

Kysymyksiä ja vastauksia Potilastiedon arkiston toimintamallit ja käyttöönotto

Muutoshistoria

Versio	Muutos		
1.0	Ensimmäinen versio	Anna Kärkkäinen	10.2.2014
2.0	Korjattu ja/tai täydennetty aiempia vastauksia, lisätty uusia kysymyksiä ja vastauksia	KootutKirjaamisKysymyksettyöryhmä (KKK-ryhmä)	8.6.2015
2.1.	Korjattu ja/tai täydennetty aiempia vastauksia, lisätty uusia kysymyksiä ja vastauksia, poistettu tarpeettomat/ vanhentuneet	KootutKirjaamisKysymyksettyöryhmä (KKK-ryhmä)	9.11.2016

Sisällys

Johdanto	4
Yleistä	5
Käyttö- ja kirjaamisoikeudet.....	5
Suostumusten hallinta.....	6
Tietojen luovutukset.....	8
Rekisterit ja arkistointi.....	9
Palvelutapahtumat	10
Rakenteinen kirjaaminen.....	12
ICD-10 ja ICPC2 koodistojen käyttö	12
Toimenpiteet	14
Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset	15
Lääkitys	17
Riskitiedot.....	18
Psykiatria ja mielenterveystyö.....	20
Työterveyshuolto.....	23
Päivystys, akuuttilääketiede ja tehohoito	24
Erityistyöntekijät.....	24
Kuntoutus, apuvälineet ja hoitotarvikkeet.....	27
Hoitotyö.....	30
Kirjaaminen ryhmätyössä.....	31
ERAS-näkymä.....	32
Ilmoitukset ja virka-apupyynnöt.....	32
Muita kysymyksiä	33
Omakannassa näkyvät tiedot	38

Johdanto

Potilastiedon arkiston käyttöönotto on toiminnallinen muutos terveydenhuollon organisaatioille. Osa Potilastiedon arkiston toimintamalleista määritellään kansallisesti, mutta osa edellyttää mm. käytännön toteutuksesta sopimista paikallisesti tai alueellisesti terveydenhuollon toimintayksiköissä.

Arkiston käyttöön liittyviä toimintamalleja kuvataan tarkemmin kanta.fi-sivuilla:

- [Kanta-palvelujen käsikirjassa](#) → *Kansalliset toimintamallit ja ohjeet* → *Potilastiedon arkiston toimintamallit ja ohjeet 1 ja 2*
- Potilastiedon [arkiston verkkokoulussa](#)

Toimintamallikoulutusten tiedot löytyvät osoitteesta:

[THL-Tiedonhallinta sosiaali- ja terveysalalla - Tapahtumat](#)

Rakenteisen kirjaamisen päivitetty 1.opas (2015) on saatavilla Julkarista. Julkaisun pysyvä osoite on

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-479-3>.

Opas löytyy myös [Kantapalvelujen käsikirjasta](#) → *Kansalliset toimintamallit ja ohjeet* → *Potilastiedon arkiston toimintamallit ja ohjeet 1*

Potilastiedon arkiston käyttöönottojen valmistelun ja käytön yhteydessä eri toimijoilla herää usein kysymyksiä liittyen Potilastiedon arkiston toimintamalleihin ja tietojen kirjaamiseen. Osa kysymyksistä ja niihin laadituista vastauksista on koottu tähän asiakirjaan kaikkien tarvitsijoiden käyttöön.

Jotkut kysymykset sisältävät useamman asian (esim. Omakantaan liittyvät kysymykset), joten sisältöä kannattaa käydä läpi esim. hakusanoin.

Tässä versiopäivityksessä (2.1) on tehty korjauksia tai täydennyksiä moniin aiempiin vastauksiin. Kokonaan uudet kysymykset ja vastaukset tunnistaa aiheotsikon merkinnällä (UUSI). Jotkut aiempien versioiden kysymyksistä ja vastauksista on kokonaan poistettu, koska ne eivät olleet enää voimassa tai asiaan löytyy ajantasaista ohjeistusta Kanta-palvelujen käsikirjan julkaisuista.

Päivitysprosessia jatketaan tarpeen mukaan. Lisäksi jatkossa tullaan arvioimaan tämän dokumentin tarpeellisuus, mikäli muut ohjeet todetaan riittäviksi

Jos tästä tai muista em. dokumenteista ei löydy tarvittavaa tietoa, uusia kysymyksiä voi lähettää osoitteeseen kantapalvelut@thl.fi. Kysymyksiä voi esittää myös Potilastiedon arkiston toimintamallikoulutuksissa sekä sähköpostilla THL:n OPER-yksikön erikoissuunnittelijoille.

Yleistä

Käyttö- ja kirjaamisoikeudet

Käyttöoikeudet Potilastiedon arkistoon

Mitkä ammattiryhmät (esim. kotihoitajat, kotiavustajat, sihteerit) pääsevät oikeasti eArkistoon lukemaan ja hakemaan tietoa?

Vastaus: Kunkin terveydenhuollon toimintayksikön tulee määritellä käyttöoikeudet eri ammattiryhmille/käyttäjille työtehtävien mukaisesti. Potilastiedon arkistoon ei ole rakennettu ammattiryhmäkohtaisia käyttörajoituksia. Käyttöoikeuksissa erotetaan tarve hakea muualla kirjattuja potilaskertomustekstejä arkistosta, ja suostumustenhallinnan (informoinnit, suostumukset ja kiellot) ja tahdonilmausten kirjaamisen tarve. Suostumustenhallinnan ja tahdonilmausten lomakkeiden kirjaaminen ei edellytä hoitosuhdetta potilaaseen.

Erikoistuvan lääkärin tekstien hyväksyminen (UUSI)

Jos on laillistettu lääkäri, joka on erikoistumassa esim. neurologiksi - saako hän allekirjoittaa itse neurologian tekstin yksin vai pitääkö ylilääkärin myös allekirjoittaa ne?

Vastaus: Erikoistuva lääkäri on laillistettu lääkäri ja pätevä toimimaan itsenäisesti lääkärinä ja vastaa siten myös omista merkinnöistään – ja hoidoistaan. Eli Potilastiedon arkiston näkökulmasta erikoistuvan lääkärin allekirjoitus riittää. Kukin opetussairaala voi itse tehdä päätöksen tekstien hyväksymisestä esim. päättäen, että erikoistuvan lääkärin loppulausunnot allekirjoittaa myös ohjaava lääkäri. Silloinkin Potilastiedon arkistoon ottaa tiedot vastaan ilman erikoislääkärin allekirjoitusta, jos erikoistuva ei ole ohjeistusta noudattanut.

Opiskelijan nimike ja kirjausten hyväksyminen

Mitä nimikettä opiskelija käyttää toimiessaan sijaisena? Pitääkö työsuhteessa työskentelevän opiskelijan kirjauksen hyväksyä joku th.ammattihenkilö, joka hänen toimistaan vastaa?

Vastaus: Jos esim. sh-opiskelija toimii sairaanhoitajan sijaisena, hänen nimikkeensä on sh-opiskelija. Sairaanhoitaja-nimikettä ei saa käyttää kuin valmis sairaanhoitaja. Opiskelijan toimiessa opiskelijana pitää ammattihenkilön hyväksyä kirjaus, mutta jos opiskelija toimii ammattihenkilön roolissa kuvatulla tavalla, ei tarvitse hyväksyä eli hän vastaa itse merkinnöistään.

Opiskelijoiden varmennekortit

Miten opiskelijat saavat varmennekortin käyttöönsä harjoittelujaksoille eri organisaatioissa? Entä kuka kortin maksaa ja miten ja millaisin sopimuksin korttia voi käyttää eri organisaatioissa?

Vastaus: Opiskelija tarvitsee toimikorttia, jos hakee asiakirjoja Potilastiedon arkistosta tai tallentaa informointeja, suostumuksia ja kieltoja. Potilaskertomusmerkintöjä voi tehdä ilman toimikorttia (jolloin vaaditaan vahva salasana), samoin jos toimitaan pelkästään oman järjestelmän sisällä. Tarkempaa tietoa löytyy VRK:n sivuilta, <https://eevertti.vrk.fi/> -> Terveydenhuollon varmenteet.

Ei-ammattilaisen kirjaamisoikeudet

Sihteerinä toimii mm. merkonomin koulutuksella henkilö, joka antaa neuvontaa koskien mm. fysioterapiaa sekä veneerisiä tauteja. On epäselvää mihin näkymälle hän kirjaa tuon antamansa ohjeen ” Potilasta kehoitetaan tulemaan vasta viikon päästä verikokeisiin, mahdollinen veneerinen tartunta näkyy vasta silloin koikeissa”. Saako ei-ammattilainen kirjata tämän esim. HOI näkymälle? Potilasasiakirja-asetuksessa 298/2009 6 §: kerrotaan että ”...potilasasiakirjoihin saa tehdä merkintöjä myös muut henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon”.

Vastaus: Ko. henkilö saa toimia ns. teknisenä kirjaajana eli kirjata ne hoidolliset ohjeet, jotka saanut th:n ammattilaiselta. Hän tekee merkinnät sille näkymälle, joka on ohjeet antaneen th-ammattilaisen näkymä. Esim. kun hoitaja antaa ohjeet, ko. henkilö kirjaa ne HOI:lle. Kun lääkäri antaa ohjeet, kirjaus erikoisalanäkymälle jne. Ajanvaraukseen tms. liittyvät merkinnät tehdään PHAL-näkymälle.

Suostumusten hallinta

Suostumus ja kieltö

Jos ei anna suostumusta sehän on melkein sama kuin kieltää, onko näin? Onko tällä merkitystä?

Vastaus: Jos ei informoinnin jälkeen anna suostumusta, tietyiltä osin vastaa kieltöä. Jos ei anna suostumusta, niin Potilastiedon arkisto ei luovuta minkään toisen toimintayksikön asiakirjoja. Kiellolla taas estetään kiellon kohteena olevan toimintayksikön, rekisterin tai palvelutapahtuman tietojen luovutus muille toimintayksiköille. Jos ei ole antanut suostumusta, tiedot saa hätätilassa hakea, mutta jos on kieltänyt eikä lisännyt kieltöön hätätilapoikkeamaa, niin tietoja ei saa hakea edes hätätilassa.

Asiakastietolain mukainen suostumus ja kiellot ja muut kuin Kanta-luovutukset

Miten tulisi tulkita asiakastietolakia nyt Potilastiedon arkistoon siirtymisen alkuvaiheissa. Onko edelleen otettava potilaslainmukainen suostumus vanhojen, ei siis arkistosta luovutettavien, tietojen suhteen? Potilaslain mukaista suostumusta esim. yksityispuolelle luovuttamisen osalta tulee jatkaa? Potilastiedon arkiston ulkopuolelle jää sosiaalipuoli.

Vastaus: Juuri näin. Asiakastietolain 11§ toteaa, että ”Edellä 10 §:n 1 momentissa tarkoitetun potilaan suostumuksen perusteella saa luovuttaa kaikki valtakunnallisissa tietojärjestelmäpalveluissa olevat potilastiedot.”, eli suostumus koskee vain Potilastiedon arkistossa olevia tietoja ja sen kautta tehtäviä luovutuksia. Ja muille tiedoille tarvitaan erillinen suostumus. Eli jos luovutus tehdään muutoin kuin Potilastiedon arkiston kautta, tulee varmistaa että luovutukseen on suostumus. Lukuun ottamatta yhteisrekisteriä, jossa luovutuksiin riittää informointi yhteisrekisteristä.

Ennen yhteisrekisteriä pyydetty suostumukset

Mikä on ennen yhteisrekisteriä pyydettyjen suostumusten kohtalo? Kun kuntayhtymä x perustettiin, lähes kaikilta potilailta pyydettiin kirjallinen suostumus, jotta x saisi käsitellä entisissä organisaatioissa syntyneitä potilastietoja (piti laittaa potilaskertomuskansioon ja säilytettävä sama aika kuin potilaskertomustakin). Osa yksiköistä on säilönyt näitä suostumuspapereita erillisissä kansioissa aakkosittain ja kyselee nyt saisiko kansiot ja paperit hävittää. Enäähän ei tarvita erillistä suostumusta vanhoihin tietoihin, sillä yhteiseen potilasrekisteriin kuuluvat myös kaikki ennen terveydenhuoltolain voimaantuloa laaditut potilasasiakirjat. Mutta poistaako tämä noiden suostumuspaperien merkityksen, että ne saisi nyt hävittää vai tarvitaanko suostumuksia edelleen todistamaan oikeutusta entisten tietojen käytölle sillä ajalla kun terveydenhuoltolaki yhteisrekisteristä ei ollut vielä voimassa eli - 30.4.2011.

Vastaus: potilaalla on oikeus käynnistää mahdollinen prosessi kymmenen vuoden ajan mahdollisesta väärinkäyttötilanteesta. Tässä tapauksessa tilanne olisi siis se, että potilaan tietoja on katseltu ja hän ilmoittaa mahdollisessa prosessissaan, että suostumusta ei ole kysytty. Tällöin on terveydenhuollon toimintayksikön velvollisuus osoittaa, että suostumus on olemassa. Suostumukset kannattaa siis säilyttää vielä 1.5.2021 (=1.5.2011+10 vuotta) saakka.

Suostumukset ja kiellot, jos potilaalla ei ole edunvalvojaa

Suostumusten/kieltojen hallinnointi tapauksissa, jolloin potilas terveydentilansa vuoksi ei ole toimivaltainen, eikä potilaalla ole omaisia/terveydellistä edunvalvojaa?

Vastaus: Jos potilas ei itse voi päättää suostumuksen tai kiellon tekemisestä, eikä hänellä ole edunvalvojaa, ei kukaan voi sitä tehdä hänen puolestaan. Vaikka potilaalla olisi edunvalvoja terveysasioihin nimettynä, ei edunvalvojakaan voi tehdä kieltöä potilaan puolesta. Sairaanhoidopiirin alueen kunnallisessa terveydenhuollossa potilaan tiedot ovat käytettävissä, jos potilasta on informoitu yhteisrekisteristä eikä ole kieltöä.

Muistisairaat ja muut vajaavaltaiset

Muistisairaiden ja muiden vajaavaltaiten informoinneista ja suostumuksista: jos ei ole laillista edustajaa, niin ei voida informoida tai ottaa suostumuksia. Vaikka puoliso muuten hoitaisi asioita, mutta jos ei ole laillinen edustaja, niin ei voi tehdä näitä. Tämä mallia on nyt noudatettu. Onko tämä ohjeistus muuttumassa/ muuttunut? Siten, että tässä asiassa voidaan noudattaa samaa mallia kuin muutenkin potilaan hoidossa

eli yhteisymmärryksessä omaisten kanssa jne. jolloin informointi voitaisiin antaa omaiselle ja heiltä myös suostumus ottaa henkilön puolesta.

Vastaus: Informaatio voidaan merkitä annetuksi, vaikka potilas ei täysin ymmärrä sitä. Informaatio voidaan antaa myös lähiomaiselle. Suostumusta ei voida kuitenkaan edelleenkään pyytää muuta kuin potilaalta itseltään tai lailliselta edunvalvojalta.

Arvio alaikäisen kykenevyys päättää omasta hoidostaan

Jos alaikäinen arvioidaan tiettyssä organisaatiossa (esim. omalääkäri) kykeneväksi päättämään hoitoaan koskevista asioista, näkykö arvio muille organisaatioille vai pitääkö arvio tehdä joka paikassa erikseen (esim. jos siirtyy päivystykseen eri organisaatioon)?

Vastaus: Arvio tehdään tilannekohtaisesti. Kansallisesti ei vielä ole määritelty, mihin ja miten kirjaus tehdään. Toistaiseksi merkintä tehdään tapauskohtaisesti kyseisen kirjaajan käyttämälle näkymälle.

Laillinen edustaja - suostumus ja sen peruminen

Pitääkö laillisella edustajalla (huoltaja/ edunvalvoja) olla virallinen henkilötunnus, kun antaa suostumuksen? Voiko huoltaja/ edunvalvoja perua potilaan antaman suostumuksen? Entä kun potilas on alaikäinen?

Vastaus: Kun suostumuksen antajana on laillinen edustaja (huoltaja tai edunvalvoja), virallinen henkilötunnus on pakollinen. Laillinen edustaja voi antaa suostumuksen potilaan puolesta. Hän saa myös perua suostumuksen, jonka on itse tehnyt ja allekirjoittanut. Hän ei voi kuitenkaan perua potilaan, toisen huoltajan tai alaikäisen itsensä antamaa suostumusta. Laillinen edustaja ei voi tehdä potilaan puolesta kieltoja, mutta saa perua potilaan tekemän kiellon. Ks. tarkemmin Kantapalveluiden käsikirja-> Arkiston toimintamallit

Miksi huoltaja ei saa tehdä kieltoa alaikäisen puolesta?

Mihin lakiin perustuu se, ettei huoltaja saa tehdä kieltoa alaikäisen puolesta? Potilastiedon arkistosta luovutukset voi estää, jos ei tee suostumusta mutta yhteisrekisteriluovutuksissa luovutukset tehdään informoinnin perusteella, ja jos kieltoa ei voi tehdä, ei luovutusta voi mitenkään estää.

Vastaus: Yhteisrekisteri perustuu terveydenhuoltolain 9 §:ään. Siinä on todettu potilaan kieltomahdollisuus. Säännöksessä ei kuitenkaan käsitellä alaikäisen asemaa, vaan heidän osaltaan tulee noudattaa potilaslaisissa olevia alaikäisen asemaa koskevia säännöksiä. Potilaslain 9 §:n 4 momentissa todetaan, että potilaan huoltajalla ei ole oikeutta kieltää alaikäisen potilaan henkeä tai terveyttä uhkaavan vaaran torjumiseksi annettavaa tarpeellista hoitoa. Koska potilasasiakirjatiedot voivat sisältää alaikäisen hengen tai terveyden kannalta tarpeellista tietoa, on tämän perusteella katsottu, että vanhemmat eivät saa kieltää lasta koskevien tietojen luovutusta.

Sijoituslapsen informointi

Toimintamalliohjeessa sanotaan, että sijoitusperheen vanhempi ei voi antaa suostumuksia lapsen puolesta. Koskeeko tämä myös informointia eli sijoituslapsen sijoitusvanhemmalle ei voi antaa lapsen informointia?

Vastaus: Nykyisen ohjeen mukaan informointia ei voi antaa muille kuin lailliselle edustajalle eli huoltajalle.

Sijoitettujen lasten suostumukset

Lastensuojelun sijoituksesta vastaava sosiaalityöntekijä on joko yhteydessä biologisiin vanhempiin ja pyytää suostumuksen heiltä/ tai toiselta heistä tai sosiaalityöntekijä antaa biologisten vanhempien puolesta suostumuksen. Ensisijaisia ovat lapsen huoltajat/ biologiset vanhemmat suostumusten antajina. Sijoitettujen lasten osalta tosiaan tuo edellä lueteltu toimintatapa, jos biologiset vanhemmat eivät ole lapsen hoitokäynnillä mukana suostumusta antamassa. Teknisesti olisi ehkä aika outoa, että lapsen suostumustiedoissa olisi lastensuojelusta vastaavan sosiaalityöntekijän hetu, eli voiko mennä näin, vaikka se suostumus tosiasiallisesti lastensuojelusta tulisi? Alaikäisten osalta infon ja suostumusten käsittely on varsin monivaiheista ja monimutkaista, koska erilaisia variaatioita on olemassa, missä ja kenen kanssa lapsi tosiasiasa asuu ja minä lainsäädännön pohjalta toimitaan. Kanta-ohjeistus ei tuntenut lastensuojelulain perusteella luvanantomahdollisuutta, oli mainittuna vain huoltajat, joten toivottavasti tästä on viety viestiä eteenpäin, koska ihan

samalla tavalla kuin passiasiassa voi lastensuojelun vastaava sosiaalityöntekijä tietyissä tilanteissa antaa luvan tai suostumuksen huoltajan puolesta sijaishuollossa olevan lapsen osalta.

Vastaus: Potilaan hoidollinen etu huomioiden on tärkeää, että aina löytyy joku, joka voi antaa suostumuksen. Suostumuksen lapsen puolesta voi antaa hänen laillinen huoltajansa: biologinen vanhempansa tai adoptiotilanteissa adoptiovanhempansa sekä sijoitustilanteissa viranomainen. Sosiaalilautakunta antaa juridisesti tuon suostumuksen, mutta sen puhevalta on näissä asioissa delegoitu vastuusosiaalityöntekijälle.

Lähetteen vastaanottaminen ja kieltö

Jos kansalainen on tehnyt kiellon tietojen luovuttamiseksi Kannasta palveluyksikkötasolla, voidaanko silloin hyödyntää lähetteitä lainkaan – kun tulkinta on ollut se, että näiden osalta kyse on myös tietojen luovuttamisesta rekisterinpitäjien välillä? Eli vaikka olisi pyydetty suullinen suostumus tietojen luovuttamiseksi lähetteen teon yhteydessä, estääkö kiellot lähetteen vastaanottamisen?

Vastaus: Lähetteisiin kiellot eivät vaikuta. Toistaiseksi käytetään kuitenkin olemassa olevia lähete-palauttejärjestelmiä, eli lähetteet ja palautteet välittyvät niiden kautta. Toisaalta sekä lähete että palaute kuuluvat sekä lähettäjän että vastaanottajan rekisteriin, joten vaikka lähettäjä olisi kielletty organisaatio, niin vastaanottajalla on saatu lähete kuitenkin omassa rekisterissään. Kielto koskee potilasasiakirjojen luovuttamista arkiston kautta tai yhteisrekisteristä tai muulla tavalla. Lähete puolestaan on oleellinen osa potilaan hoidon järjestämistä, ja potilas on antanut suostumuksen lähetteen tekemiseen.

Suostumus- ja kieltöasiakirjojen säilytys kuoleman jälkeen

Mihin perustuu tulostettujen ja kansalaisen allekirjoittamien suostumus- ja kieltöasiakirjojen säilytysaika, 12 vuotta potilaan kuolemasta?

Vastaus: Säilytysajan säädösperusta on Potilasasiakirja-asetuksessa säilytysaikaliitteen kohta 6 potilaan tahdonilmaisut, joihin nämäkin kuuluvat. Säilytysvaatimus perustuu siihen, että omainenkin voi periaatteessa käynnistää prosessin potilaan hoidosta ja jos kyse on tietojen väärinkäytöstä, pitää myös suostumukset ja kiellot olla käytettävissä. Kuolintiedot tulevat Potilastiedon arkistoon ja varmaan jatkossa tieto kuolemasta hävittämisaajan määrittelyä varten pitää tulla sieltä potilastietojärjestelmään.

Tietojen luovutukset

Milloin tehdään LILM?

Jos terveydenhuollossa tehdään lastensuojeluilmoitus, tuleeko siitä kirjata myös tietojen luovutus niin, että Potilastiedon arkistoon lähtee luovutusilmoitus (LILM). Kirjataanko tieto 1) esim. SOS-näkymään vai 2) potilaskertomusjärjestelmän tietojen luovutustoiminnolla, joka saa aikaan luovutusilmoituksen Potilastiedon arkistoon? Entä tuleeko tehdä LILM esim. kun vastataan Potilasvakuutuskeskuksen pyyntöihin/ selvityksiin ja vastaus lähetetään PVK:lle?

Vastaus: Potilastiedon arkistoon välitettävä luovutusilmoitus (LILM) tehdään potilaskertomukseen tallennetuista potilasasiakirjoista. Ilmoitusta ei tehdä organisaatioissa laadituista potilashallinnollista asiakirjoista (esim. lausunnot poliisin virka-apupyntöihin tai vakuutusyhtiöille, lastensuojeluilmoitus), koska näitä lausuntoja tai ilmoituksia ei tallenneta potilaskertomukseen. Alkuperäinen lausunto tai ilmoitusasiakirja toimittetaan kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa myös niiden arkistoinnista. Potilaskertomukseen kirjataan ainoastaan tieto siitä, että ilmoitus on tehty. Myös esim. potilaan tai hänen omaisensa tekemään muistutukseen, kanteluun ja potilasvahinkoasiaan liittyviä tietoja saa kirjata potilasasiakirjoihin vain silloin ja siltä osin kuin tiedot ovat tarpeellisia hoidon kannalta. Varsinaiset muistutus-, kantelu- ynnä muut asiakirjat eivät kuulu potilaskertomukseen ja ne säilytetään erillään potilasasiakirjoista. Ks. tarkemmin Potilasasiakirjaopas 2012, mm. luku 3.2.3. Luovutusilmoitusta ei myöskään tarvitse tehdä silloin, kun henkilökunta tulostaa tietoja oman organisaation (rekisterinpitäjän) käyttöön esim. kotihoidossa.

Luovutuksella saatujen potilastietojen edelleen luovuttaminen

Saako luovutuksella saatuja tietoja yleensä edelleen luovuttaa potilaalle tai toiselle organisaatiolle? Jos edelleen luovutus ei ole sallittua, tulostusmahdollisuus pitänee rajata vain paikallisesta järjestelmästä haettuihin tietoihin. Jos edelleen luovutus on sallittu, tulostuksesta laadittaneen luovutusilmoitus.

Vastaus: Ainoastaan omaan rekisteriin kuuluvia tietoja saa luovuttaa potilaalle tai toiselle organisaatiolle. Vain jos luovutuksella saatu tieto on liitetty toimintayksikön omaan rekisteriin, voi tietoja luovuttaa. Potilastiedon arkistosta haettuja tietoja ei yleensä liitetä omaan rekisteriin, joten niitä ei luovuteta eteenpäin.

Rekisterit ja arkistointi

Vastasyntyneen tiedot

Kirjataanko vastasyntyneen tiedot äidin vai vauvan tietoihin ja kirjataanko vastasyntynyt hoitajaksole? Miten Potilastiedon arkiston näkökulmasta tätä pitäisi tarkastella? Tällä hetkellä meillä on se käytäntö, että vastasyntyneelle ei tehdä hoitajaksoa ja kirjaukset tehdään äidin tietoihin. Tarvittaessa laboratorio-pyyntöjä varten tehdään manuaalisesti palvelutapahtuma ja pyynnöt tehdään vastasyntyneelle tieteenkin. Poikkeuksena vastasyntyneiden teho-osasto, jossa hoitajakset ja kirjaukset tehdään heidän omiin tietoihin.

Vastaus: Jatkossa kaikkien tulisi toimia yhtenäisesti eli terveelle vastasyntyneelle avataan oma kertomus, ja palvelutapahtuman (hoitajakso) tiedot arkistoidaan Potilastiedon arkistoon (näkyvä kirjaajan mukaan). Kertomusmerkintä ei edellytä, että lapsesta tehdään omaa tilastointia/ hoitoilmoitusta ko. jaksolta (tehdään vain äidistä). Merkintä ei myöskään velvoita erillislaskutukseen lapsesta.

Kotisairaanhoidon rekisteri

Vanhusten yhdistettyä kotihoitoa koskevan kokeilulain piiriin kuuluvassa kunnassa kotihoito voi kuulua hallinnollisesti joko sosiaalitoimeen tai terveystoimeen. Joillakin hallinnollisesti sosiaalitoimeen kuuluvilla yhdistetyn kotihoidon yksiköillä kotisairaanhoidon tiedot kuuluvatkin terveydenhuollon puolen rekisteriin (jotta terveystoimi näkee tiedot ilman erillistä suostumusmenettelyä ja päinvastoin). Voiko kuntatoimijat kokeilulakiin vedoten jatkaa yllä olevaa menettelyä?

Vastaus: Kotisairaanhoidon kirjaukset kuuluvat aina potilasrekisteriin, koska kotisairaanhoidon järjestetään terveydenhuollon lainsäädännön perusteella. Hallinnollinen sijoittuminen ei vaikuta rekisterinpittoon. Ks. myös tietosuojavaltuutetun toimiston opas Sosiaalihuollon asiakastietojen käsittelystä.

http://www.tietosuoja.fi/material/attachments/tietosuojavaltuutettu/tietosuojavaltuutetuntoimisto/oppaat/s7Y8nd6n/TSV_LOGO_ARVOT_20110222162112.pdf

Lähetehoitopalautteen arkistointi

1)Hoitolähetete lähtee joko X:n shp:iin tai Y:n shp:iin. Potilas on ajanvarauksen saatuaan siellä hoidossa ja aikanaan kuntaan palautuu epikriisi. Meneekö tämä hoitolähetete ja hoitopalaute tässä vaiheessa PTA:n? Kiinnittykö yliopistosairaalan tai keskussairaalan hoidon aikaiset tutkimukset ja kertomus ko. palvelutapahtumaan vai erillisiin? 2) Olemme nyt skannanneet muualta tulleita epikriisejä järjestelmäämme PAL-näkymälle. Onko oikein, meneekö KanTaan ja jos menevät niin saavatko sinne mennä?

Vastaus: 1) Lähetteet (LÄH) ja hoitopalautteet (PAL) tulee arkistoida Potilastiedon arkistoon viimeistään vuonna 2017. Sitä ennen tiedot välitetään organisaatioiden välillä nykyisillä käytännöillä. Jotkut kirjaavat hoitopalautteen erikseen ja osa kopioi siihen lääkärin epikriisiin. Lääkäri kirjaa epikriisiin ko. erikoisanäky-mälle ja se välitetään Potilastiedon arkistoon. 2) Ei mene. Skannattuja (pdf) tietoja ei vielä välitetä Potilastiedon arkistoon miltään näkymältä.

Asiakirjojen kieliversiot

Monesti kaksikielisissä kunnissa/sairaaloissa potilaskertomustekstit kirjoitetaan potilaan omalla äidinkielellä. Esim. X:n sairaalassa kaikki potilaskertomusteksti kirjoitetaan potilaan valinnan mukaan (suomi/ruotsi). Kun asiakirjat tallennetaan Kantaan, ne arkistoidaan tietysti sillä kielellä, millä ne on satuttu kirjoittamaan.

Kun tietoja haetaan Kantasta, ne voivat olla kummalla kotimaisella tahansa. Olettaisın, että tietoja hakeva organisaatio on itse vastuussa asiakirjojen kääntämisestä? Jos asiakirja käännetään jonkun organisaation toimesta, tallennetaanko käännös omiin potilasasiakirjoihin ja viedäänkö se myös Kantaan?

Vastaus: Suomessa pitää osata (lain mukaan) hoitaa myös toisella kotimaisella kielellä – eli tiedot tallennetaan ja arkistoidaan juuri noin kuin esität. Samoin tietojen haku ja käyttäminen. Käännöksiä ei tarvitse tallentaa Potilastiedon arkistoon. Jos kuitenkin käännös tallennetaan, on asiakirjaan merkittävä että se on alkuperäisen tekstin käännös. Käännös on tallentajan asiakirja vaikka kääntäisikin toista tekstiä ja tallentaja vastaa sen oikeellisuudesta.

Palvelutapahtumat

Palvelutapahtuman määräytyminen

Onko uusi palvelutapahtuma, jos hoidon syy muuttuu? Jos hoidon syy säilyy, mutta osasto vaihtuu, olisi sama palvelutapahtuma? Jos konsultaatiopyyntö tehdään ulkoisena, uusi palvelutapahtuma, mutta jos sisäinen konsultaatio, palvelutapahtuma säilyy?

Vastaus: Kyllä. Jos hoidon syy vaihtuu, tulee uusi palvelutapahtuma osastohoidossa, jotta asiakirjoille tulee oikea konteksti (hoidon syyn mukaisesti), ja myös potilaan mahdollisten kieltöjen kannalta on selkeää, että menevät eri palvelutapahtumiin. Voi sitten kieltää niistä vain toisen. Konsultaatioissa kaikki ”sisäinen toiminta” voi olla samaa palvelutapahtumaa, eli jos konsultoidaan samassa organisaatiossa toimivaa henkilöä niin voi mennä samalle palvelutapahtumalle. Jos taas konsultoiva asiantuntija on organisaation ulkopuolella, tulee tähän organisaatioon oma uusi palvelutapahtuma, johon konsultaativastaus kiinnitetään, ja konsultaatiota pyytävässä organisaatiossa käytetään olemassa olevaa palvelutapahtumaa.

Paperireseptin valmistelu eReseptiksi

Potilas tuo vastaanoton toimistoon paperireseptin, jonka pyytää eReseptiksi. Ei ole eikä tule ajanvarausta. Toimiston hoitaja menee ptj:ään valmistelemaan eReseptin tekoa. Luodaanko uusi PT?

Vastaus: Reseptin uusinta on aina uusi palvelutapahtuma

Ostopalvelu

Jos ostetaan palvelu esim. fysikaalisen hoidon osalta. Ostotapahtumien tietojen siirto Kantaan, onko palvelutapahtuma mukana ja miten se kytketään kertomukseen?

Vastaus: Ostopalveluiden arkistointi Potilastiedon arkistoon, palvelun järjestäjän rekisteriin on mahdollista ostopalveluvaltuutuksella (palvelu otettava käyttöön viimeistään 2017). Tällöin palvelun järjestäjä tallentaa Potilastiedon arkistoon ostopalvelun valtuutusasiakirjan, joka antaa tuottajalle oikeuden arkistointiin. Ostopalveluissa palveluntuottajalle muodostuu oma palvelutapahtuma, joten palvelutapahtumatietoa ei erikseen tarvitse välittää tuottajan järjestelmään.

Lähteet

Miksi lähetteen hylkääminen muodostaa oman palvelutapahtuman?

Vastaus: Palvelutapahtuma on organisaatiokohtainen, ja tarvitaan oma palvelutapahtuma lähettävään ja lähetteen vastaanottavaan päähän. Jos lähete hylätään, hylkäyspäätös sidotaan palvelutapahtumaan.

Yksilö- ja ryhmäkäynnit psykiatriassa

Jos esim. psykiatriassa potilas käy välillä yksilökäynnillä ja välillä ryhmäkäynneillä, onko samaa palvelutapahtumaa (sarjakäynti), jos hoidon syy on koko ajan sama?

Vastaus: Ovat erillisiä palvelutapahtumia. Kumpikin voivat olla erikseen omia sarjakäyntejään.

Kouluterveydenhuollon terveystarkastukset

Kouluterveydenhuollossa laaja terveystarkastus, johon liittyy sekä terveydenhoitajan että lääkärin tarkastus: terveydenhoitaja tarkastaa oppilaan ehkä jo puoli vuotta ennen lääkärintarkastusta, onko samaa palvelutapahtumaa? AvoHILMO poimii käynnit yhteiseksi tietueeksi.

Vastaus: Ei ole samaa palvelutapahtumaa.

Äitiysvalmennusryhmien palvelutapahtumat

Äitiysvalmennusryhmät, jotka ovat ennalta suunniteltuja kokonaisuuksia ja ”pyörivät” tietyn skeeman mukaisesti. Osallistujat eivät välttämättä ole aina samat, voiko tulkita sarjakäynniksi?

Vastaus: Voi tulkita. Kullekin äidille/asiakkaalle tehdään häntä koskevat merkinnät hänen omaan potilaskertomukseensa. Mikäli äiti/asiakas ei osallistu valmennusryhmään, ei hänelle tehdä myöskään potilasasiakirjamerkintöjä.

Dialyysikäynnit sarjahoitona

Dialyysipotilaiden ajat varataan sarjahoitona aina muutama viikko kerrallaan, mutta hoito voi jatkua vaikka vuosia. Miten palvelutapahtuma menee näissä tilanteissa? Jokainen käynti omansa? Kerralla varatut ajat yhteen palvelutapahtumaan? Kaikki käynnit samaan palvelutapahtumaan, tai esim. 1 palvelutapahtuma/vuosi? vai joku muu?

Vastaus: Kun kyse on sarjahoidosta, toimintamallina on, että kerralla varatut ajat tulevat samaan palvelutapahtumaan. Pitkäkestoisesta sarjahoitojaksosta on suositeltavaa tehdä myös seurantayhteenvetoja (väliarvio) riittävän usein (vähintään 3 kk välein).

Psykiatrinen avohoitojakso

Onko palvelutapahtuma joka käyntikerralla eri vai onko kaikki käynnit, puhelut ym. yhtä ja samaa palvelutapahtumaa? Esimerkkinä psykiatrinen avohoitojakso, joka sisältää useita käyntejä samasta syystä, samalla palvelun-tuottajalla, jopa saman hoitavan henkilön vastaanotolla. Hoito voi kestää vuosia, useita kuukausia ainakin. Arkistoon syntyy paljon tyhjiä palvelutapahtumia, jos järjestelmä tekee jokaisesta uusintäkäyntinä varatusta ajasta oman palvelutapahtuman.

Vastaus: Jos kyse ei ole sarjahoidosta, kyse on yksittäisestä käynnistä (yksi palvelutapahtuma). Puhelu voi liittyä tiettyyn käyntiin. Ks. myös edellinen vastaus.

Palvelutapahtuma ilman laboratoriotutkimuspyyntöä

1) Miten muodostetaan palvelutapahtuma lab.tutkimuksista, joihin potilas voi tulla itse ilman lähetettä esim. Salmonella-kokeet, raskaustesti tai HIV? Henkilökunnasta ei välttämättä kukaan ota kantaa vastauksiin ja ainoa tieto potilaan käynnistä on laboratoriossa. Arkistoidaanko tällaisia tutkimuksia muutenkaan?
2) Ostamme vuoden alusta lähtien naisten joukkotarkastus PAPA näytteet X_labista (lab. ottaa näytteet, mutta pyyntöä tai palvelutapahtumaa ei meillä ole). Näytteet tutkii patologian laboratorio, joka lähettää vastaukset potilaille kotiin. Ne ovat meidän ostopalvelua, mutta palvelutapahtumia ei meillä. Pitäisikö niiden mennä potilastiedon arkistoon vai ei?

3) Äitiysneuvolasta liittyen THL:lle ja SPR:lle lähetettäviin näytteisiin. Niistä ei tehdä pyyntöjä ptj.ään, mutta vastaukset kirjataan jälkikäteen laboratoriovastauslomakkeelle. Pitäisikö niiden mennä arkistoon?

Vastaus: Toistaiseksi ei ole mahdollista arkistoida itsemaksavien asiakkaiden tutkimustietoja. Ostopalvelussa syntyneet tiedot voidaan arkistoida jatkossa tilaajan rekisteriin valtuutuksen avulla (ks. sivu 11/ Ostopalvelu) Silloin, kun seulonnat tai THL:n ja SPR:n pyytämät tutkimustiedot kirjataan potilastietojärjestelmään (liittyvät johonkin organisaation palvelutapahtumaan, esim. käyntiin), tiedot arkistoidaan normaalisti.

Rakenteinen kirjaaminen

ICD-10 ja ICPC2 koodistojen käyttö

ICPC2 koodiston käyttö työterveyshuollossa (UUSI)

Löytyykö jostain mustaa valkoisella tieto siitä miksi ICD10-koodiston pääotsikot eivät siirry eArkistoon? Tai ohjetta miten hoitajat käyttävät ICPC2-koodistoa? Onko määritelty käyttävätkö hoitajat ICPC2-koodistosta vain OIREET/VAIVAT osiota vai voivatko he käyttää vaikka VAMMAT osiota myös? Lääkärithän käyttävät ICD10-koodistoa, joten jos lääkäri laittaa koodiksi vaikka tuberkuloosi ICD10 koodistosta, voiko hoitaja valita ICPC2-koodistosta tuberkuloosikoodin?

Vastaus: Tieto löytyy Komulaisen Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja luvussa 2.4. (ja 3.1) http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/70398/URN_ISBN_978-952-245-511-6.pdf?sequence=1. Tarkempi taso vaaditaan vain hoito- ja kuolinilmoituksiin, mutta yhtenäisyyden vuoksi vaatimus on tulkittu laajemminkin (myös Potilastiedon arkistoon). Sekä hoitajat että lääkärit voivat käyttää ICPC:tä käyntisyy-/diagnoositiedon kirjaamisessa. ICPC:tä ja ICD:tä saa käyttää ristiin myös saman käynnin/palvelutapahtuman aikana, ja myös hoitajat voivat käyttää muitakin kuin oireita ja vaivoja kuvaavia luokkia. Ks. lisäksi vastaus ”Diagnoositiedon kirjaaminen työterveyshuollossa”.

Diagnoositiedon kirjaaminen työterveyshuollossa (UUSI)

Yksityisessä työterveyshuollossa käydään kovasti keskustelua koodistojen ICD- 10 ja ICPC-2 käytöstä, ja siitä miten tarkalla tasolla diagnoositieto pitää kuvata. Esim. jotkut järjestelmät näyttävät pakottavan ICPC-2:n käyttöön. Miten tulisi toimia?

Vastaus: Kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee kirjata aina käynnillä hoidettu (tai ylipäättänsä esillä ja toiminnan kohteena ollut) oire, vaiva tai sairaus/tauti. Lääkärit kirjaavat tiedon käynnin diagnoosina, diagnoosi-otsikon alle, käyntisyy/diagnoositietorakenteen mukaisesti - joko ICD:tä tai ICPC:tä käyttäen. Myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat omilla asiantuntijavastaanotoillaan tiedon siitä, mitä oiretta, vaivaa tai sairautta käynti on koskenut. Tämä tapahtuu niinkään joko ICD:tä tai ICPC:tä käyttäen, kuitenkin niin, että tieto kirjataan hoidon syy - otsikon alle, käyntisyy/diagnoositietorakenteen mukaisesti. Jos työfysioterapeutti ”hoitaa” samaa vaivaa kuin lääkäri on juuri diagnosoinut, tämän tiedon voi ”kopioida” myös hoidon syyksi / käyntisyyksi. Jos työterveyshuollon asiakas tulee ns. suoraan esimerkiksi työfysioterapeutin vastaanotolle, hän kirjaa - joko ICPC:llä tai ICD:llä - sen terveysongelman, jota on terveydenhuollon ammattihenkilönä ”hoitanut” ja joka hänen parhaan tietämyksensä, koulutuksensa ja ammatillisen käsityksensä mukaan parhaiten kuvaa käynnillä käsitellyä terveysongelmaa. Ks. tarkemmin esim. Tiedonhallintapalvelun määrittelydokumentti (2016), <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-641-4> ja Suomalainen tautien kirjaamisen kirja, http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/70398/URN_ISBN_978-952-245-511-6.pdf?sequence=1. Kummassakaan luokituksessa ei ole käyttörajoitteita eli myös tth tai tft voi käyttää kumpaa tahansa koodistoa. Tärkeää on tietenkin muistaa, että taudin määrittäminen on lääkärin tehtävä, joka on eri asia kuin koodien käyttö. Järjestelmien tulisi mahdollistaa sekä ICPC:n että ICD:n käyttö. Kummankin koodiston tulisi olla käytettävissä sekä käyntisyytietoa että diagnoositietoa kirjattaessa.

Päädiagnoosin kirjaaminen ja tilastointi (UUSI)

Miten esim. murtumakontrollit tulisi kirjata? Asiasta kentän eri henkilöiden kanssa käydyn keskustelun perusteella ja Hilmon näkökulmasta, kontrollikäyntien diagnooseiksi merkitään sekä itse murtumadiagnoosi että z-alkuinen kontrollia ilmaiseva koodi. Edelleen pitäisi ratkaista, kumpi kirjataan päädiagnoosiksi, murtuma (S-) vai kontrollikäynti (Z-)? Päteekö se myös muihin jälkikontrolleihin?

Vastaus: Päädiagnoosiksi tulee kirjata varsinainen sairaus, tauti tai muu vastaava tila (kuten esimerkin tapauksessa S-alkuinen murtumakoodi). Sen lisäksi voidaan (ja on ehkä suositeltavaakin) kirjata asiointia/asiayhteyttä muulla tavoin tarkentavia koodeja, kuten Z-koodeja. Käytäntö pätee mm. kaikkiin jälkikontrollitilanteisiin. Z-koodeja ei käytännössä käytetä päädiagnoosina kuin niissä tapauksissa, joissa palveluiden käyttö ei liity sairauksien tutkimiseen tai hoitoon (kuten esim. ennaltaehkäisevään terveydenhoitoon liittyvissä käynneissä, ICD-10 -koodistoa käytettäessä). Em. tilanteissa on hyvä muistaa myös, että ICPC-luokitus sisältää joukon oireita, vaivoja, huolia ja sosiaalisia ongelmia kuvaavia koodeja. Lisäksi on syytä huomioida, että ulkoisen syyn koodit (luku XX, V-Y -koodit) eivät kelpaa päädiagnoosiksi tai ainoaksi diagnoosiksi hoidon yhteydessä. Sen sijaan kuolemansyytä luokiteltaessa ne ovat ensisijaisia.

Syöpä pitkäaikaisdiagnoosina

Mikä on kansallinen tapa tai yleisin tapa Suomessa käsitellä syöpää pitkäaikaisdiagnoosina? Asiasta on kahdenlaista mielipidettä:

1. Halutaan kirjata pitkäaikaisdiagnoosiksi, koska syövällä on potilaan loppuelämän ajan riski uusiutua, ja lisäksi pitkään selvinneillä potilailla hoidoksi annetut säde- ja solunsalpaajahoidot lisäävät uusien ns. ”sekundaarisyöprien riskiä”. Lisäksi piilevä syöpä lisää huomattavasti esim. tromboembolisten tapahtumien määrää. Osa potilasta ei esim. edes hoitoarviokäynnilläkään mainitse, että heiltä on 10 -15 v. aiemmin hoidettu joku toinen syöpä, toisella paikkakunnalla.
2. Halutaan kirjata syöpäsairaus vain tapahtumadiagnoosiksi, mutta ei pysyväisdiagnoosiksi. Varsinkin jos kyseessä on leikkauksen jälkeen liittäishoidoissa / seurannassa olevat potilaat, jotka ovat nykyisin iso osa potilasmäärästä. Osa lääkäreistä ajattelee, että pitkäaikaisdiagnoosi ei ole aiheellinen, koska osa potilaista paranee.

Oppaassa Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely, versio 2014, löytyy sivulla 40 määrittelyä pitkäaikaisdiagnoosille, mutta se ei tätä pulmaa ratkaissut.

Vastaus: ICD 10-tautiluokituksen on lisätty lisätieto Diagnoosin pysyvyys, mikä kertoo, onko ko. diagnoosi pysyvä vai kertaluontoinen. Syöpädiagnoosit ovat oletusarvoltaan pysyväisluonteisia (käyttäjä voi toki aina muuttaa arvoa, mutta syövässä se ei ole suositeltavaa) ja ne merkitään erikseen päättyneiksi, kun todetaan ”parantuneeksi”. Kun syöpä todetaan parantuneeksi, niistä tulisi periaatteessa kirjata ”jälkitila” diagnoosi – ainakin niistä dg:stä, joilla on merkitystä parannuttuaankin. Edellä viitatussa vuoden 2014 oppaasta poiketen ICPC-luokituksen ei ole erikseen määritelty lisätietoa diagnoosin pysyvyydestä. Sen sijaan sekä ICPC- että ICD-koodistoihin on lisätty lisätieto ko. koodistojen välisistä yhteyksistä. Eli kunkin ICPC-koodin siltautuminen ICD:hen (ja kääntäen) sekä tieto ensisijaiseksi katsottavasta siltauksesta, mikäli yhdellä koodiluokalla on useampia kuin yksi vastinpari toisessa koodistossa. Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely -dokumentti on päivitetty viimeksi vuonna 2016, ks. tarkemmin <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-641-4>.

Diagnoosin tai riskin päättymisen syyn koodit

Diagnoosin tai riskin päättymisen syyn koodi voi olla: parantunut/ tarkentunut/ kirjausvirhe/ muu syy – missä tilanteissa tätä käytetään?

Vastaus: Muu syy on vaihtoehto niihin tilanteisiin, jos muut vaihtoehdot ei käy. Syytä voi tarkentaa teksti-muotoiseen kenttään. Huom. Kirjausvirhe – luokka on poistettu vuonna 2016 luokitukselta, ja korvaava luokka on Muu syy.

Diagnoosien merkitsemispäivä

Diagnoosin merkitsemispäivästä todetaan kirjaamisoppaan sivulla 44 ”*Diagnoosille tuotetaan automaattisesti tieto anto- ja päättymispäivästä. Diagnoosin antopäivä tarkoittaa päivää, jolloin diagnoosi on todettu.*” Onko oikea tulkinta, että antopäivä kirjautuu automaationa merkinnän tekopäivän mukaan? Järjestelmiin toisena vaihtoehtona tuottaa automaattinen merkintä olisi esim. hoitojakson alkamispäivän mukaan.

Vastaus: Toimintatapa on kuvattu toiminnallisissa määrittelyissä (toimittajat) ja rakenteisen kirjaamisen oppaassa (kirjaajat). Kun kyseessä on uusi diagnoosi, diagnoosin toteutuspäivä = merkinnän tekopäivä. Merkinnän tekijä voi vaihtaa halutessaan päivää. Hoitajakson alkamispäivää ei pidä käyttää diagnoosin toteutuspäivänä, paitsi silloin, kun diagnoosi on käytännössä annettu jo hoitajakson alkaessa mutta kirjausta ei syystä tai toisesta olisi tehty (vaan tehdään takautuvasti, esim. vasta seuraavana päivänä).

Diagnoosit ja roomalaiset numerot

Pitääkö jatkossa roomalaiset numerot korvata arabialaisilla arkiston toimivuuden vuoksi? Tahtoisin tietää mihin perustuu sillä diagnooseissa on käytetty roomalaista numerointia.

Vastaus: Jos kyseessä on numeromuotoinen tietosisältö, jota käytetään laskutoimituksissa, pitää käyttää arabialaisia numeroita. Jos taas kyseessä on teksti tai luokitus, voi käyttää roomalaisia numeroita. Vapaan tekstin kentissä suositellaan arabialaisia numeroita.

Diagnoosi ja hoitoprosessin vaihe

Diagnoosin tallennus. Mikäli diagnoosi näytetään potilaskertomuksessa jollakin näkymällä (niin kuin yleensä kliinisessä työssä on tapana tehdä), näkymä on luontevasti se, mille muutkin ko. palvelutapahtuman merkinnät tehdään. Mutta mille prosessivaiheelle? Otsikko on selvä. Nyt meidän sovellustoimittajan toteutus on sellainen, että prosessivaihe riippuu siitä millä sovellustoiminnallisuudella diagnoosi on kirjattu. Eli mikä on määrittely ja se dokumentti, josta tämä tieto löytyy.

Vastaus: Diagnoosi voi kuulua eri prosessivaiheisiin. Oletusarvona voi käyttää Hoidon arviointi-vaihetta. Merkinnän tekijällä tulee kuitenkin olla mahdollisuus käyttää muitakin hoitoprosessin vaiheita.

ICPC-prosessikoodien käyttö

Mitä otsikkoa käytetään, kun halutaan kirjata käynnin sisältö / interventio ICPC-prosessikoodeilla?

Vastaus: ICPC2-koodiston käytöstä on määritelty kansallisesti, että sitä voidaan käyttää käyntisyy-/diagnoositiedon rakenteisessa kirjaamisessa. Tällöin ICPC:hen sisältyvät interventioita kuvaavat ns. prosessikoodit eivät ole käytössä. Prosessikoodeja on kuitenkin haluttu käyttää paikallisesti, mutta niille ei ole kansallisesti osoitettu tiettyä, yhdenmukaista otsikkoa. Prosessikoodisto kuvaa pth:ssa yleisimpiä interventioita, mutta karkealla tasolla; ja pieni osa koodeista myös varsinaisiksi toimenpiteiksi katsottavia (vrt. THL Toimenpideluokitus). Asiaan ei ole akuutisti selkeää ratkaisua. Käyttö vaatii vielä miettimistä, samoin otsikoiden valinnat/ suositukset. Yksi vaihtoehto voisi olla, että myös ICPC-prosessit kirjattaisiin käyntisyy-/diagnoositietona - hieman vastaavalla tavalla kuin ICD-koodistoakin käyttäen ”toimenpide” tai muu palvelun käytön syy hyväksytään diagnoosiksi (ks. Z00-ZZB/ICD Tekijöitä, jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveyspalvelujen tuottajiin). Tieto oireesta, sairaudesta jne. tulee kuitenkin aina /ensisijaisesti kirjata pääasialliseksi käyntisyyksi tai diagnoosiksi.

Toimenpiteet

Toimenpideluokituksen käyttö perusterveydenhuollossa

Saako jatkossa edelleen käyttää perusterveydenhuollon toimenpideluetteloa lääkäripalkkiolla korvattavista toimenpiteistä? Tarkoitan PTH lääkärien käyttämää lääkärisopimuksen mukaista toimenpidelistaa. Terveyskeskuksissa se on liitetty otsikkoon toimenpiteet, ja sitä käytetään hyvin kattavasti. Siinä on osaksi samoja koodeja kuin SPAT-koodistossa ja sen takia lääkärit eivät ole halukkaita laittamaan SPAT-koodeja, koska joutuisivat siinä käyttämään 2 eri luokitusta samasta asiasta. Koodistopalvelimella oleva toimenpideluokitus käytetään erikoissairanhoidossa ja käsittääkseni se on leikkaus- ja toimenpideyksiköissä pakollinen. Terveyskeskuksessa ei ole pakollinen (ja suurin osa niistä koodeista ei koske meitä ollenkaan), joten sitä ei varmaan missään terveyskeskuksessa käytetä. Miten jatkossa kuuluisi toimia?

Vastaus: Toimenpiteet kirjataan potilaskertomukseen (rakenteisesti) THL toimenpidekoodistolla (tai Suun terveydenhuollon toimenpidekoodistoa tai Radiologista tutkimus- ja toimenpideluokitusta käyttäen). SPAT on lähtökohtaisesti perusterveydenhuollon tilastoinnissa (ei potilaskertomuksissa) käytettävä luokitus.

SPAT-koodit ovat osa AvoHILMOon kertyviä tietoja, mutta eivät arkistoidu Potilastiedon arkistoon rakenteisena toimenpidetietona. Lääkäreiden toimenpidepalkkioluettelo puolestaan on osa työehtosopimusjärjestelmää ja Kunnallista lääkärien virkaehtosopimusta, <http://flash.kuntatyonantajat.fi/ls-2014-2016--2016%20muutokset/html/#102>, eivätkä tiedot lääkärisopimuksen mukaisista toimenpiteistä kuulu miltei osin potilaskertomukseen. Näin siitä huolimatta, että kaikilla em. koodistoilla on yhtäläisyyksiä ja eroja. Koodistojen siltaus voisi teknisesti olla mahdollista, mutta se ei käytännössä ja sisällöllisesti tätä ole -niiden erilaisista käyttötarkoituksista ja ylläpidon prosesseista johtuen. Lääkärisopimuksen toimenpideluettelo kattaa vain osan potilaalle tehtävistä kliinisistä, THL- Toimenpideluokituksen mukaisista toimenpiteistä. Käyttäjän tulee siis kirjata tieto toimenpiteestä potilaskertomukseen THL -toimenpideluokitusta (tai Suun terveydenhuollon toimenpidekoodistoa tai Radiologista tutkimus- ja toimenpideluokitusta käyttäen) käyttäen, ja tarpeellisilta ja soveltuvilta osin (etenkin perusterveydenhuollossa) myös tekstimuotoisesti. Tämän lisäksi, tällä hetkellä ja toistaiseksi, tilastoidaan AvoHILMO-tietoina SPAT-luokituksella vähintäänkin ns. neuvola-asetuksen seurantaan liittyvät toiminnot - sekä erikseen palkanmaksun perusteena käytettävät toimenpiteet ja toiminnot ko. hallinnollisiin järjestelmiin.

Toimenpiteiden kirjaamisesta

Toimenpiteet (lääkärisopimuksen mukaiset), joita käytetään 100%:sti ja jotka kuvaavat hoidon sisältöä kuuluvat mielestäni potilaskertomukseen ja jos esim. potilaalle tehdään polvipunktio, miksi sitä ei saisi kirjata potilaskertomukseen? SPAT koodeissa on ihan samoja termejä, mutta ne eivät näy potilaskertomuksessa, vaan pitää kirjata erikseen tilastoinnin käyntiyhteenvedolle. En usko, että lääkärinkunta saadaan kirjaamaan sama toimenpide 2 kertaa, koska joka tapauksessa kirjaavat sen tuon lääkärisopimuksen mukaisena merkintänä (saadakseen myös sen toimenpidepalkkion). Miksei noita 2 luokitusta voida yhdistää? Tärkeää on myös, että tehty toimenpide näkyy kertomuksessa. Tuo THL:n toimenpideluokitus ei valitettavasti sovelu kovinkaan hyvin perusterveydenhuoltoon enkä usko, että perusterveydenhuollon lääkärit tulevat sitä käyttämään. Jos koodi löytyykin, olisi se sitten 3. tapa kirjata sama asia, eli lääkärisopimuksen koodi, SPAT-koodi ja THL:n luokituksen mukainen koodi. Jos THL:n luokitusta ei käytetä, jätetäänkö toimenpiteet kirjaamatta kokonaan?

Vastaus: Ks. edellinen vastaus. Kertomukseen kirjataan ne toimenpiteet, jotka liittyvät potilaan hoitoon. Toimenpiteiden kirjausta ja koodistojen yhteensopivuutta on jatkossa tarkoitus kehittää. Tätä silmällä pitäen THL-toimenpideluokitukseen on tuotettu lisätietona toimenpiteen tyyppi: toimenpide, pientoimenpide, tutkimus, suun toimenpide, muu.

Perusterveydenhuollon lääkäreiden toimenpidekoodit

Onko olemassa listaus niistä toimenpidekoodeista, joita perusterveydenhuollon lääkärit voivat käyttää niin, että ne menisivät oikein eArkistoon? Meillä(kin) on tehty järjestelmään oma luettelo perusterveydenhuollon lääkäreiden toimenpiteistä niillä koodeilla, joita käytetään myös lääkärinpalkkioperusteena (KVTES lääkärinopimuksen toimenpidekoodit). Koodit poimitaan väliotsikon Toimenpiteet alle. Nämähän eivät ole virallisen toimenpidekoodiston mukaisia ja missään en ole vielä tavannut sellaista ”mäppäystä”, jossa nuo palkkioperusteiset toimenpiteet olisi yhdistetty virallisen koodiston kanssa. Onko sellaista olemassa, ja kuinka saamme pth-lääkäreiden toimenpiteet eArkistoon?

Vastaus: Ks. edellinen vastaus. Toimenpiteet, jotka on kirjattu THL- Toimenpideluokituksen koodeilla (tai Suun terveydenhuollon toimenpidekoodistoa tai Radiologista tutkimus- ja toimenpideluokitusta käyttäen), tallennetaan Potilastiedon arkistoon. Virallista ja kattavaa linkitystä ei koodistojen välillä ole. Eri aikoina eri tarkoituksiin laaditut koodistot on vaikeaa sovittaa yhteen. Lisäksi koodistojen päivitysrytmit poikkeavat toisistaan: se, mikä potilaan hoidon kannalta voitaisiin oleelliseksi toimenpidetiedoksi, ei välttämättä ole sitä palkanmuodostuksen ja palkkiomaksujen näkökulmasta, vaikka kyseessä voisi yleisellä tasolla ollakin ”sama toimenpide”.

Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset

Laboratorio- ja kuvantamistutkimusten arkistointi ostopalveluissa

Miten tulee toimia laboratorio- tai kuvantamislähetteen ja vastausten arkistoinnin suhteen, kun

- Potilas tulee yksityislääkärin kirjoittamalla (paperi) läheteellä kunnan a) laboratorioon, joka analysoi näytteet tai b) röntgeniin, jossa röntgenlääkäri antaa kuvasta lausunnon
- Potilas tulee yo-sairaalan lääkärin läheteellä kunnan a) laboratorioon, joka analysoi näytteet tai b) röntgeniin, jossa röntgenlääkäri antaa kuvasta lausunnon

Vaikuttaako lähetteen ja vastauksen arkistointiin, jos potilas on jo siirretty erikoissairaanhoidosta perusterveydenhuollon potilaaksi jatkohoitoa varten?

Vastaus: Kun yksityislääkäri ostaa kunnallisesta terveydenhuollosta potilailleen tutkimuspalveluja, kunnallinen terveydenhuolto ei arkistoi läheteitä ja tutkimustuloksia Potilastiedon arkistoon. Yksityislääkärin läheteellä kunnalliseen terveydenhuoltoon laboratorio tai röntgentutkimuksiin tulleen potilaan tutkimukset kuuluvat yksityisen lääkärin potilasrekisteriin, minkä vuoksi kunnallinen terveydenhuolto ei voi niitä arkistoida. Tulevaisuudessa on mahdollista arkistoida ostopalvelutilanteessa potilastietoja suoraan tilaajan rekisteriin Potilastiedon arkistoon.

Silloin kun potilas tulee tutkimuksiin kunnalliseen perusterveydenhuoltoon erikoissairaanhoidon läheteellä ja potilaan hoito ei jatku perusterveydenhuollossa vaan tutkimustulokset on tarkoitettu hoidon jatkumista varten erikoissairaanhoidossa, tutkimustuloksia ei myöskään arkistoida Potilastiedon arkistoon perusterveydenhuollon potilasrekisteriin. Tutkimukset arkistoi erikoissairaanhoidon, jos se on teknisesti mahdollista. Tutkimukset sidotaan erikoissairaanhoidon palvelutapahtumaan ja arkistoidaan erikoissairaanhoidon potilasrekisteriin. Jos potilaan hoito kuitenkin samalla siirretään perusterveydenhuoltoon eli erikoissairaanhoidon on lähettänyt potilaan tutkimuksiin ja jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon, kunnallinen perusterveydenhuolto voi arkistoida tutkimuslähetteet ja lausunnot/vastaukset Potilastiedon arkistoon. Tällöin tutkimukset sidotaan perusterveydenhuollon palvelutapahtumaan ja tallennetaan perusterveydenhuollon potilasrekisteriin. Erikoissairaanhoidon voi kuitenkin myös arkistoida tutkimuslähetteen liittyen siihen palvelutapahtumaan, jossa lähete on tehty.

Kvantamistutkimus yksityisessä terveydenhuollossa ostopalveluna

Perusterveydenhuollon yksikkö ostaa ostopalveluna kuvantamistutkimuksia yksityiseltä terveydenhuollolta. Lausunto saapuu paperilla terveystieteiden keskukseseen, jossa rtg-hoitaja kirjaa sen käsin järjestelmään. Lausunnon tehnyttä lääkärinä (yksityinen terveydenhuolto) ei saa merkittyä järjestelmään lausunnon tekijäksi, koska lääkärin tietojen avaaminen järjestelmään avaa myös käyttöoikeuksia. Jos lausunto arkistoidaan, merkinnän tekijäksi tulee rtg-hoitaja ja tieto näkyy myös Omakannassa rtg-hoitajan nimellä.

Vastaus: Röntgenhoitaja voi kirjata lausunnon järjestelmään käsin. Merkinnän tekijäksi tulee rtg-hoitaja ja tämä tieto näkyy myös Omakannassa. Lausuntotekstin alkuun kirjataan lausunnon tehneen lääkärin nimi ja organisaatio, jotta lausunnossa näkyy alkuperäisen lausunnon tekijän tiedot. Tulevaisuudessa yksityinen terveydenhuolto voi arkistoida ostopalveluina perusterveydenhuololle tuotetut tutkimukset suoraan perusterveydenhuollon potilasrekisteriin Potilastiedon arkistoon.

RTG-lausunnot

Minne näkymälle tk-lääkäri vastaa rtg lausunnot? Radiologi lausuu erikoisalakohtaiselle näkymälle RTG, mutta useasti tk-lääkäri tulkitsee rtg-kuvan ilman radiologia. Kirjaako hän siinä tapauksessa tulkin YLE-näkymälle lausunto-otsikon alle? RTG pyynnöthän laaditaan rtg-näkymälle. Kysymys liittyy siihen, saako yleislääkäri kirjata erikoisalakohtaiselle näkymälle vai ei. Aiemmin tk-lääkärit tulkinneet YLE-näkymälle.

Vastaus: Jatkoksin yleislääkäri kirjaa tulkin YLE-lehdelle, ja sitten kun radiologi lausuu, niin tämä kirjaus RTG-näkymälle. Otsikkona Tutkimukset.

Endoskopiitutkimukset

Miten saisi CDAR2-dokumentilla myös endoskopiaan liittyvät tutkimukset ja lausunnot Kanta-arkistoon. Voiko niitä siirtää RTG-näkymillä, vai pitääkö olla joku muu (SIS, GYN)? Oma näkymä endoille ei taida olla? Mistä löytyisi tarvittavan näkymän dokumentaatio? Nyt ensi vaiheessa kiinnostaisi, miten paljon se

eroaa RTG-näkymästä. Mitä tämä vaikuttaa testaukseen ja auditointiin, nythän on testattu vain RTG-näkymää?

Vastaus: Endoskopioiden suunniteltu kirjattavaksi tekijän ”omalle” erikoisalannäkymälle ja lisänäkymäksi Toimenpiteet – näkymä (OPER). Nuo näkymät ovat normaaleja kertomusnäkyymiä (kuten KIR, SIS, GYN jne), paitsi että OPER voi olla vain lisänäkymänä. Näkymien käytön ohjeita on tarkennettu Rakenteisen kirjaamisen ykkösoppaan päivitettyssä versiossa (2015).

Ultraäänitutkimukset

Luokitellaanko kaikki ultraäänitutkimukset (esim. raskaudenaikaiset uä-tutkimukset, sydämen uä-tutkimukset) kuvantamistutkimuksiksi ja kirjataanko kaikki uä-tutkimukset jatkossa RTG-näkymälle riippumatta siitä, millä erikoisalalla tutkimus tehdään? Tähän astihan ne on kirjattu sen erikoisalalan lehdelle, missä tutkimus on tehty (esim. gynekologi kirjannut uä-tutkimuksen GYN-lehdelle, yleislääkäri YLE:lle jne). Vai onko tuo RTG-näkymä edelleen vain radiologian erikoislääkäreiden varten eli tälle kirjataan vain radiologin tekemät uä-tutkimukset (mikäli uä-tutkimukset luokitellaan kuvantamistutkimuksiksi).

Vastaus: Bedside- ja sinuscan – tutkimusten lausuntoja on yleensä kirjattu erikoisalannäkymille, koska gynekologit ja yleislääkärit tekevät tutkimuksia vastaanottokäyntien yhteydessä. Kansallisia määräyksiä ja kirjaamisohjeita ei kuitenkaan ole vielä tarkemmin linjattu. Oletettavaa on, ettei niitä jatkossakaan (ainakaan kaikkia) kirjata RTG-näkymälle.

Sädetoimenpideyksikön toimeenpiteet (UUSI)

Minne Kanta-arkiston erikoisalalehdelle siirtyy sädetoimenpideyksiköiden toimeenpiteet (esim. tutkimus YL1AD Lantion annos TT) ja sydäntoimenpideyksiköiden tutkimukset (esim. FN1AC Sydämen angio). Tulittaanko nämä Kannassa siis kuvantamisen tutkimuksiksi vai ihan jotain muuta?

Vastaus: Säde- ja syöpähoitoon liittyvät lausunnot ovat spesifistä hoitotietoa, joten ne eivät kuulu röntgen-näkymälle. Kysymyksessä mainitut tutkimukset kirjataan erikoisalalan mukaiselle näkymälle (tässä kohtaa näkymät SÄD tai SIS). Kaiken lisäksi RTG on aina erillinen asiakirja ja eri näkymätyyppejä. RTG näkymälle ei voi lisätä kertomustyyppisiä lisänäkyymiä.

Lääkitys

Lääkitysmuutosmerkinnät (UUSI)

Pitäisikö lääkitysmuutosmerkinnän tekijäksi tulla lääkkeen määrääjä eikä se hoitaja, joka kirjauksen tekee. Merkintä vietäisiin muutoksen tekemisen jälkeen lääkkeen määrääjän hyväksyttäväksi. Vai pitäisikö merkinnän tekijä olla hoitaja, vaikka määrääjä on lääkäri. Mikäli hoitajalle olisi määritelty oikeus tehdä kirjauksia lääkärin puolesta, niin siinä tilanteessa tekijäksi tulisi lääkäri ja merkintä menisi lääkärin hyväksyttäväksi.

Vastaus: Lääkitysmuutoksen ”kirjaajaksi” tulee kirjaaja (se voi olla hoitaja, jolle lääkäri on ilmoittanut muutoksen). Määrääjänä pitäisi olla lääkäri. Ei välttämättä alkuperäinen määrääjä (lääkäri), vaan se joka on kyseisen lääkemääräyksen/ lääkemääräysmuutoksen antanut.

Lääkityksen ajantasaisuuden tarkistus

Miten lääkityksen ajantasaisuuden tarkistus (medication reconciliation) tulee kirjata? Käytännön työssä niin usein potilaat tunnustavat, että syövät lääkkeitä melko lailla erilaisilla, kuin ne on määrätty. Järjestelmään ei ajantasaisuuden tarkistaja ole voinut tehdä tuota todellista lääkelistaa eli sen mukaista kuin potilas itse kertoo. Käytännössä hoitaja tarkisti ajantasaisuuden printattuun määrättyjen lääkkeiden listaan, johon sitten käsin kirjoitti ”ei ota ” tai ”ottaa vain yhden tabletin ” lääkkeen nimen viereen. Miten muualla?

Vastaus: Paras tilanne lienee vasta, kun valtakunnallinen lääkehoito saadaan käyttöön. Lääkitystiedot merkitään nyt LÄÄ ja VLÄÄ näkymille. Lääkelistan ajantasaiseksi muokkaaminen on mahdollista, muttei onnistu aivan vastaavin tavoin kuin aiemmin.

Lääkityksen konsultaatiovastaukset

Voiko lääkityksen konsultaatiovastauksia ym. kirjata LÄÄ-näkymälle?

Vastaus: Ei kirjata LÄÄ-näkymälle, vaan mille tahansa (käyttäjän erikoisalun mukaan määräytyvälle) jatkuvan kertomuksen näkymälle Lääkehoito-otsikon alle. Lääkekohtaisen kommentin voi kirjata LÄÄ-näkymälle. Kuitenkin jos kyseessä on (jatkossa) lääkitystarkistusmerkinnän määrittelyn mukainen rakenteinen Lääkityksen tarkistus, voi sen tehdä LÄÄ-näkymälle kyseisen rakenteen mukaisesti (tulee käyttöön 2019).

Osastofarmaseuttien kirjaukset

Alueellamme on ollut toimintamallina, että osastofarmaseutit kirjaavat hoitotyöntekijöiden käyttämään hoitokertomukseen (HOKE), jos hänen tarvitsee kirjata potilaan lääkityksiasioita (vaikka joku ongelma, lääkäriltä kysyttävä asia tms.). Nyt suuntauksena on vahvasti ollut, että jokainen kirjaa omille ammattinäkymilleen, mutta jotenkin oma näkymä osastofarmaseutille on ihan irrallinen. Nythän HOKEn hoitotyön päivittäiskirjaukset eivät mene KanTaan. Jatkaisin vielä mallia, jossa osastofarmaseutit kirjaavat HOKEen. Voisiko toimia näin, ja tarkentaa mallia myöhemmin?

Vastaus: Farmaseuttien tekemien lääkitysarvioiden kirjaaminen ja arkistointi on määritelty. Jatkossa kaikki lääkityserkinnät tulisi LÄÄ näkymälle. Kokonaistarkistuksia varten on määritelty oma rakenne. Rakennetta on kuvattu julkaisussa: *Lääkimerkinnän tekeminen ja tietosisältö 2016 - Toiminnallinen määrittely, versio 2015, luku 7.3* -> <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-422-9>. Tiedot voi toistaiseksi kirjata hoitokertomukseen (HOKE), eikä niiden arkistointia kannata suunnitella tässä vaiheessa sen enempää.

Osastofarmaseuttien lääkitystarkistukset ja Omakanta

Mihin osastofarmaseutit kirjaavat huomioitaan potilaan lääkityksestä? Merkintöjen näkyminen Omakannassa voi olla ongelmallinen. Esimerkiksi osastofarmaseutti kirjaa vastauksensa lääkityksen tarkistamisesta hoitavan lääkärin päätettäväksi. Lääkäri voi kuitenkin päättää tehdä toisin tai voi hyväksyä ehdotetut muutokset lääkityksen suhteen. Näin ollen, jos potilas pääsee lukemaan nämä tiedot itse suoraan, hän voi toteuttaa muutoksia, joita lääkäri ei kuitenkaan halua hoitoon tehdä asiaa pohdittuaan. Mikä on käytäntö muualla? Osa on ottanut käyttöön erillisen farmasia-lehden, joka ei arkistoidu (eikä näy Omakannassa).

Vastaus: Ks. edellinen vastaus. Lääkityksen tarkistustietojen näyttämisestä Omakannassa ei ole vielä sovittu tarkemmin. Paikallista farmasia-lehteä tms. voi toistaiseksi käyttää, mutta tietosisällön arkistointia ei kannata suunnitella tässä vaiheessa.

Suun terveydenhuollon lääkitystiedot

Suun th:n tiedot pitää välittää Kantaan 2016. Entä lääkitystiedot, jotka h-lääkäri tekee, esim. määrää tarvittavaa lääkettä/ antibioottia. Päivittykö se tieto aiemmin esim. lääkelistan myötä Kantaan/ Omakantaan? Jos tietoa kirjataan jo nyt SUU-näkymälle, meneekö Kantaan kuten muutkin ea-näkymän tiedot?

Vastaus: Voidaan arkistoida lääkitystiedot jo nyt, jos ko. yksikkö ja käyttämänsä järjestelmä liitetty Potilas-tiedon arkistoon. SUU-näkymälle voi kirjata vapaata tekstiä, samoin kuin muille näkymille.

Riskitiedot

Riskitietojen näkyminen koosteasiakirjassa

Jos potilastietojärjestelmässä on mahdollisuus estää potilasta näkemästä riskitietojaan (hoidossa huomiotavat tiedot, esim. väkivaltaisuus) Omakannan kautta, palauttaako tiedonhallintapalvelu ko. tiedot kuitenkin ammattilaiselle toiseen potilastietojärjestelmään?

Vastaus: Viivästäminen vaikuttaa vain Omakantaan, eli ei estä toista ammattilaista näkemästä riskitietoja.

Riskin tai diagnoosin päättymisen syyn koodit

Diagnoosin tai riskin päättymisen syyn koodi voi olla: parantunut/ tarkentunut/ kirjausvirhe/ muu syy – missä tilanteissa tätä käytetään?

Vastaus: Muu syy on vaihtoehto niihin tilanteisiin, jos muut vaihtoehdot ei käy. Syytä voi tarkentaa teksti-muotoiseen kenttään. Huom. Kirjausvirhe – luokka on poistettu vuonna 2016 luokitukselta, ja korvaava luokka on Muu syy.

Omaisien/ saattajan väkivaltaisuustiedon kirjaaminen (UUSI)

Meillä on nyt käsittelyssä oikaisuvaatimus, jossa vaaditaan korjaamaan potilasasiakirjan teksti, johon oli kirjoitettu potilaan puolison uhkaavasta käytöksestä. Potilas oli lukenut tekstin Omakannasta ja lähetti välittömästi oikaisuvaatimuksen, koska hänen mielestään puolison käytös ei kuulu hänen käyntitekstiinsä. Läh- tökohtaisesti olen kyllä potilaan kanssa samaa mieltä siitä, että asia ei kuulu normaalin käyntitekstin se- kaan, vaan se pitäisi merkitä johonkin muualle, mutta mihin?

Vastaus: Väkivaltaisuus on määritelty yhdeksi käyttäytymiseen liittyväksi riskitiedoksi. Ko. riskitiedon kir- jaamisen ohjeistus löytyy Rakenteisen kirjaamisen oppaasta (2015) luvusta 10 Riskitiedot. Väkivaltaisuudes- ta hoitotilanteessa (K1) riskitietona kirjataan tieto potilaan tai hänen läheisensä sellaisesta väkivaltaisesta käyttäytymisestä hoitotilanteessa, joka aiheuttaa hoitohenkilökunnan terveyttä uhkaavan tilanteen. Riski- tieto K1 Väkivaltaisuudesta hoitotilanteessa kuuluu ns. hoidossa huomioitaviin riskitietoihin, joita ei toistai- seksi näytetä Omakannassa (Omakanta näyttää vain kriittiset riskit). Mikäli asiasta kirjataan jotakin potilaan käyntitekstiin, tulee kirjaajan arvioida tilannekohtaisesti käyntitekstin näyttämisen viivästyksen Omakannassa.

DNR-päätösten kirjaaminen

Mihin kirjataan DNR-päätökset?

Vastaus: Riskitietoihin.

Koneellinen annosjakelu / riskitieto

Voisiko annosjakelun kirjata asiakkaan riskitietoihin? Esim. koodilla H3 Erytishuomiointia vaativa muu hoi- tomuoto tai M9 Luokittelemattomat riskit? jos ei, miten muutoin saadaan tieto välittymään?

Vastaus: Tietoa ei suositella merkittäväksi riskitietoihin. Jatkossa tämä tieto tulee olla lääkityslistalla Huo- mio- kohdassa sovitussa rakenteisessa muodossa.

Hoitoon liittyvät valtakirjat/ riskitieto

Mihin pitäisi merkitä/kirjata potilaan antamat valtakirjat, kun ne liittyvät hänen hoitoonsa? Esim. monessa kunnassa on tehty pohja valtakirjalle täysi-ikäisen henkilön puolesta toimimiseen terveydenhuollossa. Ks. esimerkki. <http://www.turku.fi/download.aspx?ID=191124&GUID={FFD14D7D-3F82-43ED-9433-BAEB7CAB2230}>

Vastaus: Valtakirja voidaan rinnastaa tahdonilmaukseen, ja kirjata riskitietoihin. Riskitietoihin (luokka R1) kirjataan vain tieto, että tällainen tahdonilmaisuus (valtakirja) on tehty, mutta ei sen tarkempaa sisältöä.

Rokotus ja riskitiedot

Äitipoleilta on osin siirtynyt äitiysneuvoloihin anti-D-immunoglobuliinien pistäminen. Duodecimillä lääketie- tokanta määrittelee valmisteen injektionesteeksi. Erään sairaalan äitiyspoliklinikka kertoo kirjaavansa Rhophylac-valmisteen rokotteeksi. Samaa toivoo meidän neuvolan väki. Potilastietojärjestelmämme toimit- taja ohjeistaa meitä kuitenkin kirjaamaan tämän riskitiedoksi. Siirtyvätkö riskit tai rokotetiedot Kantaan?

Vastaus: Se ei ole rokote, vaan lääke. Tieto kirjataan lääkelistalle: kertamääräyksenä annettava lääke. Im- munoglobuliinihoito ehkäisee lapsen tilaan liittyvää riskiä, joten voidaan kirjata riskeihin verensiirrossa huomioitaviin asioihin (Luokka V1 Veriryhmävasta-aineet -> äidin veriryhmä vs. lapsen veriryhmä). Riskitie- dot tallennetaan Potilastiedon arkistoon, mutta rokotetietojen arkistoituminen vaihtelee järjestelmittäin - toistaiseksi.

Rokotuksista kieltäytyminen/ riskitieto

Onko olemassa kansallista ohjetta miten ja mihin voidaan merkitä, jos vanhemmat kieltäytyvät rokotusis- ta? Voiko esim. riskitietoihin merkitä, jos (potilas)/ potilaan vanhemmat kieltäytyvät rokotusohjelman mu-

kaisista rokotuksista? Lähtökohtana on usein oletus, että vauvat/ lapset on rokotettu ja rokotusten puuttuminen saattaa tuoda lisätietoa sairauden syyhyn/hoitoon.

Vastaus: Ei kirjata tietoa riskitietoihin. Asiasta/ keskustelusta (kieltäytymisestä) voi merkitä muihin näkymiin, esim. NEUVO-näkymään käynnin yhteydessä. Rokotustiedoista ilmenee tarkemmin, mitkä rokotukset ovat toteutuneet.

Eristys- ja varotoimiluokat

Nyt kun riskitietoluokituksiin on tulossa muutoksia niin mitä tapahtuu niitä sivuaville eristys- ja varotoimiluokille? Mitkä tulevat olemaan jatkossa valtakunnalliset luokitukset?

Vastaus: Kyse on vanhoista riskityyppiluokista Eristystarve ja Verivarotoimet, Eristystarve -> E Mikrobit ja eristystarve, Verivarotoimet -> S Riskitaudit. Verivarotoimina ei sinällään mitään pidä kirjatakaan – infektio lääkeiden yleinen kanta.

B ja C-hepatiitti/ Riskitiedot

Mihin on ajateltu kirjattavaksi B ja C hepatiitti riskitiedoissa?

Vastaus: Kumpaakaan ei kirjata riskeiksi hoitohenkilöstön kannalta. Kirjataan riskitaudiksi, jos sairaus aiheuttaa riskin potilaalle, esim. HIV aiheuttaa poikkeavia eristystoimenpiteitä (potilas pitää eristää bakteereista, ettei saa tautia). Riskitiedon kirjaamisessa käytetään luokkaa S9 Muut riskitaudit ja hoidot.

Veriteitse tarttuvat taudit/ Riskitiedot

THL:lta tulleen ohjeen mukaan näitä ”*Ei kirjata riskeiksi hoitohenkilöstön kannalta. Kirjataan riskitaudiksi, jos sairaus aiheuttaa riskin potilaalle, esim. HIV aiheuttaa poikkeavia eristystoimenpiteitä (potilas pitää eristää bakteereista, ettei saa tautia).*” Kirjaamisoppaassa riskitiedosta sanotaan, että voi aiheuttaa riskiä potilaalle tai henkilökunnan terveydelle. Veriteitse tarttuva tautiko ei ole riski? Ymmärrän, että kaikkia potilaita tulee hoitaa niin kuin heillä voisi olla veriteitse tarttuva tauti. Mutta vahinkoja sattuu, esim. neulanpistoja – mistä työntekijä tiedon sitten löytää, jos esim. tämä ei olisi oman organisaation tuottamana dg – tietona? Työntekijän tulee osata toimia neulanpiston jälkeen tietyn ohjeen mukaan, jos kyseessä vaikka hiv tai C –hepatiitti. Käytännössä potilas sairaalaan tullessa ilmaisi, että hänellä on hiv, joka on tutkittu ja diagnosoitu toisessa sairaanhoitopiirissä – tällaisistako ei kirjata mitään organisaation ja/tai KanTaan siirtyviin tietoihin? Tämä THL:n vastaus on ihmetyttänyt ja toivoisin ohjeistusta perusteluineen.

Vastaus: Nykyisin sovelletaan ko. ohjetta. Riskitietojen kirjaamisohjeisiin on tullut tarkennusta Rakenteisen kirjaamisen ykkösoppaan päivityksessä (2015).

Psykiatria ja mielenterveystyö

Mielenterveislain mukaiset uudet lomakkeet (UUSI)

Mielenterveislain mukaiset lomakkeet on uudistettu. Uudet sähköisesti täytettävät PDF-lomakkeet löytyvät Suomi.fi sivustolta. Milloin ja miksi nämä lomakkeet tulee ottaa käyttöön?

Vastaus: Toimitaan STM:n asetuksen mukaisesti. STM:n mukaan vanhat mielenterveislain mukaiset lomakkeet ovat olleet uudistamisen tarpeessa jo pitkään erilaisten lainmuutosten vuoksi. Esim. tarkkailulausunnosta ja hoitoonmääräämispäätöksestä puuttuivat ulkopuolista arvioita koskevat kohdat. Lisäksi holhous-toimesta annetun lain, hallintolain, lastensuojelulain ym. muutokset aiheuttivat muutoksia lomakkeisiin. Lisäksi pyrittiin parantamaan ja tarkentamaan lomakkeita selkeämmiksi. Kun THL alkoi vuosi sitten tehdä MTL-lomakkeiden osalta teknistä määrittelyä Potilastiedon arkiston arkistointia varten, katsottiin, ettei ole järkevää viedä vanhentuneita lomakerakenteita tietojärjestelmiin, vaan MTL-lomakkeet on syytä uudistaa ja näin saadaan jo tässä vaiheessa tekniset määrittelyt uusille lomakkeille. Koska uudet lomakkeet oli tarpeen saada käyttöön mahdollisimman pian edellä mainittujen lainmuutosten vuoksi, päädyttiin siihen, että tässä välivaiheessa terveydenhuollon toimijat voisivat käyttää sähköisesti täytettäviä PDF-lomakkeita, jotka on viety suomi.fi-sivuille. Lomakeuudistuksesta aiheutuu väliaikaista vaivaa. Lomakkeiden voimaantuloa ei

kuitenkaan haluttu lykätä pidemmälle, sillä uusien lomakkeiden myötä voidaan toivottavasti välttyä turhilta muoto- ja menettelyvirheiltiltä, jotka aiheuttaisivat päätösten kumoutumisen hallinto-oikeudessa. Lisäksi uusilla lomakkeilla on merkitystä potilaan oikeusturvan kannalta, jos mahdolliset muoto- ja menettelyvirheet voidaan niiden avulla välttää. Uusia lomakkeita on alettava käyttämään asetuksen mukaisesti 1.2.2016. Muutoin riskinä on, että hoitoonmääräämispäätös voi esim. kumoutua hallinto-oikeudessa, jos kaikkia asiakirjoja ei ole laadittu asetuksella vahvistetun kaavan mukaisesti.

MI, MII ja MIII lomakkeet

Kansallisissa näkymissä MII ja MIII ovat erityissuojattavia näkymiä, joiden erityissuojattavuus peruste on PSY -näky. MII on siis sekä näky että lomake. Perustuuko erityissuojattavuus pelkästään näkymään (PSY) vai liitetäänkö se myös MII ja MIII -lomakkeisiin näkymästä riippumatta? Tilanne voi siis olla se, että potilaalle on kirjattu/kirjataan MII -lomake sisätaudeilla ja se liitetään siten SIS näkymään. Eli onko tämä sisätauteihin liitetty MII -lomake vahvistuspyynnöllä erityissuojattavaa tietoa vai ei?

Vastaus: M2 ja M3 on psykiatrisen yksikön tekemä tarkkailulausunto tai hoitoon määräyspäätös kun potilas otetaan ”pakkohoitoon”. Ne ovat PSY erityissuojattavia (ks. Näkymäluokitus). Olisiko tullut sekaannus M1:n kanssa, joka EI OLE erityissuojattava (mutta silti oma näkymänsä). M1, M2 ja M3 (kuten muutkin lomakkeet) ovat aina omat näkymänsä, eikä niitä liitetä mihinkään toiseen näkymään.

Mielenterveyslainmukaiset rajoitukset ja eristykset

Minkä otsikon alle suositellaan kirjattavaksi mielenterveyslainmukaiset rajoitukset ja eristykset? esim. ”Eristys: potilas on väkivaltainen osaston potilaita kohtaan ja joudutaan eristämään. Mielenterveyslain mukaan uusi arvio viimeistään 6 tunnin kuluttua.” tai ”Tarkkailuhaastattelu: potilas on täysin irti realiteeteista, kuulee ääniä eikä ymmärrä missä on.” On ehdotettu näiden kirjaamista Päivittäismerkinnät -otsikon alle, mutta kaivataan vahvistusta. Riskitietoihin näitä ei voi kirjata, sillä ptj:ssä nämä näyttävät siellä todella hankalilta. Lisäksi tilanne pitää kirjata parin tunnin välein ja riskitiedot paisuvat mahdottomiksi.

Vastaus: Päivittäismerkinnät -otsikko on ok.

Mielenterveyshoidon tietojen erityissuojaus (UUSI)

Selvittelemme sitä, mihin STM:n asetus (298/2009) 4 § 3 velvoittaa ja mihin se mahdollistaa. Meillä mielen-terveys on yhtenäinen kokonaisuus, jossa työskentelee sekä psykiatrit, psykologit että psykiatriset erityis-sairaanhoitajat. Jotkut tulkitsevat määräykset niin, että ainoastaan psykiatrien merkinnät tulee olemaan erityissuojattuja, ja näin ollen psykologien ja psyk.erityis.sh:n kertomukset tulisivat näkyville koko talon sisälle, ilman rajausta. Toisaalta on se näkemys, että STM:n asetuksen mukaan suojaus ei ole ammattikoh-tainen vaan alakohtainen, eli tässä tapauksessa mielenterveys-sektori meillä kuuluisi – tai ainakin voisi niin halutessaan – noudattaa erityissuojausta kaikille kolmelle ammattiryhmälle. Käytännössä on niin, että usein psykologien merkinnät ovat paljon intiimimpiä kuin psykiatrien, joten sitä erityissuojausta vain psyki-atrien kohdalla on ollut joillekin vaikea ymmärtää.

Vastaus: Kyse on periaatteellisesti ”potilaan erikoisalasta” ei ammattihenkilön – eli koskee yhtäläillä psyko-logeja (ja muita ammattiryhmiä) kuin psykiatreja. Käytännössä tämä on (toistaiseksi) teknisesti sidottu PSY näkymään. Eli tieto on erityissuojattu Potilastiedon arkistossa vain jos PSY on päänäky. Muita näkymiä (esim. PSL) voi käyttää lisänäky. Jatkossa (vuoden 2017 jälkeen) tekninen rakenne on tarkoitus muut-taa erillisestä erityissuojauslisänäkyästä riippuvaiseksi.

Psy erityissuojaus/ lähetteet ja hoitopalautteet

Miten psykiatrian erityissuojaus toimii lähetteissä ja hoitopalautteissa? pitääkö olla PSY päänäky entä terveys- ja hoitosuunnitelma/ psykiatrisen potilas?

Vastaus: Vastaava kysymyksenasettelu koskee myös konsultaatioita (esim. SIS konsultoi PSY, tai PSY konsul-toi SIS). Noista myöhempien vaiheiden tietosisältöjen, kuten terveys- ja hoitosuunnitelman (YHOS) tai lä-hetteiden (LÄH) ja hoitopalautteiden (PAL) käytöstä ja erityissuojauksesta ei ole vielä tarkempaa linjausta. Tällä hetkellä päänäky on oltava aina PSY tai GEN, jos jollakin muulla näkymällä oleva tieto halutaan erityissuojaukseen.

Psy erityissuojaus/ hoitotyön yhteenvedo

Miten erityissuojaus toteutuu psykiatrisen hoitotyön merkinnöillä, kun yhteenvedo kirjataan HOI-näkymälle, ja PSY-näkymä on erityissuojattava.

Vastaus: Psykiatrisessa hoidossa hoitotyön yhteenvedotekstit tulee kirjata PSY-näkymälle, jotta ne tulevat erityissuojauksen piiriin. Lisänäkymäksi tulee HOI (+YHT).

Mielenterveystyön asiakirjojen arkistointi

Arkistoituvatko muut mielenterveyspuolen asiakirjat ensimmäisessä vaiheessa ja vain MI-III ja yhteydenpidon rajoittamispäätös seuraavassa vaiheessa?

Vastaus: Ks. myös edellinen vastaus. Jos kysymys ”muut mielenterveyspuolen asiakirjat ” tarkoittaa psykiatrian tai muita mielenterveystyön merkintöjä (esim. psykiatrian erikoisalalehti, kertomuksen näkymä PSY), niin vastaus on kyllä. Nämä arkistoituvat vastaavalla tavalla kuin muutkin jatkuvan potilaskertomuksen osat ja tulevat näkyviin myös potilaalle Omakannassa, jos ao. terveydenhuollon ammattihenkilö ei ole arvioinut niiden näkymisen estämistä tarpeelliseksi.

Erityissuojaus ja käyttäjäoikeudet

Organisaatiossa on nyt käytössä omia näkymiä, joiden käyttöä on käyttäjäoikeuksilla rajattu. Esim. Psykiatrian lisälehti (PSYL) on rajattu vain psykiatrian erikoisalan käyttöön. Kaikilla ammattilaisilla on organisaatiossa käyttöoikeus Psykiatrian (PSY) näkymään, johon ptj:ssä tulee erillinen vahvistus ennen tietojen käyttöä. Onnistuuko ko. rajausta vastaavalla tavalla organisaation ”omassa käytössä” jos ja kun PSY näkymän tiedot ovat aina erityissuojattuja potilastiedon arkistossa.

Vastaus: Kaikki PSY-näkymän tiedot ovat erityissuojattuja. Asiakirjalle voi laittaa lisänäkymäksi PSYL-näkymän, mutta kansallisissa vaatimuksissa ja lainsäädännössä määritellään ainoastaan erityissuojattavuus, ei käyttöoikeuksien rajaamista määritellylle käyttäjäryhmälle. Jos kyse on hoitajien kirjauksista, lisänäkymäksi tulee myös HOI. Organisaation sisäisessä käytössä voi olla tiukempia käyttörajoituksia.

Psykiatrian omat lomakkeet

Psykiatriassa on käytössä hyvin paljon lomakkeita ja sovittuja käytäntöjä mitä kirjataan osastojaksolta ja mikä poliklinikalta. Miten paljon organisaatio voi itse päättää mitä tietoja Kantaan siirretään? Eli siirretäänkö kaikki tiedot, meillä tietoja on varmaan noin 15 eri lomakkeella kaiken kaikkiaan?

Vastaus: Kaikki olennainen tieto tulee kirjata kansallisille näkymille (PSY ja muut tarvittavat kansalliset näkymät, kuten HOI, FYST, TOI, PSL). Organisaation tulee itse arvioida lomakkeet ja mitkä tiedot niissä ovat olennaisia tallentaa Potilastiedon arkistoon.

Psykiatrian lomakkeet ja kansalliset näkymät

Miten linkitetään kansallisiin näkymiin psykiatrialla tehdyt omat vastineet ko. lomakkeista; esim Psykologi, Sosiaalityöntekijä, Toimintaterapeutti, Fysioterapeutti. Onko pakko linkittää jo nyt vai myöhemmin? Miten toimitaan psyk. avohoidon moniammatillisen AVOKER (avohoidon kertomus) kanssa. Pitääkö kaikkien siirtä kirjaamaan omalle ammatilliselle näkymälle ja ko. lomake jää pois käytöstä, vai linkitetäänkö ko. lomake, jollekin kansalliselle näkymälle. Sama tilanne sairaalahoidossa käytettävän PSLISÄ-lehden kanssa? Entä psykiatrian hoitajien yhteenvedot, mihin kirjataan, että erityissuojaus mahdollistuu?

Vastaus: Jotta erityissuojaus toimii, on laitettava PSY-näkymä päänäkymäksi (ja kukin ammattikohtainen lisänäkymäksi). Erityissuojauksen logiikkaa kehitetään jatkossa. Erityissuojauksen takia joka tapauksessa päänäkymä on PSY, joten voi käyttää AVOKER-lomaketta joka määrittää PSY-näkymään. Jos kyse on päivittäismerkinnöistä, voi käyttää nykyistä lomaketta -> päivittäismerkintöjen arkistointi toteutuu vasta myöhemmin.

Psykiatrian kirjaamisesta

- 1) Meillä kirjataan NAVO- lehdelle kirjataan kaikki käynnit aikajärjestyksessä, prosessinomainen hoidon kuvaus. Kaikki ammattiryhmät lääkäriä lukuun ottamatta. Voisiko tällaiset kirjaamiset ajatella kuuluvan HOKElle?

Vastaus: HOKEa voi käyttää moniammatillisena päivittäiskirjausalustana, eli voi käyttää tähän tarkoitukseen. Päivittäismerkintöjä ei arkistoida vielä Potilastiedon arkistoon. Yhteenvetotasoiset merkinnät eri ammattiryhmiltä kirjataan kunkin kirjaajan mukaiselle erikoisalakohtaiselle näkymälle, huomioiden kuitenkin erityissuojaus eli jotta erityissuojaus toimii, PSY-näkymän tulee olla päänäkymänä.

- 2) NPSY- lehdelle kirjataan poikkeuksetta kaikki lääkäritapaamiset, lääkehoito ym kannanotot. Vastaa kansallisia määrittelyjä tällaisenaan.

Vastaus: OK. NPSY ja LPSY olivat päänäkymiä 2015 vuoden loppuun, jonka jälkeen ne poistuivat kansallisista näkymistä (luovuttiin ns. ikäperusteisista näkymistä). PSY korvaa ne.

- 3) NPSL-, NSOS-, TOI-, FYS-, jne... lehdille kirjoitetaan lausunnot, tutkimusyhteenvedot yms. tekstit, joiden halutaan erottuvan käyntien aikajanasta. NPSL = PSL, NSOS = SOS, TOI =TOI, FYS = FYST jne. eli näissä ei varsinaisesti ongelmaa, mutta: haetaanko tässä takaa sitä, että saataisiin näidenkin ammattiryhmien kirjaukset erityissuojauksen alle, silloin kun nämä toiminnot ovat tapahtuneet Psykiatrian alla.

Vastaus: PSY ja lisänäkymäksi oma ammatillinen näkymä (PSL,TOI, SOS, FYST jne.).

- 4) PERHE - lehdelle (jota ei vielä ole) kirjataan ne perheenjäsenten tapaamiset, joissa ao potilas ei ole läsnä, esim. vain vanhempien käynti Tämä olisi syytä määrittellä KANSALLISELLA tasolla. Eli mille näkymälle KANSALLISTEN MÄÄRITTELYIDEN PUITTEISSA ohjeistetaan kirjaamaan yhteistyöpalaverit, joissa mukana useita ammatillaisia, perheenjäseniä jne. huomioiden erityissuojattavuuden vaatimus, jos palaveri on koolla psykiatrian toimesta.

Vastaus: Käytetään sitä näkymää minkä vuoksi potilas on hoidossa (tässä tapauksessa PSY), tarvittaessa lisänäkymänä ERAS. Kansallista PERHE näkymää ei ole – eikä näillä näkymin ole tulossakaan.

Työterveyshuolto

Terveystarkastus yksityisessä työterveyshuollossa (UUSI)

Mitä Terveystarkastus- otsikon alle kirjataan työterveyshuollossa? koko terveystarkastuskertomus? Kunnallisella verkostolla on hyvin eri näkemys siitä, mitä kunkin otsikon alle kirjataan rakenteisesti. Pelkän terveystarkastus-otsikon alle ei ole nyt mitään koontia.

Vastaus: Terveystarkastus-otsikkoa on tarkoitus käyttää kaikkien terveystarkastusten koko merkinnän otsikkona. Lisäotsikolla voi tarvittaessa täsmentää, millaisesta terveystarkastuksesta on kyse. Lisäksi tekstiä on suositeltavaa jäsentää muita otsikoita käyttäen. Otsikon käyttöä on kuvattu tarkemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaassa (2015, <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-479-3>). Työterveyshuollon kirjaukset eivät tässä suhteessa poikkea muusta kirjaamisesta. Työterveyshuollon kirjausten erityispiirteitä kuvataan myöhemmin julkaistavissa tarkemmissa ohjeissa (julkaisu Rakenteisen kirjaamisoppaan 2. osassa).

Mille näkymille eri ammattiryhmät kirjaavat työterveyshuollossa? (UUSI)

Voiko työterveyshuollossa käyttää TYÖ- näkymää ykkösnäkymänä kaikille ammattiryhmille (työterveyslääkärit, psykiatri, sisätautilääkäri, kirurgi, sairaanhoitaja, työterveyshoitaja, työfysioterapeutti, työterveyspsykologi ja työterveyshuollon sosiaalialan asiantuntija) ja kakkosnäkyminä sitten heidän ammatillisia näkymiään, vai kirjaavatko kaikki ykkösnäkymänä omille ammatillisille näkymille ja kakkosnäkyminä TYÖ, vai kirjaataanko työterveyshuollon kaikki sairaanhoito YLE- lehdelle ja vain Kela 1- luokka TYÖ- lehdelle (ja kirjaataanko silloin TYÖ ykkösnäkymänä ja ammatillinen näkymä toisena vai toisinpäin)?

Vastaus: Kun käynti on (työnantajan järjestämää) työterveyshuoltoa, kaikkien ammattiryhmien kirjaukset tehdään TYÖ-näkymälle, myös sairauden hoitoa koskeva käynti. Näin työterveyshuollon tiedot voidaan erotella muista tiedoista. Ammatillisia tai erikoisalakohtaisia näkymiä suositellaan käytettäväksi TYÖ:n lisänäkyminä, jos tieto on oleellista näkyä myös näissä kokonaisuuksissa. Kun työterveyshuolto pyytää konsultaatiota työterveyshuollon ulkopuolelta, kirjataan konsultaatiovastaus konsultaation antajan omalle

näkymälle ja TYÖ-näkymä lisänäköksi. Jos potilas hakeutuu työterveyslääkärin yksityispotilaaksi, käynti ei enää ole työterveydenhuoltoa, eikä sitä kirjata TYÖ-näkymälle, vaan käytetään YLE- tai muuta asiayhteyteen sopivaa näkymää. Työterveyshuollolle lähinnä konsultaatioluontoisia palveluita toteuttavat kuntoutus- ja erityistyöntekijät, jotka toimivat pääsääntöisesti muualla kuin työterveydessä, käyttävät päänäkymänään omia ammatillisia tai palvelukohtaisia näkymiään ja lisänäköinä TYÖ-näkymää. Ks. tarkemmin Rakenteisen kirjaamisen oppaan 1.osa (2015) luku 6, sivu 32. Työterveyshuoltoon on tulossa tarkempia kirjaamisohjeita (julkaisu Rakenteisen kirjaamisoppaan 2. osassa).

Päivystys, akuuttilääketiede ja tehohoito

Päivystyksen ja akuuttilääketieteen näkymien käyttö

Miten lääketieteen uusi erikoisala, akuuttilääketiede, on otettu huomioon kansallisissa määrittelyissä?

Mitä päänäkymää suositellaan käytettäväksi erikoissairaanhoidon päivystyksessä tai yhdistetyssä päivystyksessä, mikäli klinikko on akuuttilääketieteen erikoislääkäri ja ainoa, johon potilas on kontaktissa?

Vastaus: Päivystyksessä voi syksystä 2016 alkaen käyttää PAIV-näkymää myös päänäkymänä. Aiemmin sitä pystyi käyttämään ainoastaan lisänäköinä. PAIV-päänäkymän lisäksi voi merkinnässä käyttää eri lisänäkymiä. Esimerkiksi lääkärin lisänäköinä voi olla potilaan sairauden mukaista erikoisalanäkymä tai YLE-näkymä, tai pelkästään hoitajan päivystyskäynneissä lisänäköinä HOI-näkymä.

Yhteispäivystys ja hoitotyö

Onko yhteispäivystyksen hoitotyön kirjaaminen päivittäiskirjaamista? Missä vaiheessa yhteispäivystyksen käynneillä syntyvä, hoitajien kirjaama tieto siirtyy arkistoon? Voi olla että potilas käy vain päivystävällä sairaanhoitajalla, ei lainkaan lääkärillä. Meillä yhteispäivystyksessä perusterveyden huollon että erikoissairaanhoidon hoitajat kirjaavat samalle päivystysnäköille, joka on päivystyksen hoitotyön kirjaamisalusta. Lääkärit kirjaavat omille erikoisalanäkymilleen. Osa kirjauksista liittyy osastohoitojaksoon, jos hoito jatkuu vuodeosastolla, mutta suurin osa on yksittäisiä käyntejä. Päivystyksessä ei tehdä hoitotyön yhteenvedoja.

Vastaus: Jokaiselta päivystyskäynniltä pitää syntyä vähintään yksi yhteenvetotasoinen merkintä. Jos lääkäri ei tapaa potilasta ja tee merkintöjä, tekee hoitaja yhteenvetotasoiset merkinnät HOI:lle (hoitajan itsenäinen vastaanotto), ja päänäkymänä on PAIV. Jos lääkäri-hoitaja -työparityössä lääkäri tekee yhteenvetotasoisien merkinnän, hoitajalle riittää päivittäismerkintöjen tekeminen. Päivittäismerkinnöille ei ole vielä aikataulutettu arkistointivelvoitetta. Hoitokertomus-näkymän päivittäismerkintöjen rakenteinen tietosisältö on valmistelussa ja julkaistaan myöhemmin koodistopalvelimella.

Tehohoidon merkintöjen arkistointi

Miten lääkärin ja hoitajien tehohoidon merkintöjen suhteen toimitaan? Arkistoidaanko tehohoidon hoitotyön yhteenvetotietoja lainkaan, vai arkistoidaanko vain, jos esim. potilas lähtee kotiin tai toiseen hoitolaitokseen? Muutoinhan vuodeosastolle siirron yhteydessä hoitojakso jatkuu ja tehohoito on osana potilaan koko hoitojaksoa sairaalassa). Perusteena sille ettei ole järkeä viedä tehohoidon hoitotyön yhteenvedoa Kantaan, on tietojen näkyminen potilaalle Omakannassa (tehohoidon spesifit asiat ovat potilaalle usein sellaisia, että niiden käsitteitä ei ymmärretä tai on hyvä mahdollisuus ymmärtää väärin).

Vastaus: Tehohoidon arkistoitavat merkinnät noudattavat yleistä linjaa. Lääkärit kirjaavat seurantayhteenvedot, epikriisit sekä myös päivittäismerkinnät (Decursus) kansalliselle ANE-näkymälle (Anestesiologia ja tehohoito), jotka arkistoidaan Potilastiedon arkistoon. Myös Päivittäismerkintä (decursus)-otsikon alle kirjattu tieto arkistoidaan, mutta tietoa ei näytetä kansalaiselle Omakannassa. Mikäli hoitajat laativat tehohoitajaksolta arkistoitavan hoitotyön yhteenvedon, merkinnät tehdään näköille HOI+YHT. Lisänäköksi voi laittaa ANE:n. Hoitokertomukseen (HOKE) tai vastaavaan (esim. tehohoidon järjestelmään) kirjattuja hoitotyön päivittäismerkintöjä ei arkistoida vielä lainkaan. Arkistoitujen tehohoidon yhteenvedojen viivästys Omakannassa tehdään samoin säännöin kuin muutoinkin (tarvittaessa, huomioidaan viivästyksen pituus).

Erityistyöntekijät

Terapeuttien näkymät

Mikä näkymä Kela-pätevyyden saaneille terapeuteille (osa sosiaalityöntekijöitä)?

Vastaus: Kela-pätevyys ei ole kirjaamiskäytäntöjen osalta merkityksellinen. Kukin terapeutti tai muu vastaava kuntoutus- ja erityistyöntekijä käyttää ensisijaisena näkymänään ja pääsääntöisesti omaa ammatillista näkymäänsä tai palvelukohtaista näkymäänsä (KUN, TYÖ jne.) siten kuin Rakenteisen kirjaamisen oppaan 1 osassa (2015) on kuvattu.

Terveydenhuollon sosiaalityön kirjaaminen

Muuttuuko sosiaalityön kirjaaminen arkiston myötä terveydenhuollossa?

Vastaus: Terveydenhuollon sosiaalityössä kirjataan toistaiseksi entisten käytäntöjen mukaisesti. Terveydenhuollossa toimiessaan (terveys)sosiaalityöntekijä kirjaa terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjä koskevan ohjeistuksen mukaisesti. Tarvittaessa kirjaamisessa on käytettävissä Omakannan viivästämistoinnallisuus ja ERAS-näkymää toista henkilöä koskevien tietojen kirjaamiseen. Ammattiryhmäkohtaisia pienimuotoisia tarkennuksia esimerkiksi Terveyssosiaalityön nimikkeistön käytöstä otsikoiden tarkentimena tai lisäotsikkoina on odotettavissa myöhemmin julkaistavissa tarkennetuissa ohjeissa.

Koulupsykologien merkintöjen arkistointi

Tuleeko koulupsykologien kirjaukset mennä arkistoon? Koulupsykologit ovat useimmiten opetustoimen palkkalistoilla, mutta ainakin osassa organisaatioissa heillä on rajoitetut oikeudet terveydenhuollon tietojärjestelmiin ja tiedot voidaan kirjata esim. Efficaan. Saavatko tiedot mennä arkistoon? Tai päinvastoin pitääkö kaikki koulupsykologien kirjaukset ehdottomasti saada arkistoon?

Vastaus: OPH:n nettisivujen mukaan koulupsykologien toiminta perustuu perusopetus- ja lastensuojelulainsäädäntöön. Eli ei toistaiseksi tallenneta Arkistoon.

Psykologien laatimat suositukset/ todistukset

Mitä on aiheellista kirjata ulkopuolelle meneviin todistuksiin esim. varhaiskasvatusvirastoon tai opetusvirastoon meneviin suosituksiin erityisestä tuesta? – ymmärtääkseni lyhyt suositus, ilman taustatietoja tms.(noissa paikoissa ei käsittäkseni ole potilasasiakirjoille sopivia säilytyspaikkoja)? Nämä tehdään potilastietojärjestelmässämme vapaamuotoinen todistus – pohjalle, joka ei siirry Kantaan.

Vastaus: Kyllä, juuri näin.

Psykologien lausunnot/ loppuarviot

Miten kansallisia otsikoita käytetään lausunnossa/loppuarviossa?

Vastaus: Lausunto kansallisena otsikkona määritellään seuraavasti: otsikko, jota käytetään asiantuntemukseen nojautuvien kirjallisten kannanottojen tai selvitysten merkintöjen kirjaamisessa Huom. Otsikon alle kirjataan myös tieto tehdyistä erillisistä lausunnoista, joita ei tallenneta osana potilaskertomusta. Yhden palvelutapahtuman / merkinnän yhteydessä käytettävien otsikoiden lukumäärää ei sinänsä ole rajoitettu. Kun merkinnässä on kyse lausunnosta, kaikki lausuntoon liittyvät asiasällöt voidaan kirjata vain tätä nimenomaista kansallista otsikkoa käyttäen. Kansallisesti ei ole määritelty mitään otsikkohierarkioita.

Neuvolan psykologit

Neuvolan psykologeilla ei ole käytössään hoitokertomusta kuten esim. psykiatriassa. PSL –näkymlle tulee siis sekä päivittäiset käyntimerkinnät että lausunnot ja yhteenvedot. Onko tähän tulossa parannusta?

Vastaus: Psykologien merkinnät kirjataan PSL-näkymlle. Päivittäismerkinnät, lausunnot ja yhteenvedot voidaan erottaa toisistaan otsikoilla.

Puheterapia ja arkaluonteinen tieto

Puheterapeuteilla on asiakkaana lapsia, jotka kertovat perheestä asioita, jotka liittyvät vähintäänkin lastensuojeluun, jopa rikoksiin. Niitä pitäisi kirjata ylös jatkoa varten (esim. poliisitutkinta), mutta ei puheterapia -lehdelle. Mihin ne kirjataan? Puheterapiassa lapset ja muutkin asiakkaat käyvät pitkiä jaksoja kuntoutukses-

sa ja saattavat kertoa asioita, joita eivät muille kerro yksittäisillä käynneillä. Tarkoitus on kuitenkin kirjata erillisille asiakirjalle vain silloin, kun saattaa olla jatkossa tarpeen käyttää esim. lastensuojelun tai poliisin kanssa asioidessa. Lasten kuntoutuksessa on jatkuvasti menossa aika rankkojakin perhetilanteita. Perheiden sosiaaliset ongelmat näyttävät lisäävän myös lasten terapioiden tarvetta, Esimerkkitapauksessa lastensuojeluilmoitus on tehty. ERAS-näkymä ei käy, koska kertoja on lapsi itse. Tiedot tulee kirjata käsittääkseni lapsen tietoihin. Puheterapeutit kirjaavat PUH-näkymälle. Minne merkitään tietoja joita lapsi esim. on kertonut terapian yhteydessä perheestään? Pitäisi olla sellainen paikka, jonne voi kirjata arkaluoteista tietoa ja ne eivät saa missään nimessä siirtyä Kantaan.

Vastaus: Lapsen kertomukseen kirjataan hoitoon liittyvät olennaiset asiat, jotka arkistoidaan Potilastiedon arkistoon, jolloin tieto välittyy muille ammattilaisille. Tarvittaessa merkinnän näkyminen viivästetään Omakannassa, kunnes lapsi on täyttänyt 18 vuotta. ERAS-näkymä ei sovellu tähän tarkoitukseen, koska kertojana on lapsi itse. Harkinnan mukaan laaditaan lastensuojeluilmoitus.

Liikkumissuosituks

Mihin näkymään liikuntaneuvojat kirjaavat liikkumissuosituksen?

Vastaus: Terveydenhuollossa toimivat liikuntaneuvojat kirjaavat ERITYIS-näkymälle.

Hierojan kirjaukset

Mille kansalliselle näkymälle hierojien tulee tallentaa kirjauksensa?

Vastaus: Hierojien kirjaukset tulevat ERITYIS-näkymälle.

Palveluohjauksessa käytettävä näkymä ja nimikkeistö

Palveluohjauksessa käytettävästä näkymästä on useita tulkintoja. Käytössä on SOS, ERITYIS ja HOI - näkymiä, riippuen millä mallilla toiminta on järjestetty ja minkälainen taustakoulutus ko. henkilöillä on ollut. Palveluohjauksessa on ehdotettu jatkossa käytettäväksi SOS-näkymää. Onko näin? Lisähuomio: palveluohjaajaa ei mainita esim. laissa th-ammattihenkilöistä. Laissa ei tunnisteta myöskään esim. kuntoutuksen ohjaajaa / kuntoutusohjaajaa. Voivatko palveluohjaajat käyttää terveyssozialityön nimikkeistöä?

Vastaus: Mm. Potilasasiakirjaoppaassa (STM 2012) todetaan, että potilaskertomukseen saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt, ja heidän ohjeidensa mukaisesti myös muut henkilöt – siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Palveluohjaaja, joka toimii terveyshuollossa, voi pääsääntöisesti käyttää näkymää SOS. Tehtävänsä luonteen ja työsisältöjensä puolesta palveluohjaajat voivat myös hyödyntää terveyssozialityön nimikkeistöä potilasasiakirjamerkinnöissään.

Optisen alan kysymyksiä

Silmätautien näkymä on SIL, jota käyttävät silmälääkärit. Onko optikoille määritelty muuta vai onko sama periaate kirjaamisessa? Onko tulossa uusia koodistoja? Olen ymmärtänyt, että optikot eivät voi käyttää diagnoosiluokituksia, kuten silmälääkärit. Koodistopalvelimella ei löytynyt toimialaan viittaavia luokituksia.

Vastaus: Optikoiden näkymä on ERITYIS ja lisänäkymänä voidaan käyttää asianmukaista erikoisalaa, esim. SIL, silmätaudit. Optikot voivat kirjata käyntisytytiedon ICPC- tai ICD-luokitusta käyttäen. Diagnoositiedon kirjaavat vain lääkärit (joko ICPC:llä tai ICD:llä).

Kuulontutkijat

Mihin näkymään kuulontutkijoiden tulisi kirjata?

Vastaus: Kuulontutkija/ audionomi toimii terveys- ja sosiaalialalla kuulon- ja tasapainotutkimusten, hoidon ja kuntoutuksen asiantuntijana, näin ollen näkymäksi soveltuu KUN tai ERITYIS, lisänäkymänä voi käyttää esim. KNK erikoisalanäkymää.

Seksuaalineuvojien ja –terapeuttien kirjaaminen

Meillä on ollut käytössä seksne-lomake, joka on ollut salattu myös kaupungin sisällä. Meillä on vain yksi erikoisasiantuntija jonka vastaanotot voivat olla hyvin henkilökohtaisia. Onko ne mahdollista pitää erillään, salattuina asiakirjoina, omalla lomakkeellaan? Periaatteessa ei kai saisi olla mitään salattua, vain lain mää-

räämät erillissuojatut (mihin ei taas voi lisätä organisaatiokohtaisesti mitään). Onko tulossa oma salattu näkymänsä? Saadaanko organisaatiossa vielä käyttää omaa SEKSNE-näkymää, joka ei menisi arkistoon ennen kuin on käytettävissä uusi näkymä. Mihin heidän on ajateltu kirjaavan? Koulutuspuolelta ryhmässä on monenlaista ammattilaista. Käytännöt lienevät kirjavia, mutta miten olisi ensisijaisesti ERITYIS-näkymä?

Vastaus: Näkymäluokitukseen lisättiin keväällä 2015 uusi näkymä SEX, seksuaaliterapia. Se on seksuaalivaltuutuksen liittyvien potilaskertomustietojen kirjaamisessa käytettävä näkymä. Sitä voi käyttää sekä pää- että lisänäkymänä. SEX-näkymän saaminen erityissuojauksen piiriin edellyttää asetusmuutosta (näkyvä määrittellään erityissuojattavaksi vasta kun asetusmuutos tehty). Niin kauan kuin SEX-näkymä ei ole erityissuojattu, voi päänäkyvä käyttää PSY- tai GEN-näkymää, jos tiedot halutaan tallentaa Potilastiedon arkistoon erityissuojattuna. Omassa organisaatiossa voi edelleen käyttää käytön rajausta, vaikkei se lain hengen mukaista olekaan. Jos potilas ei halua, että merkinnät näkyvät toisessa organisaatiossa, voi tehdä kiellon.

Psykoterapian kirjaaminen

Mille näkymälle merkitään psykoterapia, joka koskee esim. yksilö-, pari- tai seksuaaliterapiaa sekä raskauden, synnytyksen ja vauva-ajan psykoterapiaa. Onko eroa jos terapeuttina on psykiatri tai psykoterapeutti, jolla on myös hoitajakoulutus? Mihin kirjaa gynekologi terapiakäynnit silloin kun hän toimii myös psykoterapeuttina?

Vastaus: Suositeltavin päänäkyvä psykoterapiaa koskeville merkinnöille on PSL (psykologia). Lisänäkymäksi voi tarvittaessa laittaa esim. GYN. Jos psykoterapian merkintä halutaan erityissuojauksen piiriin, päänäkyväksi tulee valita PSY ja sen lisänäkymäksi PSL. Suojaus toimii vain kun PSY on päänäkyvä, ei toisin päin.

Kuntoutus, apuvälineet ja hoitotarvikkeet

Hoitotarvikepalvelujen kirjaaminen

Valtakunnallisten ohjeistuksien mukaan julkinen terveydenhuolto on veloitettu jakamaan kuntalaisille määrättyjä hoitotarvikkeita ja apuvälineitä. Tulisi selkeästi olla yhteiset ohjeistukset miten nämä tiedot on nopeasti saatavissa Potilastiedon arkistosta. Apuvälineotsikko on selkeä fysiologisten ja toimintaterapeuttisten apuvälineiden kohdalla. Sen alle on vielä melko loogista kirjata kotona käytettävät lääkinnälliset laitteet (happirikastimet ym.). Mutta rajanveto esim. diabetespumppejen, verensokerimittareiden ja niihin liittyvien tarvikkeiden ym. kohdalla on jo haasteellisempaa. Tarvitsemme selkeämmän ohjeistuksen mitä kaikkea tämän apuvälineotsikon alle tulisi kirjata. Omassa organisaatiossa hoitotarvikkeita määräävät lääkärit, hoitajat ja erityistyöntekijät vastaanotoillaan eli määräykset löytyvät Potilastiedon arkistossa usealta eri näkymältä. Kun asiakas hakee hoitotarvikkeita, niin osa hoitotarvikkeista jakavista työntekijöistä on hoitajia, osa ei. Tämä aiheuttaa sen, että hoitotarvikkeiden kirjaukset kirjataan eri näkymille kuin mille niiden tarve on alkujaan kirjattu. Lisäksi kun Hoitotarvikkeille ei ole omaa otsikkoa, niin kirjaukset ovat vielä haasteellisempia löytää suuresta tietomassasta.

Vastaus: Hoitotarvikepalvelulle ei ole omaa kansallista näkymäänsä. Rakeisen kirjaamisen oppaan 1 osan päivitetyn version (2015) mukaan terveydenhuollon ammattilaiset voivat kirjata hoitotarvikepalveluun liittyvää tietoa muutoinkin käyttämilleen näkymille (YLE, HOI, SIS jne.) Hoitotoimet-otsikon alle. Itse hoitotarvikkeisiin liittyvät tiedot kuten hoitotarvikkeiden määrä, tuotemerkki ja malli voidaan kirjata päivitetyn otsikkoluokituksen mukaisen otsikon, Apuvälineet ja hoitotarvikkeet, alle.

Apuvälineet ja hoitotarvikkeet

1)Mihin kansalliseen näkymään kirjataan (tai määritetään) hoitotarvikejakelun ja päätösten tiedot (hoitajat kirjaavat)? 2) entä apuvälineet jotka fysioterapeutti tai toimintaterapeutti lainaa? KUN vai kukin omille näkymilleen (FYST, TOI)? Opas huomioi otsikot (esim. apuvälineet) ja että kirjataan tietyille näkymille, mitä välinettä käyttää ja miten ohjattu käytössä.

Vastaus: Ks. edellinen vastaus. Ammattihenkilöt kirjaavat hoitotarvike- tai apuvälinepalveluun liittyvät sisällöt muutoinkin käytössään oleville näkymille (esim. HOI, KUN, FYST) tarkoitukseen soveltuvaa otsikkoa

(esim. Hoitotoimet, Kuntoutus) käyttäen. Luettelo ja muut tarpeelliseksi katsottavat tiedot asiakkaan käytössä olevista apuvälineistä ja hoitotarvikkeista voi kirjata Apuvälineet ja hoitotarvikkeet otsikon alle. Oleellisinta on, että potilaskertomuksesta käy selville potilaan hoidon ja arjen selviytymisen kannalta oleelliset tiedot hänen käyttämistään apuvälineistä ja hoitotarvikkeista sekä näiden käyttöön liittyvä ohjeistus.

Apuvälinetoiminnan näkymä

Minkä näkymän alle apuvälinetoiminta olisi syytä kirjata? Päivitetystä (2/2014) erityistyöntekijöiden kirjaamisohjeessa sanotaan mm. seuraavaa: ...”Palvelukohtaiselle KUN – näkymälle kirjaavat mm. kuntoutusohjaajat, kuntoutussuunnittelijat, kuntoutustutkimusyksiköiden työntekijät sekä apuvälinepalveluyksiköiden apuvälineasiantuntijat.” Tarkoittaako tämä apuvälinelainaamojen perustyötä? Ja miten nähdään, jos apuvälinetarpeen arviointia tehdäänkin terapiatoiminnan sisällä esim. toimintaterapiakäynnin yhteydessä? Entä miten kansallisesti sovittu otsikko Apuvälineet ja apuvälinenimikkeistö tähän rakenteeseen sijoittuu.

Vastaus: Rakenteisen kirjaamisen oppaan 1.osan päivitetystä versiossa (2015) on ohjeistettu yleisesti, että ammattihenkilöt käyttävät apuvälinepalveluun liittyviä tietoja kirjatessaan muissakin yhteyksissä käyttämäänsä näkymää (FYST, TOI, KUN, HOI, YLE jne.). Tarkoituksenmukaisena ei ole pidetty sitä, että terapiakäynnin yhteydessä toteutettava apuvälinepalvelu kirjattaisiin erilliselle näkymälle kuin muut käyntiin liittyvät tiedot. Tulevassa Rakenteisen kirjaamisen opas 2:ssa on tarkoitus täsmentää ja kuvata tarkemmin apuvälinepalveluiden ja kuntoutuksen kirjaamista. Päätoimisesti tai pääasiallisesti apuvälinepalvelua toteuttavat apuvälineasiantuntijat ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat käyttää KUN-näkymää riippumatta siitä, onko kyseessä perustason tai erikoistason hoitoa tuottava yksikkö. Päätös ja tulkinta siitä, milloin kyseessä on ns. apuvälinepalvelujen yksikkö, jää paikallisella tasolla päätettäväksi. Apuvälineet ja hoitotarvikkeet -otsikon alle kirjataan (käytettävästä näkymästä ja ammattihenkilöstä riippumatta) keskeisimmät tiedot käytössä olevista apuvälineistä/ hoitotarvikkeista. Apuvälineluokituksen hyödyntäminen on tässä kohdin suotavaa.

Apuvälinepalveluiden kirjaaminen

Olemme pohtineet apuvälinepalveluiden kirjaamista. Meillä apuvälinerekisteri- ja potilaskertomus-ohjelmat eivät keskustele keskenään. Mikäli apuvälinelainaus tulisi kirjata myös potilaskertomukseen, aiheuttaa tämä sen, että joudumme tuplasti kirjaamaan saman asian sekä apuvälinerekisteriin, että potilaskertomukseen. Onko tämä aivan välttämätöntä? Suosituksissanne lukee, että apuvälinerekisteri on osa potilasasiakirjaa. Mikäli apuvälineen käyttöön luovutusta ei kirjata potilaskertomukseen, tulee apuvälinerekisteriin voida kirjata apuvälineen käyttöön luovutuksen perusteena oleva sairaus, vamma tai muu toimintavajauden aiheuttama toimintakyvyn ongelma sekä apuvälineen käytön tavoitteet. Jos tämä kirjaus on mahdollista apuvälineohjelmassamme, niin täytyykö erikseen avata henkilön potilaskertomus ja kirjata siihen sama asia. Jos emme sitä kirjaa, niin lainaus näkyy ainoastaan työntekijöillä, joilla on mahdollisuus päästä apuvälinerekisteriin. Apuvälineen huolto- ja korjaustoimenpiteet tulee kirjata organisaation apuväline- tai laiterekisteriin.

Vastaus: Palvelujen antajan on laadittava kaikista hoitamistaan potilaista jatkuva, aikajärjestyksessä etenevä potilaskertomus (jatkuva potilaskertomus) sekä muut potilaan tutkimuksiin ja hoitoon liittyvät potilasasiakirjat. Rakenteisen kirjaamisen oppaan 1. osan päivitetystä versiossa (2015) todetaan, että potilaskertomuksen Apuvälineet ja hoitotarvikkeet -otsikon alle voidaan kirjata tai kirjataan esimerkiksi lista tai luettelo asiakkaan käyttämistä apuvälineistä sekä tarpeelliseksi katsottavaa muuta tietoa, kuten tuotemerkki, malli ja muutostyöt. Tämä ohje koskee myös muita kuin kuntoutus- ja erityistyöntekijöitä. Ohjeella on pyritty edistämään sitä, että potilaan hoidon ja päivittäisen selviämisen kannalta oleellisiin apuvälineisiin liittyvä tieto on moniammatillisen työn tukena ja kaikkien ammattiryhmien käytössä. Vaikka osa apuvälinerekisteriinkin kirjattavaa tietoa on potilastietoa, suuri osa apuvälinerekisteriin sisältyvästä tiedosta ei sitä ole. Koska erillisrekistereiden ja ensisijaisena potilasrekisterinä käytettävän potilastietojärjestelmän välisiä yhteyksiä ei toistaiseksi ole määritelty, merkintöjen tekemistä kahteen eri rekisteriin ei nykyisellään voitane täysin välttää. Se, missä laajuudessa apuvälinetietoa kirjataan apuvälinerekisterin ohessa myös potilaskertomukseen, jää käytännössä paikallisesti tai alueellisesti sovittavaksi.

Kuntoutussuunnitelma

Lakisääteinen suunnitelma on potilastietojärjestelmässämme pääsääntöisesti laadittu nyt erikoisalalehdelle eräänlaisena lääkärin tekemänä lausuntona, johon on lisätty tarvittaessa erityistyöntekijöiden osuudet. Miten muualla on toimittu? Valmistellaanko tähän jotain? Liittyykö asia jotenkin terveys- ja hoitosuunnitelmaan? Miten toimimme ennen sen käyttöönottoa?

Vastaus: Käytännöt eritasoisten kuntoutussuunnitelmien laadinnassa vaihtelevat. Rakenteisen kirjaamisen oppaan 1. osan päivitetystä versiossa (2015) todetaan kysymystä sivuten, että hoitojaksojen välinen (avohoidon) potilaan ja terveydenhuollon eri toimijoiden yhteinen hoitosuunnitelma kirjataan erilliselle rakenteiselle ylläpidettävälle Terveys- ja hoitosuunnitelma asiakirjalle - ja että kuntoutussuunnitelman on tarkoitus muodostaa osa terveys- ja hoitosuunnitelmasta. Mikäli rakenteinen Terveys- ja hoitosuunnitelma ei ole vielä käytössä, tai muuten on perusteltua olla kirjaamatta suunnitelmaa Terveys- ja hoitosuunnitelmalle, kirjataan suunnitelma jatkuvan potilaskertomukseen Suunnitelma-otsikolla.

Kuntoutussuunnitelma ja KUN-näkymä

KUN-näkymä olisi hyvä olla meidän käytössä ainakin moniammatillisia kuntoutussuunnitelmia varten. Onko KUN-näkymä varattu vain spesialisteille (virallisille erikoislääkäreille) vai voiko perusterveydenhuolto käyttää sitä? (KUN- otsikon alle YLE:lle ei oikein mahdu, kun asioita olisi niin paljon).

Vastaus: Kuntoutus-näkymän käytön ohjeistusta on tarkennettu Rakenteisen kirjaamisen oppaan 1. osan päivytyksessä (2015). KUN on kuntoutuksen ammatilliseen palveluun kuuluvien potilaskertomustietojen kirjaamisessa käytettävä näkymä. Näkymää käyttävät eri kuntoutustyöntekijäryhmät, kuten kuntoutuslääkärit, kuntoutusohjaajat, kuntoutussuunnittelijat, ja apuvälineasiantuntijat kuntoutustutkimus- ja apuvälineyksiköissä sekä muissa vastaavissa kuntoutusyksiköissä. KUN-näkymää voidaan käyttää myös laitoshoidossa, niin sanotuilla kuntoutusosastoilla ja muissa vastaavissa asiayhteyksissä kuntoutuksen koordinoituja moniammatillisia palveluita toteutettaessa. Myös fysio- ja toimintaterapeutit sekä muut vastaavat kuntoutus- ja terapiatyötä tekevät ammattiryhmät käyttävät KUN-näkymää päänäkymänä, toimiessaan osana edellä kuvattua kuntoutuksen palvelua ja lisänäkymänä oman ammatillisen palvelunsa kirjaamiseen tarkoitettua näkymää.

Kuntoutusyksikön merkinnät

Erikoissairaanhoidon antavassa yksikössä on erikseen kuntoutusyksikkö. Yksiköissä työskentelee monen erikoisalan lääkäreitä, jotka kirjaavat järjestelmässä yhdelle erikoisalan näkymälle kuntoutus. Tämä tapahtuu hoidon jatkuvuuden kannalta järkevällä mallilla. Potilaan hoidon kannalta ei voida ohjeistaa kuntoutusyksikössä eri lääkäreitä kirjaamaan jokaista eri näkymälle lääkärin erikoistumisalan mukaan. Onko KUN-näkymä tarkoitettu ammatilliseksi näkymäksi, eikä lääketieteelliseksi näkymäksi? Mihin Kanta-näkymään tällainen näkymä ”mäpätään”?

Vastaus: Kuntoutuslääkärit kirjaavat KUN-näkymälle, joka on palvelukohtainen näkymä. Päänäkymänään käyttämänsä KUN-näkymän lisäksi he voivat käyttää kliinistä erikoisalakohdaista näkymäänsä (esim. NEU). Muut kuin kuntoutuslääkärit kirjaavat toimiessaan konsultoivina lääkäreinä omalle näkymälleen ja käyttävät KUN-näkymää lisänäkymänä. Jos he toimivat osana kuntoutusyksikön toimintaa, he voivat käyttää myös KUN-näkymää. Koodistopalvelun määritelmä: Kuntoutusnäkyssä (KUN, päänäkymä) ovat ammatillista palvelua koskevat merkinnät, jotka liittyvät eri kuntoutustyöntekijäryhmien (kuntoutusohjaajat, kuntoutussuunnittelijat, kuntoutustutkimusyksiköiden työntekijät sekä apuvälinepalveluyksiköiden apuvälineasiantuntijat) antamiin palveluihin.

Fysio- ja toimintaterapiapalautteen kirjaaminen ICF:n mukaisesti (UUSI)

Organisaatiossamme on pitkään panostettu kirjaamisen kehittämiseen. Haluamme nyt saada fysio- ja toimintaterapian palautteet (Kelan vaikeavammaisten avoterapiaan) jäsenettyä ICF:n mukaiseksi. Löytyykö tähän suosituksia tai malleja? Oma potilastietojärjestelmämme määrittää tietyt rajat lomakepohjalle, mutta jotain pystymme toki muokkaamaan.

Vastaus: ICF-luokitus ja toimintakykytiedon tietosisältö sekä joukko muita näihin liittyviä koodistoja on julkaistu koodistopalvelimella. Tarkoituksena on edistää näin toimintakykytiedon yhdenmukaista kirjaamista.

Toimintakykyyn liittyvää tietoa voidaan kirjata sekä vapaamuotoisena tekstinä ICF:ää viitekehyksenä hyödyntäen. Ajatuksena on tukea jatkossa toimintakykytiedon rakenteista dokumentaatiota erilaisiin mittareihin pohjautuen ja lomakkeita, kyselyitä jne. rakenteista. Lisätietoa on tulossa myöhemmin julkaistavassa Rakenteisen kirjaamisen oppaan 2. osassa. ICF:n esittely ja käyttömallien kehittäminen ja pohdinnat etenevät ICF-kouluttajaverkossa, joka järjestää myös koulutuksia.

Apuvälineiden elinkaari

Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineitä hallinnoidaan järjestelmällä, joka on käytössä suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä. Onko niin, että potilaan käytössä olevista apuvälineistä ei tallenneta muuta rakenteellista tietoa kuin ajantasainen lista luokitustasolla? Miten apuvälineen elinkaari (ts. lainaus, käyttö, palautus) nähdään potilaskertomuksessa tuon listan muuttuessa? Miten apuvälineen lainaus/ palautustapahtuma arkistoidaan KanTaan? Mihin palvelutapahtumaan lainaus ja palautus tulee liittää, vai tuleeeko niistä muodostaa oma palvelutapahtumansa? Koostetaanko apuvälineistä jonkinlainen ajantasainen kooste näytettäväksi OmaKannassa? Jos, niin minkä tietojen perusteella?

Vastaus: Ks. edellinen vastaus (Apuvälinepalveluiden kirjaaminen). Apuväline tiedon rakenteista tietosisältöä ei ole toistaiseksi määritelty eivätkä apuväline rekistereihin kirjatut potilastiedot tällä hetkellä siirry Potilastiedon arkistoon. Apuvälinekoosteiden näyttämistä ei tällä hetkellä sisällytetty Omakantaan. Niiltä osin kuin tietoa asiakkaan käyttöön luovutetuista tai käytössä olevista apuvälineistä kirjataan jatkuvan potilaskertomuksen näytöille, ne siirtyvät muiden kertomustekstien tavoin Potilastiedon arkistoon. Käytännössä potilaskertomukseen tehtävät kirjaukset tehdään pitkälti vapaamuotoisesti tai THL Apuvälineet-luokitusta (tekstimuotoisesti) hyödyntäen, Apuvälineet ja hoitotarvikkeet - otsikkoa käyttäen. Apuväline merkintä kuuluu aina siihen palvelutapahtumaan (käynti/sarjahoito/osastojakso), jonka yhteydessä lainaus tai palautus on tehty. Jos kyseessä on ainoastaan apuväline lainaukseen liittyvä tilanne tai kontakti, siitä muodostuu itsenäinen palvelutapahtuma.

Hoitotyö

Hoitajien kansalliset näkymät

On saatu vähän ristiriitaista tietoa siitä, miten hoitajien kirjaamiset tehdään jatkossa. Meillä on esim. aiemmin hoitajatkin kirjanneet YLE-lomakkeelle. Vastaavasti useampi ammattiryhmä on kirjannut psykiatrian PS lehdelle (kaikki keskeiset tiedot löytyvät samasta paikasta). Erikoissairaanhoidossa on tahdistinhoitaja, joka on kirjannut SIS-lehdelle ja unihoitaja, joka on kirjannut KEU-lehdelle. Nämä on nyt suunniteltu siirrettäväksi vastaaville HOI-lomakkeille (ja rinnakkaisnäkymien avulla entisen tapaan erikoisalan lehdelle.)

Vastaus: Kun tieto välitetään Potilastiedon arkistoon, tulee käyttää kansallisia näkymiä (ja jos edelleen käytetään paikallisia hoitajien lomakkeita, kuten YLEHOI ja PSYHOI, niistä pitää tehdä linkitykset kansalliselle HOI-näkymälle). Ohjeen mukaan lääkärit käyttävät päänäkyminään omia erikoisalan näkymiä (esim. YLE) ja hoitajat joko HOI-näkymää (yhteenvetotasoiset tekstit) tai HOKE-näkymää (päivittäiskirjaukset). Jos HOI-näkymälle kirjattu tieto halutaan näkyvän myös erikoisalan näkymällä, voidaan se kirjata lisänäkymäksi tai päinvastoin. Jotkut palvelukohtaiset kertomusnäkymät on jo lähtökohtaisesti tarkoitettu moniammatillisiksi (esim. NEUVO, OPI, TYÖ). Jos asian luonteen vuoksi on erityinen syy tilapäisesti kirjata tästä poikkeavasti, se ei saa muodostua toimintamalliksi, vaan on poikkeus. Ks. myös alla vastaus ”Hoitotyön yhteenvedot”

Hoitotyön yhteenvedot

Tuleeko hoitotyön yhteenvedot laatia jokaisesta potilaista esim. kaikista osastojaksoista? Esim. jos potilas käy erikoissairaanhoidossa osastojaksolla, ja kotiutuu omatoimisesti kotiin ja huolehtii jatkohoidostaan itse. Meillä on linjattu nyt niin, että aina laaditaan, jos potilas siirtyy jatkohoitoon/kotiin, mutta hänen hoidostaan vastaa tai huolehtii joku muu (vanhuspalvelu, kotisairaanhoito, tk-vuodeosasto, omaishoitaja).

Vastaus: Lainsäädännön ([STM asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298](#)) mukaan (17§) jokaisesta osasto- tai laitoshoidon jaksosta tulee laatia loppulausunto. Hoidon loppulausunto on vastaavasti laadittava myös sellaisesta polikliinisesta hoitajaksesta, jonka loputtua hoito päättyy, taikka hoitovastuu siirtyy toiseen ter-

veydenhuollon toimintayksikköön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavalle terveydenhuollon ammattihenkilölle, jollei tästä poikkeamiseen ole erityistä syytä. Loppulausuntoon tulee annettua hoitoa koskevien yhteenvedojen lisäksi sisällyttää selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi, sekä mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa ja potilaan tila palvelutapahtuman päättyessä. Velvoite koskee niitä kaikkia terveydenhuollon ammattilaisia, jotka ovat potilaan hoitoon osallistuneet, myös hoitajia. Lisäksi asetuksen 14§ todetaan, että lääkärin tulee tehdä sairaalahoidossa olevan pitkäaikaispotilaan potilasasiakirjoihin vähintään 3 kuukauden välein hoitojakson alkamisesta seurantayhteenvedo riippumatta siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut olennaisia muutoksia. Vaikka laissa ei erikseen säädetä muiden ammattiryhmien tai avohoidon seurantayhteenvedoista (Väliarviot), on niiden laatiminen suositeltavaa, etenkin silloin kun se sisältää sellaista olennaista hoitotietoa, jota ei ole kirjattuna lääkärin seurantayhteenvedossa.

Kirjaaminen ryhmätyössä

Ryhmävastaanoton näkymät

AvoHILMOssa on määritelty ryhmävastaanotto (yksi asiakas ja vähintään kaksi ammattilaista). Kuka tai ketkä tekevät merkintöjä ja mille näkymälle/näkymille? Voivatko erityistyöntekijät käyttää saman palvelutapahtuman / osatapahtuman aikana useampia eri nimikkeistöjä?

Vastaus: Ryhmävastaanotto tietona on hallinnollinen merkintä. Kyseessä on tällöin AvoHILMO:n mukainen kävijäryhmän tilastointi. Tilastointimerkinnot ja hoidollisten tietojen kirjaaminen potilaskertomukseen on kuitenkin syytä erottaa loogisesti toisistaan. Avohilmo-oppaassa 2017 on ohjeistettu (tilastoinnin näkökulmasta) seuraavasti: *Esimerkkinä suun terveydenhuollossa on käytössä niin sanottu monihuonemalli, jossa yhden asiakkaan hoitoon osallistuu samalla asiakkaan käynnillä useampi ammattihenkilö. Jokainen ammattihenkilö kirjaa tekemänsä toimenpiteet asiakkaan kertomukseen ja tilastoi käynnin käyttämällä kävijäryhmää Ryhmävastaanotto. Potilaskertomukseen tehtävien merkintöjen ja kirjaamisen näkökulmasta on tilanteesta riippuen mahdollista myös sopia, että yksi ryhmävastaanottoa pitäneistä ammattihenkilöistä tekee asianmukaiset potilaskertomusmerkinnät kaikkien mukana olleiden ammattihenkilöiden puolesta. Suositeltavaa tällöin on, että läsnä olleet ammattihenkilöt yksilöidään tekstissä. Myös ammattihenkilöiden roolit ja soveltuvien osien heidän suorittamansa toimenpiteet on syytä kirjata (soveltuvien osien). Nimikkeistöjen käyttö potilaskertomusmerkinnöissä ohjautuu ensisijaisesti kirjaamisesta vastanneen työntekijän muutoinkin käyttämän nimikkeistön mukaisesti mutta ryhmävastaanoton kyseessä ollen tietojen kirjaamisessa voidaan hyödyntää useampiakin eri nimikkeistöjä. Toimintamallit ovat näiltä osin vielä epäyteneiset ja kehittymättömät. AvoHILMO-ohjeistuksen mukaan kukin ryhmävastaanotolle osallistunut tekee omalta osaltaan käyntiä koskevat tilastointimerkinnot.*

Hoitoneuvottelut

Osastojen hoitajat kirjaavat hoitoneuvottelut/ kuntoutuspalaverit Hoitotyön yhteenvedoon väliarviointiin. Kirjauksessa luetellaan kaikki neuvotteluun osallistuneet henkilöt ja kirjataan, mitä palaverissa on sovittu. Joillakin potilailla palavereja pidetään viikoittain. Ovatko hoitoneuvottelut tai ns. kuntoutuspalaverit Hoitotyön yhteenvedolle kuuluvia kirjauksia?

Vastaus: Kyllä ovat, kun kirjaajana on vuodeosaston hoitaja.

Oppilashuoltoryhmän kirjaukset

Miten tulisi toimia, jotta oppilashuoltoryhmän kirjaukset eivät näy kaikille OPI:n kautta. Ryhmä on moniammatillinen, koulun terveydenhoitaja kirjaa tekstit joissa on arkaluonteisia tietoja.

Vastaus: Jos terveydenhoitaja kirjaa potilaan hoitoon liittyviä potilaskertomusmerkintöjä, kuuluvat ne potilasrekisteriin ja ovat sitä kautta käytettävissä terveydenhuollossa toimiville. Jos tiedot liittyvät Psykiatriaan tai perinnöllisyyslääketieteeseen (tai jatkossa seksuaaliterapiaan), voidaan näitä näkymiä käyttää päänäkymänä ja OPI näkymää lisänäkymänä, jolloin tiedot tulevat erityissuojauksen piiriin.

ERAS-näkymä

Merkinnät kolmannesta osapuolesta (UUSI)

Jos äiti on kertonut elävänsä väkivaltaisessa parisuhteessa ja se on kirjattu ERAS-näkymälle. Minne kirjataan ko. tilanne, jos kertoja onkin kolmas osapuoli eli esim. mummo soittaa neuvolaan kertoen lapsenlapsensa isän olevan väkivaltainen?

Vastaus: ERAS-näkymälle kirjataan ainoastaan toisen henkilön itsestään kertomat arkaluonteiset tiedot. Jos kolmas henkilö kertoo neljännessä, kyseessä ei ole tällainen tieto, joten se kirjataan asiakkaan asiakirjoihin jos asia on hoitoon vaikuttava. Huom. tarvittaessa tehdään viivästäminen Omakannassa.

ERAS-näkymän näkyvyys muille organisaatioille

Näkykö ERAS-näkymän tiedot muille organisaatioille aina Kantassa, ellei jotenkin erityissuojata?

Vastaus: Näkyvät. ERAS-näkymää voi käyttää ainoastaan lisänäkymänä. Ja erityissuojaus on mahdollista vain PSY tai GEN-näkymillä ja niiden lisänäkymillä. Esim. kun psykiatrian kirjauksessa PSY päänäkymän lisäksi käytetään ERAS-lisänäkymää, erityissuojaus kattaa myös ERAS näkymän tiedot.

Arkaluonteiset asiat lasten neuvolatarkastuksissa

Tarkastuksissa tulee esille asioita, jotka liittyvät esim. perhetyöhön tai lastensuojeluun, perheväkivaltaan yms. Mihin nämä kirjataan? Voiko ne olla samalla lomakkeella muiden ns. normaalien kasvujen ym kehitykseen liittyvien asioiden kanssa ja tuleeko ne eArkistoon? Vai suositetaanko tekemään yhteenveto esim. lapsesta yhden neuvolavuoden ajalta, joka tulisi arkistoon?

Vastaus: Kirjataan lapsen hoidon kannalta olennaiset tiedot NEUVO-näkymään. Tarvittaessa käytetään ERAS-näkymää. Jokaisesta vastaanotosta tehdään oma kirjaus. Näiden lisäksi voidaan tarvittaessa laatia yhteenveto.

Ilmoitukset ja virka-apupyynnöt

Poliisin virka-apupyynnöt (UUSI)

1. Päivystyksessä on jatkuvasti tilanteita, jolloin päivystys antaa poliisille virka-apua ja ottaa heidän pyynnöstään verinäytteitä tilanteessa, jolloin heillä on epäily alkoholin- tai huumausaineen vaikutuksena alaisena ajamisesta. Eli tilanteet jolloin asiakas tulee poliisin saattamana pelkästään verinäytteiden ottoa varten eli silloin ei ole mitään hoitosuhdetta päivystykseen. Näistä asioista ei saa kirjata potilasasiakirjoihin, kuten ei myöskään muita virka-apupyynnöitä. Virka-apupyynnöt dia-rioiimme asianhallintajärjestelmään. Miten ja minne tällaiset asiat kirjataan?
2. Toteutuuko erikoissairaanhoidossa ns. erityissuojaus lasten oikeuspsykiatrian potilaiden kirjauksissa, jos potilas tulee poliisin virka-apupyynnöllä päivystyksellisesti somaattisiin tutkimuksiin esim. lasten päivystyspoliklinikalle. Näistä kirjataan lastenlehdelle käyntipvm, tulosy ja paikalla olijat, tarkempi teksti erilliseen suojattuun arkistoon.
3. Miten lasten oikeuspsykiatrian potilaita ja vanhempia informoidaan potilastiedon arkistosta? Tieto- ja virka-apupyynnöllä käynnistyvistä tutkimuksista kirjataan siis erikoisalalehdille esim. lasten- ja naistentaudit -lehdille.
4. Minne kirjataan seksuaalisen hyväksikäytön ja pahoinpitelyn epäilyt? Vai kirjataanko niitä ollenkaan? Poliisien ohjeistus ko. asiaan on, että keskeneräisiä asioita ei informoida vanhemmille (lapsen etu). Jos asia kirjataan, vanhempi voi saada tästä tiedon.

Vastaus: Toisen viranomaisen (poliisi) virka-apupyynnöstä tehtävät tutkimukset, ovat julkisuuslain (621/1999, 5§) mukaan pyytävän viranomaisen asiakirjoja. Ne eivät siksi ole potilastietoa, eikä niitä siksi tallenneta potilaskertomukseen. Potilaskertomukseen voidaan tarvittaessa kirjata käynnin tiedot (tulositynäsä esim. Z08.2 tekstillä ”Tarkastus viranomaisen pyynnöstä”), tekstiksi ainoastaan ”Tehty lausunto viranomaiselle.” Näkymäksi soveltuu PHAL. Seksuaalirikosten selvityslaisissa (1008/2008, 4§) kuitenkin todetaan ”*Selvityksestä laadittu loppulausunto, joka koskee lapsen terveydentilaa, voidaan kuitenkin erityissäännöksen perusteella toimittaa tutkimuksen päätyttyä 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/ tärkeitä potilaan hoidon kannalta, ne voidaan tarvittavalta osin tallentaa myös potilaskertomukseen. Näkymänä käytetään erikoisalanäkymää, jonka hoidon kannalta tiedot ovat merkityksellisiä. Jos tietoa tallennetaan Potilastiedon arkistoon, tulee potilaalle/ vanhemmille kertoa mitä arkistoon on tallennettu (esim. arkistoidaan vain tieto käynnistä). Jos potilas hakeutuu itse hoitoon pahoinpitelyn vuoksi, kyseessä on normaali hoitotapahtuma, joka kirjataan myös potilaskertomukseen. Merkintä tulee tehdä niin tarkasti, että siitä pystytään myöhemmin antamaan erillinen lausunto, jos/kun poliisilta tai vastaavalta toiselta viranomaiselta tulee lausontopyyntö. Tehty lausunto ei ole potilasasiakirja, ja kertomukseen kirjataan vain tieto sen tekemisestä.

Pahoinpitelylausunto poliisille (UUSI)

Saako pahoinpitelylausunnon tallentaa potilastietojärjestelmään?

Vastaus: Pahoinpitelylausunnon alkuperäinen versio lähetetään poliisiviranomaiselle, mutta kopio pahoinpitelylausunnosta jää sähköiseen potilastietojärjestelmään, mutta jatkuvaan sairaskertomukseen ne eivät kuulu. Jatkuvaan sairaskertomukseen tulee kirjaus siitä, että lausunto on tehty. Pahoinpitelylausuntoa ei arkistoida Potilastiedon arkistoon.

Sosiaalihuoltolain mukaiset ilmoitukset terveydenhuollossa (UUSI)

Mihin näkymään lastensuojeluilmoitus kirjataan ja millaisessa muodossa? Ammattikunnan omalle lehdelle vai SOS- lehdelle? Minne ilmoitukset tallennetaan? Ilmoitusta on vaikea löytää, jos siihen ei ole yhdenmuukaista keskitettyä paikkaa? Minne sosiaalihuoltolain 35§:n ilmoitukset kirjataan?

Vastaus: Sosiaalihuollon tuen tarpeen arviointipyynnön/ ilmoitusten osalta potilaskertomukseen kirjataan ainoastaan tieto, että terveydenhuollon ammattilainen ottanut yhteyttä/ ilmoitus tai lausunto tehty. Esim. lastensuojeluilmoituksen osalta lapsen potilaskertomukseen kirjataan ainoastaan tieto, että ko. ilmoitus on tehty. Tieto kirjataan Lausunto- otsikon alle sille näkymälle, jonka yhteydessä ilmoitus on tehty (yleensä näkymä on SOS, muttei aina). Ohjeissa todetaan, että *Myös tieto muista kuin potilasasiakirjoina tehtävistä lausunnoista, kuten merkinnät poliisin virkaapuyyntöihin 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* (Rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1 (2015), sivu 40). Ks. myös vastaus ” Pahoinpitelylausunto poliisille ”

Varsinainen lastensuojeluilmoitus tehdään siihen tarkoitettulle lomakkeelle. Tarkempaa tietoa löytyy mm. THL:n sivuilta <https://www.thl.fi/fi/web/lastensuojelun-kasikirja/tyoprosessi/lastensuojeluilmoitus-ja-lastensuojeluasian-vireilletulo/lastensuojeluilmoitus>. Lomakkeesta voi tarvittaessa ottaa kopion, joka tallennetaan/ arkistoidaan potilashallinnollisiin asiakirjain, ei potilasrekisteriin. Eikä ilmoitusta välitetä Potilastiedon arkistoon. Alkuperäinen ilmoitus välitetään sosiaalihuollon lastensuojeluun, jossa ilmoitus arkistoidaan sosiaalihuollon rekisteriin/ arkistoon. Ilmoitus käynnistää sosiaalihuollon tietyt prosessit ja tiedot tästä prosessista kirjataan sosiaalihuollon järjestelmään asiakasrekisteriin ja asiakasasiakirjoihin prosessien etenemisten mukaisesti.

Muita kysymyksiä

Andrologia

Mihin näkymään kirjataan andrologian tiedot?

Vastaus: Andrologia eli ns. miesoppi tai miestentautioppi, joka tutkii miehen sukupuolielinten rakennetta, toimintaa ja sairauksia. Suositeltavin erikoisala on Urologia. Kirjaukset voivat ehkä sisältää myös seksuaali-neuvontaa tai -terapiaa, jolloin lisänäkymänä voi käyttää myös SEX-näkymää. Ks. myös kohta ”Seksuaali-neuvojen ja –terapeuttien kirjaaminen”.

Ehkäisyn kirjaaminen

Ehkäisyn aloitukset on ajateltu kirjattavaksi jatkossa NEUVO- näkymälle. Kirjaako myös lääkäri NEUVO - näkymään? Tuleeko myös koulu- ja opiskeluth:ssa käyttää ehkäisykäynneissä NEUVOa? Voisivatko molemmat kirjata myös koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ehkäisykäynnit OPI:lle ja laittaa ne rinnakkaisnäky-mäksi NEUVO:lle tai toisinpäin?

Vastaus: Kyllä. Sekä NEUVO että OPI ovat näkymiä, johon kirjaavat sekä lääkärit että hoitajat. Päänäkymä valitaan sen mukaan, missä ja kuka ehkäisykäynneistä kirjaa. Neuvolassa päänäkymä on NEUVO. Muutoin NEUVO on syytä laittaa lisänäkymäksi, esim. koulu/ opiskeluterveydenhuollossa OPI+NEUVO, yleislääkärin vastaanotolla YLE+NEUVO jne.

Lapsettomuushoitoihin liittyvä kirjaaminen (UUSI)

Miten lapsettomuudenhoito-potilaiden (miesten ja naisten) hoitotietoja käsitellään? Näkymät ym. Kirjataanko isään liittyvä lapsettomuuden syy ainoastaan isän tietoihin vai myös äidin tietoihin esim. käyttäen ERAS-näkymää? Tämä tieto tarvitaan klinikkojen mukaan hyvin usein äidin tietojen käsittelyn yhteydessä, mm. isän hetun täytyisi kulkea äidin tietojen mukana?

Vastaus: Näkymien käyttö ohjautuu sen mukaan missä yksikössä/ minkä palvelun piirissä potilas asioi ja kuka kirjaa. Esim. NEUVO, GYN, HOI, YLE jne. Ensimmäisessä merkinnät tehdään isän omiin tietoihin, ja jos äidin tietoihin, niin sitten isän tiedot merkitään ERAS-näkymään (johon isällä tarkistus-oikeus).

Luovutetuista sukusoluista syntyneen lapsen tiedonsaantioikeudet (UUSI)

Kuuluuko vastasyntyneen potilasasiakirjoihin kirjata, että hän on saanut alkunsa luovutetuista sukusoluista, jotta tiedonsaantioikeus toteutuisi tilanteessa jossa vanhemmat eivät kerro asiaa? Tällä hetkellä tieto kirjataan vain äidin potilaskertomukseen.

Vastaus: Tietoa luovutetuista sukusoluista ei kirjata vastasyntyneen tietoihin. Luovuttajasta kirjataan rekisteritunnus äidin tietoihin. Jos lapsi haluaa tiedon luovuttajasta täytettyään 18 vuotta, hän voi hankkia tiedon luovutusrekisteristä luovuttajan tunnuksen perusteella. (Ks. Laki hedelmöityshoidoista 23 § ja 29§)

Isyyden tunnustamisen kirjaamisesta (UUSI)

Kirjataanko jo tähän mennessä tehdyt tunnustukset jälkikäteen, ohjeen mukaisesti?

Vastaus: Ei tarvitse. Jos asia tulee esille myöhempien käyntien yhteydessä, niistä voi silloin tehdä kirjauksen, mutta ei ole pakollista. Lähtökohtaisesti kirjaamisesta tulee tehdä ohjeen mukaisesti sen julkaisemisesta (18.4.2016) lähtien. Ks. tarkemmin <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/isyyden-selvittaminen/isyyden-tunnustaminen-ennen-lapsen-syntymaa>

HIV-tieto

Miten toimimme seuraavanlaisessa tapauksessa: Meillä on vastasyntynyt lapsi, jonka molemmilla vanhemmilla on HIV. Tämä tieto on tullut meille synnytyspalautteessa. Voiko tällaisen tiedon tallentaa lapsen tietoihin vai olisiko tässä ERAS-näkymän käytön paikka? Vanhemmat eivät ole meille sairauttaan ilmaisseet.

Vastaus: Isän HIV ei ole lapsen terveyden ja hyvinvoinnin kannalta olennainen tieto, mutta äidin HIV on. Se johtaa profylaktiseen hoitoon ja seurantaan, joten tieto tulee kirjata lapsen sairauskertomukseen (tässä synnytyspalautteeseen). Sitä kautta tieto välittyy perusterveydenhuollon tietojärjestelmään, jonne tieto tallennetaan. Lapsellahan on altistuksesta diagnosoikin. Ratkaisu on käytännössä tehty siinä vaiheessa, kun

huoltajat ovat luvanneet synnytyspalautteen jakelun esim. perusterveydenhuoltoon. Synnytyspalautteesta saatu tieto taas kirjataan lasta hoidettaessa/ seurattaessa niissä yhteyksissä, jossa sillä on olennaista merkitystä. Käytännössä siis perusterveydenhuollon ei ole välttämätöntä tietää lapsen HIV-altistuksesta, eikä sitä tietoa välttämättä tarvitse välittää perusterveydenhuoltoon (=vanhemmat eivät ole antaneet lupaa jakeiluun), mutta tässä tapauksessa lupa on, koska palaute on lähetetty.

Lapset puheeksi keskustelu

Mihin poliklinikan ja vuodeosaston työntekijät (hoitajat) voisivat kirjata, kun ovat käyttäneet [Lapset puheeksi keskustelua](#) työssään? Siitä on ohjeistus, että kirjataan, kun keskustelu on käyty, mutta ei, mitä keskustelussa on puhuttu/sovittu jne.

Vastaus: Poliklinikoiden ja vuodeosastojen hoitajat kirjaavat työyksiköstä/ toimialasta riippuen näkymille HOKE tai HOI, lisänäkömäksi voi laittaa soveltuvan erikoisalanäkymän. Neuvoloissa hoitajat kirjaavat NEUVO-näkymään ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa OPI-näkymään. On tärkeää, että kirjataan keskustelun tulokset (eli ne olennaiset asiat, mitä keskustelussa tuli esille ja mitä sovittiin).

AUDIT-testit

Mihin kirjataan laajassa terveystarkastuksessa esille tulleet vanhempien AUDIT-testit?

Vastaus: Vanhempien yksityiskohtaisia terveystietoja (esim. Audit-pisteet) ei kirjata lapsen kertomukseen, vaan vanhemman omaan. Lapsen terveyteen ja hyvinvointiin olennaisesti vaikuttavat vanhemman terveystiedot saa kirjata lapsen kertomukseen tarvittavalla tarkkuudella. Esim. vanhemman alkoholin riskikäytön tai alkoholiongelman saa (ja pitää) kirjata, mutta pisteitä ei siis kirjata.

Työttömien terveystarkastukset

Aloitamme työttömien lakisääteiset terveystarkastukset. Terveystarkastajat tietävät, että kartoitusvaiheessa tulee paljonkin arkaluontoista asiaa, jotka eivät sinällään hoidon kannalta ole merkityksellisiä, mutta esim. kun pohditaan eläkejärjestelyjä tai kuntoutuksen tarvetta, niillä voi olla merkitystä. Jos ko. henkilöillä löytyy esim. korkeita verenpaine-arvoja tai hälyttäviä veriarvoja, hänen kanssaan jatketaan normaalisti hoitosuhteessa, ja tällaiset tiedot on hyvä näkyä mm. päivystyksen sairaanhoitajalla. Miten näistä tulisi kirjata?

Vastaus: Terveystarkastuksen toimintayksikön terveystarkastajat kirjaavat tiedot HOI-lehdelle. Tässä ilmeisesti kyse terveystarkastuksen toiminnasta, vaikka toteutetaan osana Työvoiman palvelukeskuksen toimintaa.

Kutsuntojen terveystarkastukset

Minne näkymälle kirjataan kutsunnoissa tehtävä terveystarkastus?

Vastaus: Näkömälle valitaan sen mukaan, missä ja kuka tarkastuksen tekee, esim. NEUVO, OPI, YLE, HOI. Suositellaan käytettäväksi (ainakin) otsikkoa Terveystarkastus.

Suukirurgia – suun terveydenhoito

Sairaanhoitopiirissämme on käytössä HAMM -lomake, jonne kirjataan ainoastaan suukirurgiaa. Kannassa olevaan SUU-näkymään viedään ilmeisesti tulevaisuudessa perushammaslääkärin kirjauksia? Nyt meillä pohdinnassa, mihin suukirurgia Kannassa pitäisi määrittää. Vai jätetäänkö viemättä Kantaan nyt ja tulevaisuudessa sitten SUU -näkömälle? Jos määrittää kirurgian näkömään, se on sidottu vain kirurgiaan.

Vastaus: Linkitetään (määrittää) SUU-näkömälle. Tarvittaessa käytetään lisänäkömäänä esim. KIR, KNK jne.

Genetiikan tiedot/ neurologia

Mille näkömälle tulisi kirjata oireettomista perinnöllisistä sairauksista, tai jos neurologisella potilaalla on peliriippuvuutta ja taloudellisia ongelmia. Ongelmaryhmiä ovat esim. Huntington oireettomat geenipositiviset, GSS oireettomat geenipositiviset (on myös prionitauti, ja laitettu riskitietoihin), FTD sukujen tiedot sekä muistitautien ja lihastautien sukupuut-datat. Tällä hetkellä tietoja on myös hyvin paljon paperilla, mutta jatkossa ne tarkoitus arkistoida skannattuna. Meille on epäselvää, minne tiedot voisi skannata?

Vastaus: Perinnöllisyystiedot olisi hyvä kirjata GEN-näkömälle, jos mahdollista. Tiedot voidaan kirjata käyttäen kansallisia otsikoita. Muutoin skannataan ja arkistoidaan paikallisten edellytysten pohjalta.

Siedätyshoidot

Miten kirjataan siedätyshoidot eArkisto-kelpoisesti?

Vastaus: Päänäkymä valitaan sen mukaan, missä ja kuka siedätyshoidosta kirjaa, esim. IHO, KOR, HOI. Lisänäkymäksi on suositeltavaa laittaa ALLERG-näkymä (Allergologia).

Kehitysvammalääketiede

Kehitysvammalääketieteen poliklinikka tarjoaa kehitysvammalain mukaista erityispalvelua. Eri ammattiryhmien edustajat kirjaavat potilaista KEVLÄ-näkymälle. Ammattiryhmiä ovat mm. lääkäri, kuntoutusohjaaja, psykologi. Hallinnollisesti poliklinikka kuuluu Lastentautien vastuualueeseen. Mihin näkymälle nuo merkinnät kuuluvat Potilastiedon arkistossa? Kirjaukset ovat: moniammatillisia; ala-ikäisistä ja aikuisista asiakkaista; kuntoutusta/lääketieteellistä/terveyden/sairaanhoitoa.

Vastaus: Lääkäri kirjaa sille kyseiselle erikoisalanäkymälle, jossa potilas kulloinkin asioi, esim. YLE, LAS, SIS, KIR jne. Muut työntekijät kirjaavat joko palvelukohtaisille (esim. KUN) tai ammattikohtaisille näkymille. Tarvittaessa kukin käyttää merkinnöissään myös lisänäkymiä.

Liikennelääketieteen tiedoista

Meillä olisi tarve arkistoida ensi vuoden alusta 1.1.2015 tietoa näkymälle AJO, jolla nyt koodistossa tarkoitetaan vain määrämuotoista lomaketta. Kyse lienee ensimmäisenä maassa aloitettavasta liikennelääketieteen toiminnasta, jossa siis syntyy myös muuta kuin lomakkeita. Onko mitään toivoa saada muutosta AJO näkemykseen vai käytämmekö näkemystä ERITYIS?

Vastaus: AJO-näkymä on varattu tunnuksiksi lääkärintodistukselle ajokortin hakemista tai uusimista varten. Lääkäri ei kirjaa ERITYIS-näkymälle, vaan potilaan sairauden mukaiselle erikoisalanäkymälle.

Obduktion tiedot

Mille näkymälle kirjataan obduktiopyynnöt ja -vastaukset? Entä oikeuslääketieteelliset ruumiinavauspyynnöt? Tällä hetkellä kirjattu ko. organisaatiossa OBDUKT-lehdelle.

Vastaus: Muut kuin oikeuslääketieteelliset kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat ovat osa potilasasiakirjoja. Tiedot kirjataan sille erikoisalalle (näkyville), jolla potilas ollut hoidossa kuoleman sattuessa tai jolla viimeksi ollut hoidossa tai mikä onärkevin. Jos potilas on ollut sisätautiosastolla ja kuollut siellä, kirjataan SIS-näkymälle. Oikeuslääketieteelliset ruumiinavausasiakirjat eivät ole potilasasiakirjoja, eikä niitä arkistoida Potilastiedon arkistoon. Ne ovat poliisin asiakirjoja ja kuuluvat THL:n oikeuslääkinnän arkistoon.

PHAL-näkymä ja valinnanvapaustiedot

Voiko PHAL-näkymälle kirjata muutakin tietoa kuin ajanvarauksiin liittyvää, joka generoituu sinne automaattisesti. Meillä linjattu, että PHAL:lle kirjattaisiin mm. valinnan vapautteen liittyvät asiat.

Vastaus: Valinnanvapaustietoja voi kirjata PHAL-näkymään.

Näkymien LILM, PHAL ja PAIK käytöstä

Mille näkymälle tulee yksityisen lääkäriaseman asiakaspalvelijoiden työ kirjata? Ehdolla on seuraavat

- LILM = asiakirja ilmaisee toimijan Kanta-arkistosta toiselle toimijalle tekemät tietojen luovutukset; arkistoituu; näkyy Omakannassa luovutusmerkintänä
- PHAL = näkymä, johon kirjataan hoidon- ja ajanvarausmerkinnät, joihin ei liity hoidollisia merkintöjä. Tästä ollut ristiriitaista tietoa, siirtykö arkistoon 1.vaiheessa. Kun siirtyy, näkyy Omakannassa.
- PAIK = paikallinen lomake -näkyville (PAIK) tulevat lomakkeet, joille ei ole määritelty kansallista lomaketta tai näkymää tai joita vastaavia lomakkeita tai näkymiä ei ole löydettävissä. Tämä ei arkistoidu nyt, eikä takautuvasti; eikä näy nyt Omakannassa.

Entä jos käyvät katsomassa potilasasiakirjoja esim. laskutuksen oikeellisuuden takia ja tällaista (katselua) ei haluttaisi näkyvän potilaalle, mihin sellainen kirjataan? Voiko tällaisen kirjata johonkin muualle potilastietojärjestelmään kuin arkistoituvalla näkymällä?

Vastaus: Ko. ehdotukseen PAIK ja LILM-näkymistä vastaavat sitä, mitä on kansallisesti ohjeistettu. PHAL on tarkoitettu käyttöönotettavaksi ja arkistoitavaksi ensi vaiheessa. Ajanvaraustietojen ym. arkistointi on hyödyllinen sikäläkin, että Omakannassa potilas näkee ko. tiedot eikä vain pelkkää tyhjää palvelutapahtumaa (siis niissä tilanteissa, kun hoitoasiakirjoja ei vielä ole arkistoitu). Laskutuksen tarkistamiseen liittyviä merkintöjä ei kirjata potilaskertomukseen, eikä arkistoituville näkymille.

Hoidon tarpeen arviointi

Miten terveydenhuollon ammattihenkilön tulee dokumentoida hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä syntyvät potilaskertomusmerkinnät? Mille näkymälle, hoitoprosessin vaiheelle ja minkä otsikon alle merkintä kirjataan? Pitäisikö hoidontarpeen arvioinnin tiedot arkistoida?

Vastaus: Hoidon tarpeen arviointiin liittyvät merkinnät, jotka ovat nimenomaan hoidollista tietoa ja perusteltuja asiakkaan/potilaan hoito-/palveluprosessin kannalta tulee kirjata potilaskertomukseen ja tallentaa Potilastiedon arkistoon. Päänäkymä määräytyy hoidon tarpeen arvioitsijan mukaan (esim. hoitaja kirjaa HOI-näkymälle jne.). Lisänäkymiksi voi tilanteesta riippuen soveltua esim. YLE- tai muu vastaava, erikoisala-kohtainen näkymä. Hoitoprosessin vaihe voisi oletusarvoisesti olla Tulotilanne. Otsikkoa ei voi määritellä yleisesti ja yksiselitteisesti. Tekstin sisällöstä riippuen voisi käyttää esim. Esitiedot tai Suunnitelma-otsikkoa. Myös Etäkontakti-otsikkoa voi käyttää (koko merkintää koskevana otsikkona), kun potilas ei ole läsnä. Pelkästään tilastointia tai ns. hoitoon pääsyn seurantaan varten tallennettavia tietoja (esim. kontaktin luonne) ei tarvitse kirjata kertomukseen. Sen sijaan mm. hoidon kiireellisyys, hoidon tarpeen arvioinnin tulos ja vapaamuotoinen teksti arvion perusteista, ovat hoidollisia kertomustietoja, jotka on syytä merkitä kertomukseen ja tallentaa myös Potilastiedon arkistoon (kuten edellä on kuvattu). Mikäli potilaskertomukseen on perusteltua tehdä muita kuin hoidolliseksi katsottavia, esimerkiksi vain ajanvarausta koskevia merkintöjä, ne tehdään PHAL- näkymälle. Otsikkona voidaan tällöin käyttää esimerkiksi otsikkoa Muu merkintä.

Terveys- ja hoitosuunnitelma

Kun THS tulee myöhemmin, miten arkistoidaan nykyiset hoitosuunnitelmat?

Vastaus: Jatketaan entisiä käytäntöjä ja kirjataan sen mukaiset yhteenvetotasoiset suunnitelmat erikoisalanäkymille. Jos hoitaja tekee yhteenvetotasaisen suunnitelman, se kirjataan HOI-näkymälle. Jatkohoitosuunnitelmat ovat osa kertomustekstiä. Kun tiedonhallintapalvelussa ylläpidettävä Terveys- ja hoitosuunnitelma otetaan käyttöön, samalla tarkennetaan, missä tilanteissa sitä käytetään.

Omakannassa näkyvät tiedot

Laboratorio- ja patologiavastausten arkistointi ja viivästykset

Laboratorio- ja patologiavastausten vieminen eArkistoon ja näkyminen Omakannassa on melko kaksitahoinen juttu. Toisaalta olisi hyvä, että asiakas näkisi esim. perusvastaukset nopeasti ja turha soittelu vastausten kysymisestä jäisi pois ja toisaalta esim. syöpävastaus ei saisi tulla näkyville ennen kuin lääkäri on asiasta potilaan kanssa keskustellut. Meillä lääkärit ovat nyt hyvin huolestuneita tulosten liian aikaisesta näkymisestä potilaalle. Osa erikoislääkäreistä käy täällä vain harvoin ja heidän määräämiensä kokeiden tulosten näkymistä pitäisi viivästyä pitkäänkin. Varsinainen kysymys on, voiko organisaatio itse päättää, ettei vie laboratorio- ja patologiavastauksia eArkistoon tai estää niiden näkymisen pysyvästi tai todella pitkään? Tai onko jotain työkalua lääkäreiden rauhoittamiseksi eli katsotaanko pienemmäksi pahaksi se, että potilas näkee vastaukset liian aikaisin, kuin ettei näe niitä ensinkään?

Vastaus: Potilasasiakirja-asetuksen mukaan pyynnöt ja vastaukset ovat arkistoitavia potilasasiakirjamerkintöjä ja asiakastietolain mukaan nämä on arkistoitava Potilastiedon arkistoon. Organisaatio ei voi estää niiden viemistä Potilastiedon arkistoon, koska se on lakisääteinen velvollisuus. Organisaatio tai itse asiassa yksittäinen lääkärikin voi tämän hetken lainsäädännön mukaan päättää, haluaako viivästyä tiettyjen tietojen näyttämistä potilaalle Omakannassa. Viivästyksen ajatus on kuitenkin ollut, että se mahdollistaa kontaktin lääkärin ja potilaan välillä niin, että potilas ennättää saada mahdolliset ”vaaralliset” tulokset ja niiden jatkohoito-ohjeet lääkäriltä eikä esim. säikähdä jotain tulosta netissä. Pysyvä piilottaminen eli jonkin merkinnän pysyvä viivästyminen on mahdollista vain silloin, jos sen katsotaan aiheuttavan merkittävää haittaa potilaan terveydelle. Tässä ei kylläkään ole tarkoitettu laboratoriovastauksia vaan joitain ammattihenkilön tekemiä tekstimerkintöjä (esim. psykiatrian puolella). Ja väliaikainen viivästyminen ei ole ollut tarkoitus olla kuukausia.

Laboratoriovastausten viivästyminen Omakannassa

Jos labravastauksia on useampia, ja yksi on viitearvojen ulkopuolella, näytetäänkö omien tietojen katselussa normaalit vastaukset heti ja viivästyään se yksi, vai viivästykö kaikki vastaukset?

Vastaus: Omakanta viivästyttää kaikki samalla asiakirjalla olevat vastaukset. Eli jos kaikki laboratoriopyynnöt ja vastaukset menevät järjestelmässä samalle asiakirjalle, viivästyvät kaikki.

Sikiöseulontatieto Omakannassa

Näkyvätkö sikiön seulontatutkimukset (trisomiat) Omakannassa?

Vastaus: Seulontatutkimuksiin liittyvät laboratorio-tulokset ovat katseltavissa Omakannassa, mikäli terveydenhuollon organisaatio on aloittanut laboratoriovastausten tallentamisen Potilastiedon arkistoon. Lisäksi seulonnoista kirjatut potilaskertomusmerkinnät näkyvät Omakannassa kuten muutkin kertomustekstit

Tyhjät palvelutapahtumat Omakannassa

Miksi syntyy tyhjiä palvelutapahtumia, onko kyseessä virheellinen toimintamalli, järjestelmän virhe vai tulisi siko jättää näyttämättä?

Vastaus: Palvelutapahtumat voivat olla tyhjiä Omakannassa erilaisista syistä:

- Palvelutapahtumaan liittyvät potilasasiakirjat on viivästetty tai niitä ei ole vielä ehditty arkistoida.
- Palvelutapahtuma on muodostunut esim. tulevasta ajanvarauksesta, jonoajanvarauksesta, hoidonvarauksesta tai peruutetusta ajasta. Jotta palvelutapahtuma ei jäisi tyhjäksi, PHAL-näkymälle voi kirjata tiedon esim. perumisen syystä, joka näkyy myös Omakannassa.
- Palvelutapahtuma on muodostunut ns. potilaskutsusta eli potilashallinnollisista merkinnöistä, joiden perusteella potilaalle lähetetään varsinainen aika. Myös näistä voi kirjata tiedon PHAL-näkymälle.
- Palvelutapahtuma on syntynyt käyttäjän virheellisestä toiminnasta tai järjestelmä virheestä

Omakannalla ei ole mahdollisuutta selvittää, miksi palvelutapahtuma on tyhjä ja tehdä päätöstä palvelutapahtuman näyttämisestä sen perusteella eli Omakanta näyttää myös tyhjet palvelutapahtumat. Kaikkia tyhjiä palvelutapahtumia ei voida automaattisesti myöskään jättää näyttämättä Omakannassa, koska potilaalla on oikeus kieltää kaikki palvelutapahtumaan liittyvät potilasmerkinnät, vaikka tietoja ei Omakannassa näytettäisikään viivästyksen vuoksi. Ainoa tapa estää ajanvarausten/ tyhjien palvelutapahtumien näkyminen Omakannassa, on estää niiden syntyminen potilastietojärjestelmän päässä.

Käyttämättä jääneen käynnin merkitseminen

Useat ns. hallinnollisiksi tiedoiksi ajatellut tiedot (ilmoittamaton poisjäänti sovitulta tapaamiselta, hoidon tarpeen arviointi jne.) sisältävät hoidollista tietoa tai tietoa, jolla saattaa olla merkitystä potilaan hoidon prosessissa. On toivottu, että pitäisi olla luettavissa kertomusnäkymltä. Mikä linjana?

Vastaus: Omakannan näkökulmasta olisi hyvä, että tieto löytyy kertomuksesta. Nykyinen ohje on, että pelkät ajanvarauksetiedot, peruutukset ym. kirjattaisiin PHAL näkymälle - ellei niiden siirtoa PHAL:lle voida toteuttaa automaattisesti järjestelmässä. Jos tieto on hoidollista (myös hoidon tarpeen arviointi), kirjataan teksti kertomusnäkymlle (ja näkymä kirjaajan mukaan). Mikäli ilmoittamattomalla poisjäännillä arvioidaan olevan "hoidollista merkitystä" eli tieto oleellista hoidon prosessin etenemisen ja seurannan kannalta, tieto voidaan kirjata kertomusnäkymlle. Ks. myös kohta " Hoidon tarpeen arviointi"

Päivittäismerkintä-otsikko

Meitä on askarruttanut päivittäismerkintä-otsikko. Onko otsikon alle kirjattava tieto ns. kollegalta kollegalle välitettävää tietoa, joka ei siis menisi arkistoon eikä näkyisi Omakannan kautta. Tietojen mukaan "Päivittäismerkintä korvasi entisen Väliarvio-otsikon niissä tapauksissa kun osastojaksolla lääkärit kirjaavat potilaasta tietoa toisilleen jatkohoitoa varten vuoron vaihtuessa (esim. potilas riehunut alasti käytävässä sekavuuden takia), jota ei haluta tai tarvita potilaan nähtäväksi." Eli jos esimerkiksi lääkäri tekee YLE-näkymälle kirjauksen päivittäismerkintä-otsikon alle ei tuo tieto siirtyisi arkistoon vaan järjestelmä osaisi blokata ko. otsikon alle kirjatun tiedon. Onko asia todella näin (mikä olisi hyvä asia)?

Vastaus: Päivittäismerkintä (decursus)-otsikon alle kirjattu teksti tallennetaan kyllä Potilastiedon arkistoon, mutta osastojakoilta se ei näy kansalaiselle Omakannassa. Sen sijaan Päivittäismerkintä-otsikon alle kirjatun teksti näkyy avohoidon käynneiltä, ellei merkintää ole erikseen viivästetty näkymästä Omakannassa. Kirjaaja voi viivästyä minkä tahansa merkinnän otsikosta riippumatta. Viivästys on kuitenkin aina poikkeus normaalikäytännöstä ja se tulee tehdä harkiten.

Päivittäismerkinnät

Päivittäismerkintöjen kirjaaminen osastolla – nyt jotkut kirjaavat väliarvion alle kaikki päivittäismerkinnät. Miten voidaan estää niiden näkyminen kansalaisille Omakannassa?

Vastaus: Ks. edellinen vastaus. Osastojakson päivittäismerkintöjen kirjaamiseen on suositeltavaa käyttää Päivittäismerkintä (decursus) -otsikkoa. Rakenteisen kirjaamisen ykkösoppaan (2015) mukaan otsikkoa käytetään pääasiassa potilaan osastohoidon tai sen kaltaisen hoidon aikaisten päivittäismerkintöjen (Decursus-merkintöjen) otsikkona, mutta otsikkoa voi käyttää myös avohoidossa lyhyiden hoidon tai sairauden kulun merkintöjen tekemiseen. Otsikkoa käyttävät pääasiassa lääkärit, mutta sitä voi käyttää myös muut ammattihenkilöt, silloin kun merkintöjä ei tehdä hoitokertomuksen (HOKE) päivittäismerkintöinä. Merkinnät ovat yleensä lyhyitä, eikä niillä ole tarpeen käyttää muita otsikoita (toki voi käyttää tarvittaessa). Tehtaessa seurantayhteenvetoa tapahtuneesta hoidosta, käytetään otsikkoa Väliarvio tai Loppuarvio. Otsikoiden käyttöä ohjeistetaan tarkemmin kirjaamisoppaassa. Psykiatrian (PSY) ja perinnöllisyyslääketieteen (GEN) päivittäis- ja yhteenvetomerkinnät ovat erityissuojattuja.

Konsultaation näkyminen Omakannassa

Tänä päivänä potilaat eivät näe tehtyjä konsultaatioita, eikä vastauksia. Konsultaatioissahan toinen terveydenhuollon ammattilainen kysyy neuvoa toiselta ammattilaiselta. Potilaathan eivät näitä tietoja juuri kos-

kaan ole nähneet eikä niissä oleva tieto potilaalle ole välttämätöntä, eikä tarpeellistakaan. Niistä voi saada mahdollisesti jopa väärän käsityksen, kun ei ymmärretä, mitä kysytään ja vastataan. Kysyvä lääkäri loppujen lopuksi tekee hoitoratkaisut konsultaatio-vastauksesta eli välttämättä ei kaikkia neuvoja noudata. Kysymys on, että onko tarkoitus, että konsultaatio näkyy Omakannassa potilaalle?

Vastaus: Kyllä, konsultaatitietoa koskee vastaavat ohjeet kuin muitakin potilaskertomustietoja. Omakannassa näytetään avohoidosta kaikki muut kertomustyyppistä tekstiä sisältävät näkymät paitsi RIS, LÄÄ ja ERAS. Osastohoidosta näytetään YHT- ja VLÄÄ-näkymät sekä kaikista muista väliarviot, loppuarviot ja yhteenvedot paitsi LÄÄ-, RIS- ja ERAS-näkymistä. Lisäksi tiedot eivät näy Omakannassa, jos niitä on viivästetty. Konsultaatioista ei ole mitään erityisiä rajoituksia. Jos konsultaatio kirjataan potilastietoihin ja tallennetaan Potilastiedon arkistoon, niin tiedot näkyvät Omakannassa em. ehdoin.

Omakannan hoitotahto (UUSI)

Kun potilas tuo Omakannassa tehdyn ja tulostetun hoitotahdon terveydenhuoltoon, pitääkö tulosteessa olla todistajien allekirjoitukset?

Vastaus: Jos potilas tuo henkilökohtaisesti Omakannasta tulostamansa hoitotahdon terveydenhuoltoon ja hänet tunnustetaan terveydenhuollossa, hänen ei tarvitse pyytää tulosteeseen todistajien allekirjoituksia. Tulosteessa näkyy henkilön tiedot ja Omakantaan kirjautuminen tapahtuu henkilökohtaisilla tunnuksilla, joten voidaan olettaa hoitotahdon olevan potilaan itsensä tekemän. Todistajien allekirjoitus ei ole hoitotahdossa määräämättömyys, joten potilaan tunnustaminen terveydenhuollossa riittää.

Hoitotahto/ hoitotestamentti ja Omakanta (UUSI)

Jos potilas/asiakas haluaa potilastiedon arkistoon hoitotestamenttinsa näkyviin niin minne sen tiedot kuuluu tallentaa? Hoidan itse mm. perusterveydenhuollon työntekijöitten työterveyshuoltoa ja olen huomannut että työntekijöitten hoitotestamentteja on alettu skannaamaan omaan potilastietojärjestelmäämme SKAN näkymälle (olen ymmärtänyt että tämä SKAN näkymä näkyy vain omassa organisaatiossa?).

Vastaus: Hoitotahdon (ei siis enää nykyisin ”testamentti”) voi tallentaa Omakannan kautta tai jatkossa myös pyytää terveydenhuollon organisaatiota tallentamaan tiedot Tiedonhallintapalveluun, jolloin se on jatkossa kaikkien nähtävissä. Valitettavasti nämä tiedot eivät vielä näy PTJ järjestelmissä vaan tulevat käyttöön vasta sitä mukaa kuin PTJ järjestelmät saavat Tiedonhallintapalvelun tietojen hyödyntämisen rakennettua järjestelmiinsä. Tämä kestää järjestelmästä / organisaatiosta riippuen arviolta vuodesta muutama vuoteen. Eli toistaiseksi voi luottaa vain potilaan mukanaan kuljettamaan (paperiseen) hoitotahtoon. Nuo skannatut tai omaan järjestelmään tallennetut hoitotahdot ovat käytössä vain paikallisesti. Ratkaisu tähän on suunniteltu, mutta sen toteutus kestää.

Psykiatrian hoitotahto

Minne tämä kirjataan järjestelmässä? voiko tehdä Omakannassa? Entä voiko psykiatrian hoitotahdon viedä toistaiseksi loogisesti potilaan muiden hoitotahtojen tietojen joukkoon Riskitietoihin (koodi R1 Potilaan tahdonilmaisu)? Tieto näkyisi tällöin muissa organisaatioissa, mutta ei Omakannassa.

Vastaus: Tahdonilmaisu tallennetaan aina Hoitotahtona/Elinluovutustahtona. Psykiatrian hoitotahto ei poikkea muista hoitotahtoista. Riskitietoihin kirjataan vain tieto, että Tahdonilmaisu on tehty (R1) – ei koskaan tahdonilmaisun sisältöä. Tulevaisuudessa, kun Tiedonhallintapalvelu (THP) on käytössä, THP tuottaa riskitiedon automaattisesti, jolloin käyttäjien ei sitä tarvitse (eikä pidäkään) kirjata riskitietoihin. Siihen saakka kuitenkin, jos halutaan, että tahdonilmaisujen olemassaolo näkyy riskitiedoissa, on se kirjattava erikseen. Jos halutaan että hoitotahto on aina käytössä hoitotilanteessa, niin varmintä on, kun se on potilaan mukana paperilla, kuten tähänkin asti (kunnes Potilastiedon arkisto/THP hoitaa tämän). Tahdonilmauksista enemmän mm. kanta.fi -> Kantapalvelujen käsikirja -> Potilastiedon arkiston toimintamallit.

Ammattilaisen nimen näkyminen Omakannassa

Omakanta-palvelussa näkyy kirjanneen hoitajan nimi. Mitä THL on ajatellut tästä mm. hoitajien oikeusturvan kannalta?

Vastaus: Omakannassa näkyvät potilastietoihin merkinnän tehneiden työntekijöiden nimet, niin lääkärin kuin hoitajien kuten muidenkin. Samalla tavalla nimet näkyvät nytkin, jos potilas tekee rekisteritietojensa tarkastuspyynnön ja saa potilastietojensa kopiot. Ainoa ero on siinä, että jatkossa tiedot näkyvät myös netin kautta. Potilas yleensä tietää kenellä lääkäri tai hoitaja hän on käynyt, joten potilasta hoitaneen ammattilaisen nimi on joka tapauksessa potilaan tiedossa.

Tekstin korjauspyyntöjen kirjaaminen

Tilanne terkkarissa: Potilaan tietoja on kirjattu, potilaan mielestä niissä on virhe, th:n mielestä ei. Kirjataan-ko potilaan eriävä mielipide? Jos, niin minne? Näkyykö se potilaalle Omakannan kautta?

Vastaus: Tälle ei ole olemassa erillistä ohjetta, joten kannattaa harkita tilannekohtaisesti. On varmasti hyvä kirjata käyty keskustelu (ml. potilaan eriävä mielipide) ja sen lopputulema. Merkinnän voisi tehdä tuon kiistanalaisen tekstin ja/tai näkymän yhteyteen tai sitten viitata ko. tekstiin. Tämä lisäysteksti näkyy myös Omakannassa, ellei viivästetä (ei liene järkevää syytä, miksi viivästettäisiin). Tietojen korjauksista kysymyksiä/ vastauksia löytyy myös tietosuojavaltuutetun sivuilla, esim.

<http://www.tietosuoja.fi/fi/index/useinkysyttya/tarkastusoikeusjatiedonkorjaaminen.html>

<http://www.tietosuoja.fi/fi/index/useinkysyttya/terveydenhuolto.htm>