Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely (LUONNOS)

Versio 2020

14.10.2020
Kanta-palvelut
<table>
<thead>
<tr>
<th>Versio</th>
<th>Muutos</th>
<th>Tekijä</th>
<th>PVM</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>4/2012</td>
<td>- Merkittävimmät sisäolliset muutokset koskevat Reseptikeskuksen ja Reseptiarkiston roolin tarkentamista Tiedonhallintapalvelun tiedonlaitteenä, - Lainsäädännön muutosten päivittämistä julkaisuun - Aikaisemman version lukujen 2 ja 8 yhdistämistä - Tietosisällöjen ja toiminnallisuusen tarkentamista liityen diagnoosien, riskitietojen, toimenpiteiden, kuvantamisen, laboratoriotutkimusten, fysiologistenmittausten ja rokotusten koosteiden muodostamiseen - Lääkitilien koostamisen periaatteiden päivitystä - Tahdonilmausten hallinnon määrittelyen</td>
<td>THL: Virkkunen, Heikki; Porrasmaa, Jari; Suhonen, Jari; Mäkelä-Bengs, Päivi; Lehtovirta, Jukka; Vuokko, Riikka</td>
<td>[pp.kk.vvvv]</td>
</tr>
<tr>
<td>Versio 2014 (18/2014)</td>
<td>- Reseptikeskuksen ja Reseptiarkiston roolin tarkentamista Tiedonhallintapalvelun tiedonlaitteenä, - Lainsäädännön muutosten päivittämistä julkaisuun - Aikaisemman version lukujen 2 ja 8 yhdistämistä - Tietosisällöjen ja toiminnallisuusen tarkentamista liityen diagnoosien, riskitietojen, toimenpiteiden, kuvantamisen, laboratoriotutkimusten, fysiologistenmittausten ja rokotusten koosteiden muodostamiseen - Lääkitilien koostamisen periaatteiden päivitystä - Tahdonilmausten hallinnon määrittelyen</td>
<td>THL: Virkkunen, Heikki; Mäkelä-Bengs, Päivi; Suhonen, Jari; Vuokko, Riikka</td>
<td>[pp.kk.vvvv]</td>
</tr>
<tr>
<td>Versio 2016 (7/2016)</td>
<td>- Julkaisun versioon 2016 painokseen on tehty tietosisällöjen ja toiminnallisuusen tarkennuksia kuvantamis- ja laboratoriotutkimusten lukuihin. - Lisäksi toimenpiteen typin kirjaamiseen tehtiin pieni tarkennus. - Lääkitilien määrittelyihin on tulossa suuria muutoksia vuoden 2016 aikana ja sen vuoksi ai.- lukuu etässä julkaisus-versiossa tehty muutoksia.</td>
<td>THL: Virkkunen, Heikki; Mäkelä-Bengs, Päivi; Suhonen, Jari; Vuokko, Riikka</td>
<td>[pp.kk.vvvv]</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja
,toiminnallinen määrittely
LUONNOS
Sisällys

Esipuhe versioon 2020 .......................................................... 6

Tiivistelmä ............................................................................. 7

1 Tiedonhallintapalvelu ........................................................................................ 9
  1.1 Tiedonhallintapalvelun tausta ja säädökset .................................................. 9
  1.1.1 Lainsäädäntö ................................................................................... 9
  1.1.2 Toiminnallisen näkökulman työryhmän raportti ..................................... 10
  1.1.3 Rajaukset ......................................................................................... 11
  1.1.4 Valtioiden rajat ylittävän potilastiedon vaihto ja epSOS ....................... 11
  1.1.5 Keskeiset käsitteet ............................................................................ 12
  1.2 Tiedonhallintapalvelun tarve ja perustelut ..................................................... 18

2 Tiedonhallintapalveluun liittyviä periaatteellisia linjauksia .................................. 20
  2.1 Tiedonhallintapalveluun liittyvien järjestelmäpalveluiden periaatteita ........... 21
  2.2 Tiedonhallintapalvelun hyödyntämiseen liittyviä periaatteita ...................... 21
  2.3 Tietoarkkitehtuurin liittyviä keskeisiä periaatteita ja toteutustapoja .......... 22
  2.4 Tiedonhallintapalvelun merkintöjen yhdistämiseen liittyviä periaatteita ...... 23
  2.5 Tietosuojaan liittyviä periaatteita ............................................................ 24
  2.6 Tiedonhallintapalvelun rajapintoihin liittyviä periaatteita .......................... 25
  2.7 Rekisterinpitäjyys ja versiointimalli .......................................................... 25

3 Tiedonhallintapalvelun tietosisällöt ja potilasyhteenveto ..................................... 28
  3.1 Tiedonhallintapalvelun tietosisältö ............................................................ 28
  3.2 Tiedonhallintapalvelun potilasyhteenveto (Patient care summary) ............... 29

4 Tiedonhallintapalvelun koosteen toiminta- ja tietomalli .................................... 32
  4.1 Koostetietojen suhde rekisterinpitäjäkohtaisesti arkistoituihin tietoihin ...... 33
  4.2 Koostetietojen tietomalli ja yhteinen tietosisältö ........................................ 34
  4.3 Vaatimukset koostetietojen kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä ............ 35
  4.4 Vaatimukset koosteen kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa ................... 36
  4.5 Vaatimukset koosteiden näyttämiselle ...................................................... 37
Koosteet – tietosisällöt ja toiminnalliset vaatimukset.......................................................................................... 39

5.1 Diagnoosit ja käyntisyyt................................................................................................................................. 39
  5.1.1 Diagnoosien ja käyntisyiden tietosisältö ja niihin liittyvät luokitukset................................................. 41
  5.1.2 Vaatimukset potilastietojärjestelmille diagnoosi- ja käyntisyttietojen kirjaamisesta.......................... 44
  5.1.3 Vaatimukset diagnoosien ja käyntisyiden kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa............................. 50
  5.1.4 Vaatimukset diagnoosien ja käyntisyiden näyttämiselle potilaslyhteenvedolla................................ 51
  5.1.5 Diagnoosien ja käyntisyiden yhdistäminen ja episoditunnus.............................................................. 56

5.2 Riskitiedot.......................................................................................................................................................... 60
  5.2.1 Riskitietojen tietosisältö ja niihin liittyvät luokitukset........................................................................... 60
  5.2.2 Vaatimukset riskitietojen kirjaamiselle potilastietojärjestelmässä...................................................... 62
  5.2.3 Vaatimukset riskitietojen kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa...................................................... 64
  5.2.4 Vaatimukset riskitietojen näyttämiselle potilaslyhteenvedolla......................................................... 65

5.3 Toimenpiteet................................................................................................................................................... 67
  5.3.1 5.3.1. Toimenpiteiden tietosisältö ja niihin liittyvät luokitukset........................................................... 68
  5.3.2 Vaatimukset toimenpiteiden kirjaamiselle potilastietojärjestelmässä................................................. 70
  5.3.3 Vaatimukset toimenpiteiden kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa.............................................. 71
  5.3.4 Vaatimukset tietojen näyttämiselle potilaslyhteenvedolla................................................................. 71

5.4 Kuvantamistutkimukset................................................................................................................................ 73
  5.4.1 Kuvantamistutkimusten rakenne........................................................................................................... 74
  5.4.2 Kuvantamistutkimusten tietosisältö....................................................................................................... 76
  5.4.3 Käytetyt luokitukset.............................................................................................................................. 78
  5.4.4 Vaatimukset kuvantamistutkimusten kirjaamiselle potilastietojärjestelmässä.................................... 78
  5.4.5 Vaatimukset tietojen kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa.............................................................. 79
  5.4.6 Vaatimukset tietojen näyttämiselle......................................................................................................... 79

5.5 Laboratoriotutkimukset............................................................................................................................... 82
  5.5.1 Laboratoriotutkimusten tietosisältö...................................................................................................... 83
  5.5.2 Käytetyt luokitukset.............................................................................................................................. 85
  5.5.3 Vaatimukset laboratoriotutkimusten kirjaamiselle potilastietojärjestelmässä.................................... 87
5.5.4 Vaatimukset laboratoriotutkimusten kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa ............... 87
5.5.5 Vaatimukset laboratoriotutkimusten näyttämiselle .................................................. 87

5.6 Fysiologiset mittaukset ........................................................................................................ 90

5.6.1 Fysiologisten mittausten tietosisältö ja niihin liittyvät luokitukset ................................ 91
5.6.2 Vaatimukset fysiologisten mittausten kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä ........ 93
5.6.3 Vaatimukset fysiologisten mittausten kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa ........ 93
5.6.4 Vaatimukset fysiologisten mittausten näyttämiselle .................................................... 93

5.7 Rokotukset ............................................................................................................................ 95

5.7.1 Muutokset tietosisältöön ja jatkokehitystarpeet .................................................................. 99
5.7.2 Vaatimukset rokotustietojen kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä ......................... 100
5.7.3 Vaatimukset rokotustietojen kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa ....................... 101
5.7.4 Vaatimukset rokotustietojen näyttämiselle potilasyhteenvetolla .................................. 101

6 Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävien asiakirjojen toimintamalli ..................................... 104

6.1 Tiedonhallintapalvelun tallennettujen asiakirjojen suhde rekisterinpitäjiin ................. 104
6.2 Kieltojen vaikutus ylläpidettäviin asiakirjoihin ................................................................. 105
6.3 Ylläpidettävien asiakirjojen tietomalli .................................................................................. 106
6.3.1 Vaatimukset ylläpidettävän asiakirjan muodostamiselle ............................................... 106
6.3.2 Ylläpidettävien asiakirjojen yhdistäminen ..................................................................... 107
6.3.3 Ylläpidettävän asiakirjan yhtäaikaisen muokkauksen hallinta ....................................... 108
6.4 Vaatimukset ylläpidettävän asiakirjan tietojen kirjaamiselle tietojärjestelmissä .......... 110
6.5 Vaatimukset ylläpidettävän asiakirjan palauttamiselle Tiedonhallintapalvelussa .......... 111
6.6 Vaatimukset ylläpidettävien asiakirjojen näyttämiselle ..................................................... 111

7 Ylläpidettävät asiakirjat – tietosisällöt ja toiminnalliset vaatimukset ............................... 112

7.1 Terveys- ja hoitosuunnitelma ............................................................................................ 112
7.1.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönoton tavoite ..................................................... 112
7.1.2 Terveys- ja hoitosuunnitelmanperiaatteita ................................................................... 113
7.1.3 Terveys- ja hoitosuunnitelman tietosisältö ................................................................. 114
7.1.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman sisältö ja käyttö ............................................................ 115
<table>
<thead>
<tr>
<th>7.1.5</th>
<th>Vaatimukset terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä</th>
<th>119</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>7.1.6</td>
<td>Vaatimukset terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpitoon</td>
<td>122</td>
</tr>
<tr>
<td>7.1.7</td>
<td>Vaatimukset terveys- ja hoitosuunnitelman näyttämiselle potilasyhteenvetoolla</td>
<td>122</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Lähteet

Liite 1. Terveys- ja hoitosuunnitelman esimerkki

128
Esipuhe versioon 2020

Tässä julkaisussa kuvataan valtakunnallisen Potilastiedon arkiston (Kanta) Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnalliset vaatimukset tietojärjestelmien toteuttamista varten siten kuin niistä STM:n asetuksella terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista (165/2012, jäljempänä vaiheistusasetus) on säädetty. Tämä julkaisu korvaa aikaisemman THL:n Ohjaus-sarjassa vuonna 2016 julkaistun Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely Versio 2016 julkaisun.

Julkaisun 2020 painokseen on tehty uuden asiakastietolain mukaiset luovutustenhallinnan (Kanta-suostumuksen poistuminen) muutokset, tehty joitakin korjauksia, joista on maininta kunkin luvun alussa ja julkaisu on samassa yhteydessä siirretty saavutettavaan verkkojulkaisuformaattiin. Julkaisun luovutustenhallintaa ja tahdonilmaisuja koskevat laajemmat osuudet on siirretty Luovutustenhallinnan yleiskuvaukseen sekä Potilastiedon arkiston toiminnalliseen määrittelyyn. Tästä julkaisusta on lisäksi poistettu lääkitystä koskeva osuu, johon liittyvä toteutustapa on muuttunut aiemmasta suunnitelmasta ja on kuvattu toisaalla.


Suuri kiitos kaikille työhön osallistuneille.
Tiivistelmä

Heikki Virkkunen. Päivi Mäkelä-Bengs, Jari Suhonen ja Riikka Vuokko.
Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely, versio 2015. Terveyden ja

Suomeen toteutetaan sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä
annettuun lakiin (159/2007) perustuen terveydenhuollon valtakunnallinen arkistointipalvelu,
Potilastiedon arkisto (Kanta). Potilastiedon arkisto tarjoaa kaikille terveydenhuollon
organisaatioille yhteisen, keskitetyn sähköisten potilastietojen käyttöarkiston. Samalla arkisto
mahdollistaa potilasta hoitaville terveydenhuollon ammattihenkilöille teknisen
mahdollisuuden nähdä potilasta koskevat tutkimus- ja hoitotiedot yli organisaatiorajojen.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettuun laki
säädetään valtakunnallisesta potilaan tiedonhallintapalvelusta, jonka kautta
terveydenhuollon palvelunantajat saavat käyttää Tiedonhallintapalvelussa olevia ja sen
kautta näkyviä tietoja potilaan terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä ja toteutettaessa.

Jos asiakastietolakia muutetaan edelleen 2020 lakiehdotuksen pohjalta, joka jakaa ehdotuksen
11 § ja 12 § mukaisesti nykyisen tiedonhallintapalvelun kahteen osaan. Tiedonhallintapalvelu
sisältää terveystietojen yhteenvetoon. Luovutustenhallinnan asiakirjat ja tahdonilmaisut on
eriytetty omaan Tahkanilmaisupalveluun. Tahdonilmaisupalvelun sisältö ja toiminnallisuudet
on kuvattu muissa määräyksissä.

Potilastiedot arkistoidaan Potilastiedon arkistoon palvelutapahtuma- ja
rekisterinpitäjäkohtaisesti. Tämä tekee hoidon kannalta keskeisten tietojen hyödyntämisen ja
ylläpidon hankalaksi käyttäjille. Tiedonhallintapalvelun avulla tiedot voidaan koota ja ylläpitää
palvelutapahtuma- ja rekisterinpitäjäriippumattomasti, potilaskeskeisesti. Tämä mahdollistaa
tietojen paremman hyödynnettävyyden hoitotilanteissa ja helpottaa potilaan
kokonaislaitteen nopeaa hahmottamista sekä potilastiedon ajantasaisena pitämistä.

Potilastiedon avulla tiedot voidaan koota ja ylläpitää palvelutapahtuma- ja rekisterinpitäjäriippumattomasti, potilaskeskeisesti. Tämä mahdollistaa tietojen paremman hyödynnettävyyden hoitotilanteissa ja helpottaa potilaan
kokonaislaitteen nopeaa hohottamista sekä potilastiedon ajantasaisena pitämistä.
Tiedonhallintapalvelun tallennettavat tai sen kautta näytettävät potilaan hoidon kannalta keskeiset tiedot voidaan tietojen käytön ja hallinnan kannalta jakaa kahteen käsittelytavaltaan toisistaan eroavaan muotoon: koosteisiin ja ylläpidettäviin asiakirjoihin.

Koosteiden sisältö muodostuu rekisterinpitäjien tiedoista. Tiedonhallintapalvelu koostaa rakenteiset tiedot kyselyhetken mukaisista rekisterinpitäjien tiedoista, joiden luovutusta ei ole rajattu kielloin, potilastietojärjestelmile, jotka tuottavat niistä yhteenvedon esitettäväksi terveydenhuollon ammattihenkilön käyttöön. Yhteenveto koostetaan joka kyselyllä uudelleen, jolloin taataan tietojen ajantasaisuus kyselyhetkellä.


Tiedonhallintapalvelu muodostaa koosteet diagnooseista, riskitiedoista, toimenpiteistä, toimenpidetiedoista, kirjatuista kuvantamistutkimuksista, laboratoriotuloksista, keskeisistä fysiologisista mittauksista, rokotuksista ja lääkityksestä. Ensimmäinen Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävä asiakirja on terveys- ja hoitosuunnitelma.

1 Tiedonhallintapalvelu

Muutoksena julkaisun versioon 2016 lukuun 1:
- on päivitetty lainsäädäntö-kohta vastaamaan asiakastietolain vuoden 2020 tilannetta
- on poistettu viittaukset Potilastiedon arkiston suostumukseen, joka poistuu uuden asiakastietolain myötä
- tiedonhallintapalvelusta eriyttynä taidonilmaisupalvelun lyhyt kuvaus lainsäädännön

Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukuun 1:
- on poistettu viittaukset Potilastiedon arkiston suostumukseen, joka poistuu uuden
- tiedonhallintapalvelusta eriytetyn tahdonil

1.1 Tiedonhallintapalvelun tausta ja säädökset

1.1.1 Lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettua lakia
(159/2007, jäljempänä asiakastietolaki), muutettiin 1.1.2011 voimaan tulleella
lainmuutoksella. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä
annetun lain muuttamisesta annetun lain (1227/2010) yhtenä keskeisenä muutoksena
säädetään Kansaneläkelaitoksen (Kela) toteuttamasta ja ylläpitämästä valtakunnallisesta
potilaan Tiedonhallintapalvelusta, joka on osa Kanta-palveluihin sisältyvää Potilastiedon arkistoa.

Asiakastietolain 11 § mukaan Tiedonhallintapalvelu koostaa potilasasiakirjoista terveydenhuollon toteuttamisen kannalta keskeiset potilastiedot, joita ovat diagnoosit ja käyntisyyt, riskit, laboratoriotutkimukset, rokotukset, toimenpiteet, fysiologiset mittaukset ja toimenpidekoodistolla kirjatut kuvantamistutkimukset sekä suunnitelma potilaan tutkimuksesta, hoidosta tai kuntoutuksesta tai muu vastaava suunnitelma. Tiedonhallintapalvelun avulla luodaan yhteenvetonaikymä potilaan terveyden- ja sairaanhoodon kannalta keskeisiin tietoihin. Aiemmasta asiakastietolasta poiketen tahdonilmaisut ja luovutustenhallinnan asiakirjat on eriytetty omaksi palvelukseen, Tahdonilmaisupalveluksi.

Tiedonhallintapalvelun kautta näytettävien keskeisten tietojen tulee edellä kuvatun perusteella pohjautua rekisterinpitäjäkohtaiseen Potilastiedon arkiston sisältöön. Tiedonhallintapalvelun ei erikseen tallenneta hoitoon liittyviä keskeisiä tietoja tai asiakirjoja.

1.1.2 Toiminnallisen näkökulman työryhmän raportti


Vaiheistusasetuksen valmistelussa on otettu huomioon raportin johtopäätöksiä ja tuloksia. Myös tämän dokumentin määrittelyssä on keskeisten hoidossa tarvittavien tietojen osalta käytetty pohjana työryhmän raportit.

1.1.3 Rajaukset

Tässä julkaisussa rajaudutaan käsittelemään asiakastietolain muutosten, erityisesti säädetyn Tiedonhallintapalvelun vaikutusta potilasasiakirjojen ja potilastietojen käsitteelyyn.

Tahdonilmaisupalvelu on rajaattu julkaisun ulkopuolelle ja siihen liittyvät määrättelyt löytyvät jatkossakin Luovutustenhallinnan yleiskuvausesta ja Potilastiedon arkiston toiminnallisista vaatimuksista. Tässä julkaisussa ei käsitellä myöskään sosiaali- ja terveydenhuollon välisen tietojen luovutuksen mahdollistavaa suostumusta.

Tässä julkaisussa ei käsitellä lääkityslistan toteutusta osana valtakunnallisia palveluita, vaan siinä liittyvät määrättelyt tullaan kuvaamaan toisaalla.

CDA-tekniset tarkennukset ja yleisperiaatteet, kuten entryn yksilöivän tunnisteen käyttö, kuvataan Tiedonhallintapalvelun kunkin tietosisällön CDA R2-sovellusopassa, eikä niitä kuvata tässä julkaisussa.

1.1.4 Valtioiden rajat ylittävä potilastiedon vaihto ja epSOS

epSOS eli Smart Open Services for European Patients – Open eHealth Initiative for a European Large Scale Pilot of Patient Summary and Electronic prescription on EU:n CIP-ohjelman alainen hanke, jonka taustalla on EU:n asettama potilaiden liikkuvuusdirektiivi. Hankkeen tarkoituksena on edistää terveydenhuollon sähköistä asiointia valtioiden rajojen yli. epSOS on Euroopan Unionin (EU) osin rahoittama, sähköisten terveydenhuoltopalvelujen yhteenottojärjestelmä, joka vahvistaa Euroopan maat yhteisönä yhteistyöstä kansalaistensa terveydenhuolloa. epSOS on tavoitteenä, että Euroopan maat vähentävät kehittävää kokeiluhanketta, jonka tavoitteena on, että Euroopan maat yhteistyöstä yhteisiä luovutustenhallinnon ja potilastiedojen yhteenvetoja (patient care summary) kansalaisten terveydenhuollon vahvistamiseksi ja asiomattomuudella sekä yksilönsuojan ja potilaan tahdonilmaisut, kun oikeus ja uskollisuus noudatetaan.
Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely
LUONNOS

epSOS-hankkeen tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta erityisesti, kun kansalaisia hoidetaan muualla kuin omassa maassaan. Tämän vuoksi epSOS painottuu sisällöltään potilaan yhteystietojen ja kontaktitietojen hallintaan (epSOS 2010a, epSOS 2010b).

1.1.5 Keskeiset käsitteet

Tähän kappaleeseen on koottu keskeisiä käsitteitä ja ilmaisuja, joita liittyvät erityisesti Tiedonhallintapalvelun määrittelyyn. Tietosisältöihin liittyvät käsitteet kuvataan tarkemmin varsinaisessa asiayhteydessään myöhemmin tässä julkaisussa.

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


Entry on CDA R2 -määrittelemä merkintään sisältyvä rakenteinen tieto (jota vastaava sisältö voidaan ihmisen ymmärtämänä esittää tekstimuodossa).

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

Episoditunnus on potilastietojärjestelmän tuottama tunniste, jonka avulla samaan sairauteen liittyvät diagnoosit voidaan liittää yhteen kokonaisuuteen, potilaan hoitoepisodiin.

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

Hoito käsittää ne potilaan ja terveydenhuollon toimet, jotka tähtäävät potilaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja ylläpitoon tai hänen terveydentilaansa koskevien ongelmien tutkimiseen, lievittämiseen tai poistamiseen.
Hoitosuhde on tiettyyn hoitovastuuseen liittyvä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön välinen vuorovaikutussuhde.

Informointi on palvelunantajan asiakkaalle antama tieto hänen oikeuksistaan sekä hänen asiakastietoihinensa liittyvistä valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista ja niiden yleisistä toimintaperiaatteista.

Kanta-palvelut koostuvat valtakunnallisista sähköisistä tietojärjestelmäpalveluista, joita ovat Potilastiedon arkisto, sähköinen lääkemääräys, Lääketietokanta, Reseptikeskus, Reseptiarkisto, kansalaisille tarkoitetut sähköinen palvelu eli Omakanta ja ammattilaisille tarkoitetut sähköinen palvelu eli potilaan Tiedonhallintapalvelu, jatkossa myös terveydenhuollon ammattihenkilöille tarkoitetut käyttöliittymäpalvelu.

Kielto (luovutuskielto) on tahdonilmaisu, joka koskee tilannetta, jossa potilaas kieltää potilastietojensa luovuttamisen muille kuin potilastiedot tuottaneelle rekisterinpitäjälle.

Kirjaus, ks. merkintä

Koodi on tiettyä käsitettä vastaava objekti (kohde tai olio), jonka ominaisuuksia (attribuutteja) ovat koodistopalvelimella mm. koodin tunnus, koodin nimi, koodin kuvaus ja koodistoviitattu.

Koodisto on tiettyyn käyttöön valmisteltu tietokokonaisuus, joka muodostuu yksittäisistä määritellyistä koodeista ja koodistoon liittyvistä metatiedoista. Koodistot ovat keskeisiä sosiaali- ja terveydenhuollon tietorakenteita. Tässä julkaisussa koodistoilla tarkoitetaan koodistopalvelimella julkaisujen koodistoja, luokitukset, termistöjä, lomakerakenteita, vastaavuustaulukoita ja tietosisältöjä.

Koosteet (koosteasiakirjat) ovat Tiedonhallintapalvelun Potilastiedon arkiston asiakirjojen keskeisestä rakenteisesta tiedosta kokoamia potilaskohtaisia tietokonaisuuksia, jotka Tiedonhallintapalvelu palauttaa potilastietojärjestelmille. Yksi kooste sisältää yhden tietokonaisuuden – diagnoosit, toimenpiteet, riskitiedot, kuvantamistutkimukset, laboratoritutkimukset, fysiologiset mittaukset sekä rokotukset.

Koostetiedot ovat koosteen yksittäisiä tietoalkioita eli yhden rakenteisen tiedon, esimerkiksi yhden diagnoositryn tai yhden riskitietomerkinnän, koko tallennettu tietosisältö.
**Koosteyhteenvetot** ovat Tiedonhallintapalvelun palauttamista koosteista potilastietojärjestelmissä muodostettuja esitysmuotoja, joissa koosteiden tietoja suodatetaan ja järjestetään käyttäjälle havainnollisemmin esitettävään muotoon. Potilastietojärjestelmä voi täydentää koosteyhteenvetolla näytettävää tietoa omassa potilastietojärjestelmässä olevilla Potilastiedon arkistoissa vielä arkistoimattomilla rakenteisilla tiedoilla. Koosteyhteenvetoja ovat diagnoosiyhteenveto, riskitietoyhteenveto, toimenpideyhteenveto, kuvantamistutkimusyhteenveto, laboratoriotutkimusyhteenveto, fysiologisten mittausten yhteenveto sekä rokotusyhteenveto.

**Koodistopalvelu** on THL:n valtakunnallinen palvelu, joka jakaa sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisissä tietojärjestelmissä hyödynnettäviä koodistoja ja rekisteritietoja.

**Käyttö** (tässä julkaisussa) on potilastietojen käyttöä terveydenhuollon palvelunantajan omassa toiminnassa, kun tietoilla on sama rekisterinpitäjä ja käyttötarkoitukseena on potilaan hoito.

**Looginen rekisteri** tarkoittaa, että samaan henkilörekisteriin luetaan kuuluvaksi kaikki ne tiedot, joita käytetään samaan käyttötarkoitukseen riippumatta siitä, miten ja mihin tiedot on talletettu.

**Luokitukseilla** tarkoitaan asioiden ja ilmiöiden järjestämistä ryhmiin (luokkiin) siten, että ryhmät eroavat toisistaan tietyiltä ominaisuuksiltaan. Luokituksen tuloksena syntyy yleensä hierarkkinen käsitejärjestelmä.

**Luovutus** (tässä julkaisussa) on potilastietojen luovutus, joka koskee potilastietojen toimittamista valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla toiselle terveydenhuollon palvelunantajalle tai toiseen saman palvelunantajan rekisteriin.

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

**Metatieto** (kuvalutieto) on tietoa kuvaileva tieto, joka kuvaavat kohteena olevan tiedon tarkoituksesta tai merkityksen jollain sovitulla kuvaustavalla.
Näkymä on terveydenhuollon sähköisessä muodossa oleva potilastiedon kokonaisuus, joka sitoo potilastiedon tiettyyn asiayhteyteen kuten lääketieteteen erikoisalaan, ammattialaan tai palveluun.

Omakanta on valtakunnallinen sähköinen tietojärjestelmäpalvelu, jonka avulla kansalainen voi tarkastella antamiaan tahdonilmaisuja, kuten suostumuksesta, kieltoista, hoitotähtää ja elinluovutustahtoa sekä tarvittaessa hallinnoida niitä. Kansalaisella on lisäksi mahdollisuus lisäksi katsella potilastietojen luovutuksista kertyvää tietoa sekä tiettyjä terveydenhoidossa syntyneitä tietojaan.

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

Palvelunjärjestäjä on taho, jolla on lakiin perustuvan järjestämisvastuu potilaan hoidosta. Palvelunjärjestäjä on potilaan hoidosta syntyyvien potilasasiakirjojen rekisterinpitäjä.

Palveluntoteuttaja on taho, joka toteuttaa potilaan hoidon palvelun tuottajan toimeksiannosta. Palveluntoteuttaja tulee ilmetä potilasasiakirjamerkinnöistä.

Palveluntuottaja on taho, joka saa aikaan palveluja joko antamalla niitä itselleen tai tilaamalla ne toimeksiannon yhdeliseksi osaksi tai useammalta mualta taholta.

Palvelutapahtuma on terveydenhuollon palvelujohtajan ja potilaan välinen yksittäisen palvelun järjestäminen tai toteuttaminen sekä siihen ajallisesti ja asiallisesti liittyvät tutkimukset, toimenpiteet, konsultaatiot ja yhteydenotot.

Potilas on terveyden- ja sairaanhoitopalveluita käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva henkilö.

Potilasasiakirja on asiakirja, joka koostuu potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävistä, laadituista tai saapuneista asiakirjoista tai teknisistä tallenteista, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohdaisia tietoja.

Potilaskertomus on potilasasiakirjojen keskeisin asiakirja, joka kattaa terveys- ja sairaskertomukset. Jokaisesta potilaasta tulee laatia jatkuva, aikajärjestyksessä etenevä
potilaskertomus. Se voi koostua myös erilaisille lomakkeille tai tiedostoihin tehdyistä, eri ammattiryhmien tekemistä merkinnöistä. Potilaskertomukseen kuuluvat myös muut hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa syntyneet sähköiset ja paperiset asiakirjat, kuten lähteteet, laboratorio- ja röntgenlausunnot jne.

Potilasrekisteri on henkilörekisteri, jossa on potilastietoja. Potilasrekistereillä on eri tyypejä, kuten julkinen potilashoito, työterveyshuolto ja yksityinen terveydenhuolto.

Potilastiedon arkisto on valtakunnallinen sähköinen arkisto potilastiedolle.

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

Potilastietojärjestelmä on potilastietojen tallentamiseen ja käsittelyyn tarkoitettu tietojärjestelmä.

Potilasyhteenveto on Tiedonhallintapalvelun koostamista keskeisistä terveystiedoista potilastietojärjestelmässä muodostettu yhteenvetonäyttö. Potilasyhteenvetoedolla näytetään kaikkien koosteyhteenvetojen sekä terveys- ja hoitosuunnitelman tiedot tiiviissä muodossa – mahdollisuuksien mukaan yhdellä näytöllä – siten, että käyttäjän on helppo saada yleiskäsitys potilaan terveyteen ja hoitoon vaikuttavista keskeisimmistä terveystiedoista.

Rajapinta on standardin mukainen käytäntö tai yhtymäkohta, joka mahdollistaa tietojen siirron laitteiden ohjelmien tai käyttäjien välillä.

Rakenteinen muoto on CDA-asiakirjan muoto, jossa tieto esitetään esimerkiksi koodeina tai XML-muodossa ja jonka sovellus ymmärtää.

Rakenteinen tieto tarkoittaa tietoa, joka kirjataan ja tallennetaan etukäteen sovitun rakenteen avulla. Tiedon rakenteisuus voi vaihdella esimerkiksi sovitun otsikon alle kirjattavasta vapaasta tekstistä tietyllä koodilla kirjaamiseen. Tiedon rakenteisuus mahdollistaa tiedon automaattista käsittelyä.

Rekisterinpitäjä on yksi tai useampi henkilö, yhteisö, laitos tai säätiö, jonka käyttöä varten henkilörekisteri perustetaan ja jolla oikeus määrätä henkilörekisterin käytöstä tai jonka tehtäväksi rekisterinpito on lailla säädetty.
Semanttinen yhteentoimivuus on tietojärjestelmäominaisuus, joka varmistaa, että tiedon merkitys säilyy tietoa siirrettäessä muuttumattoman ja ymmärrettävänä kaikille osapuolille.


Terveydenhuollon ammattiHenkilö on terveydenhuollon ammattiHenkilöstä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu henkilö. Terveydenhuollon ammattiHenkilöitä ovat kaikki laillistetut, luvan saaneet ja nimikesuojatut ammattiHenkilöt.

Terveydenhuollon asiakirja on asiakirja, joka sisältää potilasasiakirjat sekä muut terveydenhuollon palvelun antajan tuottamat asiakirjat (esimerkiksi taloushallinnolliset asiakirjat).

Tahdonilmuaispalvelu on valtakunnallinen sähköinen palvelu, joka sisältää seuraavat palvelut ja toiminnot: 1) tieto potilaalle valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista annetusta informaatiosta, 2) potilaan tekemät kielletut, 3) potilaan tekemä elinluovutuskielto ja muut elinluovutuksia koskevat tahdonilmaisut, 4) potilaan hoitotahto, 5) muut potilaan terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat tahdonilmaisut.

Tiedonhallintapalvelu on valtakunnallinen sähköinen palvelu, jonka kautta voidaan näyttää potilaan terveyden- ja sairaanhoitosta keskeiset tiedot, kuten tietoja toimenpiteistä, rokotuksista, laboratoriotuloksista, fysiologista mittauksista, diagnooseista, riskitiedoista sekä terveys- ja hoitosuunnitelma (ylläpidettävä asiakirja).

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

Yhteentoimivuus on tietojärjestelmien ja liiketoimintaprosessien ominaisuus vaihtaa ja jakaa tietoa keskenään, ks. semanttinen yhteentoimivuus.

Yhteinen potilastietorekisteri on sairaanhoitopiirin alueen kunnallisen terveydenhuollon rekisterinpitäjien yhteinen potilastietorekisterien kokonaisuus, joka muodostuu suoraan terveydenhuoltolain nojalla.

1.2 Tiedonhallintapalvelun tarve ja perustelut


Potilaskeskeisesti kootuista ja ylläpidettyistä tiedoista on potilaan hoidossa huomattava etu, koska silloin eri rekistereihin tallennettuja tietoja voidaan käyttää potilaan hoidon kannalta tehokkaammin ja niiden avulla voidaan paremmin hahmottaa potilaa kokonaan. Riippumatta rekisterinpitäjästä Tiedonhallintapalvelu mahdollistaa tietojen potilaskeskeisen koon ja ylläpidon. Potilaan keskeiset tiedot voidaan esittää yhteenvetona yhdellä näytöllä, josta terveydenhuollon ammattihenkilö on helpompi ja nopeampi hahmottaa potilaan kokonaistilanne ja varmistaa tietojen ajantasaisuus kuin potilaskertomuksen sisältämästä kaikesta tiedosta.

Tiivistetynä potilaskeskeisesti kootujen ja ylläpidettyjen tietojen hyötyjä ovat seuraavat:

- Tiedot pysyvät paremmin ajantasaisena, kun ne näytetään kootusti ja niitä voidaan ylläpitää kokonaisuutena, ja kun kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt osallistuvat tietojen ylläpitämiseen.
- Tietojen oikeellisuus paranee, kun keskeiset tiedot kirjataan rakenteisesti yhteen kertaan yhteen paikkaan, jolloin tiedot ovat koostettavissa ja yhdisteltävissä Tiedonhallintapalvelussa ja myös kirjaamisen määrä vähenee.
- Kun olluttein tieto löytyy ilman etsimistä ja hoitopäätöksien perustuvat ajantasaiseen tiedoon
  - potilasturvallisuus paranee,
o hoitovirheiden määrä vähenee,

o työn tehokkuus paranee ja

o vältetään tarpeottomien päällekkäisten tutkimusten tai hoitotoimenpiteiden tekeminen.

o Potilas voi omien tietojen katselun kautta varmistaa, myös terveydenhuollon ammattiHenkilön käytössä olevan, oman sairauhistoriansa oikeellisuuden.

o Tiedot luovat perustan EU-tasoisen yhteentoimivuuden rakentamiselle.

Hyötyjen saavuttaminen edellyttää tiettyjen tietojen osalta, kuten terveys- ja
hoitosuunnitelma, todellista potilaskohtaista ylläpitoa. Samalla kuitenkin välttää
yksittäisistä, organisaatiokohtaisesti ylläpidetyistä staattisista liastoista, joissa tieto voi olla jo
vanhentunutta.

Kun keskeiset tiedot kootaan potilastietojärjestelmissä Tiedonhallintapalvelun avulla yhteen
potilasyhteenvedoaksi, Kanta-arkiston hyödynnettävyys lisääntyy verrattuna siihen, että
oleellista tietoa pitäisi etsiä palvelutapahtumakohtaisista kertomustiedoista. Kun
potilasyhteenvedon tietosisällöstä rakennetaan linkitys tiedon synnyttäneeseen
alkuperäiseen asiakirjaan tai merkintään, myös kattavamman potilastiedon löytyminen
yhteenvedon avulla helpottuu.

Hyötyjen saavuttaminen edellyttää terveydenhuollon ammattiHenkilöltä
Tiedonhallintapalvelun käyttäjänä toimintatapojen muutosta. Vaikka tietojen kirjaaminen
toteutettaisi ohjelmallisesti hyvin, vaatii tietojen ajantasaisena pitäminen käyttäjiltä joissain
tapauksissa aktiivisuutta. Ylläpidettävien asiakirjojen suhteen paras hyöty saunaan, kun
kukin merkinnän tekijä tarkistaa omalta osaltaan tietojen ajantasaisuuden. Tämä vaatii
kuitenkin toimintakulttuurin muutosta, joka ei tapahdu hetkessä.


2 Tiedonhallintapalveluun liittyviä periaatteellisia linjauksia

Muutoksena julkaisun versioon 2016 lukuun 2:

- on päivitetty kuva 1 sekä tekstit (mm. lääkityksen osalta) vastaamaan uuden asiakastietolain mukaista tilannetta
- poistettu viitaukset vanhentuvan asiakastietolain mukaisen Potilastiedon arkiston suostumukseen

Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukuun 2:

- on siirretty kuva 1 poistetusta edellisen painoksen luvusta 8 ja sen mukana kuvaus Tiedonhallintapalveluun liittyvistä tietojärjestelmäpalveluilta.
- on lisätty Reseptikeskuksen ja Reesptiarkiston osuus Tiedonhallintapalvelun tietojen lähteenä ja käyttöliittymäpalvelu Tiedonhallintapalvelun hyödyntämistapana (luku 2.1)
- versioinnin ja ketjutuksen käyttöä on tarkennettu (luku 2.6)

Tässä luvussa kuvataan Tiedonhallintapalvelun ja siihen liittyvien muiden tietojärjestelmäpalveluiden toteuttamiseen ja sen toiminnallisuuteen liittyviä yleisiä periaatteita ja rajoituksia. Toteutustapoja esitellään yksityiskohtaisemmin asianomaisissa luvuissa.

Kuvassa 1 esitetään yhteenvetona Tiedonhallintapalvelun mahdollistamia toiminnallisuksia. Näitä ovat potilaan keskeisten tietojen koosteen hakuun ja ylläpidettävien asiakirjojen muodostamiseen ja hakemiseen liittyvät palvelut.
2.1 Tiedonhallintapalvelun liittyvien järjestelmäpalveluiden periaatteita

Tiedonhallintapalvelun liittyvien järjestelmäpalveluiden yleisiä periaatteita ovat:

1. Potilasyhteenvetontäytö voidaan muodostaa Tiedonhallintapalvelussa muodostettujen koosteiden ja ylläpidettävien asiakirjojen sisällöstä.

2. Tiedonhallintapalvelu suodattaa potilaan kielloilla rajaamat tiedot pois koosteilta ennen niiden palauttamista käyttäjälle.


2.2 Tiedonhallintapalvelun hyödyntämiseen liittyviä periaatteita

Tiedonhallintapalvelun avulla saavutetaan muun muassa seuraavat hyödyt:

1. Alkuperäinen potilaskertomustieto, mukaan lukien Tiedonhallintapalvelun kautta näytettävän tieto, on Potilastiedon arkistossa, ja uusi tieto tulee muokkausten yhteydessä tallentaa tai päivittää mahdollisimman ajantasaisesti Potilastiedon arkistoon.

2. Tiedonhallintapalvelun tieto on reaaliaikaisesta ja luotettavasta.
3. Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävät asiakirjat ja koostetiedot esitetään terveydenhuollon ammattihenkilölle tiiviinä yhteenvetona. Yhteenvetonäyttöä päästään helposti tarkastelemaan toimintoprosessiin johdonmukaisesti liittyvää yksittäistä tietokokonaisuutta (esimerkiksi lääkitystiedot, laboratorioututkimukset) tai tietoa siihen liittyvässä alkuperäisessä merkinnässä (esimerkiksi lääkemääräys, laboratorioututkimustulos).

4. Tiedonhallintapalvelun tiedoista on helposti haettavissa tiedon syntykonteksti eli alkuperäinen potilaskertomusmerkintä ja palvelutapahtuman potilasasiakirjat, joista Tiedonhallintapalvelun kautta näytettävät tiedot on koostettu tai joissa ylläpidettävää tieto on kirjattu tai päivitetty. Kun terveydenhuollon ammattilainen haluaa siirtyä yhteenvetonäkymästä tiedon syntykontekstiin, näyttävä potilastietojärjestelmä hakee tarvittavan potilasasiakirjan Potilastiedon arkistosta ja avaa kyseisen merkinnän tai asiakirjan.

5. Tiedonhallintapalveluun koostetun tiedon hyödyntäminen tapahtuu ensisijaisesti terveydenhuollon organisaation potilastietojärjestelmän kautta. Tämä on käytettävyyden sekä Potilastiedon arkistosta palautettavien tietojen ja omassa organisaatiossaan syntyneiden tietojen yhdistämisen kannalta soveltuvin hyödyntämistapa.

6. Tiedonhallintapalvelun tiedot saadaan hoitotilanteessa käyttöön ilman terveydenhuollon ammattihenkilölle näkyvää merkittävää viivettä potilastyössä. Koska potilastiedon ylläpitoon hoitotilanteessa osallistuvat sekä Kanta-palvelut että alueelliset tai paikalliset potilastietojärjestelmät, on tärkeää, että kaikkien toimintaan osallistuvien tietojärjestelmien ja tiedonvälityspalveluiden suorituskyky on riittävä.

2.3 Tietoarkkitehtuurin liittyviä keskeisiä periaatteita ja toteutustapoja

Tiedonhallintapalvelusta saatavat hyödyt perustuvat seuraaviin periaatteisiin ja linjauksiin:

1. Tiedonhallintapalvelun kautta näytettävät tiedot on tuotettu käytännöllä valtakunnallisesti sovittuja yhtenäisiä tietorakenteita ja luokitukseja, jotta eri tietojärjestelmien tallentamia potilastietoja voidaan hyödyntää kaikissa potilastietojärjestelmissä.

2. Tiedonhallintapalvelu tukee ja mahdollistaa potilastiedon käyttämisen terveydenhuollon organisaatioissa potilaskeskeisesti riippumattomampana alkuperäisen tiedon tuottamiskontekstista, kuten palvelutapahtumasta tai palvelunantajasta.
3. Tiedonhallintapalvelussa näytettävä tieto säilytetään alkuperäisenä ja muuttumattomana Potilastiedon arkistossa.

4. Tiedonhallintapalvelun toiminta edellyttää virallisena henkilötunnuksen käyttämistä sinne tallennettavissa asiakirjoissa ja lomakkeissa sekä potilaan keskeisissä terveystiedoissa.

5. Tiedonhallintapalvelusta näytettävät asiakirjat ovat tallennettuina terveydenhuollon palvelun antajien ja palveluyksiköiden rekisterinpidon mukaisesti Potilastiedon arkistossa.

6. Tiedonhallintapalvelun koostetietojen nopeamman ja tehokkaamman käsittelyn mahdollistamiseksi Kela toteuttaa Potilastiedon arkistoon erillisen reaaliaikaisen tietokannan, johon rakenteiset koostetiedot tallennetaan potilasasiakirjoja tallennettaessa ja josta koostetiedot palautetaan Tiedonhallintapalvelun kyselyn yhteydessä.

7. Asiakirjojen versiointia tai vaihtoehtoisesti asiakirjojen linkityksen ja päivämäärään perustuvaa rakennetta hyödynnetään Tiedonhallintapalvelussa potilastiedon ylläpitämiseen.


2.4 Tiedonhallintapalvelun merkintöjen yhdistämiseen liittyviä periaatteita

Tiedonhallintapalvelustaan palautettavien merkintöjen yhdistämiseen liittyvät seuraavat periaatteet:

1. Potilastietojärjestelmän omien asiakirjamerkintöjen yhdistäminen Tiedonhallintapalvelun kautta palautettuihin tulee käytä vyöhykkäällä ja helpolla tavalla niin, että se tukee terveydenhuollon toimintaprosesseja ja potilastietojen asianmukaista ylläpitoa.
2. Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävän asiakirjan ylläpito ja sen mahdollisuus edellyttävän tietojen yhdistely on sen toimintayksikön vastuulla, joka on viimeisimpänä muokannut kyseistä tietosisältöä.

   a. Yhdistäminen voi kuitenkin tapahtua myös muun toimintayksikön tekemänä, jos käytettävällä potilastietojärjestelmällä on käytössään kyseisen alueen yhteisen potilastietorekisterin tiedot ja toimintayksikkö kuuluu samaan yhteiseen potilastietorekisteriin (tai alue käyttää jonkin muun säädöksen nojalla yhtenäistä alueellista potilastietojärjestelmää, jossa järjestelmän omassa sisäisessä rakenteessa on hyödynnettävissä usean toimintayksikön potilastietoja).

2.5 Tietosuojaan liittyviä periaatteita

   Tiedonhallintapalvelusta palautettavan potilastiedon käsitteleyyn liittyy seuraavia tietosuojaperiaatteita:

1. Pääperiaatteena on asiakastietolain mukainen toiminta, jonka 20 § mukaisesti tietojen luovutus on mahdollista vain mikäli potilas ei ole tietojen luovutusta kieltänyt.

2. Ylläpidettävää asiakirjaa, joka on tuotettu kiellon rajaamassa palvelutapahtumassa, ei palauteta Tiedonhallintapalvelun kautta vaan sen sijaan palautetaan viimeisin asiakirja, jonka luovutusta ei kiellolla ole rajattu.


4. Koosteita ei tallenneta muutoin kuin teknisistä syistä tapahtuvaa välivarastointia varten. Koosteelle Tiedonhallintapalvelusta kulloinkin palautettu tietoisältö pystytään tarvittaessa jälkikäteen rekonstruoimaan.

näytävä tietojärjestelmän käyttölokiin siitä, että tietoa on tarkasteltu Tiedonhallintapalvelun kautta.

2.6 Tiedonhallintapalvelun rajapintoihin liittyviä periaatteita

Toiminnan rajapintoja on määritelty periaatteellisella tasolla seuraavasti:


2.7 Rekisterinpitäjyys ja versiointimalli

Terveydenhuollon palveluyksiköiden tuottamat keskeiset hoidolliset tiedot ovat aina kyseisen tietosisällön tuottaneen palvelunantajan rekisteripidossa. Rekisterinpitäjä voi ylläpidettävänsä asiakirjoissa vaihdella sen mukaan, kuka on viimeisin määrittänyt asiakirjaa. Ylläpidettäviä asiakirjoja ei versioida, vaan tuorein asiakirja tunnistetaan arkistointijärjestelmän perusteella eli ketjuttamalla asiakirjoja.
Taulukko 1. Rekisterinpitäjyyden ja luovutusten hallinnan sääntöjä.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Asiakirja</th>
<th>Rekisterinpitäjä</th>
<th>Voi olla kiellon alainen</th>
<th>Luovutus edellyttää hoitosuhteen voimassaoloa</th>
<th>Mahdollista luovuttaa sairaanhoitopiirin yhteiseen potilastietorekisteriin perustuen</th>
<th>Rajoitteet asiakirjojen määrittäminen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Palvelutapahtuma-asiakirja</td>
<td>palvelunantaja</td>
<td>kyllä</td>
<td>kyllä</td>
<td>kyllä</td>
<td>1 voimassaoleva / palvelutapahtuma</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoitoasiakirja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Normaali potilasasiakirja</td>
<td>palvelunantaja</td>
<td>kyllä</td>
<td>kyllä</td>
<td>kyllä</td>
<td>ei</td>
</tr>
<tr>
<td>Keskeiset terveysiedot:</td>
<td>palvelunantaja</td>
<td>kyllä</td>
<td>kyllä</td>
<td>ei*</td>
<td>1 voimassaoleva/ ylläpidettävä asiakirja</td>
</tr>
<tr>
<td>ylläpidettävät asiakirjat</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Keskeiset terveysiedot:</td>
<td>_</td>
<td>_</td>
<td>kyllä</td>
<td>ei*</td>
<td>(1/kooste)</td>
</tr>
<tr>
<td>koosteet</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

*koosteessa palautettavat tiedot poimitaan vain asiakirjoista, jotka eivät ole hakijalle kielloin rajoitteelta, itse koostetta ei voi kieltää
**ei Tiedonhallintapalvelun rajapinnan kautta, mutta jaeltavissa palvelutapahtuman asiakirjana

Taulukko 2. Ylläpitomallin sääntöjä.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Asiakirja</th>
<th>Versioiden hallinta</th>
<th>Korjaus</th>
<th>Mitätöinti</th>
<th>Korjaus, vanhat tiedot viedään tausta-arkistoon</th>
<th>Mitätöinti, vanhat versiot viedään tausta-arkistoon</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Palvelutapahtuma-asiakirja</td>
<td>versioimalla</td>
<td>kyllä</td>
<td>kyllä</td>
<td>ei</td>
<td>ei</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoitoasiakirja</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Normaali potilasasiakirja</td>
<td>versioimalla</td>
<td>kyllä</td>
<td>kyllä</td>
<td>kyllä</td>
<td>kyllä</td>
</tr>
<tr>
<td>Keskeiset terveysiedot:</td>
<td>pvm-perusteella</td>
<td>_</td>
<td>kyllä</td>
<td>kyllä</td>
<td>kyllä</td>
</tr>
<tr>
<td>ylläpidettävät</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Keskeiset terveysiedot:</td>
<td>_</td>
<td>_</td>
<td>_</td>
<td>_</td>
<td>_</td>
</tr>
<tr>
<td>koosteet)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja
toiminnallinen määrittely
LUONNOS
3 Tiedonhallintapalvelun tietosisällöt ja potilasyhteenveto

Muutoksena julkaisun versioon 2016 lukuun 3:
- Poistettu vaiheistusasetuksen mukaiset tietosisältöjen käyttöönnottoaikataulut, koska määräajat ovat umpeutuneet
- Poistettu Kanta-suostumus
- Poistettu Kanta-käyttöliittymäpalvelun toiminta-ajatuksen kuvaus (luku 3.3)

Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukuun 3:
- vaiheistusasetuksen muutoksessa (kirjoitushetkellä olevan luonnoksen mukaisesti) tulevat aikataulumuutokset on huomioitu (luku 3.1.3 ja koko julkaisu)
- on lisätty Kanta-käyttöliittymäpalvelun toiminta-ajatuksen kuvaus (luku 3.3)

Potilaan hoidon kannalta on tärkeää saada helposti käsitys potilaan ajantasaisista hoitoon liittyvistä keskeisistä tiedoista, ilman että tietoa pitäisi etsiä etsiä useasta lähteestä tai erotella uutta tietoa vanhentuneesta tiedosta. Nimenomaan tähän pyritään Tiedonhallintapalvelululla ja potilasyhteenvedolla. Tässä luvussa kuvataan Tiedonhallintapalvelun tietosisältö, käyttöönnotoaikataulu ja potilasyhteenveto.

3.1 Tiedonhallintapalvelun tietosisältö

Potilaan terveyden- ja sairaanhoidon kannalta keskeiset tiedot tallennetaan Potilastiedon arkistoon kunkin terveydenhuollon organisaation omiin potilasrekistereihin, ja Tiedonhallintapalvelu ainoastaan kokoaa ja välittää nämä tiedot potilastietojärjestelmille.

Tiedonhallintapalvelun kautta näytettävien keskeisten terveystietojen määrittely pohjautuu vaiheistusasetuksen (L165/2012) ja sitä ennen Terveyshankkeessa ja Kanta-hankkeessa aiemmin tehtyihin määrittelyöihin (mm. Hartikainen et al, 2009; Virkkunen et al, 2010). Arviointi- ja valintakriteerinä on käytetty terveystietojen tarpeellisuutta ja merkittävyyttä potilaan hoidossa.

Keskeiset terveystiedot voidaan tietojen käytön ja hallinnan kannalta jakaa kahteen käsittelytavaltaan erilaiseen ryhmään:

a) Tiedonhallintapalvelun koosteet (kertyvät eli kumulatiiviset tiedot), jotka tuotetaan tehtyjen merkintöjen tietoja kokoamalla ja yhdistämällä. Näitä ovat:
- diagnoosit,
- riskitiedot,
- toimenpiteet,
- toimenpidekoostuksella kirjatut kuvantamistutkimukset,
• laboratoriotulokset,
• keskeiset fysiologiset mitaustulokset ja
• rokotukset

b) Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävät asiakirjat, jotka vaativat aktiivista ylläpitoa ja uusien tietojen lisäämisen lisäksi myös vanhentuneiden / muuttuneiden tietojen päivittämistä. Näitä ovat:

• terveys- ja hoitosuunnitelma

3.2 Tiedonhallintapalvelun potilasyhteenenveto (Patient care summary)

Hoidon kannalta keskeisten terveystietojen kokoaminen yhdellä silmäyksellä nähtäväksi helpottaa hoitotilanteessa potilaan kokonaistilanteen hahmottamista. Potilasyhteenenveto onkin keskeisin lähtökohta Tiedonhallintapalvelun määrittelyissä. Potilasyhteenvedon sisältö on kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa ja potilastietojärjestelmissä sama ja potilastietojärjestelmiä tulee toteuttaa yhteenvedolle vallakunnallisesti määritellyt toiminnallisuudet, vaikka sen näyttämisen toteuttava käyttöliittymä voi vaihdella ulkonäöltään eri potilastietojärjestelmissä.

Hoidon kannalta keskeiset terveystiedot tulee näyttää terveydenhuollon ammattilaisille tiiviissä muodossa nähtäväksi potilasyhteenvedolla. Yhteenvedolla ei voida näyttää kaikkia potilaan tietoja kerralla. Sen vuoksi on määritelty hoidon kannalta tärkeimmiksi tietoihin kriittiset riskit, pitkäaikaisdiagnoosit ja voimassa oleva lääkitys (tämän julkaisuversion laajuuden ulkopuolella), jotka tulee näyttää yhteenvedon etusivulla. Lisäksi uusimmat laboratoriotulokset, fysiologiset mittaukset ja kuvantamistutkimukset on tärkeää nähdä ensisilmäyskellä. Muut yhteenvedon tiedot voidaan sijoittaa yhden klikkauksen päähän etusivulta.

Myös terveys- ja hoitosuunnitelma on oleellinen tieto potilaan hoitoa suunniteltaessa, mutta se on itsessään niin laaja kokonaisuus, että vaatinee oman sivunsa potilasyhteenvedolla. Toimenpiteet ja rokotukset eivät ole yhtä merkityksellisiä jokaisessa hoitotilanteessa ja voidaan siksi sijoittaa yhden klikkauksen päähän etusivulta. Myös hoidossa huomioitavien riskitietojen, diagnoosistilan sekä päättynen lääkitysten olemassaolo (esimerkiksi aktiivisena kuvakkeena) on suositeltavaa esittää etusivulla, mutta varsinaiset listat voidaan näyttää tarvittaessa erikseen.

Potilasyhteenvedon tietoihin voidaan eri organisaatioissa ja järjestelmissä yhdistää myös päättöksentekoa tukevia ja hoitopoliuja ohjaavia toimintoja. Silloin palvelusta voidaan saada potilaan hoidolle entistä parempi hyöty.
Potilasyhteenvedolla terveydenhuollon ammattihenkilön on helppo hahmottaa potilaan kokonaistilanne. Yhteenvedolta on mahdollista hakea yhteenvedolla näkyvän tienon lähteenä olevia alkuperäisiä hoitoasiakirjoja ja löytää käyttäjäystävällisi kyseenasanaan liittyvä olennainen potiliastito. Potilasyhteenvetonäyttäytymisessä on tämän julkaisuversion rajauksen ulkopuolella.

Potilasyhteenvetonäyttäytymisessä näyttää potilastietojärjestelmän tietojen perusteella myös siiloin, kun Tiedonhallintapalvelun tiedot eivät ole käytettävissä tai esimerkiksi osastohoidon aikana, jolloin tietojen ajantasaisuus pidetään yllä potilastietojärjestelmänä. Siksi Potilasyhteenvedolla, sekä yksittäisillä koosteyhteenvedoilla, on suositeltavaa näyttää milloin tiedot on päivitetty Tiedonhallintapalvelusta.

Tiedonhallintapalvelu palauttaa potilasyhteenvedolle koostetta tai ylläpidettäviä asiakirjoja Tiedonhallintapalvelun tietosisältömäärittelyjen pohjalta. Palautettua tietoa voidaan potilastietojärjestelmän käyttöliittymätoteutuksesta riippuen näyttää tai järjestää eri tavoin. Tiedonhallintapalvelu ja potilasyhteen veto eivät kuitenkaan ole ainoa tapa etsiä potilaan tietoja Potilastiedon arkistosta, vaan se on yksi tapa muiden tiedonhaun tapojen rinnalla. Potilastiedon arkistossa olevia kertomustietoja voidaan tutkia myös muilla tavoin, esimerkiksi käynteihin ja hoitojaksoihin perustuen (kuva 3).

Kuva 3. Potilastietojen näyttämistä potilasyhteenvedolla voidaan toteuttaa katsojan tarpeesta riippuen, esimerkissä myös käyntien ja hoitojaksojen asiakirjoihin perustuen.
4 Tiedonhallintapalvelun koosteiden toiminta- ja tietomalli

Muutoksena julkaisun versioon 2016 lukuun 4:
- poistettu viittaukset aiemman asiakastietolain mukaiseen Kanta-suostumukseen
- poistettu viittaukset lääkityskoosteeseen kuvasta 3 sekä teksteistä

Muutoksena julkaisun versioon 2015 lukuun 4:
- koosteen syntynumarkin tiedoja täsmennetty (luku 4.2)
- riskitiedot käsitellään entryinä (luku 4.4)

Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukuun 4:
- koosteen poimimisen kuvausta on tarkennettu (luku 4.4)

Tiedonhallintapalvelun koosteet ovat Tiedonhallintapalvelun Potilastiedon arkiston keskeisistä rakenteisesta tiedoista kokoamia potilaskohtaisia tietokokonaisuuksia, jotka Tiedonhallintapalvelussa palauttaa potilastietojärjestelmille ja joista potilastietojärjestelmät muodostavat käytännöllisissä esitysmuodoissa näytettäviä koosteyhteenmoodoja. Koosteet muodostetaan aina Tiedonhallintapalvelussa kyselyhetkellä, eikä niitä tallenneta yksittäisesti potilastermostoista. Koosteet voidaan kuitenkin tilapäisesti tallentaa potilastietojärjestelmään yhden käyntökerran (käynnin tai hoitojakson) ajaksi Koosteyhteenvedon muodostamisen tarpeisiin. Koosteet ovat siten vain näytettäviä (read only) tietoa, jonka esitysmuotoa voidaan potilastietojärjestelmääsi muokata tiedon havainnollistamiseseksi.

Koosteyhteenveden näytössä tulee kiinnittää erityistä huomiota esitystavan havainnollisuuteen, hyödynnättävyteen ja toteutusten käytettävyteen. Vaikka koosteet ovat vain koosteyhteenvedolla näytettäviä, eikä niitä voi muokata, niitä tulee voida yhdistää, suodattaa ja järjestää ja kustakin tiedosta tulee pystyä tekemään tarvittavia jatkotoimintoja, kuten uuden laboratoripyynnön tekeminen koosteessa olevan laboratoriotutkimuksen pohjalta tai vanhan diagnoosin poimiminen uuden diagnoosikirjauksen pohjaksi.

1. Koosteeseen kuuluvat rakenteiset tiedot tallennetaan Potilastiedon arkistoon rekisterinpitäjäkohtaisina tietoina

2. Tiedonhallintapalvelu kokoaa koosteessa palautettavat tiedot eri rekisterinpitäjän tiedoista (teknisesti Kelan toteutuksessa erillisestä tietokannasta, johon rakenteiset tiedot poimitaan asiakirjoja tallennettaessa).

3. Organisaatioissa katsotaan Tiedonhallintapalvelun kautta koottuja tietoja (mutta niitä ei tallenneta organisaation omiksi tiedoiksi).

4.1 Koostetietojen suhde rekisterinpitäjäkohtaisesti arkistoituihin tietoihin

4.2 Koostetietojen tietomalli ja yhteinen tietosisältö


<table>
<thead>
<tr>
<th>Koostettavien tietojen yleinen toimintamalli</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Tietojen muodostusvaihe: organisatio A</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Käyttäjä</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Potilastietojärjestelmä</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kanta</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Kuva 5. Koosteen toimintamalli.

Potilastietojärjestelmät vastaanottavat koosteet Tiedonhallintapalvelusta kunink tietokonoksiusuden osalta Kelan rajapintamääritteleviiden mukaisesti. Lisäksi on suositeltavaa, että potilastietojärjestelmä lisää Tiedonhallintapalvelun kokoamiin tietoihin potilastietojärjestelmässä olevat vastaavat omassa organisatioissa muodostetut uudet rakenteiset tiedot, joita ei ole vielä arkistoitu Potilastiedon arkistoon, ja näyttää ne osana koosteyhteenvetoa. Potilastietojärjestelmässä olevat tiedot, joita ei ole hyväksytty arkistoitaviksi, on suositeltavaa näyttää arkistoitaviksi hyväksytystä tiedoista eroavalla tavalla, esimerkiksi kursiivilla tai eri väriillä kuin muut koosteyhteenvetoavedolla näytettävät tiedot. Myös aluejärjestelmien sisältämiä vastaavien tietojen hyödynnäminen mahdollisuuksien
mukaan on suotavaa. Näin koosteet saattaisiin mahdollisimman ajantasaisiksi ja sisällöllisesti kattaviksi.

Kunkin koostetiedon kuvailutiedot sisältävät koosteen syntykontekstin tiedot: koostetietoon kuuluvat palvelutapahtuman yksilöintitunnuksen, tiedon tuottaneen organisaation (palvelun tuottaja), alkuperäisen asiakirjan ja merkinnän yksilöintitunnuksen, merkinnän näkymän ja merkinnän tapahtuma-ajan (Kuva 6). Syntykontekstin tietojen avulla tulee voida hakea alkuperäinen, täydellinen potilasasiakirjoista lötyvä konteksti Tiedonhallintapalveluun poimutille koostetiedolle. Tätä tarvitaan, kun terveydenhuollon ammattihenkilö haluaan tarkastella koko potilaskertomusmerkintää, potilasasiakirjaa tai palvelutapahtuman asiakirjoja, joista tieto on poimittu.


4.3 Vaatimukset koostetietojen kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä

Tiedonhallintapalvelun käyttöönoton ja käytön ehdoton edellytys on, että Tiedonhallintapalvelun kautta näytettävät tiedot ovat rakenteeltaan ja tietosisällöltään riittävän yhtenevät, jotta eri tietojärjestelmien tuottamia tietoja voidaan hyödyntää myös toisissa tietojärjestelmissä. Myös tietojen yhdistäminen ja automaattinen käsittely


Tietojen kirjauskunnassa käytetään tietojen automaattista täydennystä niillä osin, kun se on mahdollista. Käyttäjän niin halutessa, automaattisesti täydennettävät tietoja pystyy helposti muuttamaan. Myös vapaaehtoisten lisätietojen ja tarkenteiden täydentämisen tulee olla helposti toteutettavissa. Tiedon oikeellisuuden varmistamisessa potilastietojärjestelmässä käytetään siihen toteutettuja tarkistus- ja varoitusominaisuuksia, kun se on mahdollista.

4.4 Vaatimukset koosteiden kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa

Kun asiakirjoja tallennetaan Potilastiedon arkipalvelu, poimii Tiedonhallintapalvelu asiakirjoista merkinnän (kuvantamis- ja laboratoriotutkimukset) tai merkinnän rakenteiset tiedot eli entryt (diagnoosit, riskitiedot, toimenpiteet, fysiologiset mittaukset ja rokotukset) Potilastiedon arkistossa erilliseen tietokantaan, josta tietoja on helpompi ja nopeampi palauttaa.
Tiedonhallintapalvelun kyselyissä. Tietokantaan kerätään koostetiedon rakenteisten tietojen (entryn tai merkinnän) lisäksi koostetiedon syntykontekstin tiedot koostetiedon linkittämiseksi siihen palvelutapahtumaan, asiakirjaan ja merkintään, jossa tieto on kirjattu (kuva 6).


4.5 Vaatimukset koosteiden näyttämiselle

Potilastietojärjestelmissä tietojen näyttämisessä ja jatkokohdyntämisessä tulee pyrkiä vähintään tässä dokumentissa määriteltyihin valtakunnallisiin vaatimuksiin, joita voidaan pitää käytettävyyssvaatimusten vähimmäistasona, "minimikäytettävyyssvaatimuksina". Lisäksi on toivottavaa, että tietojärjestelmiin toteutetaan tässä julkaisussa erikseen mainittuja suositeltavia lisäominaisuuksia.

näkymä huomioi kuitenkin nykyhetken kieltojen mukaisen tilanteen ja mikäli jostain syystä tarvitaan alkuperäisen hakuhetken mukainen näkymä, on tämä muodostettavissa Kelan toimesta erillisen tietopyynnön perusteella (ei osa potilastietojärjestelmän toiminnallisuutta).

Koostietojen sisältävän potilaskertomusmerkinnän, asiakirjan tai palvelutapahtuman tietojen esittäminen, edellyttää uutta asiakirjahakua potilastiedon arkistosta. Muut tiedot ovat potilastietojärjestelmän käytettävissä jo alkuperäisen koostehaun perusteella.

Pääsääntöisesti koosteyhteenvedolla ei esitetä kaikkia saman tiedon, kuten saman diagnoosin, toistuvia kirjauksia, vaan kustakin tiedosta näytetään viimeisin merkintä. Suositeltavaa on näyttää myös ajanjaksot, jolla merkintöjä on tehty (vanhimman ja uusimman merkinnän päivämäärät) sekä esimerkiksi kyseisenä aikana tehtyjen saman tiedon merkintöjen kokonaismäärä. Kaikkien merkintöjen listaan päästään päästään tarvittaessa helposti yhteenvetonayttöltä.

Suositeltavaa on, että koosteiden koostetiedot (merkinnät tai entryt) näytetään aikalajärjestysessä uusimmat ylimpänä, mutta siten, että listan näyttöjärjestystä voidaan helposti vaihtaa esimerkiksi kunkin sarakeen mukaiseen järjestykseen klikkaamalla kyseisen sarakeen otsikoa (vastaavasti toisella klikkauksella päällystä käänteiseen järjestykseen).

Kustakin koosteyhteenvedolla esitetystä koostetiedosta on suositeltavaa pystyä poimimaan merkinnän tai entryn tiedot uuden merkinnän pohjaksi, esimerkiksi uuden laboratoriopyynnön tekemiseksi koosteessa olevan laboratoriovastauksen pohjalta tai vanhan diagnoosin poimimiseksi uuden merkinnän pohjaksi, esimerkiksi pitkäaikaisdiagnoosin poimiminen uuteen diagnoosikirjaukseen.
5 Koosteet – tietosisällöt ja toiminnalliset vaatimukset

Muutoksena julkaisun versioon 2016:
- muutettu koko kappaleessa ilmaisuja, jotka ajoittavat muutoksia historiaan siten, että ne ovat jo tapahtuneet eivätkä tulossa esimerkiksi 2015
- poistettu maininnat, jotka on kirjattu esimerkiksi "uusi luokitus" -muotoon, koska luokitukset, määritellyt, ym. eivät enää ole uusia tätä versiota kirjoitettaessa
- poistettu luku 5.8 Lääkityslista

5.1 Diagnoosit ja käyntisyyn

Muutoksena julkaisun versioon 2016 lukuun 5.1:
- tarkennettu episoditunnuksen hallintaan liittyen saman diagnoosin määritelmää (luku 5.1.5.3)
- tarkennettu episodin nimeen liittyen episodin nimeämisen mahdollisuutta (luku 5.1.5.4)

Muutoksena julkaisun versioon 2015 lukuun 5.1:
- otsikoihin lisätty Tulosyvy huomioitu määrittelyssä (luku 5.1)
- ICD-koodin tallentaminen osakoodeina muutettu pakolliseksi (luku 5.1.1)
- oletusarvojen päätelyn sääntöjä diagnoosin kopioimisen yhteydessä tarkennettu (luku 5.1.2.3)
- diagnoosin tai käyntisyyn nimen oletusarvon päätelyn sääntöjä koodipareissa tarkennettu (luku 5.1.2.3)
- pitkäänikaisdiagnoosien pysyvyysten oletusarvon muutettu (luku 5.1.2.3)
- ICD-diagnoosin ICPC-diagnoosiksi muuttamisen sääntö lisätty (luku 5.1.2.3)
- diagnoosin tarkentamiskirjauksen sääntöjä tarkennettu (luku 5.1.2.5)
- diagnoosin päätymiskirjauksen sääntöjä tarkennettu (luku 5.1.2.8)
- ICD-koodiparin näyttämisen sääntö kuvattu (luku 5.1.4)
- yhdistämisen sääntöjä yhdistelmädiagnooseilla (koodipareilla) tarkennettu (luku 5.1.5.1)
- episoditunnuksen päätellyä voimassa olevien ja päättyneiden pitkäänikaisdiagnoosien perusteellä tarkennettu (luku 5.1.5.3)

Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukuun 5.1:
- käyntisyyn kirjaaminen diagnoosirakenteella on lisätty tietosisältöön diagnoosin rinnalle (luvut 5.1, 5.1.2.3, 5.1.4.2)
- ICD-10 koodin purkaminen osatekijöihin on lisätty tietosisältöön (luku 5.1.1)
- diagnoosin halttavaikutuksen kirjaamista on tarkennettu (luku 5.1.1)
- Liikuntalaji on lisätty tapaturmatyyppin tarkenteeksi tietosisältöön (luku 5.1.1.1)
ICPC-ICD rinnakkaiskirjauskoon tuottamista on tarkennettu (luku 5.1.2.2).

Diagnoosin pysyvyyden kirjaamista on muutettu (luku 5.1.2.3)

Vanhojen diagnoosien yhteenliittämisestä on alku vaiheessa luovuttu (luku 5.1.2.6)

Pitkäaikaisdiagnoosin toteajan määrittelyä on tarkennettu (luku 5.1.2.7)

Vanhojen diagnoosien koostamisesta Tiedonhallintapalveluun on luovuttu (luku 5.1.2.9)

Diagnoosien näyttämisessä suodattamisen suosituksesta on muutettu (luvut 5.1.4.1 ja 5.1.4.2)

Episodin näyttämistä on tarkennettu (luvut 5.1.4.1, 5.1.4.3 ja 5.1.5.4)

Diagnoosin yhdistämisestä määrittelyä on tarkennettu (luvut 5.1.5.1 ja 5.1.5.2)

Diagnooseja käytetään kahdessa, jossakin määrin toisistaan poikkeavassa merkityksessä. Tiedonhallintapalvelussa vaihtoehdot erotetaan toisistaan käsitteellisesti ja toiminnallisesti:

Potilaan terveysongelmat, joita hoidetaan kulloisenkin kontaktin yhteydessä (käyntien ja hoitojaksojen diagnoosit ja käyntisyyt) sekä

Potilaan terveysongelmat, jotka voidaan ymmärtää potilaan, pitkäkeestoisiksi tai pysyväisluonteiksi terveysominaisuuksiksi ja joilla on väistetyäänkin laaja-alaista merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien hoidon kannalta (pitkäaikaisdiagnoosit).

Käyntisyiden kirjaukset huomioitaan diagnoosikirjauskoiralla Potilastiedon arkiston määrittelyissä.

Hoidon syyt


Diagnoosit ja käyntisyyt
Diagnoosit tai käyntisytyt kirjataan käytänte ja hoitojaksojen yhteydessä kuvaamaan niitä terveysongelmia, joita käynnin tai hoitojakson yhteydessä kulloinkin hoidetaan. Diagnoosien tai käyntisyiden kirjaus on hoidon kannalta jokaisen hoitoasialkirjan tärkeimmä rakenteisia tietoja, mutta niitä käytetään myös mm. kuvaamaan palveluntuotantoa ja helpottamaan kustannusanalysiä.

Diagnoosiksi tai käyntisyiksi kirjataan kyseisen käynnin tai hoitojakson aikana hoidetut sekä hoitoon olennaisesti vaikuttaneet potilaan diagnoosit, riippumatta siitä ovatko ne akuutteja ja lyhytekoisia, esimerkiksi tavallinen flunssa, tai kroonisia ja pitkäkestoisia diagnooseja, esimerkiksi diabetes.

Tiedonhallintopalvelun diagnoosilistalle diagnoosit ja käyntisyöt kootaan koosterakenteen tavoin käytänte ja hoitojaksojen yhteydessä kirjatuista diagnooseista ja käyntisyistä, riippumatta siitä, minkä otsikon alla niitä on käytetty. Käyntisyöt ovat siten rinnastettavissa diagnooseihin ja niitä käsitellään diagnoosilistoilla samanarvoisesti diagnoosien kanssa. Tietorakenteen mahdollistaa kuitenkin niiden erotettelon tilanteissa, joissa halutaan katsoa vain lääkärin kirjaamia diagnooseja tai muiden ammattiryhmien kirjaamia käyntisyitä.

Pitkäaikaisdiagnoosit

Pitkäaikaisdiagnoosit ovat potilaan terveysominaisuuksia ja niillä on väistyttyäänkin merkitystä laajasti potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien hoidon kannalta. Ne vaikuttavat muiden sairauksien etenemiseen ja hoitoon ja siksi niillä on merkitystä useimpien potilaskontaktien yhteydessä, vaikka ne eivät olisikaan varsinaisesti hoitoon hakeutumisen syy. Hoitoon liittyessään myös pitkäaikaisdiagnoosit kirjataan käynnin tai hoitojakson diagnooseiksi.


5.1.1 Diagnoosien ja käyntisyiden tietosisältö ja niihin liittyvät luokitukset

Diagnoosien ja käyntisyiden kansalliseen terveysarkistoon tallennettava rakenteinen tietosisältö kuvataan erillisessä tietosisältömaarittelyssä (THL/Tietosisältö – Diagnoosit), jota ylläpidetään koodistopalvelimella. Tiedonhallintopalvelu palauttaa näytettäväksi diagnoosien
rakenteisen tietosisällön sellaisenaan. Tietojen näyttämisen periaatteet ja rajauset on kuvattu luvussa 5.1.4. Kuva 7 esittää Tiedonhallintapalvelussa näytettävän kliinisen diagnoosien keskeisen tietosisällön.


Diagnoosien kirjaamisen rinnalla on otettu käyttöön känytisyiden rakenteinen kirjaaminen edellä kuvattulla tavalla. Koska känytisyyt ovat rinnastetavissa diagnooseihin, känytisyyt kirjataan samalla rakenteella kuin diagnoosi ja sen vuoksi diagnoosin tietosisältöön on lisätty uusi tietokenttä, Käynntisy, jolla erotellaan onko kyse diagnoosin vai känytisyyn kirjaamisesta.

Diagnoosin purkaminen


Tietoa syötettäessä käyttäjän tulee pystyä syöttämään ICD-luokituksen mukaiset koodiparit yhtenä koodina. Samoin näyttömuodossa esitetäessä koodiparit tulee näyttää yhtenä

Tietoa tallentava potilastietojärjestelmä purkaa ICD-luokituksen mukaiset koodiparit sekä tallentaa erikseen kirjatut erikoismerkin sisältävät koodit seuraavien sääntöjen mukaisesti:

- #-merkin jälkeinen koodi, on tilan aiheuttajana olevan lääkeaineen ATC-koodi
- &-merkin jälkeinen koodi, on kasvaimen aiheuttaman endokrinologisen häiriön koodi
- +-merkin jälkeinen koodi, on diagnoosin oirekoodi
- *-merkkiä edeltävä koodi on diagnoosin oirekoodi
- *-merkin jälkeinen koodi, on diagnoosin syykoodi
- +, & tai #-merkkejä edeltävä koodi on diagnoosin syykoodi
- yksinään oleva koodi, jonka perässä ei ole mitään merkkiä on diagnoosin syykoodi

**Diagnoosin haittavaikutuksen kirjaaminen**

Kun diagnoosilla kuvataan potilaalle tehdyn toimenpiteen tai annetun rokotuksen tai lääkkeen aiheuttamaa haittavaikutusta, tulee Haittavaikutuksen aiheuttaja tietokentään kirjata haittavaikutuksen aiheuttanut toimenpide THL-Toimenpide luokituksen mukaisesti ja lääke Fimea – ATC-luokituksen mukaisesti.

**Taulukko 3. Diagnoosien rakenteisessa kirjauksessa käytettävät luokitukset.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diagnoosien rakenteisessa kirjauksessa käytettävät luokitukset*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Diagnoosit ja käyntisyyt koodataan käyttäen luokitusta</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>THL - Tautiulokitus ICD-10 tai</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuntaliitto – ICPC Perusterveydenhuollon luokitus</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Diagnoosin ulkoisen syy ja tapaturmatyyppi koodataan käyttäen luokitusta</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>THL - Tautiulokitus ICD-10</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tilan aiheuttajana oleva lääkeaine koodataan käyttäen luokitusta</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Fimea – ATC luokitus</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Haittavaikutuksen aiheuttaja koodataan käyttäen luokitusta</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>THL - Toimenpideluokitus tai</td>
</tr>
<tr>
<td>Fimea – ATC luokitus</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Diagnoosin tai käyntisyyn ensisijaisuus koodataan käyttäen luokitusta</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely
LUONNOS

- **AR/YDIN- Diagnoosin /toimenpiteen ensisijaisuus** (Päädiagnoosi / Sivudiaconoosti)
- **AR/YDIN - Varmuusaste** (Epäilty / Todennäköinen tai varma)
- **AR/YDIN - Pysyvyyys** (=Pysyväisluonteinen / Määrääikainen)
- **THL - Tiedon lähde** (=Hoitava organisaatio / Muu hoitava organisaatio / Potilaan äiti / Potilaan isä / Potilaan edustaja / Viranomainen / Muu tiedon lähde)
- **AR/YDIN - Terveystiedon päättymisen syy** (Määrääikainen / Parantunut / Tarkentunut / Muu syy)
- **UKK-instituutti – Liikuntalajin nimikkeistö**
- **THL – SOTE-organisaatiorekisteri** tai
- **Valvira – Terveydenhuollon itsenäiset ammatinharjoittajat**

### Diagnooseihin ja käyntisyihin liittyvät luokitukset

Tietosisältömäärittelyssä on kunkin kentän kohdalla määritelty myös diagnoosien kirjauksessa käytettävät luokitukset (Taulukko 3). Luokitusten määrittelyt **kuvataan ja ylläpidetään koodistopalvelimella.**

#### 5.1.2 Vaatimukset potilastietojärjestelmille diagnoosi- ja käyntisyttietojen kirjaamisesta

5.1.2.1 Diagnoosin ja käyntisyyn rakenteinen kirjaus

Diagnoosit ja käyntisyyt tulee kirjata potilastietojärjestelmiin rakenteisina tietoina (entryinä) koodistopalvelimella julkistetun THL/Tietosisältö – Diagnoosit tietosisältömäärittelyiden mukaisesti ja tallentaa Potilastiedon arkistoon osana potilaskertomusta, mistä ne kootaan Tiedonhallintapalvelun avulla käynti- ja pitkäaikaisdiagnoosien listoille. Diagnoosin ja käyntisyyn kirjaaminen tulee pyrkia tekemään mahdollisimman yksinkertaiseksi kirjaamalla käsin vain välttämättömät tiedot (diagnoosin tai käyntisyyn koodi) automaattikan täydentääkseni puuttuvat tiedot. Mikäli pakollisia tietoja puuttuu, tulee potilastietojärjestelmän huomauttaa käyttäjää niiden puuttumisesta ja vaatia niitä kirjattavaksi. Käyttäjän niin halutessa täytystä välttää tiedoja pystyä muuttamaan sekä lisäämään niihin vapaaehtoisia lisätietoja. (kuva 8)


5.1.2.2 ICPC – ICD rinnakkaiskirjaus


5.1.2.3 Oletusarvojen päättely

Diagnoosien ja käytäntöiden kirjaamisessa tulee hyödyntää mahdollisuuksien mukaan tietojen automaattista päättelyä ja potilastietojärjestelmän tulee varmistaa, että diagnoositunnan tietosisältö on määrittysten mukainen ja pakolliset tiedot on täytetty.

Käyttäjän tulee aina pystyä tarvittaessa muokkaamaan oletusarvojen mukaisia tietoja. Kopioitaessa tiedot vanhasta entrystä, oletusarvot tuodetaan vanhan entryn mukaisesti (ks. luku 5.1.2.4.). Jos vanhan entryn mukaista diagnoosikoodia muutetaan, ei diagnoosin toteajan ja toteamispäivän tietoja kopioida vanhalta entryltä. Myöskään käytäntöön muuttuessa True:stä False:ksi, ei tietoa kopioida vanhalta entryltä. Jos kyseinen diagnoosi on potilaan pitkäaikaisdiagnooseissa on suositeltavaa tuoda toteamistiedot niistä, jos se teknisesti on mahdollista.

Kun tietoa ei kopioida vanhasta entrystä, oletusarvot päätellään seuraavasti:

- Käytäntöön oletusarvona on aina (myös vanhasta entryä kopiotaessa) lääkäreillä False, muilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä True.
  - Jos tietojärjestelmä ei pysty päättelemään, onko merkinnän tekijä lääkäri vai muu terveydenhuollon ammattihenkilö, käytetään oletusarvona aina False.
  - Diagnoosin tai käytäntöön nimi tekstinä tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ensisijaisesti käytetystä luokituksesta, ICD- tai ICPC-luokituksesta. Tekstiä voi vapaasti muuttaa ja Diagnoosin tai käytäntöön nimi tekstinä tallennetaan käyttäjän muokkaamassa muodossa.
  - Diagnoosin tai käytäntöön nimi tekstinä (codeid 21) nimen oletusarvona käytetään syötetyyn koodin mukaista nimeä: yksittäisissä koodeissa kyseisen koodin mukaista nimeä ja ICD-luokituksen mukaisissa
koodipareissa koodiparin mukaista nimeä. Erikseen kirjatuissa koodipareissa nimenä käytetään syykoodin (codeid 1) mukaista nimeä.


- Diagnoosin pysyvyyden kirjaamisessa voidaan käyttää kahta tapaa: pitkäaikaisdiagnoosit kirjataan käynnin tai hoitojakson diagnooseina tai käyntisyinä arvolla Pysyväisluonteinen, jos niitä ei ole aiemmin kirjattu pitkäaikaista diagnooseiksi tai pitkäaikaisdiagnooseja ylläpidetään eikä. Oleellista on, että diagnoosin pyyvääisluonteisuus tulee kirjattua vähintään kerran.

  - jos ensisijaisesti käytetyn (ICD- tai ICPC-) luokituksesta mukaan diagnoosin pysyvyyden oletusarvo on Määräaikainen, käytetään tätä kirjauksessa diagnoosin tai käyntisyyn pysyvyyden oletusarvon

  - jos ensisijaisesti käytetyn (ICD- tai ICPC-) luokituksesta mukaan diagnoosin pysyvyyden oletusarvo on "Pysyväisluonteinen", ja kyseinen diagnoosi ei ole potilaan pitkäaikaisdiagnooseissa, tulee käyttää pitkäaikaisdiagnooseja ylläpidetään eikä. Oleellista on, että diagnoosin pyyvääisluonteisuus tulee kirjattua vähintään kerran.

  - jos kyseiselle diagnoosikoodille, on potilaan pitkäaikaisdiagnooseissa, ei diagnoosille tarvitse kirjata pysyvääisluonteisuutta uudelleen, mutta uudelleen kirjauksesta ei ole haluttaa. Silloin diagnoosin tai käyntisyyn pysyvyyden oletusarvon on voi käyttää kumpaa vain (suositeltavaa on käyttää Pysyväisluonteinen).

- Potilastietojärjestelmä tuottaa diagnoosin tai käyntisyyn episoditunnuksen automaattisesti. Päätelysäännöt on kuvattu tarkemmin luvussa 5.1.5.

- Diagnoosin tai käyntisyyn toteamispäivänä on oletuksena kirjauksen päivä.

- Diagnoosin tai käyntisyyn toteajana on oletuksena merkinnän tekijä, ja hänen organisaatio ja yksikkö.
Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja

Tarkentaminen

5.1.2.4

Aiemmin kirjattujen diagnoosien ja käyntisyiden poimiminen kirjaukseen

Aiemmin kirjattujen diagnoosien ja käyntisyiden kirjaamisen helpottamiseksi ja diagnoosien kirjaamisen yhtenäistämiseksi myös aiemmin kirjattuja diagnooseja ja käyntisyyttä on voitava poimia diagnoosit listalta kertomukseen kirjattavaksi uudeksi diagnoosin tai käyntisyyn entryksi. Potilaan aiemmin kirjatuista diagnoosikiirauksista haettaessa entryyn tulee oletuksena kaikki aiemman entryn tiedot, paitsi käyntisyyn tieto ja määritellä, että diagnooseissa Diagnoosin toteaja ja toteamispäivämäärä, joiden oletusarvoina on merkinnän tekijä ja kirjauksen päivämäärä. Kaikkia tietoja tulee käyttäjän vapaasti muuttaa.

5.1.2.5

Diagnoosin tarkentaminen

Kirjatun diagnoosin tietoja tulee voida tarvittaessa tarkentaa. Tämä tapahtuu kirjaamalla kyseisestä diagnoosista uusi entry, johon tarvittavat tarkennukset tehdään. Tarkennusentryyllä tulee olla sama episoditunnus kuin alkuperäisellä entryllä, muita tietoja käyttäjä voi muuttaa. Yksinkertaisinta tarkentaminen on tehdä poimmalla vanha diagnoosi luvun 5.1.2.4. mukaisesti uuden entryn pohjaksi ja tekemällä siihen tarvittavat muutokset. Myös diagnoosin muuttaminen toiseksi, esimerkiksi päätäkymdyntädiagnoosin tarkentuessa aivokasvaimeksia, voidaan tehdä tällä tavalla, niin että molemmat diagnoosit kuuluvat samaan episodiin.

Kun diagnoosia tarkennetaan vanhan diagnoosimerkinnän pohjalta, kysytään kirjaajalta, merkitään merkinnän tekijä ja merkitään tehtävä. Jos kirjaaja vastaa myöntävästi, kopioidaan vanha diagnoosi päättymismerkinnän, kirjataan merkinnän tekijä päättyy, ja tehtävät tietokortilla, pidetään päättymismerkintä ja päättymismerkintä. Jos kirjaaja vastaa
kieltävästi, uusi dg saa oman episoditunnuksen ja aloittaa uuden episodin ja vanha diagnoosi jää voimaan.

5.1.2.6 Diagnoosin tai käyntisyyn liittäminen toiseen

Uutta diagnoosia tai käyntisyytä kirjattaessa se voidaan liittää jo olemassa olevaan diagnoosiihin tai käyntisyyn epävarmojakin episoditunnuksen avulla antamalla sille sama episoditunnus kuin olemassa olevalla diagnoosilla tai käyntisyylä on. Jos diagnoosi tai käyntisyys poimitaan vanhojen diagnoosien tai käyntisyiden listalta, se liitetään oletuksellisesti vanhaan diagnoosiin tai käyntisyyn. Jos tehdään uusi diagnoosikirjaus, liittäminen tehdään, jos potilaalle on aiemmin kirjattu sama diagnoosi pysyväisluontiseksi. Episoditunnuksen käyttöä on kuvattu tarkemmin luvussa 5.1.5.


5.1.2.7 Pitkäaikaisdiagnoosin kirjaaminen

Pitkäaikaisdiagnoosit kirjataan normaalien käynnin diagnoosien tapaan silloin kun ne ovat käynnissä syynä tai vaikuttavat olennaisesti hoitoon. Kun diagnoosin pysyvyydeksi kirjataan "Pysyväisluonteinen", voidaan ne näytettäessä tunnistaa pitkäaikaisdiagnooseiksi. Mikäli potilaalle halutaan kirjata aiemmin todettu pitkäaikaisdiagnoosi, jota ei ole kirjattu potilaan pitkäaikaisdiagnoosiksi, voidaan toteamispäivä kirjata menneisyyteen esim. vuosi tarkkuudella tai jättää kirjaamatta. Myös diagnoosin toteajan tiedot voi jättää tyhjäksi, jollei alkuperäistä diagnoosin toteajaa tiedetä. Jos toteamispäivä on kirjattu mutta toteajaa ei tiedetä, potilastietojärjestelmä tuottaa CDA-rakenteen vaatimiksi toteajan tiedoiksi "tuntematon"/ "ei tiedossa".

5.1.2.8 Pitkäaikaisdiagnoosin päättymistiedon kirjaus

Käyntien ja hoitojaksojen diagnooseille eikä eikä tarvitse kirjata päättymismerkintöjä. Ne näytetään aina diagnoossilistalla käyntipäivämääräinen mukaisesti. Pitkäaikaisdiagnoosien listalla näytetään sen sijaan (luvun 5.1.4.1 mukaisesti) kaikki ne pysyväisluonteisiksi merkitty diagnoosit, joita ei ole merkitty päättynneeksi.

Kuva 10. Diagnoosin päättymiselle kysytään syy (pakollinen rakenteinen tieto ja vapaaehtoinen vapaatekstitarkennus). Päättymispäivänä on oletuksena kuluva päivä, mutta sitä voi muuttaa.

5.1.2.9 Vanhojen diagnoosien tallentaminen Potilastiedon arkistoon
Potilaskertomusjärjestelmissä diagnoositietoja on kirjattu aiemmin erilliselle diagnoosinäkymälle, kertomukseen rakenteisesti ja tekstinä. Rakenteellisten erojen vuoksi vanhoja diagnoosikirjauksia ei voida Tiedonhallintapalvelun kautta hyödyntää ja siksi ennen Potilastiedon arkistoon liittymistä tuotettuja diagnoosit kirjauksia ei koosteta Tiedonhallintapalveluun.

5.1.3 Vaatimukset diagnoosien ja käyntisyiden kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa
Tiedonhallintapalvelun palauttamana diagnoosikoosteeseen kerätään kaikki diagnoosit ja käyntisyyt eri rekisterinpitäjien asiakirjojen diagnoosientryistä lukuun ottamatta kieltojen rajaamien palvelunantajan ja palvelutapahtumien diagnoosientryjä. Lomakkeilla, kuten...
esimerkiksi todistuksista, tietoja ei kerätä. Eri ammattiryhmien kirjaamia käyntisyitä ja käyntisydyagnoseja ei erotella toisistaan.

Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi diagnosteja. Jos tietohakua on rajattu esimerkiksi aikarajauksella, Tiedonhallintapalvelu palauttaa tiedot vain pyydetyltä aikajaksolta.

5.1.4 Vaatimukset diagnoosien ja käyntisyiden näyttämiselle potilasyhteenvetolla


ICD-koodiparit on suositeltavaa näyttää rakenteisissa diagnoosinäytöissä osakoodeittain syykoodi ensimmäisenä, jolloin diagnoosien ryhmittely ja yhdistäminen on logistia tehdä syykoodin mukaisesti. Tekstin joukossa näyttömuodossa koodiparit (sekä ICD-luokituksen mukaiset, että käyttäjän muodostamat) näytetään perinteisesti koodiparin erikoismerkillä erotettuna, esimerkiksi A02.2+J17.0 Salmonellan aiheuttama keuhkokuume.

5.1.4.1 Pitkäaikaisdiagnoosien näyttäminen

Pitkäaikaisdiagnoosilista tulee näyttää erillään käyntien ja hoitojaksojen diagnoosien ja käyntisyiden listasta. Pitkäaikaisdiagnoosilistalle tulee poimia kaikki diagnoosimerkinnät, jotka on kirjattu pysyvääisloteisiksi (Diagnoosin pysyvyys = "Pysyväisloteinen").
Päättyneet diagnoosit ovat oletuksena piilossa, mutta niihin voi päästä helposti (kuvassa avattuna). Diagnoosit ja käyntisyys näytetään omana listanaan. Jos listaa on suodatettu, näytetään suodatustyypit listalla.

Listalla tulee näyttää kunkin voimassa olevan diagnoosin uusin kirjaus. Lisäksi on suositeltavaa, että käyttäjä voi suodattaa listaa siten, että kustakin 3 merkin tarkkuudella samasta diagnoosista näytetään vain yksi (uusin) kirjaus (luvussa 5.1.5.1. kuvattuna mukaisesti) ja että suodatusta voi tehdä diagnoosin sijasta myös episodittunnuksen perusteella. (kuva 11) Episodin perusteella suodatettaessa diagnoosin nimen sijasta listalla näytetään episodin nimi, jos episodille on annettu nimi. Jos nimeä ei ole annettu, näytetään diagnoosin nimi.

"Saman diagnoosin" määritelmänä on erilainen riippuen siitä millä tarkkuudella diagnoosilistaa näytetään.

- Episodittunnuksen mukaisesti näytettäessä samaksi episodiksi tulkitaan ne diagnoosientryt, joilla on sama episoditunnus.

- 3 merkin tarkkuudella näytettäessä samaksi diagnoosiksi tulkitaan ne diagnoosientryt, joilla diagnoosikoodi on sama 3 merkin tarkkuudella.
• Täydellä tarkkuudella näytettäessä samaksi diagnoosiksi tulkitaan ne diagnoosientryt, joilla diagnoosikoodi on sama 2 desimaalin tarkkuudella (eli 5 merkin tarkkuudella, kun pistettä ei lueta merkiksi).

Käyttäjälle tulee näyttää, onko diagnoosilistaa suodatettu episodittumuksen mukaisesti, diagnoosikoodin 3 merkin tarkkuudella vai täydellä (5 merkin) tarkkuudella. Suositeltavaa on, että käyttäjä voi järjestää listan ainakin diagnoosikoodin ja päivämäärän mukaisesti.

Mikäli uusimmassa kirjauksessa diagnoosi on merkitty päättyneeksi, sitä ei näytetä pitkäaikaisdiagnoosien listalla, vaan päättyneet pitkäaikaisdiagnoosit näytetään käyttäjän sitä erikseen pyytäessä.

Pitkäaikaisdiagnoosilistan tarkoituksena on tiivistää tiet potilataan pitkäaikaisaikaiauxksista. Yksittäisen diagnoosin historiaan voidaan perehtyä tarkemmin diagnoosien ja käyntisyiden listan kautta (ks. luku 5.1.4.2).


5.1.4.2 Käyntien ja hoitojaksojen diagnoosien ja käyntisyiden näyttäminen

Käyntien ja hoitojaksojen diagnoosit ja käyntisyyt näytetään pitkäaikaisdiagnooseista erillisenä listana. Ne voivat oletuksena olla näytöltä piilotettuna tietona, mutta tarvittaessa yhdelä klikkauskella käyttäjän avattavissa. Diagnoosien ja käyntisyiden listalle poimitaan kaikki diagnoosientryt, riippumatta siitä, mikä niiden pysyyvyyks on.
Diagnoosiyhteenvetolla käyntisystä näytetään. Kuten pitäkaikaisdiagnooseistakin, kunkin diagnoosin uusin kirjaus (kuva 11). Diagnoosien ja käyntisyiden listalla näytetään aikajärjestyksessä kaikki potilaalle rakenteisesti kirjatut diagnoosit ja käyntisyyt uusin ylimpänä (kuva 12). Suositeltavaa on, että käyttäjä voi järjestää listan ainakin diagnoosikoodin, episodin (episoditunnuksen) ja päivämäärän mukaisesti sekä suodattaa listaa siten, että kustakin diagnoosista (läydellä 5 merkin tai 3 merkin tarkkuudella) tai episodista näytetään vain uusin kirjaus (kuva 13).

Kuva 13. Episoditunnukseen tai 3 merkin tarkkuudella käsitellyn diagnoosiryhmän listalta voidaan suodattaa saman diagnoosin toistuvat kerrat pois (uusin kirjaus jää) ja listan voi järjestää esimerkiksi ajan tai diagnoosikoodin mukaan.


5.1.4.3 Diagnoosi- ja käyntisyynnäyttöjen sisällöt

Diagnooseista listalla näytetään keskeiset tiedot. Diagnoosimerkinnän (entryn) tarkat tiedot (diagnoosin ominaisuudet) näytetään tarvittaessa erikseen (kuva 14).
Kuva 14. Diagnoosin kaikki tiedot näytetään tarvittaessa esimerkiksi erillisellä näytöllä.

Keskeisten tietojen listalla tulee näyttää ainakin diagnoosikoodi ja diagnoosin nimi sekä (uusimman) kirjauksen päivämäärä sekä päättymisistä diagnooseista päättymispäivämäärä. Lisäksi on suositeltavaa näyttää näytetyn ajanjakson kaikkien rivillä näytetyn (3 merkin tai täydellä tarkkuudella saman) diagnoosin (tai episoditunnuksella yhdistettäessä episodin) entryjen määrä. Suodatetuilla listoilla suositeltavaa on näyttää lisäksi diagnoosin / episodin ensimmäisen kirjauksen päivämäärä. Listalta tulee olla myös linkki kyseisen kirjauksen kertomustekstiin.
5.1.4.4 Linkki kertomukseen

Diagnoosikoosteilta kultakin diagnoosientryltä tulee olla linkki tiedon alkuperäisen palvelutapahtuman asiakirjaan ja merkintään (näkymään). Listoilla, joilla kukin diagnoosi näytetään vain kerran, linkki tulee viitata uusimman palvelutapahtuman asiakirjaan. Erikseen voi olla linkki myös vanhimman palvelutapahtuman asiakirjaan, jolloin päästään diagnoosin ensimmäisen kirjauksen syntykontekstiin. Mikäli samassa palvelutapahtumassa diagnoosi on kirjattu useaan merkintään, on suositeltavaa näyttää käyttäjälle valikko, josta käyttäjä voi valita mikä merkintä (näkymä) ensisijaisesti näytetään.

A B C D E

A. Poimii diagnoosin kertomukseen kirjattavaksi (ja muokattavaksi) diagnoosiksi
B. Avaa ensimmäisen kirjauksen kertomustekstin omaan ikkunaan
C. Avaa uusimman kirjauksen kertomustekstin omaan ikkunaan
D. Näyttää kaikki diagnoosikirjauksen tiedot omassa ikkunassa
E. Pitkäaikaisdiagnoosit: Avaa diagnoosin päättymiskirjausdialogin

5.1.5 Diagnoosien ja käyntisyiden yhdistäminen ja episoditunnus

5.1.5.1 Yhdistäminen diagnoosikoodilla

Diagnoosikoodilla yhdistäminen tapahtuu aina diagnooseja tai käyntisyytä diagnoosilistalla näytettäessä. Diagnooseja tai käyntisyyt kirjataan omana itsenäisenä kirjauksena teknisesti muista diagnooseista ja käyntisyistä riippumattomasti.

Diagnooseja näytettäessä potilastietojärjestelmä voi tulkita diagnoosikoodilla yhdistettävät diagnoosit ja käyntisytyt samaan sairauteen liittyviksi, kun yksittäinen ICD-koodi tai koodipareissa ICD-koodin syykoodi (codeid 1 tai 6) on 3 merkin tarkkuudella sama, esimerkiksi E11 Aikuisiän diabetes ja E11.9 Aikuisiän diabetes ilman komplikaatioita. ICPC-koodilla kirjatuissa diagnooseissa ei eri diagnoosikoodeja yhdistetä vaan kukin koodi (3 merkin tarkkuudella) tulkitaan omaksi sairaudekseen.


Diagnoosiyhteenvedolla potilastietojärjestelmä voi näyttää kunkin 3 merkin tarkkuudella saman diagnoosin tiedot vain kertaalleen, mutta käyttäjän on helposti päästävä näkemään myös täydellä (2 desimaalin eli 5 merkin) tarkkuudella oleva lista. Jos diagnoosit näytetään vain 3 merkin tarkkuudella, tulee käyttäjälle selkeästi esittää, että kyse on 3 merkin tarkkuudella suodatetusta listasta (ks. kuva 11).

Yhdistelmädiagnoosit on mahdollista kirjata kahdella tavalla (oirekoodi ensin tai syykoodi ensin) ja siksi niiden yhdistäminen koodiparina ei ole yksiselitteistä. Siksi yhdistelmädiagnoosit (joissa on koodipari) tulee yhdistää diagnoosin syykoodin perusteella (codeid1 tai 6). Yksittäin (ilman perässä olevaa tarkentavaa koodia) esiintyvät Syy- tai oirekoodit käsitellään kuten yksittäiset koodit.

5.1.5.2 Yhdistäminen episoditunnuksella

Episoditunnuksella yhdistäminen tehdään diagnoosia kirjattaessa, jolloin potilastietojärjestelmä tuottaa kirjattavalle diagnoosille episoditunnukseen (luvun 5.1.5.3 mukaisesti). Potilastietojärjestelmän näyttäessä diagnoosija diagnoosilistalla saman episoditunnukseen sisältävät diagnoosikirjaukset, kuuluvat samaan episodiin ja diagnooseja episodeittain katsotaessa näytetään yhdistettyinä.

Diagnoosit liittyvät kukin yhden episoditunnuksen alle. Episoditunnuksen on kuitenkin tietosisällössä toistuva tieto. Episoditunnuksen toistuvuuden käyttöä määrittää tietokantaa tarkemmin jatkokäyttöystävällisessä, kun episodin ja Tiedonhallintapalvelun diagnoosiistat käytöstä saadaan kokemuksia.

Episoditunnuksen muodostetaan automaattisesti, eikä sitä normaaliyhtössä näytetä käyttäjälle, vaan episoditunnuksen näkyy vain kaikkien tietojen näytöllä. Diagnoosien liittäminen episodiin tehdään mahdollisimman pitkälle automaattisesti eli käyttäjän toiminnan kannalta vaivattomasti. Tiedonhallintapalvelun toisessa vaiheessa vaiheessa tietosisältöihin lisättävä Episodin nimi sen sijaan näytetään normaalisti käyttäjille.

5.1.5.3 Episoditunnuksen hallinta

Diagnoosia kirjattuaessa, potilastietojärjestelmän tulee luoda sille automaattisesti episoditunnuksen alla kuvatun päätelogoikian mukaan:

- Jos diagnoosi tai käyntisyys kirjataan kopiomalla vanhan entryn tiedot, tuodaan myös episoditunnuksen vanhaltia entryltä.

- Jos potilaan voimassa olevissa pitkääikaisdiagnooseissa tai alle kolme kuukautta vanhoissa käyntien ja hoitojaksojen diagnooseissa tai käyntisyissä on sama diagnoosiokoodei, liitetään kirjattu diagnoosi automaattisesti vanhaan diagnoosiin eli näille annetaan sama episoditunnus. **Kahden desimaalin (viiden merkin) tarkkuudella sama diagnoosi tai yhdistelmädiagnooseissa syykoodin mukaisesti kahden desimaalin (viiden merkin) tarkkuudella sama diagnoosi.**
Jos diagnoosi on yli kolme kuukautta vanhoissa käyntien ja hoitojaksojen diagnooseissa tai käyntisyissä tai päättyneissä pitkäaikaisdiagnooseissa, kysytään käyttäjältä liittykö diagnoosi vanhaan diagnoosiin tai käyntisyhyn vai onko uusi sairausepisodi (kuva 16). Jos diagnoosi ei liity aikaisempaan, muodostetaan uusi episoditunnus.


- Jos potilaalle ei ole aiemmin kirjattu kyseistä diagnoosia tai käyntisyytä, muodostetaan uusi episoditunnus.

- Diagnoosinkirjauksen yhteydessä käytävällä on tarvittaessa mahdollisuus liittää diagnoosi mihin tahansa potilaan diagnooseista tai käyntisyistä tai pitkäaikaisdiagnooseista löytvän diagnoosiin esimerkiksi poimimalla vanha diagnoosi tai käyntisy uuden kirjauksen pohjaksi.

- Jos diagnoosikirjaus tehdään kopiointa vanha diagnoosi- tai käyntisyentry, kopioidaan vanhan entryn episoditunnus uuteen entryyn, vaikka diagnoosikoodia muutettaisiin uudessa kirjauksessa.

- esimerkiksi kopiointa Essentiaalisen verenpainetaudin (I10) entry ja muuttamalla siihen diagnoosiksi Verenpainetaudin aiheuttama sydänsairaus ilman sydämen kongestiivista vajaatoimintaa (I11.9) saadaan diagnoosit liitettyä samaan episoditunnukseen

- Jos samalla kertaa kirjataan useampi diagnoosi tai käyntisy, joita potilailla ei ole pitkäaikaisdiagnooseissa tai alle kolme kuukautta vanhoissa käyntien ja
hoitojaksojen diagnooseissa tai kääntisyissä, saa kukin diagnoosi ja kääntisyys oman episoditunnukseen

- Uusi episoditunnus muodostetaan aina yksilöllisenä OID-tunnuksen muodostamisperiaatteiden mukaisesti.

5.1.5.4 Episodin nimi

Tiedonhallintapalvelun ensimmäisen vaiheen tiedoissa ei vaadita episodille nimeä. **Episodin nimeäminen tulee olla kuitenkin mahdollista!** Jos episodilla ei ole nimeä, käyttäjälle näytetään episodia yksilöivänä tietona diagnoosin nimi.


5.2 Riskitiedot

**Muutoksenä julkaisin versioon 2014 lukuun 5.2:**

- tietosisältöön on lisätty Päättymispäivän arvioitu (luvut 5.2.1 ja 5.2.2.3)
- riskin päätymisen automaattisen päätelmän sääntöjä on korostettu (luku 5.2.2.1)
- vanhojen riskitietojen tallentamisesta kantaan on luovuttu (luku 5.2.2.4)
- tahdonilmaisujen yhteys riskitietoihin kuvattu (luku 5.2.3)
- riskin näyttämisen suositukseja on tarkennettu (luku 5.2.4)

5.2.1 Riskitietojen tietosisältö ja niihin liittyvät luokitukset


Kuva 17. Riskitietojen rakenteinen sisältö. Tietosisältö on kuvattu tarkemmin koodistopalvelimella.

Tiedonhallintapalvelun 2015 julkaistavien määrittelyiden mukaisissa vaatimuksissa riskitietojen tietosisältöön lisätään Päättymispäivä arvioitu -tieto. Sen toiminnallisuutta on kuvattu luvussa 5.2.2.3.

Riskitietoihin liittyvät luokitukset

Tietosisältömäärittelyssä on kunkin kentän kohdalla määritelty riskitietojen kirjauksessa käytettävät luokitukset (Taulukko 4). Luokitusten määrittelyt kuvataan koodistopalvelimella, ja tarvittavat muutokset päivitetään luokitusten päivityssyklin mukaisesti.

Taulukko 4. Riskitietojen rakenteisessa kirjauksessa käytettävät luokitukset

<table>
<thead>
<tr>
<th>Riskitietojen rakenteisessa kirjauksessa käytettävät luokitukset*</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Riskitiedon aste koodataan käyttää luokitusta</td>
</tr>
</tbody>
</table>
- **AR/YDIN- Riskitiedon aste** (Kriittinen / Hoidossa huomioitava)

Riskitiedon tyyppi koodataan käytävän luokitusta

- **AR/YDIN- Riskitiedon tyyppi**()

Riskin koodiarvo koodataan käytävän luokitusta

- **THL - Riskitiedon tyyppi**
- **THL – Toimenpideluokitus** tai
- **AR/YDIN – Hoidon rajausen aste**

Riskitietoon liittyvän tiedon koodaus (esim. lääkeaine) käytävän luokitusta

- **Fimea – ATC Luokitus**

Varmuusaste koodataan käytävän

- **AR/YDIN- Varmuusaste** (Epäilty / Todennäköinen tai varma)

Pysyvyys koodataan käytävän

- **AR/YDIN- Pysyvyys** (Pysyvä/suoratuoteineen / Määraaikainen)

Tiedon lähde koodataan käytävän

- **THL - Tiedon lähde** (Hoitava organisaatio / Muu hoitava organisaatio / Potilaan äiti / Potilaan isä / Potilaan edustaja / Viranomainen / Muu tiedon lähde)

Riskin päätymisen syy koodataan käytävän luokitusta

- **AR/YDIN Terveystiedon voimassaolon päätymisen syy** (Määraaikainen / Parantunut / Tarkentunut / Muu syy)

Riskin toteajan ja riskin päätymisen toteajan organisation palveluyksikö koodataan käytävän luokitusta

- **THL – SOTE-organisaatiorekisteri** tai
- **Valvira – Terveydenhuollon itsenäiset ammatinharjoittajat**

**5.2.2 Vaatimukset riskitietojen kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä**

**5.2.2.1 Riskitiedon rakenteinen kirjaus**

Kirjausta tehtäessä oletusarvot voidaan päätellä seuraavasti:

- Riskin nimi tuodaan oletusarvoisesti riskin koodiarvon perusteella jos koodia on käytetty. Muutoin riskin nimeksi tuodaan Riskin tyypin mukainen nimi. Tekstiä voi vapaasti muuttaa.

- Riskin pysyvyydeksi tuodaan oletusarvoisesti ICD- tai ICPC-luokitusten tai, jos riski ei perustu luokituksiin, Riskin tyypin mukainen riskin pysyvyyden oletusarvo.

- Päätymispäivä arvioitu tiedon oletusarvo on True, jos päätymispäivä on tulevaisuudessa, muulloin oletusarvo on False

  - Määräaikaisen riskin päätymispäivän oletusarvo voidaan muodostaa automaattisesti, silloin kun se ohjelmallisesti voidaan tuottaa riskitiedon perusteella. Automaatettisesti tuotettu oletusarvo tulee kuitenkin näyttää korostetusti siten, että käyttäjä sen selkeästi huomaa tai käyttäjältä tulee pyytää vahvistus riskin päätymispäivälle.

  - Riskiä aiheuttavan tekijän teksti tuodaan oletusarvoisesti Riskiä aiheuttavan tekijän koodiarvon perusteella jos koodia on käytetty. Tekstiä voi vapaasti muuttaa.

  - Toteamispäivänä on oletuksena kirjauksen päivä.

  - Riskin toteajana on oletuksena merkinnän tekijä, ja hänent organisaatio ja yksikkö.

5.2.2.2 Riskitiedon tarkentaminen

Kirjatun riskitiedon tietoja tulee voida tarvittaessa tarkentaa. Tämä tapahtuu tekemällä kyseisestä riskitiedosta uusi kirjaus, johon merkitään tarvittavat tarkennukset. Tarkeimmilla tulee olla sama riskin yksilöivä tunnus kuin alkuperäisellä kirjauksella, muita tietoja käyttäjä voi muuttaa. Yksinkertaisinta tarkentaminen olisi tehdä poimimalla vanha riskitieto uuden kirjauksen pohjaksi ja tekemällä siihen tarvittavat muutokset.
5.2.2.3 Riskin päätymistiedon kirjaus

Kun riski ei enää ole voimassa, kirjataan riskitieto päättyneeksi. Jos riskin kesto on tieossa jo toteamisvaiheessa, kirjataan riskin pysyvyydeksi määrääikäinen ja kirjataan riskin päätymistiedot samalla kertaa. Jos riski on pitkäkestoinen eikä päätymisaikaa voi arvioida, kirjataan riskin pysyvyydeksi pysyvä.


Kun riskin päätyminen todetaan vasta jälkikäteen, kirjataan päätymistieto kirjaamalla kyseisestä riskitiedosta uusi entry ja merkitsemällä sille päätymistiedot (päätymispäivä ja päätymisen syy). Päätymisentryllä tulee olla sama yksilöintitunnus kuin alkuperäisellä kirjausella. Suositeltavaa on, että riskitietolistalla on toiminto, jonka avulla riskitiedot saadaan näkymään automaattisesti potilastietojärjestelmissä alkuperäisen kirjausen tiedot ja kysy käyttäjältä vain lopetuksen syytä sekä antaa mahdollisuuden muuttaa päätymispäivää.

5.2.2.4 Vanhojen riskitietojen tallentaminen Kantaan

Ennen Potilastiedon arkistoon liittymistä tallennettuja riskitietokirjausia ei voida Tiedonhallintapalvelun kautta poimia. Jotta Tiedonhallintapalvelun riskitiedostoissa saataisi mahdollisimman suurta hyötyä heti alusta alkaen, on suositeltavaa, että Potilastiedon arkistoon liitettävät vanhat riskitiedot kirjataan potilastietojärjestelmissä uutena merkintänä, jolloin ne saadaan näkymään Tiedonhallintapalvelun koosteessa.

5.2.3 Vaatimukset riskitietojen kokoonamiselle Tiedonhallintapalvelussa

Tiedonhallintapalvelun palauttamaan riskitietokoostukseseen poimitaan kaikki riskitietomerkinnät eri rekisterinpitäjien riskitietonäkymän rakenteisista riskitietomerkinnöistä lukuun ottamatta kieltojen rajaamien palvelun antajien ja palvelutapahtumien riskitietomerkintöjä. Riskitietoja ei poimita muiulta kun riskitieto (RIS) näkymältä (poikkeuksena kuitenkin tahdonilmaisuriskin käsittely, joka on kuvattu myöhemmin samassa luvussa). Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tietoja. Jos tietohakua on rajattu aikarajauksella, Tiedonhallintapalvelu palauttaa tiedot vain pyydetyltä aikajaksolta.
Riskitietojen kohdalla tiedon luonteen vuoksi tietohakua ei kuitenkaan suositella rajattavaksi aikarajauksella, koska silloin joku oleellinen riskitieto voi jäädä piiloon.

**Tahdonilmaisutiedon ylläpito riskitiedoissa**

Tiedonhallintapalvelu huolehtii potilaan **Tahdonilmaisupalveluun** tallennettujen tahdonilmaisujen ajantasaisuudesta riskitiedoissa. Riskitietoja palautettaessa potilastietojärjestelmälle Tiedonhallintapalvelu tarkistaa, onko potilaalla **Tahdonilmaisupalvelussa** voimassa oleva hoitotahto, elinluovutustahto tai muuta tahdonilmaisu. Jos **Tahdonilmaisupalvelussa** on voimassa oleva tahdonilmaisu, tuottaa Tiedonhallintapalvelu uuden riskitietomerkinnän, jonka se palauttaa muiden riskitietomerkintöjen mukana. Tiedonhallintapalvelu ei arkistoi tuottamaansa riskitietomerkintää vaan tarkistaa tahdonilmaisujen voimassa olon joka palautuksen yhteydessä, joten riskitieto pysyy aina ajantasaisena. Potilastietojärjestelmälle Tiedonhallintapalvelun tuottama tahdonilmaisun riskitieto näkyy kuten muutkin riskitiedot eikä edellytä normaalista riskitetut polikkeavaa käsittelyä, joskaan tänään tiedon yhteyteen ei liitetä syntykontekstin tietoja muiden riskitietojen tapaan.

Tiedonhallintapalvelun tuottaman tahdonilmaisu koskevan riskitietomerkinnän sisältönä ovat:

- Riskin yksilöivä tunniste (Codeld 1): Tiedonhallintapalvelu muodostaa tunnisteen yksilöiliseksi
- Riskin nimi tai kuvaus (Codeld 2): "Potilaalla on **Tahdonilmaisupalvelussa** hoitotahto, elinluovutustahto tai muu tahdonilmaisu"
- Riskin aste (Codeld 4): 2 "Hoidossa huomioitava"
- Riskin tyyppi (Codeld 5): R1 "Potilaan tahdonilmaisu"

**5.2.4 Vaatimukset riskitietojen näyttämiselle potilasyhteensetolla**

Potilastietojärjestelmät saavat riskitietokoosteen Tiedonhallintapalvelusta Kelan rajapintamäärittelyiden mukaisesti näytettäväksi riskitietoyhteenvetona osana Potilasyhteenvetoa. Lisäksi on suositeltavaa, että potilastietojärjestelmä lisää Tiedonhallintapalvelun kokoamiin tietoihin potilastietojärjestelmässä olevat uudet
riskitietomerkinnät, joita ei vielä ole arkistoitu Potilastiedon arkistoon, ja näyttää ne osana riskitietoyhteenvertoa. Myös aluetietojärjestelmistä saatavat riskitiedot on suositeltavaa lisätä mahdollisuuksien mukaan riskitietoyhteenvedolla näyttettäväksi.


Kuva 18. Riskitiedoissa kriittiset riskit erotetaan hoidossa huomioitavista riskeistä.

Mikäli riskitietoa on muokattu, näytetään listalla vain riskitiedon uusin merkintä. Vanhat merkinnät näytetään tarvittaessa erikseen historiatietoina. Päättynyt riskirajaus ei näytetä riskitietolistalla vaan riskin merkintä on muokattu.
punaisella). Kun riskitiedon tiedot avataan, voi käyttäjä kirjata riskin päättymisen tai siirtää riskin päättymisaikaa – tai tarvittaessa muuttaa pysyväksi. (kuva 19)

![Riskitiedon jatkumisen arvio](image)


Suositeltavaa on, että listan näyttöjärjestystä voidaan vaihtaa kunkin sarakeen mukaiseen järjestykseen klikkaamalla kyseisen sarakkeen otsikkoa ja vastaavasti toisella klikkauksella käänteiseen järjestykseen.

Riskitietolistalta tulee olla linkki palvelutapahtuman asiakirjaan, jossa kyseinen riskin tietoja on viimeksi muutettu Koska riskitiedot poimitaan Tiedonhallintapalveluun vain riskitietonäkymältä, ei linkissä ole tietoa kertomustekstin näkymästä, johon mahdolliset kliiniset tiedot on kirjattu. Kaikki tekstit on kuitenkin löydettävissä linkin kautta saatavan asiakirjan tai palvelutapahtuman tiedoista.

5.3 Toimenpiteet

Muutoksena julkaisun versioon 2016 lukuun 5.3:

- poistettu maininta SPAT-luokituksen keskeneräisyydestä ja mahdollisesta myöhemmästä käyttöönotosta. SPAT-luokitus on liitetty/sillattu käytössä olevaan toimenpideluokitukseen.

Muutoksena julkaisun versioon 2015 lukuun 5.3:

- toimenpidetyypin tuottamista tarkennettu (luku 5.3.1)
- saman toimenpiteen tunnistamisen sääntöjä tarkennettu (luku 5.3.2)
Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukuun 5.3:

- tietosisältöön on lisätty Hammas- ja hampaanpintakohtaiset tiedot (luku 5.3.1)
- useamman kuin yhden tekijän kirjaamin toimenpiteelle on mahdollistettu (luku 5.3.1)
- vanhojen toimenpidetietojen tallentamisesta kantaan on luovutettu (luku 5.3.2.1)
- erityyppisten toimenpiteiden näyttämistä on tarkennettu (luku 5.3.4)

5.3.1 Toimenpiteiden tietosisältö ja niihin liittyvät luokitukset

Toimenpiteiden rakenteinen tietosisältö kuvataan erillisessä tietosisältömäärittelyssä (THL – Tietosisältö Toimenpiteet), jota ylläpidetään koodistopalvelimella. Tiedonhallintapalvelu kokoaa ja palauttaa näytettäväksi toimenpiteiden rakenteisen tietosisällön. Kuva 20 esittää toimenpiteiden tietosisällön. Tietojen näyttämisen periaatteet on kuvattu luvussa 5.3.4.

Kuva 20. Toimenpitten rakenteinen tietosisältö. Sisältö on kuvattu tarkemmin koodistopalvelimella.
Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely
LUONNOS

Tiedonpidetoimen epäonnistumisen ja toiminnallisen määrittelyn lisätiedoksi vuonna 2015.

**THL on julkaissut koodistopalvelimella** THL – Toimenpideen lisätiedoksi myös Toimenpidetoiminnann tekijän tiedon ja tieto muuttui aiemmasta poiketen pakolliseksi.
Toimenpidetyypillä tuodaan toimenpide merkintään TMP-luokituksesta automaattisesti tmp-koodin mukaisesti. Toimenpideihin lisätään vain AR/YDIN - Toimenpidetoiminnann tekija
luokituksesta mukaiset Vaativat toimenpiteet, Pientoimenpiteet ja Hammastointoimenpiteet.
Kuvantamistutkimukset koostetaan erikseen omalle listalleen ja Muut suoritteet omalleen.

Useamman kuin yhden tekijän kirjaaminen toimenpiteelle mahdollistetaan muuttamalla Toimenpidetoiminnann tekijän tiedot toistuvaksi ja lisäämällä tietosisältöön Toimenpidetoiminnann tekijän rooli, joka kirjataan käyttäen uutta luokitusta THL – Toimenpidetoiminnann tekijän rooli. Tässä vaiheessa kirjausmahdollisuus tulee koskemaan vain toimenpideen tekijöitä, joiden rooliksi kirjataan Ensisijainen toimenpideen tekijä tai Avustava toimenpideen tekijä.

Tietosisältömäärittelyssä on kuninkentän kohdalla määritelty toimenpiteiden kirjauksessa käytettävät luokitukset (Taulukko 5). Luokitusten määrittelyt kuvataan koodistopalvelimella, ja niihin tarvittavat muutokset ylläpidetään päivityssyklin mukaisesti.

**Taulukko 5. Toimenpiteisiin liittyvät luokitukset**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Toimenpiteiden rakenteisessa kirjauksessa käytettävät luokitukset</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Toimenpiteet ja toimenpiteen lisäkoodeit koodataan käyttäen luokitusta</td>
</tr>
<tr>
<td>• THL – Toimenpideluokitukis</td>
</tr>
<tr>
<td>Toimenpiteen ensisijaisuus koodataan käyttäen luokitusta</td>
</tr>
<tr>
<td>• AR/YDIN- Diagnoosin / toimenpiteen ensisijaisuus (Päätoimenpide / Sivutoimenpide)</td>
</tr>
<tr>
<td>Komplikaatiot ja Päätoimenpiteen diagnoosi koodataan käyttäen luokitusta</td>
</tr>
<tr>
<td>• THL – Tautiluokitukis ICD-10</td>
</tr>
<tr>
<td>Toimenpiteen tehneen organisaation palveluyksikkö koodataan käyttäen luokitusta</td>
</tr>
<tr>
<td>• THL – SOTE-organisaatiorekisteri</td>
</tr>
<tr>
<td>Toimenpiteen tyypillä koodataan käyttäen luokitusta</td>
</tr>
<tr>
<td>• AR/YDIN – Toimenpiteen tyypillä (Vaativat toimenpiteet / Pientoimenpiteet / Suun toimenpiteet / Kuvantamistutkimukset / Muut suoritteet)</td>
</tr>
<tr>
<td>Hampaan numero koodataan käyttäen luokitusta</td>
</tr>
<tr>
<td>• STH – STH01 Hampaiden numerointi</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Hampaan pinnat koodataan käyttäen luokitusta
- **STH – STH03 Hampaan pinnat**

Toimenpiteen tehneen organisaation palveluyksikkö koodataan käyttäen luokitusta
- **THL – SOTE-organisaatiorekisteri** tai
- **Valvira – Terveydenhuollon itsenäiset ammatinharjoittajat**

Toimenpiteen tekijän rooli koodataan käyttäen luokitusta
- **THL – Toimenpiteen tekijän rooli** (Ensisijainen toimenpiteen tekijä / Avustava toimenpiteen tekijä)

---

5.3.2 Vaatimukset toimenpiteiden kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä

Toimenpiteet tulee kirjata potilastietojärjestelmissä rakenteisina tietoina (entryinä) ja tallentaa Potilastiedon arkistoon osana potilaskertomusta, mistä ne kootaan Tiedonhallintapalvelun avulla toimenpidekoosteeseen. Potilastietojärjestelmän tulee tarkistaa, että pakollisia tietoja ei puutu ja tarvittaessa huomauttaa käyttäjää niiden puuttumisesta ja vaatia niitä kirjattavaksi.

Kirjausta tehtäessä oletusarvot tulee päätellä seuraavasti:
- Toimenpiteen nimi tuodaan oletusarvoisesti Toimenpidekooodin mukaisesti. Tekstiä voi vapaasti muuttaa ja toimenpiteen nimi tallennetaan käyttäjän muokkaamassa muodossa.
- Toimenpiteen ensisijaisuuteen käyttäjä pääsääntöisesti ottaa kantaa. Mikäli käyttäjä ei tietoa erikseen kirjaa, merkitään ensimmäiseksi kirjattu toimenpide päätoimenpiteeksi. Kussakin merkinnässä voi vain yksi toimenpide (entry) olla päätoimenpide.
- Toimenpidepäivänä on oletuksena kirjauksen päivä.
- Toimenpiteen tekijänä on oletuksena merkinnän tekijä, ja hänen organisaatio ja yksikkö.
- Toimenpiteen tekijän roolinä on oletuksena ensimmäiseksi kirjatulla tekijällä. Ensisijainen toimenpiteen tekijä ja seuraavilla Avustava toimenpiteen tekijä.

Tietojärjestelmät tulee toteuttaa siten, että kertaalleen kirjattu tieto toimenpiteestä (esimerkiksi leikkauskertomuksessa) voidaan liittää toiseen asiakirjaan (esimerkiksi epävirallisesti) ilman että toimenpide kirjautuu uutena toimenpiteenä. Näin ehkäistään toimenpidetietojen kahdentuminen Tiedonhallintapalvelun koosteessa. Tämä on

Vanhojen toimenpidetietojen tallentaminen Kantaan

Joissain potilaskertomusjärjestelmissä toimenpidetietoja on kirjattu erilliselle toimenpidenäkymälle. Pääsääntöisesti toimenpiteet on kuitenkin kirjattu kertomukseen rakenteisesti tai tekstinä. Rakenteellisten erojen vuoksi ennen Potilastiedon arkistoon liitettävää tallennettuja toimenpidekirjausia ei voida Tiedonhallintapalvelun kautta hyödyntää ja siksi ennen Potilastiedon arkistoon liitettävää tallennettuja toimenpidekirjausia ei poimita Tiedonhallintapalveluun. Jos potilaalle erittäin merkittäviä vanhoja toimenpide- ja palvelutapahtumien tallentamista halutaan Tiedonhallintapalvelun Toimenpidekoosteelle (ts. näytettäväksi potilasyhteenvedolla), tulee ne kirjata uutena rakenteisena tietona alkujaan rakenteisellä toimenpidepaivällä esimerkiksi Esitiedot-otsikon alle.

5.3.3 Vaatimukset toimenpiteiden kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa

Tiedonhallintapalvelu kokoaa toimenpidekoosteisiin kaikki toteutuneet (Toimenpiteen tila on tapahtunut EVN) toimenpiteet eri rekisterinpitäjien kertomukseen tehdyistä rakenteisista toimenpide-entryistä. Lomakkeilta, kuten esimerkiksi todistuksista tai erilliseltä paikalliselta tmp-näkymältä tietoja ei duplikaattitiedon minimoiniseksi kerätä.

Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi toimenpiteitä, vaan palauttaa koosteeseen kaikki rakenteisesti kirjatut toimenpidemerkinä lukuun ottamatta kiellojen rajaamien palvelun antajien ja palvelutapahtumien merkintöjä. Jos tietohaku on rajattu esimerkiksi aikarajaaksella, Tiedonhallintapalvelu palauttaa tiedot vain pyydetyltä aikajaksolta.

5.3.4 Vaatimukset tietojen näyttämiselle potilasyhteenvedolla

Toimenpidelistalla tulee näyttää aikajärjestysessä kaikki potilaalle tehdyt toimenpiteet uusin ylimpänä (kuva 21). (Toimenpidelistalla tulee näyttää vain toimenpiteet, joiden Toimenpiteen tila on tapahtunut (EVN). Toimenpiteiden suunnitelmien (muut Toimenpiteen tilat) kirjaus- kertomukseen ei näytetä toimenpidelistalla.) Suositeltavaa on, että käyttäjä voi järjestää
listan ainakin toimenpidekoodin ja päivämäärän mukaisesti sekä suodattaa listaa siten, että
kustakin toimenpiteestä näytetään vain uusin kirjaus (kuva 22).

Tavoitteena on, että toimenpiteet jakossa jaetaan vaativiin toimenpiteisiin (käytetään
yleisesti lyhempää termiä "Toimenpiteet"), hammastoimenpiteisiin, pientoimenpiteisiin,
kuvantamistutkimuksiin ja muihin suoritteisiin. Toimenpiteet, hammastoimenpiteet ja
pientoimenpiteet on suositeltavaa näyttää toimenpidelistalla erillisinä listoina,
toimenpidekoodistolla kirjattuja tutkimuksia ja muita suoritteita ei toimenpidelistalla näytetä.
Suositeltavaa on, että käyttäjä voi valita näytetäänkö hammastoimenpiteet ja
pientoimenpiteet vai ei (kuva 22). Jako toimenpiteisiin, hammastoimenpiteisiin ja
pientoimenpiteisiin tulee tapahtua automaattisesti toimenpidekoodin perusteella. Tätä varten
THL - toimenpideluokitukseen ja THL – Suun terveydenhuollon toimenpideluokitukseen on lisätty vuonna 2015 lisätieto, onko kyseessä vaativa toimenpide, hammastoimenpidesuun
toimenpide, pientoimenpide, tutkimus vai muu suorite. Koska vanhoilla toimenpidekirjauksilla
ei ole tietoa toimenpiteen tyyppistä, tulee ne näyttää vaativien toimenpiteiden listalla.

Kuva 21. Toimenpidelistalla näytetään oletuksena aikajärjestyksessä tehdyt
toimenpiteet.

Toimenpidelistassa tulee näyttää vähintään toimenpide, toimenpidekoodi ja päivämäärä (kuva 21). Suodatetussa listassa on lisäksi suositeltavaa näyttää toimenpiteiden määrä ja kyseisen toimenpiteen ensimmäinen ja viimeisin päivämäärä (kuva 22). Kunkin toimenpiteen tarkemmat tiedot voidaan näyttää erikseen tarvittaessa. Lisäksi listalta tulee päästä kyseisen kirjauksen kertomustekstiin (kyseisen potilaskertomusasiakirjan muihin tietoihin), joka näytetään erillisellä näytöllä.

Listoilla, joilla kukin toimenpide näytetään vain kerran, linkki tulee viitata uusimman palvelutapahtuman asiakirjaan. Erikoisesti voi olla linkki myös vanhimman palvelutapahtuman asiakirjaan, jolloin päästään toimenpiteen ensimmäisen kirjauksen syntykontekstiin. Mikäli samassa palvelutapahtumassa toimenpide on kirjattu useaan merkintään, on suositeltavaa näyttää käyttäjälle valikko, josta käyttäjä voi valita, mikä merkintä, esimerkiksi leikkaukset ja loppuarvio, ensisijaisesti näytetään.

5.4 Kuvantamistutkimukset

Muutoksena julkaisun versioon 2016 lukuun 5.4.5:
• Tiedonhallintapalveluun poimitaan kuvantamismerkinnät kaikilta näkymiltä, mikäli vain tutkimusmerkinnän rakenteen tunniste täsmää kuvantamismerkintää

Muutoksena julkaisun versioon 2015 lukuun 5.4:
• asiakirjan päivittämisen suositusta tarkennettu (luku 5.4.1)

Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukuun 5.4:
• kuvantamistutkimusten merkinnän rakenteet ja toiminnallisuus kuvattu (luku 5.4.1)
• tietosisällö on selkästä jaettu kolmeen osaan: kuvantamistutkimuspyynnöt, kuvantamistutkimukset ja kuvantamistutkimuslausunnot (luku 5.4.2)
• tutkimuksen puoli ja pyynnön, tutkimuksen ja lausunnon yhdistämiseen liittyviä merkinnän tunnisteita on lisätty ja sähelyynnot kirjaamistapaa on tarkennettu tietosisällöön (luku 5.4.2)
• luokitukset on tarkennettu (luvut 5.4.2.3 ja 5.4.3)

5.4.1 Kuvantamistutkimusten rakenne

Kuvantamistutkimuksen sisältö muodostuu kuvantamistutkimuspyynnöstä, kuvantamistutkimuksesta ja lausunnosta, joista kutiltarkistoidaan Potilastiedon arkistoon omana merkintänä yhdessä tai useammassa asiakirjassa (ks. luvun 5.4.1 viimeinen kappale). Yhteen kuvantamistutkimuspyyntöön voi liittyä yksi tai useita tutkimuksia, joihin kuhunkin voi liittyä yhdestä kolmeen lausuntoa. (kuva 23)


Jokaisen tutkimuksen tiedot muodostavat aina yhteen tutkimukseen ja se voidaan useita tutkimusmerkintöjä, joilla on sama Kuvantamistutkimuspyynnön tunniste. Tutkimus yksilöidään Kuvantamistutkimustunnisteella (Study Instance UID), joka toimii linkkinä lausuntoon ja kuviiin. Pyyntöön linkkinä toimii Pyynnön tunniste.

Kukin lausunto kohdistuu aina yhteen tutkimukseen ja muodostaa aina oman merkinnän. Jos tutkimuksen tehdään useampi lausunto (alustava, lopullinen ja lisälausunto), kukin näistä
Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely

LUONNOS

muodostaa oman merkinnän. Yhteen kuvantamistutkimukseen voi siten liittyä yhdestä kolmeen lausuntoa tai joissain tilanteissa lausunto voi puuttua kokonaan.


Kuva 23. Kuvantamistutkimusten toiminnallisuus kuvantamistutkimuspyynnön, kuvantamistutkimuksen ja lausunnon tietojen käsitteilyssä.

Kuvantamistutkimuspyyntö voidaan tehdä ja arkistoida potilastietojärjestelmästä tai kuvantamisen tietojärjestelmästä. Varsinainen kuvantamistutkimus ja lausunto tehdään ja arkistoidaan kuvantamisen tietojärjestelmästä. Lausunto voidaan lukea
molemmista järjestelmistä. Yhteen tutkimuspyyntöön liittyy 1-n tutkimusta, joista kuhunkin 0-n lausuntoa.

5.4.2 Kuvantamistutkimusten tietosisältö

Toimenpidekoodistolla kirjattavien kuvantamistutkimusten tiedot jakautuvat kolmeen erilliseen tietosisältöön: kuvantamistutkimuspyynnön (lähetteen) tiedot, kuvantamistutkimuksen tiedot ja lausunnon tiedot. Tietosisällöt on esitetty kuvassa 25 ja ne on kuvattu tarkemmin koodistopalvelun tietosisältömäärittelyissä THL/Tietosisältö - Kuvantamistutkimuspyynnöt, THL/Tietosisältö - Kuvantamistutkimukset ja THL/Tietosisältö - Kuvantamistutkimuslausunnot.

5.4.2.1 Kuvantamistutkimuspyyntö merkintä


5.4.2.2 Kuvantamistutkimusmerkintä

Tehdyt kuvantamistutkimukset nimetään käyttäen THL – Toimenpideluokitusta ja yksilöidään käyttäen Tutkimuksen tunnistetta (Study Instance UID). Lisäksi tutkimukselle voidaan tuottaa Accession- numero. Myös Tutkimusajankohta ja tutkimuspyyntöön linkittävä tieto Kuvantamistutkimuspyynnön tunniste ovat pakollisia tietoja. Tehdyt kuvantamistutkimuksen puoli voidaan tarvittaessa tarkentaa omaan kenttäänsä ja kuvantamistutkimukseen osallistuneet terveydenhuollon ammattihenkilöt voidaan kirjata tutkimuksen tietoihin tarpeen mukaan. Tehdyt kuvantamistutkimuksen nimi ja koodi tulevat oletusarvoisesti pyynnöltä, mutta tarvittaessa tutkimuksen tekijä voi niitä muokata, jos ne ovat virheellisiä.
Kuva 24. Kuvantamistutkimusten rakenteinen tietosisältö muodostuu kolmesta erillisestä tietosisällöstä, jotka ovat pyyntö, tutkimus ja tutkimuslausunto. Sisältö on kuvattu tarkemmin koodistopalvelimella.

Säteilyannos ja sen yksikkö -kohtaan merkitään natiivi- ja läpivalaisututkimuksista pinta-ala tulo (DAP), jos se on saatavilla. Mittayksikköön toivotaan käyttettävän mGy cm².


5.4.2.3 Lausuntomerkintä

Kuvantamistutkimustunniste (Study Instance UID), Accession- numero, Tehdyn kuvantamistutkimuksen nimi ja koodi sekä Tehdyn kuvantamistutkimuksen puoli tiedot tulevat suoraan tutkimuksen tietoista. Lausuntoajajärjestelmä, Lausunnon antajan nimi ja Lausunnon antajan palveluyksikkö tulevat merkinnän tekijän tiedoista. Käyttäjän tuotettavia tietoja ovat pakolliset tiedot Lausunto tekstimuodossa ja Lausunnon tila (alustava, lopullinen tai lisälausunto) sekä vapaaehtoinen Arvio tutkimuksen tuloksesta. Kuvantamistutkimusten Arviolla tutkimuksen tuloksesta tarkoitetaan löydökseen luokiteltua normaaliksi, lievästi

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kuvantamistutkimuspyynnön tunniste (II)</th>
<th>Kuvantamistutkimuspyynnön tunniste (II)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Pyyntöajajärjestelmä (TS) P</td>
<td>Pyyntöajajärjestelmä (TS) P</td>
</tr>
<tr>
<td>Pyyntöajajärjestelmän nimi (PNI) P</td>
<td>Pyyntöajajärjestelmän nimi (PNI) P</td>
</tr>
<tr>
<td>Pyyntöajajärjestelmän perusnäkökohde (P)</td>
<td>Pyyntöajajärjestelmän perusnäkökohde (P)</td>
</tr>
<tr>
<td>Pyyntöajajärjestelmän koodi (CV) P T</td>
<td>Pyyntöajajärjestelmän koodi (CV) P T</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* Esitys 2016
poikkeavaksi tai merkittävästi poikkeavaksi. Tätä varten tietosisällössä ollut sisäinen koodisto muutetaan uudeksi THL – Tutkimustuloksen poikkeavuus koodistoksi. Merkintää ei ole pakollinen, mutta sen käyttö mahdollistaisi hälytysautomaatikan rakentamisen potilastietojärjestelmiin.

5.4.3 Käytetty luokitukset

Tietosisältömääritelyssä on kunkin kentän kohdalla määritelty kuvantamistutkimusten kirjauksessa käytettävät luokitukset (Taulukko 6). Luokitusten määrittelyt kuvataan koodistopalvelimella, ja tarvittavat muutokset päivitetään luokitusten päivityssyklin mukaisesti.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Kuvantamistutkimusten rakenteisessa kirjauksessa käytettävät luokitukset</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kuvantamistutkimukset ja tutkimuksen puoli koodataan käyttäen luokitusta</td>
</tr>
<tr>
<td>• THL – Toimenpideluokitus</td>
</tr>
<tr>
<td>Tutkimuksen tilaajan ja lausunnon antajan palveluyksikkö koodataan käyttäen luokitusta</td>
</tr>
<tr>
<td>• THL – SOTE-organisaatiorekisteri tai</td>
</tr>
<tr>
<td>• Valvira – Terveydenhuollon itsenäiset ammattiharjoittajat</td>
</tr>
<tr>
<td>Lausunnon tila koodataan käyttäen luokitusta</td>
</tr>
<tr>
<td>• THL – Lausunnon tila (Alustava lausunto / Lopullinen lausunto / Lisälausunto)</td>
</tr>
<tr>
<td>Arvio tutkimuksen tuloksesta koodataan käyttäen luokitusta</td>
</tr>
<tr>
<td>• THL – Mittaus- tai tutkimustuloksen poikkeavuus (Normaali / Poikkeava / Kriittinen / Ei tiedossa)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

5.4.4 Vaatimukset kuvantamistutkimusten kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä

5.4.5 Vaatimukset tietojen kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa

Tiedonhallintapalvelun muodostamalle kuvantamistutkimusten koosteele kerätään kaikki toimenpidekoodistolla kirjatut kuvantamistutkimukset eri rekisterinpitäjien asiakirjojen rakenteisesta kuvantamistutkimusten kirjausista näkymästä riippumatta. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi kuvantamistutkimuksia, vaan palauttaa koosteen potilaskertomusohjelmiston käytettäväksi kaikki haetulla aikavälillä rakenteisesti kirjatut kuvantamistutkimukset sekä niihin liittyvät kuvantamistutkimuspyynnöt ja lausunnot lukuun ottamatta kieltojen rajaamien palvelunantajien ja palvelutapahtumien kuvantamistutkimuksia. Koostetta voi käyttää myös radiologian toiminnanohjausjärjestelmä näyttäessään tietojaa potilaan aiemmista tutkimuksista.

5.4.6 Vaatimukset tietojen näyttämiselle

Tiedonhallintapalvelun koostamat tiedot tulee näyttää käyttäjän kannalta informatiivisena yhteenvetona – ei pelkänä kuvantamistutkimuslistoina. Kuvantamistutkimuksista näytettävä Kuvantamistutkimusyhteenvetotonäytön sisältö on kuvattu tarkemmin taulukoissa 7 ja 8.


On ehdotettu, että hyvin samankaltaiset tutkimukset, kuten thoraxin natiiviröntgen GD1AA ja thoraxin natiiviröntgen, yksi projekti GD1PA, voitaisiin kuvantamistutkimusyhteenvetodella yhdistää. Yhdistettävistä tutkimuksista ja yhdistämissäännöistä tulee sopia myöhemmin erikseen.


<table>
<thead>
<tr>
<th>Koostenäyttöllä näytettävä pakollinen tieto</th>
<th>Sisältö</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Tutkimuksen pitkä nimi.</td>
<td>THL-toimenpidekoodistossa oleva tutkimuksen pitkä nimi.</td>
</tr>
<tr>
<td>2 Viimeisen tutkimuksen ajankohta.</td>
<td>Tutkimuksen viimeisen kirjauksen ajankohta.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
3 Aikavälillisä tehtyjen samanlaisten tutkimusten kokonaismäärää.
Saman tutkimuksen toistumiskertojen lukumäärä haetulla aikavälillä.

4 Pyynnön/lausunnon sekä kuvien olemassaoloa.
Tuoreimman tutkimuksen pyynnön ja mahdollisen lausunnon sekä myöhemmin myös kuvien olemassaolo.

5 Tutkimustulos.
Poikkeavan tai kriittisen löydöksen merkintä esim. tähdellä (*) tai huutomerkillä (!).

Taulukko 8. Kuvantamistutkimusyhteenvetolle linkitetty tieto.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Koostenäytöltä helposti saatavaksi linkitetty tieto</th>
<th>Sisältö/Ehdotettu toiminnallisuus</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Uusimman tutkimuksen pyyntö ja mahdolliset kuvat ja lausunto.</td>
<td>Tieto näytetään linkillä sopivasta kentästä, esim. Pyynnön/lausunnon sekä kuvien olemassaolo kentästä.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Jos tietoja esitetään radiologian järjestelmässä, esittämistapa sovittetaan ohjelmiston tapaan esittää potilaan aiempia tutkimuksia.

Lisäksi suositellaan, että tutkimukseen nimeä klikkaamalla tai muusta sopivasta kohdasta pääsisi helposti kirjoittamaan uuden tutkimuspyynnön samaan (tai muuhun) tutkimukseen.


Esimerkkikuvissa (kuvat 26 ja 27) on käytetty ponnahdusikkunaa, mutta tiedot voi esittää myös muulla tekniikalla, kunhan tiedoista on helppo palata alkuperäiseen koostenäyttöön.

Kuva 27. Kuvantamistutkimuspyyntö ja lausunto näytetään erillisellä näytöllä, joka voidaan saada esiin esimerkki klikkaamalla P/L (pyyntö/lausunto) -saraketta.


5.5 Laboratoriotutkimukset

Muutoksena julkaisun versioon 2016 lukuun 5.5:

- kestolähetteen käyttö kuvattu (luku 5.5.1)
- uusi Mikrobiologian vastaus -rakenne kuvattu (luku 5.5.1)
- tietosisältö kuva päivitetty Mikrobiologian vastaus -rakenteen osalta (luku 5.5.1)
- luokitukset taulukko päivitetty (luku 5.5.2)

Muutoksena julkaisun versioon 2015 lukuun 5.5:
• tutkimuspakettine käyttö kuvattu (luku 5.5.1)
• vastausmerkinnän päivittämisen sääntöjä tarkennettu (luku 5.5.1)
• mikrobiologisten vastausten suositus kuvattu (luku 5.5.1)

Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukkuun 5.5:

• Tutkimuksen lisätieto tietokentänä on lisätty tietosisältöön (luku 5.5.1)
• tietosisältö on selkästi jaettu kolmeen osaan: laboratoriotutkimuspyynnöt, laboratoriotutkimus ja laboratoriotutkimuslausunnot (luku 5.5.1)

5.5.1 Laboratoriotutkimusten tietosisältö

Laboratoriotutkimusten tiedot jakautuvat kolmeen erilliseen tietosisältöön: laboratoriotutkimuspyyntöön, laboratoriotutkimusvastaukseen ja laboratoriotutkimuslausuntoon, joista kukin arkistoidaan Potilastiedon arkistoon omana merkintänä. Yhteen laboratoriotutkimuspyyntöön voi liittyä yksi tai useita tutkimuksia.

Yhteen laboratoriotutkimuspyyntöön voi kuulua yksi tai useampia laboratoriotutkimuksia, joilla on yhteiset pyynnön tiedot (Laboratoriotutkimuspyyntön tunniste, Laboratoriotutkimuksen pyytäjän nimi ja organisaatioyksikkö Pyyntöajankohta ja Laboratoriotutkimuspyyntön lisätieto) sekä kullakin tutkimuksella omat tiedot (Pyynnetyn laboratoriotutkimuksen nimi, koodi ja koodisto, Laboratoriotutkimuksen tunniste ja Pyynnön laboratoriotutkimuksen lisätieto).

Laboratoriotutkimuspyyntöllä voidaan jokainen tutkimus pyytää erikseen tai pyytää "tutkimuspaketteja", jotka sisältävät useita yksittäisiä tutkimuksia, esimerkiksi PVK. Tutkimuspakettina voidaan käyttää Kuntaliiton Laboratoriotutkimusnimikkeistön tai paikallisien koodiston mukaisia Tutkimuspaketteja.

Laboratoriotutkimusvastaukset tallennetaan merkintänä tutkimuskohtaisesti kukin omana entrynään. Kukin tutkimus linkitetään vastaavaan laboratoriotutkimuspyyntön Laboratoriotutkimuspyyntön tunnisteen avulla.

vastausmerkinnät voivat olla kaikki samalla asiakirjalla tai jakautua useampaan asiakirjaan. Suositeltavaa on yhdistää ajallisesti lähekkään, esimerkiksi samana päivänä, valmistuvat vastausmerkinnät samalle asiakirjalle. Jos vastausten väli on pitkä, esimerkiksi yli viikko, on niistä suositeltavaa muodostaa omat asiakirjat.

Laboratoriotutkimusvastaukseen voi sisältyä lausunto, joka tallennetaan osana Laboratoriotutkimusvastausta. Lausunto voidaan tuottaa tarvittaessa erillisenä lausuntona, joka muodostaa oman merkintänä. Lausunto yhdistetään Laboratoriotutkimusvastaukseen Laboratoriotutkimuksen tunnisteessa avulla.

Laboratoriotutkimukseen voi liittyä myös erillisenä laboratoriotutkimuslausunnon rakenteesta poikkeavana asiakirjana annettu lausunto. Tällöin linkki erilliseen lausuntona tallennetaan Laboratoriotutkimusvastaukseen Erilisen lausunnon tunnisteeseen avulla, joka toimii teknisenä viittauksena ulkopuoliseen lausuntona.

Vuoden 2016 alussa Tietosisällössä on oma rakenne toistuvien laboratoriotutkimusten pyynnölle eli "kestolähetteelle". Rakenteella voidaan toistuvalla tutkimuspyynnölle määritellä voimassaoloaika (voimassaolon alkupäivämäärä on pakollinen, loppupäivämäärä vapaaehtoinen) ja tarvittaessa tutkimuskertojen maksimimäärä (vapaaehtoinen).

Toistuvien laboratoriotutkimusten pyynnön perusteella tehtyjen tutkimusten tutkimusvastaukset voidaan liittää alkuperäiseen tutkimuspyyntöön (laboratoriotutkimusvastauksen Laboratoriotutkimuspyynnön tunniste (Codeld 21) = alkuperäisen tutkimuspyynnön tunniste) tai laboratoriojärjestelmä voi generoida uuden "teknisen" tutkimuspyynnön, johon liittää tutkimusvastaukset. Tutkimusvastaukset (ja mahdollinen uusi "tekninen" tutkimuspyyntö) liitetään palvelutapahtumaan, johon kestolähete kuuluu tai mahdolliseen tutkimukseen liittyvään kontrollikäyntiin, jos sellainen on potilaalle varattu. Jos kumpaakaan ei ole mahdollista yksiselitteisesti päätellä, voidaan palvelutapahtumaksi valita kyseisen organisaation uusin palvelutapahtuma.

Tietosisällö (kuva 29) on kuvattu yksityiskohtaisemmin koodistopalvelun tietosisältömääritellyissä THL/Tietosisällö – Laboratoriotutkimuspyynnöt, THL/Tietosisällö – Laboratoriotutkimukset ja THL/Tietosisällö – Laboratoriotutkimuslausunnot.
Kuva 29. Laboratoriotutkimusten rakenteinen tietosisältö koostuu pyynnön, tutkimuksen ja tutkimuslausunnon tietosisällöstä. Mikrobiologian vastauksille on oma rakene osana laboratoriotutkimuksen tietosisällöstä. Tietosisällöt on kuvattu tarkemmin koodistopalvelimella.


5.5.2 Käytetty luokitukset

Tietosisältömäärittelyssä on kunkin kentän kohdalla määritelty laboratoriotutkimusten kirjauksessa käytettävät luokitukset (Taulukko 9). Luokitusten määritteltyä kuvataan koodistopalvelimella, ja tarvittavat muutokset päivitetään luokitusten päivityssyklin mukaisesti.
Taulukko 9. Laboratoriotutkimuksiin liittyvät luokitukset.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Laboratoriotutkimusten rakenteissa kirjauksessa käytettävät luokitukset</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Laboratoriotutkimukset koodataan käyttäen luokitusta</td>
</tr>
<tr>
<td>• Kuntaliitto – Laboratoriotutkimusnimikkeistö tai</td>
</tr>
<tr>
<td>• paikallisia luokituksia (niillä osin kun Kuntaliiton nimikkeistö ei kata tutkimuksia)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Laboratoriotutkimuksen näyteläatu koodataan käyttäen luokitusta
- Kuntaliitto - Laboratoriotutkimuksen systeemilyhenne

Tutkimuksen pyytäjän ja lausunnon antajan palveluyksikkö koodataan käyttäen luokitusta
- THL – SOTE-organisaatiorekisteri
- Valvira – Terveydenhuollon itsenäiset ammatinharjoittajat

Tiedon lähde koodataan käyttäen
- THL - Tiedon lähde (Hoitava organisaatio / Muu hoitava organisaatio / Potilas / Potilaan äiti / Potilaan isä / Potilaan edustaja / Viranomainen / Muu tiedon lähde)

Tuloksen poikkeavuus koodataan käyttäen luokitusta
- AR/LABRA - Poikkeustilanunvestit

Vastauksen tila koodataan käyttäen luokitusta
- AR/LABRA - Tutkimusvastauksien tulkintakoodit

Lausunnon tila koodataan käyttäen luokitusta
- THL – Lausunnon tila (Alustava lausunto / Lopullinen lausunto / Lisälausunto)

Laboratoriotutkimuksen tekotapa koodataan käyttäen luokitusta
- THL – Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa (Laboratorio / Vierimittaus / Omamittaus)

Mikrobilöyöksen tunniste ja nimi koodataan käyttäen luokitusta
- THL – Mikrobinimikkeistö

Mikrobimäärän arvio koodataan käyttäen luokitusta
- THL - Mikrobimäärä

Mikrobilääkkeen nimi ja koodi koodataan käyttäen luokitusta
- THL – Mikrobilääkkeet

Mikrobin herkkyyden mittausmenetelmä koodataan käyttäen luokitusta
- THL - Mikrobilääkeherkkyyden mittausmenetelmä

Mikrobin herkkyysarvio koodataan käyttäen luokitusta
- THL - Mikrobin herkkyys

Laboratoriotutkimuksen tekotapa koodataan käyttäen luokitusta
- THL – Mittauksen tai tutkimuksen tekotapa
5.5.3 Vaatimukset laboratorioutukimusten kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä


5.5.4 Vaatimukset laboratorioutukimusten kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa

Tiedonhallintapalvelun muodostamille laboratorioutukimuskootiloilla kerätään kaikki laboratorioutukimukset eri rekisteripitäjien asiakirjojen laboratorio näkyville (LAB) tehdystä rakenteisesta kirjauksesta. Kieltojen rajaamien palvelunantajien ja palvelutapahtumien tutkimuksia ei tuoda koosteeseen. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tutkimuksia, vaan tuo kaikki haettu aikavälillä rakenteisesti kirjatut laboratorioutukimukset ja niihin liittyvät pyynnöt ja lausunnot potilastietojärjestelmiin näytettäväksi – lukuun ottamatta kieltojen rajaamien palvelunantajien ja palvelutapahtumien laboratorioutukimuksesta.

5.5.5 Vaatimukset laboratorioutukimusten näyttämiselle

Tiedonhallintapalvelun kautta haetut tiedot tulee näyttää käyttäjän kannalta havainnollisena koosteenä (ks. taulukot 10 ja 11). Tiedot tulee voida rajata halutulle aikavälille, jossa voi olla oletuksena esimerkiksi viimeisen vuoden aikana tehdyt tutkimukset.

Laboratorioutukimukset tulee voida näyttää:

- aakkosjärjestyksessä,
- aikajärjestyksessä uusimmat ylimpänä tai
- tutkimusryhmittäin-/kokonaisuusksittain jaoteltuna.

Jokaisessa näkymässä on suositeltavaa näyttää oletuksena:
• tutkimuksen viimeisin tulos ja päivämäärä.
• tutkimuksen lyhenne ja koko nimi ilman etuliitettä.
• tutkimuksen suorituspaikassa tutkimushetkellä voimassa olleet viitearvot.
• poikkeavan tuloksen merkintä.

Mikäli potilaan veriryhmä on laboratoriotulosten joukossa, se näytetään joko aina ensimmäisenä tai erillään tuloksista esimerkiksi koostenäytön otsikkorivillä tai muussa soveltuvassa koostenäytön kohdassa.

Tuloksia esitettäessä tulee yhteen tutkimuskokonaisuuteen kuuluvia osatuloksia ryhmittää, esimerkiksi täydellisen verenkuvan osatulokset näytetään ryhmanä.

Kunkin tutkimuksen kohdalta on tarvittaessa erikseen saatava näkyviin lista kaikista tutkimuksen esintymiskerroista sekä kunkin esiintymiskerran kaikki kirjatut tiedot. Lisäksi koosteelta tulee olla linkki potilaskertomusasiakirjaan, johon kyseinen tutkimus liittyy.

Taulukko 10. Laboratoriotutkimuksista näyttettävä tieto.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Laboratoriotutkimusyhteenvetollinen sisältö/Toiminnallisuus näytettävä tieto</th>
<th>Sisältö/Toiminnallisuus</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Tutkimuksen lyhenne ja pitkä nimi.</td>
<td>Tutkimuksen etuliite näytetään vain lyhennekentässä.</td>
</tr>
<tr>
<td>2 Viimeisen tutkimuksen ajankohta.</td>
<td>Tutkimusnimikkeen viimeisin kirjausajankohta</td>
</tr>
<tr>
<td>3 Aikavälillä tehtyjen samanlaisten tutkimusten kokonaismäärä.</td>
<td>Linkki listaan samanlaisten tutkimusten ajankohdista ja tuloksista.</td>
</tr>
<tr>
<td>4 Tutkimustulos.</td>
<td>Tutkimustulos tai linkki tulokseen, mikäli tutkimuksesta on annettu vastaus erillisellä lomakkeella.</td>
</tr>
<tr>
<td>5 Viitearvot.</td>
<td>Tutkimushetkellä tutkimuksen teheenessä laboratoriossa voimassa olleet viitearvot.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Taulukko 11. Koostenäytöltä linkityksellä näyttettävät tiedot.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Laboratoriotutkimusyhteenvetolta helposti saatavaksi linkitetty tieto</th>
<th>Sisältö/Toiminnallisuus</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Aiempien samanlaisten tutkimusten ajankohdat ja tulokset.</td>
<td>Lista päivämääräistä ja tutkimuksen tuloksista. Linkitys listaan sopivasta kentästä, esim. viimeisimmän tutkimuksen tuloksesta. Tuloshistoria</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>voidaan esittää myös graafisesti.</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Käyntipäivän kaikki tulokset.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Saman käyntikerran kaikki tulokset linkitettynä esim. viimeisen tutkimuskerran päivämäärästä.</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Pyydetyt suorittamattomat tutkimukset.</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Voidaan käyttäjän pyytäessä näyttää joko koostenäytöllä, listassa aiemmista tutkimuksista tai erillisessä ikkunassa. Listassa on suositeltavaa olla pyyntöajankohta ja pyydetyn tutkimuksen nimi tai lyhenne.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Tulosten ja viitearvon suhteen esittämiseen käytetään luokitusta AR/LABRA – Poikkeustilanneviestistä. Lisäksi koostenäytön toteutuksessa on suositeltavaa, että:

- listalta pääsee tarvittaessa helposti alkuperäisen palvelutapahtuman kertomustekstiin, jossa pyyntö tehtiin.
- soveltuvia tuloksia voidaan esittää myös havainnollisina graafisina esityksinä.
- uuden tutkimuspyynnön tekoon on helppo pääsy koostenäytöltä.


Kuva 32. Esimerkkitapa tulosten havainnollisesta graafisesta esittämisestä. Klikkaamalla esiintymiskertojen määrää avautuvat kaikki esiintymiskerrat allekkain aikajärjestyksessä, tässä esimerkissä niitä on havainnollistettu grafiikalla.

5.6 Fysiologiset mittaukset

Muutoksena julkaisun versioon 2015 lukuun 5.6:

- yhteenvetoon minimisisältö kuvattu (luku 5.6.1)
- verenpaineen näyttösuositusta korjattu (luku 5.6.4)

Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukuun 5.6:
• automaattisesti tuotettujen fysiologisten mittausten tallentamista on tarkennettu (luku 5.6)
• tietosisältö on jaettu kahteen osaan: fysiologinen mittaus ja lausunto (luku 5.6.1)
• Tutkimuksen lisätieto ja Lausuntoajankohta tietokentät on lisätty tietosisältöön (luku 5.6.1)
• tietosisällön tietoja mm. pakollisuuksia on tarkennettu (5.6.1)


5.6.1 Fysiologisten mittausten tietosisältö ja niihin liittyvät luokitukset

Fysiologisten mittauksen tietosisältö on jaettu kahteen osaan siten, että mittauksiin mahdollisesti erikseen annettava lausunto on eroteltu varsinaisesta mittauksen tietosisällöstä. Jos lausunnon kirja sama henkilö samassa yhteydessä kuin muun mittaustuloksen, voidaan lausunto tallentaa Fysiologisen mittauksen merkinnässä, eikä erillistä lausuntomerkintää tarvitse tuottaa.

Fysiologisen mittauksen tietosisällössä (kuva 33) pakollisia tietoja ovat mittausajankohta, mittauksen nimi ja koodi sekä mittauksen tulos. Mittauksista voidaan kirjata lisäksi mm. mittauksen tehneen henkilön tiedot ja mittauksen tekotapa eli onko mittaus tehty laboratoriossa, vierimittausenä tai kotona. Yksityiskohtaisempikä vuosikats tietosisällöstä on koodistopalvelun tietosisältömäärittelyissä THL/Tietosisältö – Fysiologiset mittaukset ja THL/Tietosisältö – Fysiologisten mittausten lausunnot. Tiedonhallintapalvelun fysiologisten mittausten tietosisältöön lisätään myös Tutkimuksen lisätieto tietokenttä.
Kuva 33. Fysiologisten mitattujen rakenteinen tietosisältö mittauksen ja mittausten lausunnon tietosisällöistä. Sisältö on kuvattu tarkemmin koodistopalvelimella.

Fysiologisiin mittauksiin liittyvät luokitus

Tietosisällönmäärittelyssä on kunkin kentän kohdalla määritelty fysiologisten mittausten kirjauksessa käytettävät luokitus (Taulukko 12). Luokitusten määrittelyt kuvataan koodistopalvelimella, ja tarvittavat muutokset päivitetään luokitusten päivityssyklin mukaisesti.

Taulukko 12. Fysiologisiin mittauksiin liittyvät luokitukset.

Fysiologisten mitattujen rakenteisessa kirjauksessa käytettävät luokitukset

Fysiologiset mittaukset koodataan käyttäen luokitusta
- FinLOINC – Fysiologiset mittaukset

Lausunnon antajan palveluyksikkö koodataan käyttäen luokitusta
- THL – SOTE-organisaatiorekisteri
- Valvira – Terveydenhuollon itsenäiset ammatinharjoittajat

Tiedon lähde koodataan käyttäen
- THL - Tiedon lähde (Hoitava organisaatio / Muu hoitava organisaatio / Potilas / Potilaan
5.6.2 Vaatimukset fysiologisten mitausten kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä

Fysiologiset mitaukset tulee kirjata potilastietojärjestelmissä rakenteisesti, kuten tiedot sisällytään edellytetään ja käytettäväksi. Tarvittaessa koodin mukaisia arvoja voi täydentää lausunnolla.

5.6.3 Vaatimukset fysiologisten mitausten kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa

Tiedonhallintapalvelun muodostamille fysiologisten mitausten koosteella palautetaan kaikki FinLOINC-koodistolla Tiedonhallintapalvelun koosteeseen kuuluviksi määritetyt (koodistossa ne joissa Koostenäytölle = TRUE) fysiologiset mitaukset eri rekisterinpitäjien potilaskertomusasiakirjojen rakenteisista kirjauksista.

Kuten laboratoriotutkimusten kohdalla, Tiedonhallintapalvelu ei suodata eikä analysoi tutkimuksia, vaan tuo tietojärjestelmän näytettävääkä kaikki ne haetulla aikavälillä rakenteisesti kirjatut mitaukset ja niihin liittyvät lausunnot, joita ei ole kielloin rajattu.

5.6.4 Vaatimukset fysiologisten mitausten näyttämiselle

Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja
toiminnallinen määrittely
LUONNOS

- Fysiologiset mittaukset tulee voida näyttää kahdella tavalla
  - aikajärjestyksessä uusimmat ylimpänä ja
  - loogisiin ryhmiin jaoteltuna FinLOINC-koodiston Fysiologisen ryhmityksen mukaisesti.

Fysiologisten mitausten yhteenvedolla tulee näyttää vähintään mittauksen nimi, tutkimuksen viimeisin tulos ja päivämäärä. Suositeltavaa on näyttää myös tutkimuskertojen lukumäärä ja viitearvot. Kunkin mittauksen kohdalta on tarvittaessa erikseen saatava näkyviin lista kaikista mittauksen esiintymisvikoista sekä kunkin esiintymiskerran kaikki kirjatut tiedot.

Suositeltavaa on, että fysiologisten mitausten yhteenvedolta on mahdollistettu helppo pääsy uuden mittauksen kirjaamiseen. Soveltuvien mitausten tuloksia voi esittää myös graafisesti.

Tarkka toteutus riippuu käytettävästä potilastietojärjestelmästä ja sen mahdollisuuksista.

**Taulukko 13. Fysiologista mitaustista oletuksena näytettävät tiedot.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fysiologisten mitausten yhteenvedolla näytettävän tieto</th>
<th>Sisältö/Toiminnallisuus</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1 Mittauksen nimi.</td>
<td>Mittauksen nimi FinLOINC-koodistossa.</td>
</tr>
<tr>
<td>2 Viimeisen mittauksen ajankohta.</td>
<td>Saman mittauksen toistemiskerrat haun aiakavällä.</td>
</tr>
<tr>
<td>3 Mittauskertojen lukumäärä.</td>
<td>Mittaustulos tai linkki mittaukseen, mikäli tutkimuksesta on annettu lomakemuotoilun vastaus.</td>
</tr>
<tr>
<td>4 Viitearvot.</td>
<td>Mitaushetkellä voimassa olleet viitearvot, jos sellaiset olivat lähettävääsä järjestelmässä olemassa.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Taulukko 14. Fysiologisten mitausten koostenäytöltä linkitetty tiedot.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Fysiologisten mitausten yhteenvedolta helposti saatavaksi linkitetty tieto</th>
<th>Sisältö/Toiminnallisuus</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>2 Saman mittauskerran kaikki mitaustukset</td>
<td>Lista samalla mittauskerralla tehdystä kaikista mitaustuksista ja niiden tuloksista. Linkitys esim. viimeisen mitaustuksen päivämäärästä.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Mitaustulosten näyttämisessä fysiologisten mitausten yhteenvedolla on huomioitava, että systolisella ja diastolisella verenpaineella on FinLOINC-koodistossa omat koodinsa.

Verenpaineen esittäminen kahtena erillisenä mittaustuloksena on käytännölle viras tapa.
Systolinen ja diastolinen verenpaine tulee näyttää aina yhdessä (tekstimuodossa näytettäässä ne on suositeltavaa esittää totutuun tapaan kauittaviivalla erotettuna).

Kuva 34. Esimerkki fysiologisten mitauksien esittämisestä.


5.7 Rokotukset

Muutoksena julkaissun versioon 2015 lukuun 5.7:

- rokotuksen näkymäsidonnaisuutta korjattu (luku 5.7)
- rokotuksen yksilöivä tunniste lisättty (luvut 5.7 ja 5.7.1.2)
- haittavaikutuksen ja tutkimusrokotteen tietojen kirjaamista jälkikäteen tarkennettu (luuku 5.7)
- yhdistelmärokotteiden purkamisen sääntöjä tarkennettu (luuku 5.7.2)

Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukuun 5.7:
- rokotusmerkinnän tietojen muodostusta ja rokotusmerkinnän suhdetta lääkemerkintöihin sekä luokitusten käyttöä on tarkennettu (luuku 5.7)
- tietosisällön tehdyt muutokset on kuvattu (luuku 5.7.1)
- Tiedonhallintapalvelun koosteen palauttamisen kuvausta on tarkennettu (luuku 5.7.3)
- rokotusyhteenvedon näyttämistä on tarkennettu ja tietojen näyttäminen rokotussuojakohdaisesti on lisättä (luuku 5.7.4)
- rokotussuojan käyttö rokotustietojen kirjaamisessa ja näyttämisessä lisätty


Rokotuksen tietosisällössä (THL/Tietosisällö – Rokotustiedot) on huomioitu tutkimusrokotteiden kirjaaminen ja aikaisemmin annettujen rokotteiden kirjaaminen, jotta rokotusosiosta on mahdollista saada kattava kuva henkilön rokotusreujoasta ja tarvittaessa tulostaa hänen yhteenveto kaikista hänelle annetuksi kirjatuista rokotteista. Tiedonhallintapalveluun koostetaan rakenteisesta tietosisällöstä potilaan rokotuslista. Tietosisällöt kattavat AvoHILMOn ja rokotusrekisterin sekä rokotuksen hallitamoituksen tarvitsemat tiedot (AvoHILMO 2014, luku 3.4.3). Nämä tietosisällöt mahdollistavat jatkossa vuosittaisen rekisteritiedon automaattisen tuottamisen potilastietojärjestelmässä kirjatuista ja Potilastiedon arkistoon tallennetusta rokotustiedoista.
Rokotus (Kuva 36) koostuu rokotteen ja annostuksen tiedoista sekä mahdollisen haittavaikutuksen tiedoista. Rokotteen tiedot koostuvat Lääketietokannan mukaisesta rokotteen ATC-koodista ja koodinmukaisesta nimestä ja rokotteen nimestä, rakenteisesta rokotussuojaan ja tekstimuotoisesta rokotussuojan tarkentee, rokotusavusta, rokotusavun tarkennusta ja rokotuksen yksilöivästä tunnisteesta.


Potilastietojärjestelmä voi tuottaa Rokotusavun tiedon automaattisesti rokotteen nimen tai ATC-koodin perusteella THL - Rokotusavun, THL – Rokotteet ja THL - Rokotevalmisteen luokitukissa lisätietona olevien siltauksen perusteella. Jos potilastietojärjestelmä ei pysty tuottamaan Rokotusavun tietoa automaattisesti, esimerkiksi tutkimusrokoitteilla tai aikaisemmin annettuja rokotuksia kirjattaessa, käyttäjä kirjaa tiedon THL - Rokotusavun luokituksen mukaisesti. Jos rokotteella on useita rokotussuojoja, esimerkiksi...
DITEBOOSTER® rokotteella jäykkäkouristus ja kurkkumätä, tulee nämä kaikki kirjata Rokotussuojiksi. Rokotussuojaa voi tarvittaessa tarkentaa tekstimuotoisella Rokotussuojan tarkenteella.

Potilastietojärjestelmä tuottaa jokaiselle rokotukselle Rokotuksen yksilöivän tunnisteineen, jolla saman rokotuksen jälkikäteen kirjattavat tiedot, esimerkiksi tutkimusrokotteen todelliset tiedot tai rokotuksen jälkikäteen todettavat haittavaikutukset, voidaan yhdistää alkuperäiseen merkintään.

Annostustiedot koostuvat Annoksen järjestysluvusta, Annoksesta sekä Rokotustavan ja Pistokohdan tiedoista. Rokotteen antaja tiedot koostuvat Rokotuksen antajan tunnistetiedeista, Rokotuksen antajan palveluyksikön tunnistetiedoista ja Rokotteenantopäivämäärästä. Rokotteenantopäivämäärä on pakollinen tieto, mutta vanhoja rokotuksia kirjattaessa, tieto voidaan antaa vuositarkkuudella.


Mahdollinen Rokotuksen haittavaikutus kirjataan diagnoositiedoilla ja päivämäärätiedolla, jolloin haittavaikutus on todettu. Lisäksi rokotuksen tietorakenteessa on kenttä lisätiedoille ja tiedonlähteelle. Jälkikäteen todettu rokotteen haittavaikutus voidaan kirjata uutena rokotusmerkintänä, jolla on sama Rokotuksen yksilöivä tunniste ja muut rokotuksen tiedot haittavaikutustietoja lukuun ottamatta tai erillisenä haittavaikutuskirjauksena diagnoosirakenteella.

Tutkimusrokote kirjataan kenttiin Tutkimusrokoteja ja Tutkimusrokoitten tunnus. Kun tutkimusrokoitten koodi on avattu ja tiedetään, mistä rokotteesta tai lumelääkkeestä oli kyse, tehdään rokotuksesta uusi merkintä, kopioidaan rokotuksen tiedot rokotteen tietoja lukuunottamat Allahaperäiseltä merkinnältä. Merkinnät yhdistetään toisiinsa Rokotuksen yksilöivään tunnisteelle.

Tietosisältömäärittelyssä on kunkin kentän kohdalla määritelty rokotuskirjauksessa käytettävät luokitukset (Taulukko 15). Luokitusten määrittely kykenee koodistopalvelimella, ja tarvittavat mutokset päivitetään luokitusten päivityssyklin mukaisesti. Tämän lisäksi
Rokotuskirjauksissa voidaan hyödyntää Lääketietokantaa, esimerkiksi Rokotepakkauksen yksilöintinumero eli VNR-numero ja Lääketietokannan versionumero voidaan palauttaa Lääketietokannan tiedoista.

Taulukko 15. Rokotuksiin liittyvät luokitukset.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Rokotusten rakenteisessa kirjauksessa käytettävät luokitukset</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Rokotteen koodi ja koodinmukainen nimi koodataan luokituksella käyttäen luokitusta</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>• <strong>Fimea – ATC luokitus</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rokotustapa koodataan luokituksella</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>• <strong>AR/YDIN – Rokotustapa</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pistoskohta koodataan lukituksella</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>• <strong>AR/YDIN – Pistoskohta</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Tiedon lähde koodataan käyttäen</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>• <strong>THL – Tiedon lähde</strong> (Hoitava organisaatio / Muu hoitava organisaatio / Potilaas / Potilaan äiti / Potilaan isä / Potilaan edustaja / Viranomainen / Muu tiedon lähde)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rokotuksen haittavaikutus ja haittavaikutuksen ulkoinen syy koodataan luokituksella</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>• <strong>THL – Tautiluokitus ICD-10</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rokotuksen antajan palveluyksikkö koodataan luokituksella</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>• <strong>THL – SOTE-organisaatiorekisteri</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>• <strong>Valvira – Terveydenhuollon itsenäiset ammatinharjoittajat</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>o <strong>Rokotussuojaa koodataan uudella luokituksella</strong> <strong>THL – Rokotussuojaa</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Rokotussuojaa tiedon tuottamisessa voidaan hyödyntää uusia luokituksia</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>• <strong>THL – Rokotteet</strong> ja</td>
</tr>
<tr>
<td>• <strong>THL – Rokotevalmisteet</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

5.7.1 Muutokset tietosisältöön ja jatkokehityistarpeet

5.7.2 Vaatimukset rokotustietojen kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä


Rokotteen tietoista tulee olla linkki alkuperäiseen potilaskertomusmerkintään. Tämä linkitys on mahdollista esimerkiksi Rokotteenantopäivämäärä -kentän kautta. Tämä linkitys sisältää mm. asiakirjan, merkinnän ja palvelutapahtuman tunnistetiedot.

Tiedonhallintapalvelun koosteen rokotustiedoista voidaan potilastietojärjestelmässä tuottaa helposti potilaalle yhteenveto hänen rokotushistoriastaan paitsi sähköisesti näytettäväksi (kuva 38) myös "rokotuskorttina" tulostettavaksi (kuva 37).

Kuva 37. Esimerkki potilaalle tulostettavasta rokotuskortista.

Yhdistelmärokotteista, joilla on useita rokotussuojia, esimerkiksi DITEBOOSTER-rokotteella kurkkumätä ja jäykkäkouristus, tieto tallennusvaiheessa puretaan Rokotussuojaa kohtaisiksi.
entryiksi, joissa Rokotussuoja on eri mutta muut tiedot ovat samat (kuva 39). Yhdistelmärokotten antaminen tuottaa siten useita rokotusentryjä.

5.7.3 Vaatimukset rokotustietojen kokoamiselle Tiedonhallintapalvelussa

Tiedonhallintapalvelu poimii rokotuskoosteelle kaikki rokotusmerkinnät eri rekisterinpitäjien potilaskertomusasiakirjoissa olevista rakenteisista rokotustiedoista. Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi tietoja ja potilastietojärjestelmän pyytäessä rokotustietoja, Tiedonhallintapalvelu palauttaa kaikki kokoamansa rokotustiedot sellaisenaan, poislukien kieltojen rajaamat tiedot. Tarvittaessa rokotustietojen hakua voidaan rajata aikarajauksella, jolloin Tiedonhallintapalvelu palauttaa tiedot vain pyydetyltä aikajaksolta. Rokotuskoosteessa ei kuitenkaan ole suositeltavaa käyttää aikarajauksesta, koska silloin rokotustiedot voivat jättää puutteellisiksi.

5.7.4 Vaatimukset rokotustietojen näyttämiselle potilasyhteenvetolla

Kuva 38. Rokotustietojen yhteenvetonäytöllä kustakin rokotussuojasta näytetään vain viimeisin kirjaus. Rokotteen tiedoista näytetään vähintään viimeisin
Rokotteenantopäiviä, Rokotussuojaa, Rokotteen nimi ja Lisätieto. Jos vanhoista
rokotteista ei ole tiedossa valmisteen nimeä, käytetään nimenä rokotussuojan
mukaista nimeä. Kuvan esimerkissä näytetään lisäksi rokotuksen antokertojen
yhteismäärä. Jos lisätiedot näkyvät näytöllä vain osittain, voidaan ne näyttää
 täydellisenä esim. ponnahdusikkunassa.

Rokotuksen tiedot näytetään siten, että samasta rokotussuojasta yhteenvedolla näytetään
vain viimeisin kirjaus. Koska yhdistelmärokotteilla on useita rokotussuoja, esimerkiksi
DITEBOOSTER-rokotteella kurkkumätä ja jäykkäkouristus, voi yhdestä annetusta
rokotteesta tulla useita rivitietoja. Kun rokotteella on useita rokotussuoja, tuotetaan kustakin
rokotuskohteesta oma rivitieto, joissa Rokotussuojaa on eri mutta muut tiedot ovat samat
(kuva 39). Yhdistelmärokotteen antaminen tuottaa siten useita "rokotuksia", jotka kukin
näytetään rokotuslistalla omana rivinään.

Kuva 39. Yhdistelmärokotteesta DITEBOOSTER muodostuu 2 rivitietoa, joilla
kummallakin on samat tiedot paitsi Rokotussuojaa.

Eri rokotteista tulevat tiedot voivat toisaalta liittyä samaan Rokotussuojan. Esimerkiksi
Jäykkäkouristusrokotuksen voi saada useasta eri rokotteesta. Esimerkiksi kuvassa 40, on
viidessä eri jäykkäkouristusrokotuksessa käytetty kolmea eri rokotetta: kolmoisrokotetta
(DiPeTe), kaksoisrokotetta (DT) ja pelkkää Tetanustehostetta. Näistä kaikista syntyy
samaksi "rokotukseksi" tulkittava jäykkäkouristusrokotus. Sen lisäksi kaksoisrokotteesta
syntyy kurkkumätärokotus ja kolmoisrokotteesta kurkkumätä- ja hinkuyskärokotukset.
Tarvittaessa rokotusten historiatiedot, eli rokotuksen kaikki antokirjaukset, saadaan esiin
tarkasteltavaksi. Esimerkiksi kuvassa 40 ne on esitetty samalla rokotusyhteenvetolistalla.


6 Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävien asiakirjojen toimintamalli

Muutoksena julkaisun versioon 2016 lukuun 6:
- poistettu vanhan asiakastietolain mukainen Kanta-suostumus
- tehty kuva 41 uuden lainsäädännön mukaiseksi

Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukuun 6:
- ei oleellisia muutoksia


6.1 Tiedonhallintapalveluun tallennettujen asiakirjojen suhde rekisterinpitäjiin

Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävät asiakirjat ovat terveydenhuollon organisaatioiden rekisterinpidossa. Seuraavassa kuvassa on esitetty havainnollistava esimerkki ylläpidettävän asiakirjan muodostamisesta ja hyödyntämisestä.

Kuva 41. Ylläpidettävän keskeisten terveystietojen asiakirjan muodostaminen (Virkkunen et al, 2010).
1. Organisaatio A tallentaa tiedot Kanta-arkistoon rekisterinpitäjäkohtaisena asiakirjana.
2. Tiedonhallintapalvelu palauttaa viimeksi tallennetun (organisaatio A) asiakirjan.
3. Organisaatio B hakee Tiedonhallintapalvelun luovuttaman asiakirjan ja
4. siirtää sen oman asiakirjan pohjaksi, täydentää/päivittää sitä ja
tallentaa asiakirjan Kanta-arkistoon omana rekisterinpitäjäkohtaisena asiakirjana.
6. Tiedonhallintapalvelu palauttaa viimeksi tallennetun (organisaatio B) asiakirjan.
7. Organisaatio A hakee Tiedonhallintapalvelun luovuttaman asiakirjan ja...

Keskeisten terveystietojen ylläpidettävät asiakirjat ovat osa potilaskertomusta ja ne
tallennetaan normaaliin potilasasiakirjan tavoin organisaatiokohtaisiin rekistereihin aina kun
niiden tietosisältöä on muutettu. Asiakirjan pohjana käytetään edellistä vastaavaa asiakirjaa.

Ylläpidettävät keskeisten terveystietojen asiakirjat tallennetaan itsenäisinä asiakirjoina
palvelutapahtuma- ja rekisterinpitäjäkohtaisesti, mutta kuitenkin siten, että asiakirjat voivat
sisältää tietoja, jotka on aiemmin kirjattu toisessa palvelutapahtumassa ja toisessa
organisatiossaa. Tiedonhallintapalvelun kautta näytetään aina uusin Potilastiedon arkistoon
tallennettu ylläpidettävä asiakirja, johon ei kohdistu luovutuskieltä. Luovutushaulla on
mahdollista palauttaa myös aiempi ylläpidettävä asiakirja. Terveydenhuollon organisaatiot
käyttävät Tiedonhallintapalvelun palauttamaa asiakirjaa pohjana tehdessään uutta kirjauta.
Uusi asiakirja tallennetaan rekisterinpitäjän omaksi asiakirjaksi potilastietojärjestelmän kautta
Potilastiedon arkistoon, josta se uusimpana asiakirjana näytetään Tiedonhallintapalvelussa.
Toimintatapa mahdollistaa ajantasaisten tietojen ylläpitämisen riippumatta potilaan
hoitopaikasta. Ylläpidettävän asiakirjan täysimittainen hyödyntäminen edellyttää kuitenkin
käyttäjiltä aktiivisuutta ja huolellisuutta tietojen kirjaamisessa.

6.2 Kieltojen vaikutus ylläpidettäviin asiakirjoihin

Kelan rekisterinpidossa olevia potilastietojen luovutukseen hallintaan liittyvien asiakirjojen ja
potilaan tahdonilmaisujen luovutusta potilas ei voi kielttää, ja niiden sisältämät tiedot ovat
aina käytettävissä tilanteen vaatimassa muodossa.

Potilaan keskeiset terveystiedot ovat käytettävissä Tiedonhallintapalvelun kautta, kun potilas
on informoitu, ammattihenkilöllä on potilaaseen hoitosuhde, eikä tietoihin kohdistu
luovutuskieltoja. Potilaan mahdollisilla luovutuskieloiilla on huomattava merkitys keskeisten
terveystietojen käytössä ylläpidettävissä asiakirjoissa. Potilaan kielteessä palvelunantajan,
Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määritely
LUONNOS

6.3 Ylläpidettävien asiakirjojen tietomalli

Keskeisten terveystietojen ylläpidettävät asiakirjat ovat itsenäisiä asiakirjoja, joiden kuvailutiedot vastaavat muiden potilasasiakirjojen kuvailutietoja, jotka on kuvattu Potilastiedon arkiston CDA R2 Header-määritelyssä. Kunkin ylläpidettävän asiakirjan yksityiskohtaisempi rakenne on jäljempänä kuvattu erikseen omissa kohdissaan lainassa 7.


6.3.1 Vaatimukset ylläpidettävän asiakirjan muodostamiselle

Ylläpidettävät asiakirjat muodostetaan aina siinä tilanteessa, kun niihin tehdään ensimmäinen kirjaus. Niitä ei ole tarpeen muodostaa kaikista tiedoista kaikille potilaille.

Lähtökohtaisesti uuden ylläpidettävän asiakirjan pohjana käytetään aina Tiedonhallintapalvelussa olevaa asiakirjaa. Mikäli Tiedonhallintapalvelussa ei ole kyseistä asiakirjaa, käytetään pohjana potilastietojärjestelmän omaa vastaavia tietoja ja mikäli niitä ei
ole potilastietojärjestelmässä, aloitetaan asiakirjan luonti tyhjästä asiakirjasta. Jos asiakirja on sekä potilastietojärjestelmässä että Tiedonhallintapalvelussa, verrataan asiakirjoja keskenään. Mikäli molemmissa on sama asiakirja, käytetään pohjana Tiedonhallintapalvelussa olevaa asiakirjaa. Jos asiakirjat eivät ole samoja, tuodaan molemmat asiakirjat potilastietojärjestelmään verrattavaksi tietojen ajantasaisuudesta varten. Tällöin uuden asiakirjan pohjana voidaan käyttää näistä kahdesta asiakirjasta sitä, jonka tiedot ovat ajantasaisemmat. (kuva 51)

Kuva 42. Uuden ylläpidettävän asiakirjan muodostaminen Tiedonhallintapalvelun (THP) tai oman organisaation potilastietojärjestelmän (PTJ) asiakirjoja hyödyntäen.

6.3.2 Ylläpidettävien asiakirjojen yhdistäminen

Keskeisten terveystietojen ylläpidettävän asiakirjan hallintatavasta johtuen Tiedonhallintapalvelussa oleva uusin asiakirja ja organisaation omassa potilastietojärjestelmässä oleva uusin tieto eivät välttämättä ole samansisältöiset. Erot voivat syntyä arkistoon liittyttäessä, kun eri organisaatiot liittyvät eri aikaan tai kun potilas on kielletnyt palvelunantajan tai yksittäisen rekisterin tai palvelutapahtuman tietojen luovutuksen.

Yhteenvetopaikalta tietojen yhdistämisessä lähtökohtana on, että

- käyttäjä voi muokata tarvittavia tietoja käsin,
- Tiedonhallintapalvelussa olevat tiedot ovat lähtökohtaisesti uuden asiakirjan pohjana, mutta käyttäjä voi valita uuden asiakirjan pohjaksi myös organisaation oman asiakirjan, jos se on ajantasaisempi,
- alkuperäisen asiakirjan tunniste, jota käytetään yhtäaikaisen kirjaamisen tunnisteenä, tulee aina olla Tiedonhallintapalvelun asiakirjasta, 
- pohjana käytettävästä asiakirjasta puuttuvat, mutta toisessa asiakirjassa olevat tiedot voidaan helposti lisätä uudelle asiakirjalle,
- toisistaan poikkeavista tiedoista (esimerkiksi henkilötiedoissa on muuttunut puhelinnumero) voidaan sen asiakirjan tieto, jota ei ole otettu uuden asiakirjan pohjaksi, helposti niin haluttaessa valita uudelle asiakirjalle, ja
- pohjana olevassa asiakirjassa oleva vanhentunut tieto, joka on uudemman asiakirjan tiedoissa merkitty päättyneeksi, voidaan helposti niin haluttaessa valita uudelle asiakirjalle, ja
- Suositeltavaa on lisäksi, että potilastietojärjestelmä erikseen huomauttaa, jos oman organisaation tieto on uudempi ja siten todennäköisesti oikeampi.

6.3.3 Ylläpidettävän asiakirjan yhtäaikaisen muokkauksen hallinta

Keskeisten terveystietojen ylläpidettävän asiakirjan hallinnassa on mahdollista, että kaksi käyttäjä pyrkii samanaikaisesti luomaan uutta ylläpidettävää asiakirjaa saman asiakirjan pohjalta. Jos kaksi tahoa muokkaa asiakirjaa yhtä aikaa, toisen tekemät muutokset saattavat hävitä asiakirjasta, ja tällainen tieton häviäminen tulee estää. Näitä tilanteita varten on luotava asiakirjan oikeellisuuden takaava toimintamalli ja estettävä asiakirjan samanaikainen muokkaus kahden käyttäjän toimesta.

Ylläpidettävän asiakirjan yhtäaikaisen muokkauksen hallintamallin suhteen on merkittävää, kuinka todennäköistä asiakirjan yhtäaikainen muokkaaminen eri käyttäjien toimesta on. Henkilötietojen päivittäminen tapahtuu pääosin potilaskontaktin yhteydessä jolloin yhtäaikaisen muokkauksen todennäköisyys on pieni. Myös terveys- ja hoitosuunnitelma

tehdään pääasiassa yhdessä potilaan kanssa, mutta sen yhtääikainen muokkaaminen eri käyttäjien toimesta on mahdollista.

Koska eri organisaatioissa tapahtuvan ylläpidettävän asiakirjan yhtääikaisen käytön todennäköisyys on pieni, Tiedonhallintapalveluun toteutetaan malli, jossa tiedon käsittelemiseen estetään tallentajien tiedot hyväksytään. Yhden organisaation sisällä yhtääikainen muokkaus on todennäköisempää, ja potilastietojärjestelmän sisäinen yhtääikainen muokkaus tulee estää lukitsemalla muokkaustilassa oleva asiakirja muiden käyttäjien muokkauselämpä tavallisten kertomusasiakirjojen tavoin.

Tiedonhallintapalvelun mallissa keskeisten terveydettien ylläpidettävän asiakirjan tallennusvaiheessa potilastietojärjestelmän tulee hakea Tiedonhallintapalvelun kauitta uusin kyseinen asiakirja ja verrata ovatko tallennettavan asiakirjan pohjatiedot Tiedonhallintapalvelussa olevasta uusimasta asiakirjasta. Jos asiakirjan pohjana ei ole sama Tiedonhallintapalvelun asiakirja, on tehty yhtääikaita muokkausta ja potilastietojärjestelmän tulee ilmoittaa tallentajalle, että kyseistä asiakirjaa on muutettu samanaikaisesti ja tehtävä asiakirjaa ei voida hyväksyä tallennettavaksi. Jotta käyttäjän tekemiä merkintöjä ei menetetä, tulee uusin tallennettu asiakirja voida hakea Tiedonhallintapalvelusta ja liittää käyttäjän tekemät merkinnät siihen luvussa 6.3.2. kuvatulla tavalla.
6.4 Vaatimukset ylläpidettävän asiakirjan tietojen kirjaamiselle tietojärjestelmissä

Keskeisten terveydettömiä asiakirjoja on kirjattava tiedonhallintapalvelusta tai asiakirjoista käytettävän asiakirjan muodostaminen. Ylläpidettävät asiakirjat tallennetaan Potilastiedon arkiston rekisterinpitäjäkohtaisiin asiakirjoihin osana potilastietojärjestelmässä, kun ne tallennetaan potilastietojärjestelmään.

Tiedenhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely
LUONNOS

Kuva 43. Uuden ylläpidettävän asiakirjan muodostaminen Tiedonhallintapalvelun (THP) tai oman organisaation potilastietojärjestelmän (PTJ) asiakirjoja hyödyntäen.
6.5 Vaatimukset ylläpidettävän asiakirjan palauttamiselle Tiedonhallintapalvelussa

Ylläpidettävien tietojen osalta Tiedonhallintapalvelu palauttaa aina Potilastiedon arkiston eri rekisteripitäjien arkistoista haetun uusimman kyseisen asiakirjan, kun potilaas on informoitu, ammattihenkilöllä on potilaaseen hoitosuhde ja tietoihin ei kohdistu luovutuskieltoja. Myös siinä tilanteessa, että luovutuskiellon alainen asiakirja on rekisterinpitäjän omaasi kirja, kiellettyä asiakirja ei palauteta Tiedonhallintapalvelun kautta, vaan oma asiakirja saadaan käyttöön organisaation omien tietojen kautta ja Tiedonhallintapalvelun kautta palautetun vanhemman asiakirjan ja oman organisaation uudemman asiakirjan tiedot voidaan tarvittaessa yhdistää luvussa 6.3.2. kuvatun mukaisesti. Toimintamalli on perusteltu sen vuoksi, että näin organisaatioissa saadaan tieto myös siitä, mikä tietosisältö on muissa organisaatioissa käytettävissä.

Tiedonhallintapalvelu välittää ylläpidettävän asiakirjan sellaisenaan potilastietojärjestelmälle – tai muille terveydenhuollon ammattihenkilön käyttöön käytöltymälle – Kelan rajapintamäärittelyiden mukaisesti.

6.6 Vaatimukset ylläpidettävien asiakirjojen näyttämiselle

7 Ylläpidettävät asiakirjat – tietosisällöt ja toiminnalliset vaatimukset

Muutoksena julkaisun versioon 2016 lukuun 7.1:

- Lisätty Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnallisesta määrittelystä oleelliset sisällöt lukuun 7.1 sitä laajentaen (uusia kohtia 7.1.1, 7.1.2 ja 7.1.5 neljännestä kappaaleesta alkaen)
- Lääkityslistan linkitykseen liittyvät kirjaukset poistettu kohdan 7.1.3 lopussa (ei tietoa toteutustavasta, linkitys jää nyt ylimääräiseksi)
- Poistettu viittaus vanhan asiakastietolain mukaiseen Kanta-suostumukseen kohdassa 7.1.4
Poistettu henkilötietolomake (alunperin kappaile 7.2), ei ole enää nykyisen lainsäädännön mukainen Tiedonhallintapalveluun/Tahdonilmaisupalveluun tallennettava tietosisältö

Muutoksena julkaisun versioon 2014 lukuun 7.1:

- koodistopalvelimella julkaistu lomakemäärittely muutettu tietosisältömäärittelyksi
- tietosisältöön lisätty Terhikki-tunniste (7.1.2)

7.1 Terveys- ja hoitosuunnitelma

7.1.1 Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönoton tavoite


Terveys- ja hoitosuunnitelma kattaa potilaan hoitojaksojen väliset suunnitelmat, ja hoitojaksokohtaiseen suunnittelun käytetään hoitosuunnitelmana. Kun potilaalle on tehty terveys- ja hoitosuunnitelma, hänelle ei kirjata erikseen jatkohoidon suunnitelmaa hoitojakson päätyessä, vaan sen sijaan päivitetään terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Jos epikriisin yhteyteen kirjataan jatkohoidon suunnitelma, nämä tiedot tulee kirjata myös
terveys- ja hoitosuunnitelmaan, kun potilaalla on voimassa oleva terveys- ja hoitosuunnitelma.

Terveys- ja hoitosuunnitelma on Tiedonhallintopalvelussa ylläpidettävä asiakirja, jota kaikki potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuoltoa toteuttavat henkilöt ylläpitävät yhteisesti.

7.1.2 Terveys- ja hoitosuunnitelman periaatteita

Terveys- ja hoitosuunnitelma laaditaan yhteisymmärryksessä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa. Se on osa potilaskertomusta, jonka ylläpitoon osallistuvat kaikki potilaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt. Hoitava lääkäri vastaa hoitosuunnitelman tekemisestä.

Terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpidosta ja koordinoimisesta huolehtii ensisijaisesti perusterveydenhuolto erityisesti paljon palveluita käyttävien potilaiden kohdalla. Kaikki potilaan hoitoon osallistuvat tähän, mukaan lukien erikoissairaanhoido, ylläpitävät ja muokkaavat terveys- ja hoitosuunnitelmaa antamansa hoidon osalta. Päälinjaukset suunnitelmaan tekee kuitenkin potilas yhdessä koordinoivan tahon kanssa.

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

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

se kuvataan tarkemmin koodistopalvelun tietosisältömäärittelyissä THL/Tietosisältö –
Terveys- ja hoitosuunnitelma.

Terveys- ja hoitosuunnitelma toteutetaan potilaskohtaisena ylläpidettävänä asiakirjana ja
Tiedonhallintapalvelun näkymänä, joka sisältää sekä tekstimuotoista eli kuvailevaa tietoa
että rakenteista eli luokitusten avulla kirjattua potilastietoa. Rakenteiseen terveys- ja
hoitosuunnitelmaan täytettävästi tiedoista vain osa on pakollisia täytettäviä tietoja, ja muita
potilaan hoitoon liittyviä tietoja kirjataan tarpeen mukaan. Palvelun antaja voi halutessaan
määritellä kirjaukseen laajempia pakollisuksia kuin, mitä tässä on esitetty.

7.1.3 Terveys- ja hoitosuunnitelmien tietosisältö

Potilaskertomuksen ydintiedot (Hartikainen et al., 2009) määrittelee jatkohoidon järjestämistä
koskeviksi potilaskertomuksen ydintiedoiksi seuraavat:

- Jatkohoidon syy
  - Nimi
  - Koodi ja luokitus (ICD-10, ICPC)
  - Jatkohoitopaikka
    - Organisaatio, toimipaikka
    - Terveydenhuoltoa toteuttava henkilö
  - Palvelu
    - Nimi
    - Koodi ja luokitus (Terveysalan palveluluokitus)
    - Varauksen tila
    - Koodi ja luokitus (HL7 MoodCode)
    - Päivämäärä

Rakenteisessa terveys- ja hoitosuunnitelmassa (Komulainen et al., 2011) laajennettiin ja
tarkennettiin potilaskertomuksen ydintiedoissa määriteltyjä jatkohoidon suunnitteluun liittyviä
tietoja, kuten kuvassa 44 on esitetty. THL:n Koodistopalvelu julkaisti vuonna 2012 terveys- ja
hoitosuunnitelmän lomakerakenteen, joka korvataan 2014 Tiedonhallintapalvelun
tietosisältömäärittelyllä. Terveys- ja hoitosuunnitelman vuoden 2011 määrittelyyn pohjalla on
kuvattu terveys- ja hoitosuunnitelman CDA R2 potilaskertomusrakenne (HL7 2012b).
Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttöönoton myötä potilaille, joille on laadittu terveys- ja
hoitosuunnitelma, ei ole tarvetta lisäksi kirjata jatkohoitosuunnitelmaa ydintietomääristysten mukaisesti.

Kuva 44. Terveys- ja hoitosuunnitelman tietosisältö. Varsinainen tietosisältö ylläpidetään THL:n koodistopalvelimella, josta se on saatavissa.

7.1.4 Terveys- ja hoitosuunnitelman sisältö ja käyttö


Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja
toiminnallinen määrittely
LUONNOS

Komponentin nimi | Pakollisuus | Lyhyt kuvaus
---|---|---
Terveys- ja hoitosuunnitelma | Kyllä | Asiakirjan nimi. Potilaan nimi ja henkilötunnus sekä asiakirjan päivämäärä sisältyvät komponenttiin.
Hoidon tarve | Kyllä* | Narratiivinen kuvaus hoidon tarpeesta.
Hoidon tavoite | Ei | Narratiivinen kuvaus hoidon tavoitteesta.
Suunniteltu hoidon toteutus ja keinot | Ei | Narratiivinen kuvaus suunnitellusta hoidon toteutuksesta ja keinosta.
Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi | Ei | Narratiivinen kuvaus hoitosuunnitelman toteutumisen suunnitellusta tuesta, seurannasta sekä hoidon vaikutusten arvioinnista.
Terveydenhuollon ammattihenkilö | Kyllä | Hoitosuunnitelman allekirjoittaneen ammattihenkilön tiedot.
Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot | Ei | Narratiivinen kuvaus hoitosuunnitelman lisätiedoista.

*Jos Hoidon syy -luokka on käytössä, ei Hoidon tarve -komponentin tietokentän tarvitse sisältää tietoa.

Terveys ja hoitosuunnitelma on kirjallinen nimettyä henkilöä varten suunniteltu lääketieteellisen ja hoitotyön ohjelma, jonka tietokomponentteja käytetään alla kuvattulla tavalla. Tietosisällöt ja niiden käyttö on kuvattu tarkemmin Komulaisen ym. (2011) julkaisussa.


Hoidon tarpeeseen liittyvät alaluokka Toiminta- ja työkykyyn liittyvät tarpeet, jossa kuvataan vastaavasti potilaan toiminta- ja tai työkykyyn liittyvät tarpeita. Tämä tietokenttä on tarkoitettu ensisijaisesti työterveydenhuollon käyttöön.

Hoidon tavoite on se muutos potilaan terveydentilassa, johon yhdessä sovitulla hoidolla pyritään. Terveydenhuollon ammattihenkilö toimii potilaan tukena hoidon tavoitetta asetettaessa. Kenttään kirjataan vapaamuotoisesti potilaan itse tai yhdessä
Hoidon tavoitteeseen liittyvät alakomponentit Toiminta- ja työkykyyn liittyvät tavoitteet, joka täytetään vastaavasti, mutta joka on tarkoitettu ensisijaisesti työterveydenhuollon käyttöön.

Soveltamalla hoidon toteutus ja keinot sisältää vapaamuotoisen kuvaoksen sekä potilaan itsensä tai hänen tukiverkostonsa toteuttamiksi suunnitellut toimet (omahoito) että suunnitellut terveydenhuollon palvelut potilaan terveyden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Potilaasta hoidotaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, mutta laillistettu lääkäri päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinnäkökyydestä ja siihen liittyvästä hoidosta.

Soveltamalla tuki, seuranta ja arviointi -komponentti kattaa terveyden- ja hoitosuunnitelman toteutumisen tuen ja seurannan sekä hoidon vaikutusten arviointiin. Tähän kuvaataan vapaamuotoisesti, mitä tukea, kuten puhelinkontakteja, sähköposteja tai tekstiviestejä, terveydenhuollon ammattihenkilön kannassa on sovittu hoitojen toteuttamiseen liittyyn. Lisäksi voidaan kuvata, miten ja milloin hoidon seuranta ja arviointi on suunniteltu tehtäväksi.

Terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisesta ja koordinoi sen toteuttamista, ellei hoitoa koordinoivaa tahoa ole nimetty mualla terveys- ja hoitosuunnitelmassa. Potilaskertomukseen liitetettävällä potilasasiakirjalla, kuten terveys- ja hoitosuunnitelma, tulee aina olla vastuuhenkilö, joka on oikeutettu tekemään merkintöjä potilaskertomukseen. Vastuuhenkilöitä voi tässä tapauksessa olla useita, jos terveys- ja hoitosuunnitelmaa liittyy useita hoidoita tai hoidon syitä. Tiedonhallintapalvelun toinen vaiheen tietosisältöjä täydennetään ammattihenkilön tunnisteisiin henkilötunnukseksi rinnalle tunniste, joka voidaan näyttää terveys- ja hoitosuunnitelmassa (Terhikki tunniste).


Terveys- ja hoitosuunnitelmassa käytetään useita valtakunnallisia luokituksia, joista oleellisimmat on tunnistettu seuraavassa taulukossa.

Taulukko 17. Potilaan terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamisessa käytettäviä luokituksia.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Kirjaamisen luokitus</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>T HEL/ Tietosisältö - Terveys- ja hoitosuunnitelma</td>
</tr>
<tr>
<td>T HEL – Taultuokitus ICD-10</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuntaliitto – ICPC Perusterveydenhuollon luokitukis</td>
</tr>
<tr>
<td>T HEL - Toimenpideluokitus</td>
</tr>
<tr>
<td>T HEL - ICF Toimintakykäsitteiden luokitukis</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuntaliitto – Ravitsemusterapianimikkeistö</td>
</tr>
<tr>
<td>FinLOINC – Fysiologiset mittaukset</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuntaliitto – Laboratoriotutkimusnimikkeistö</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuntaliitto – Fysioterapianimikkeistö</td>
</tr>
<tr>
<td>Kuntaliitto – Puheterapianimikkeistö</td>
</tr>
</tbody>
</table>
7.1.5 Vaatimukset terveys- ja hoitosuunnitelman kirjaamiselle potilastietojärjestelmissä


Terveys- ja hoitosuunnitelmaan tehdyt muutokset tallennetaan aina sellaisina kuin ne asiakirjaan on tehty. Historiatietoja ei asiakirjalle tallenneta, vaan ne ovat löydettävissä aiemmin tehdystä palvelutapahtumakohtaisesti tallennetuista Terveys- ja hoitosuunnitelmistä.


Terveys- ja hoitosuunnitelman rakenteinen tieto koostuu seitsemästä pääkomponentista, jotka ovat terveys- ja hoitosuunnitelman perustiedot, hoidon tarve, hoidon tavoite, suunnitellun hoidon toteutus ja keinot, suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi, terveydenhuollon ammattihenkilö ja terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot.

Terveys- ja hoitosuunnitelman perustiedot eli potilaan henkilötiedot koostuvat potilaan nimestä ja henkilötunnuksesta. Perustietoihin kirjataan myös ajankohta, jolloin terveys- ja hoitosuunnitelma on laadittu tai päivitetty päivän tarkkuudella.

Potku-hankkeessa on työstetty erilaisia materiaaleja terveys- ja hoitosuunnitelman laatimisen tueksi. Materiaalit löytyvät mm. Innokylästä ja ovat sieltä kaikkien käytettävissä.

**Hoidon tarve**


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

**Hoidon tavoite**

Hoidon tavoite -kohtaan kirjataan vapaamuotoisena tekstinä potilaan kanssa tunnistetut hoidon tavoitteet sekä toiminta- ja työkykyyn liittyvät tavoitteet. Tavoitteeksi asetetaan se tavoite, johon potilaan kanssa yhteisesti sovittua hoidolla pyritään. Tavoitteeseen asetetun henkilön voidaan kirjata vapaamuotoisena tekninä. Tavoitteen yksilöivän tekijän kirjaamiseen
terveydenhuollon ammattihenkilö voi käyttää esimerkiksi luokitukseja Ravitsemustomerapianimikkeistö, Radiologinen tutkimus- ja toimenpidenimikkeistö Toimenpideluokitus tai FinLOINC – Fysiologiset mittaukset. Tavoitteen mittaaminen taso voidaan kirjata Yksilöivän tekijän ehto-kenttään ja tätä voidaan täydentää vapaamuotoisena tekstinä Yksilöivän tekijän ehdon lisätieto -kenttään.

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

Suunnitellun hoidon toteutus ja keino

Hoidon toteutus ja keino virallisesti vastaavat vapaamuotoisella tekstillä. Yhdessä potilaan kanssa keskustellaan potilasvointa tekstitä. Potilas voi itse toteuttaa keinojensä. Keinojen kannattaa olla mahdollisimman yksinkertaisia ja konkreettisia, esimerkiksi makkaransyönnin vähentäminen viidestä paketista yhteen pakettiin viikossa tai osallistuminen ryhmätoimintaan kerran viikossa.

Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi

Suunniteltu tuki, seuranta ja arviointi kirjataan potilasvointiosalta vapaamuotoisella tekstinä, jolla kuvataan mitä terveydenhuollon ammattihenkilöt tekevät tuleakseen potilaan tavoitteiden saavuttamista. Tuki voi olla luentoista esimerkiksi omahoidan puhelu tai sähköinen viesti. Vierassä kertaa viikossa, ryhmätapaamiset kuukausittain tai yhteys tarvittaessa omahoidotan. Tietoa kirjattavaa on mahdollista taata huomioimaan, että potilaan on myös ainoastaan saa luvatun tukensa tai yhteys tarvittaessa omahoidotan. Tietoa kirjattavaa kannattaa huomioimaan ja yhteysottotun koordinoivaan tahoon onnistua riittävän helposti.

Terveys- ja hoitosuunnitelman lisätiedot

7.1.6 Vaatimukset terveys- ja hoitosuunnitelman ylläpitoon

Terveys- ja hoitosuunnitelma on yksi potilaskertomuksen asiakirjoista. Se muodostetaan potilastietojärjestelmässä, tallennetaan potilastietojärjestelmään ja arkistoidaan Kanta-liitymisen jälkeen Potilastiedon arkistoon.


Terveys- ja hoitosuunnitelman päivitymiseen liittyy myös yhtäaikaisuuden hallinta, jos oletetaan, että suunnitelman kirjaamista voidaan täydentää myös ilman potilaskontaktia. Tällöin on mahdollista, että terveys- ja hoitosuunnitelmaa päivitetään samanaikaisesti esimerkiksi kahden potilaan hoitoon osallistuneen terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta. Koska asiakirjan varaanmiseen perustuva yhtäaikainen muokkaamisen hallintamalli on raska ja suunnitelman muokkaaminen yhtä aikaa eri organisaatiossa on epätodennäköistä, hallitaan yhtäaikaisen muokkauksen tilanteet tunnistamisella tallentamisvaiheessa. Jos yhtäaikaisa terveys- ja hoitosuunnitelman muokkausta tapahtuu, käyttäjä saa tallennusvaiheessa ilmoituksen Tiedonhallintapalvelusta, ja tietosisältöt voidaan potilastietojärjestelmässä yhtenäistää ajantasaisesti päivityksiä terveys- ja hoitosuunnitelmaksi (luvut 6.3.2. ja 6.3.3.). Yhden organisaation sisäinen, eri henkilöiden toimesta tapahtuva yhtäaikainen muokkaaminen on todennäköisemmpää, ja tämä tulee hallita potilastietojärjestelmän sisäisesti.

7.1.7 Vaatimukset terveys- ja hoitosuunnitelman näyttämiselle potilasyhteenvedolla

Terveys- ja hoitosuunnitelman uusin versio on haettavissa Tiedonhallintapalvelun potilasyhteenvedolla. Potilasyhteenvedon etusivulla tulee olla tieto siitä, että terveys- ja hoitosuunnitelma on käytössä eli aktiivinen sekä uusimman päivityksen tieto. Varsinainen tietosisältö voi olla järjestetty omille alasivuilleen.

Kun potilasta on informoitu Kanta-palvelusta, terveys- ja hoitosuunnitelma on hoitosuhteen perusteella kaikkien hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammatihenkilöiden nähtävissä.
Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely
LUONNOS
Lähteet


HE 276/2009. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä annetun lain, sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetunlain 5 §:n ja sairausvakuutuslain 7 luvun 4 §:n muuttamisesta.


L61/2007. Laki sähköisestä lääkemääryyksestä


L165/2012. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus terveydenhuollon valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista.

L1227/2010. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta


Luovutustenhallinnan yleiskuvaus, https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto


Liite 1. Terveys- ja hoitosuunnitelman esimerkki

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

Päiväys: 1.10.2012
Nimi: Pauliina Potilas
Henkilötunnus: 230462-4321

Olen nimennyt hoidon tarpeekseni: Tupakointi ja huolimattomuus lääkkeiden käytössä.

Koordinoiva taho: Terveyskeskus
Koordinoiva ammattihenkilö: Hellä Hoitaja
Koordinoiva palveluyksikkö: Terveysyhötypalvelut

Tavoitteekseni olen asettanut: tupakoinnin lopettamisen ja lääkehoidon säännöllisen toteutumisen.

Lääkäri Lasse Tohtorinen on suositellut tavoitearvoikseni:
- Painotavoite on pienempi kuin 85 kg.
- Verenpainetason tavoite on pienempi tai yhtä suuri kuin 130/85 mmHg.
- LDL-kolesterolitason tavoite on pienempi tai yhtäsuuri kuin 3.0 mmol/l.
- Muu tavoitteen yksilöivä tekijä: PEF, tavoitetaso: suurempi tai yhtäsuuri kuin 380


Terveydenhuollon toimintayksikkö: Terveyskeskus
Palveluyksikkö: Terveysyhötypalvelut
Omahoidon tueksi on sovittu seuraavaa: Sairaanhoitajan puhelinvastaanotto tupakkaryhmän päättyttyä. Sähköisen palvelun kautta kerron hoitovastaavalleni viikon välein tupakan vähennysyrytyksen onnistumisesta.

Tämän suunnitelman on laatinit/ovat laatineet kanssani:
Sairaanhoitaja Hellä Hoitaja
Ammattihenkilön yksilöivä tunniste: 12345678901

Lisätiedot:
Iän ja sukupuolen mukainen pef-viitearvon alaraja 380 l/min, johon pyritään.
Jos pef alle 330 l/min, Symbicort annokseen 3-4 ann x2/vrk, 1-2 viikko ajaksi, yhteys hoitavaan tahoön.
Jos pef alle 270 l/min, Prednisolon-kuurin aloitus ja yhteys hoitavaan tahoona/päivystyseen.
Hoitajakontrolli ja edeltävä pef-hoitovasteseuranta 3-4 kk, lääkärille 6-8 kk (spirometria, pef-hoitovasteseuranta, verenpaineen kotimittaukset)
Tarvittaessa tupakanvieroitusoireisiin valmiste NN.

Diagnoosit:
J45.1 Ei-allerginen astma