan vapaamuotoisena tekstinä, jolla kuvataan mitä terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät tukeakseen potilaan tavoitteiden saavuttamista. Tuki voi olla luonteeltaan esimerkiksi omahoitajan puhelu, video tai sähköinen viesti kerran viikossa tai ryhmätapaamiset kuukausittain. Tietoa kirjattaessa tulee huomioida, että potilaan yhteydenotto koordinoivaan tahoon onnistuu helposti. Kirjaava ammattihenkilö on vastuussa terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja koordinoinnista, jos koordinoivaa tahoja ei ole kuvattu hoidon tarpeen yhteydessä.

18.3.5 Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot

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

18.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman esimerkki

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

Päiväys: 26.6.2024

Nimi: Pauliina Potilas

Henkilötunnus: 230462-4321

Olen nimennyt hoidon tarpeekseni: Diabeteksen hoitotasapainon ylläpitäminen

Koordinoiva taho: Terveyskeskus

Koordinoiva ammattihenkilö: Hellä Hoitaja

Koordinoiva palveluyksikkö: Terveysyötypalvelut

Tavoitteekseni olen asettanut: tyypin diabeteksen hoitamisen ruokavalio- ja liikuntahoidolla. Tupakoinnin lopettaminen kokonaan.

Lääkäri Lasse Tohtorinen on suositellut tavoitearvoikseni:

- Paastoverensokerin (aamuverensokerin) tavoite on alle 7 mmol/l
- Painotavoite on pienempi kuin 85 kg
- LDL-kolesterolitason tavoite on pienempi tai yhtä suuri kuin 3.0 mmol/l
- Tupakoinnin lopettaminen kokonaan 9/2024 mennessä

Tavoitteeseen päästäkseni olen päättänyt: Osallistua Diabetesliiton järjestämään 2. tyypin diabeteksen vertaistukiryhmään sekä Hengitysliiton etäryhmään tupakoinnin lopettajille. Lisäksi olen varannut ajan suun terveystarkastukseen.

Terveydenhuollon toimintayksikkö: Terveyskeskus

Palveluyksikkö: Terveysyötypalvelut

Omahoidon tueksi on sovittu seuraavaa: Varattu sairaanhoitajan puhelinvastaanotto 2. tyypin diabeteksen vertaistukiryhmän päätyttyä. Sähköisen palvelun kautta lähetän omahoitajalleni viikon välein verensokerimittauksen tulokset.

Tämän suunnitelman on laatinut/ovat laatineet kanssani:

Sairaanhoitaja Hellä Hoitaja

Ammattihenkilön yksilöivä tunniste: 12345678901

Lisätiedot:

Mikäli paastoverensokeri on toistuvasti yli 7 mmol/l, aloitetaan metformiinilääkitys.

Diagnoosit:

E11 Aikuistyyppin diabetes

F17.1 Haitallinen käyttö,tupakka

K05.31 Komplisoitunut parodontiitti

19 Tahdonilmaukset

- [19.1 Hoitotahto](#)
- [19.2 Elinluovutustahto](#)

HYVÄ TIETÄÄ

Potilas voi ilmaista omaan hoitoonsa liittyviä linjauksia hoitotahdolla ja elinluovutustahdolla. Potilaan tahdonilmauksia varten on toteutettu asiakirjat, jotka mahdollistavat tahdonilmausten hallinnan myös Kanta-palveluissa. Potilas voi itse hallita tahdonilmauksiaan terveydenhuollossa tai OmaKanta-palvelun kautta.

Jos potilas haluaa ilmaista hoitoa koskevan vakaan tahtonsa tulevaisuuden varalle, tästä tulee tallentaa tieto Tahdonilmaisupalveluun. Tarvittaessa tulee tehdä vastaava merkintä potilasasiakirjoihin ja liittää niihin erillinen potilaan itsensä varmentama potilaan tahdon ilmaiseva asiakirja. Potilasasiakirjoihin tulee lisäksi tehdä merkinnät siitä, että potilaalle on annettu riittävä selvitys hänen tahtonsa noudattamisen vaikutuksista. Myös jos potilas kieltäytyy tutkimuksesta tai hoidosta, siitä tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin. ([asiakastietolain](#) 36 §)

19.1 Hoitotahto

Hoitotahdolla kansalainen ilmaisee tulevaa hoitoaan koskevat toiveet siltä varalta, ettei hän itse pysty osallistumaan hoitoratkaisuihin tajuttomuuden, vanhuudenheikkouden tai muun vastaavan syyn vuoksi. Hoitotahto on Tahdonilmaisupalvelussa ylläpidettävä asiakirja (TAH-näkymä) mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään sitä. Henkilö voi myös itse ylläpitää hoitotahtoaan OmaKannan kautta, mutta tässä oppaassa kuvataan hoitotahtoon kirjaamista vain terveydenhuollon toimintayksikön kirjausten näkökulmasta. Hoitotahtoon muokkaaminen ei edellytä hoitosuhdetta. Voimassa olevan hoitotahtoon katselu edellyttää kuitenkin hoitosuhdetta potilaaseen.

Potilaan perustiedoista hoitotahtoon kirjataan nimi ja henkilötunnus. Varsinainen hoitotahto koostuu kentistä ”Kumoan voimassaolevan hoitotahtoni” ja ”Määrään hoitotahtostani seuraavaa” sekä varsinaisesta hoitotahtoon sisällön kuvauksesta, joka voidaan kirjata vapaamuotoisena tekstinä. Tahdonilmaisuun liitetään tieto tahdonilmauksen ajankohdasta ja tekopaikasta sekä tieto SOTE-organisaatiorekisterin mukaisesta palveluyksiköstä silloin kun hoitotahto kirjataan terveydenhuollossa. Tahdonilmaisu tulostetaan potilaalle sekä tallennetaan omaan potilastietojärjestelmään ja samalla Tahdonilmaisupalveluun, josta se on tarvittaessa haettavissa.

Lisäksi tieto potilaan voimassa olevasta hoitotahtosta tulee näkyä riskitiedoissa, vaikka varsinaista hoitotahtoon sisältöä ei riskitietoon kirjata. Tieto kirjautuu Tiedonhallintapalvelun riskitietojen koosteelle automaattisesti koosteen palautuksen yhteydessä, jos hoitotahto on tallennettu Potilastietovarantoon. Kun hoitotahto kirjataan potilaan pyynnöstä terveydenhuollossa, tulisi lisäksi potilaskertomukseen tehdä merkinnät, että potilaalle on annettu riittävä selvitys vaikutuksista, joita hänen tahtonsa noudattamisesta voi seurata.

19.2 Elinluovutustahto

[Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä \(101/2001\)](#) korostaa ihmisen omaa tahtoa hänen elintensä luovuttamiseen toisen ihmisen hoitoa varten. Elimiä voidaan irrottaa, kun ei ole tiedossa tai kun ei ole syytä olettaa, että vainaja olisi eläessään vastustanut toimenpidettä.

Elinluovutustahto on Tahdonilmaisupalvelussa ylläpidettävä asiakirja (ELIN-näkymä) mikä tarkoittaa, että kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ovat velvollisia ylläpitämään sitä. Henkilö voi myös itse ylläpitää elinluovutustahtoaan OmaKannan kautta, mutta tässä oppaassa kuvataan elinluovutustahdon kirjaamista vain terveydenhuollon toimintayksikön kirjausten näkökulmasta. Elinluovutustahdon muokkaaminen ei edellytä hoitosuhdetta potilaaseen, mutta elinluovutustiedon katselu edellyttää hoitosuhdetta.

Elinluovutusasiakirjaan kirjataan potilaan nimi ja henkilötunnus. Potilaan tahto (Kyllä, luovutan elimeni ja kudokseni. / Ei, en luovuta elimiäni tai kudoksiani.) kirjataan kyllä/ei -tietona. Mahdollinen lisähuomautus on mahdollista kirjata vapaana tekstinä. Elinluovutustahtoon kirjataan myös paikka ja aika sekä palveluyksikön tiedot SOTE-organisaatiorekisterin perusteella silloin, kun elinluovutustahto kirjataan terveydenhuollossa. Tahdonilmaisuu tulostetaan potilaalle sekä tallennetaan omaan potilastietojärjestelmään ja samalla Tahdonilmaisupalveluun.

Lisätietoa

- [3.4 Tahdonilmaisupalvelun asiakirjat - Potilastiedon arkiston toiminnalliset vaatimukset sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmille v 2.0](#)
- [6 Hoitoon liittyvät tahdonilmaukset/ Sosiaali- ja terveydenhuollon tahdonilmaisuja käsittelevien tietojärjestelmien vaatimukset ja toiminnallinen määrittely v1.1](#)

Lähteet

Komulainen, Jorma (toim.) 2012. Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-511-6> [25.6.2024]

Komulainen, Jorma, Vuokko, Riikka ja Mäkelä, Matti 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085285> [25.6.2024]

Korhonen, Matti 2018. Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset liittyville järjestelmille. Versio 1.2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Julkari <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20230908121846> [25.6.2024]

Kvist, Mårten ja Savolainen, Tuija (toim.) 2010. ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Kuntaliitto. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2010/1344-icpc-2-perusterveydenhuollon-kansainvalinen-luokitus> [25.6.2024]

Palveluvalikoima. PALKO-ryhmän käsikirja, luku 3.7 Ennaltaehkäisevät palvelut <https://palveluvalikoima.fi/3.7-ennaltaehkaisevat-palvelut> [25.6.2024]

Opas sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä. STM ja THL. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULOPTA> [25.6.2024]

Tautiluokitus ICD-10 2011. Tautiluokitus ICD-10, 3. painos. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 5/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423> [25.6.2024]

Virkkunen, Heikki; Eklund, Marjut; Salmijärvi, Sole; Heinonen, Tatu; Valjus, Laura Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely 2023, versio 1.4. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULTPTM> [25.6.2024]

Liite 1 Keskeiset käsitteet

Keskeiset käsitteet on kuvattu THL:n julkaisemissa [SOTE sanastoissa](#).

Liite 2 Kertomusesimerkki

LAS Matti Mallikas

YHT 110397-1111

Hoidon arviointi

Loppuarvio

KYS, Lastentaudit, 2405

1.12.2006 – 3.12.2006

Tulosy Tyypin 1 diabetes, pumppuhoidon aloitus

Esitiedot

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

Nykytila

Tutkittaessa todettiin yleistilaltaan hyväkuntoinen poika. Kliinisessä tutkimuksessa oikeassa polvitaipessa todettiin lievä palpaatioarkuus ja Bakerin kystaan sopiva palpaatiolöydös, ja kipu tulkittiin johtuvan Bakerin kystasta. Muuten statuksessa ei poikkeavaa.

Hoitotoimet Matille ja hänen vanhemmilleen opetettiin insuliinipumppuhoidon periaatteet. Matti ja vanhemmat oppivat pumppuhoidon hyvin.

Siirryttiin pumppuhoitoon. Insuliiniannos pieneni 10 %.

Diagnoosit E10.9 Tyypin 1 diabetes (päädiagnoosi, todennäköinen tai varma, pysyväisluonteinen)

M71.2 Bakerin kysta (sivudiagnoosi, epäily, määrääaikainen)

E03.8 Kilpirauhasen vajaatoiminta (sivudiagnoosi, todennäköinen tai varma, pysyväisluonteinen)

Tutkimukset B-GHb-A1c 8.3 % (1.12.2006)

S-TSH 2,7 mmol/l (1.1.2006)

Suunnitelma

Kotiutuessa Novorapid perusannos oli 9 yks, bolukset 3+3+3+2 yks. Sovittu soittoaika 2 vk kuluttua ja 2 kk kuluttua käynti TK:ssa.

Bakerin kystan suhteen toistaiseksi ei tarvetta toimenpiteisiin, myöskään kipulääkettä ei tarvittu.

4.12.2006

Liisa Lääkäri SV-12345

lastenendokrinologian erl