

Riikka Vuokko
Jorma Komulainen
Matti Mäkelä
Outi Meriläinen

Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeen tuottamia määritelmiä

RAPORTTI

RAPORTTI 32/2012

Riikka Vuokko, Jorma Komulainen, Matti Mäkelä, Outi Meriläinen

Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeen tuottamia määrittämiä



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittaja ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: THL

ISBN 978-952-245-643-4 (verkko/pdf)

ISSN 1798-0089 (verkko/pdf)

URN:ISBN: 978-952-245-643-4

[http://urn.fi/URN:ISBN: 978-952-245-643-4](http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-643-4)

Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy
Tampere 2012

Lukijalle

Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeessa on julkaistu aiemmin kaksi laajaa kokonaisuutta: terveydenhuollon prosessikuvaus –raportti ja rakenteisen terveys- ja hoitosuunnitelman määrittely. Hankkeen päätyttyä joulukuussa 2011 näitä ja muita rakenteisen potilaskertomushankkeen tuottamia määrittelyjä kehitetään edelleen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnan operatiivisen ohjauksen (OPER) yksikön toimesta.

Edellä mainittujen laajojen kokonaisuuksien lisäksi Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeessa toteutettiin useita suppeampia osatehtäviä, joiden tulokset on koottu tähän *Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeen tuottamia määrittelyjä* –julkaisuun. Julkaisun kukin luku muodostaa itsenäisen kokonaisuuden, joita yhdistävä tekijä on sähköinen potilaskertomus. Määrittelyt jakaantuvat kahteen ryhmään: KanTa-yhteensopivan potilaskertomusrakenteen tuottamiseen liittyviin määrittelyihin ja potilaskertomuksen yhtenäistä käyttöä lisäävien rakennesuosittelujen määrittelyihin. Julkaisu pitää sisällään vain hankkeessa 2010 – 2011 tuotetut määrittelyt. Kirjoittajien toive on, että työn jatkuessa laadittavat uudet ohjeet ja määrittelyt yhdessä nyt julkaistavien määrittelyjen kanssa vähitellen muodostavat kokonaisuuden, joka auttaa potilaskertomuksen toteuttajia ja käyttäjiä yhteneväiseen ja tarkoituksenmukaiseen potilastietojen kirjaamiseen ja hyödyntämiseen.

Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeen tuottamia määrittelyjä julkaistaan vain sähköisessä muodossa. Tämä mahdollistaa määrittelyjen päivittämisen ajantasaisesti.

Helsingissä, helmikuussa 2012

Kirjoittajat

Tiivistelmä

Riikka Vuokko, Jorma Komulainen, Matti Mäkelä ja Outi Meriläinen. Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankeen tuottamia määrittelyksiä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 32/2012. 86 sivua. Helsinki 2012. ISSN 1789-0089, ISBN 978-952-245-643-4 (pdf).

Tämä dokumentti kokoaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeessa vuosina 2010-2011 tehtyjä määrittelyjä. Määrittelyt koskevat sekä rakenteista potilaskertomusta että kansallista potilastietoarkistoa (KanTa). Määrittelyt eivät kuvaa kattavasti potilaskertomuksen rakenteisuutta, vaan keskittyvät päivitystarpeen mukaan valikoituneisiin kahdeksaan rakenteiseen tietokokonaisuuteen ja/tai toiminnalliseen ohjeistukseen.

Palvelutapahtuma on terveydenhuollon palvelujen antajan ja potilaan välisen yksittäisen palvelun järjestäminen tai toteuttaminen. Palvelutapahtuman käsitelmäärittely kuvaa palvelutapahtuman aloituksen ja lopettamisen signaaleja sekä yhdistää käsitelmäärittelyn palvelutapahtumaluokitukseen.

Potilaan informointi, suostumus ja kiellot liittyvät KanTa-arkiston ja yhteisen potilastietoreksiterin sisältämien potilastietojen käyttöön ja luovutukseen potilaan hoidossa. Potilasta informoidaan potilastiedon käyttöön ja luovutukseen liittyvistä periaatteista ja oikeuksista. Potilaan suostumuksella potilastiedot ovat käytettävissä ja luovutettavissa terveyden- tai sairaudenhoitoon, mutta potilas voi halutessaan myös rajata potilastiedon käyttöä erillisillä kielloilla. Kielto ei estä sitä palvelun antajaa, jonka toiminnassa potilastieto on tallennettu, käyttämästä potilaan tietoja hoitotarkoituksessa.

Lasten kasvukäyrien vaatimusmäärittely pohjautuu asiantuntijatyöhön, jolla on pyritty ajanmukaistamaan lasten kasvukäyriä sekä yhdenmukaistamaan niiden käyttöä sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Dokumentissa kuvataan kasvukäyräohjelmistoissa käytettävät kasvustandardit ja seulat.

Lääkkeen annostelun kirjaamiseen liittyvä valvottu syöttökoodi määrittelee yksiselitteistä tapaa kirjata lääkkeen annostelu tekstimuodossa potilastietojärjestelmään. Dokumentissa kuvattu valvottu syöttökoodi on yksi vaihtoehto lääkkeen annostelun kirjaamisen yhdenmukaistamiseksi.

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) –kysely testaa alkoholin riskikäyttöä. Testi koostuu kymmenestä kysymyksestä, ja se määrittellään osaksi rakenteisia potilaan ydintietoja sähköisessä potilaskertomuksessa.

Myös Fagerstömin nikotiiniriippuvuudesta määrittellään osaksi potilaan ydintietoja sähköisessä potilaskertomuksessa. Tupakointistatusluokitus puolestaan kuvastaa potilaan tämänhetkisen tupakoinnin tilaa.

Liikkumisresepti kuvataan rakenteisena lomakkeena, ja sekin on määritelty osaksi potilaskertomuksen ydintietoja. Liikkumisresepti liittyy terveydenhuollossa annettavaan liikkumisohjaukseen.

Rakenteisen potilaskertomuksen sanastoprosessiluku kuvaa sanastotyötä, joka on erottamaton osa THL:n koodistopalvelun prosessia. Rakenteisen potilaskertomuksen sanastotyö kohdistuu tiedonsiirtokoodistoissa käytettäviin koodien nimiin ja niiden kuvauksiin. Samalla sanastotyö on osa terveydenhuollon tietojärjestelmien yhteentoimivuuden varmentamista.

Asiasanat: Määrittely, määritelmät, suositukset, yhdenmukaistaminen, testit, rakenteinen potilaskertomus, kansallinen potilastietoarkisto, palvelutapahtuma, kasvu, kehitys, lääkehoito, annostelu, alkoholinkäyttö, tupakointi, liikkuminen, suostumustenhallinta, sanastotyö.

Sammandrag

Riikka Vuokko, Jorma Komulainen, Matti Mäkelä och Outi Meriläinen. Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeen tuottamia määrittäviä [Specifikationer framtagna av projektet för strukturerade patientjournaler]. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 32/2012. 86 sidor. Helsingfors 2012. ISSN 1789-0089, ISBN 978-952-245-643-4 (pdf).

Detta dokument är en sammanställning av de specifikationer som tagits fram inom projektet för strukturerade patientjournaler vid Institutet för hälsa och välfärd år 2010–2011. Specifikationerna gäller förutom strukturerade patientjournaler också det nationella patientdataarkivet (KanTa). Specifikationerna beskriver inte på ett heltäckande sätt patientjournalens struktur, utan fokuserar utgående från uppdateringsbehovet på åtta utvalda strukturerade informationshelheter och/eller anvisningar om verksamhetsprocesser.

En servicehändelse avser ordnandet eller genomförandet av en enskild tjänst mellan en tillhandahållare av hälso- och sjukvårdstjänster och en patient. Servicehändelsens begreppsdefinition beskriver signaler för att servicehändelsen inleds och avslutas och förenar begreppsdefinitionen med klassifikationen av servicehändelser.

Information till patienten och patientens samtycken och förbud anknyter till möjligheten att använda och lämna ut patientuppgifter som ingår i KanTa-arkivet och det gemensamma patientdataregistret när patienten får vård. Patienten får information om de principer och rättigheter som anknyter till användningen och utlämnandet av patientuppgifter. Med patientens samtycke kan uppgifterna användas och lämnas ut för hälso- och sjukvårdsändamål, men patienten kan också begränsa användningen av uppgifterna genom särskilda förbud. Förbudet hindrar dock inte den servicegivare hos vilken patientuppgifterna har sparats från att använda uppgifterna för vårdändamål.

Definitionen av kravet på tillväxtkurvor för barn baserar sig på ett expertarbete som syftar till att uppdatera tillväxtkurvorna för barn och att harmonisera användningen av dessa kurvor i de elektroniska patientdatasystemen. I dokumentet beskrivs de standarder och screeningmetoder som används i program för tillväxtkurvor.

Den kontrollerade inmatningskoden för registrering av läkemedelsdoseringar innebär ett enhetligt sätt för att anteckna läkemedelsdoseringen i textform i patientdatasystemet. De kontrollerade inmatningskoderna eller andra strukturerade uttrycksformer för läkemedelsdoseringen som beskrivs i dokumentet bidrar till en enhetlig registrering av läkemedelsdoseringen.

Enkäten AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) testar riskbruket av alkohol. Testet består av tio frågor och definieras som en del av de strukturerade kärnuppgifterna om patienten i den elektroniska patientjournalen.

Fagerströms test för nikotinberoende definieras på samma sätt som en del av kärnuppgifterna om patienten i den elektroniska patientjournalen. Dessutom beskriver röningsstatus patientens tobaksrökning.

Motionsreceptet beskrivs som en strukturerad blankett och har definierats som en del av kärnuppgifterna i patientjournalen. Motionsreceptet anknyter till den motionsrådgivning som fås inom hälso- och sjukvården.

Den strukturerade patientjournalens terminologiprocess beskriver THL:s terminologiarbete som utgör en oskiljbar del av kodtjänstens verksamhetsprocess. Terminologiarbetet i anslutning till den strukturerade patientjournalen fokuserar på kodnamnen och beskrivningarna av de koder som används i kodsystäm för dataöverföring. Samtidigt är terminologiarbetet en del av arbetet med att säkerställa kompatibla datasystem inom hälso- och sjukvården.

Nyckelord: Specifikation, definition, rekommendation, enhetlig, test, strukturerad patientjournal, nationellt patientdataarkiv, servicehändelse, tillväxt, utveckling, läkemedelsbehandling, dosering, alkoholbruk, rökning, motion, samtyckeshantering, terminologiarbete.

Abstract

Riikka Vuokko, Jorma Komulainen, Matti Mäkelä ja Outi Meriläinen. Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeen tuottamia määrittäviä [Specifications produced in the project for structured patient records in 2010]. National Institute for Health and Welfare (Terveystieteiden tutkimuskeskus). Report 32/2012. 86 pages. Helsinki, Finland 2012. ISSN 1789-0089, ISBN 978-952-245-643-4 (pdf).

This report brings together several different specifications that were developed in a project for structured patient records during the years 2010-2011. These specifications concern both structured patient records as well as the national archive of health care records (KanTa). The specifications don't cover all aspects of structured patient records, but focus on eight different structured data sets or functional directives related to structured patient records based on the needs to update the data sets or the related instructions.

A service event concerns arranging or conducting a single service between a service provider and a patient. Definition of the service event describes triggers for commencing and completing a service event.

Requirement specifications for children's growth and weight curves are based on work by child health care experts to harmonize these curves in different structured patient records. In the report, also the standards and screening methods for displaying the curves in the patient information systems are described.

A controlled input code for the medication dosage defines an unambiguous method for documenting the dosage in a patient information system. The purpose for defining a controlled input code for the medication dosage such as described in the report is to harmonize the documentation of the medication dosages.

AUDIT i.e. Alcohol Use Disorders Identification Test is used to analyze risks for alcohol abuse. The test consists of ten questions and it has been defined to be a part of patient's core data set in the patient information systems.

Fagerstöm's test for nicotine addiction has also been defined to be a part of patient's core data set in the patient information systems. In addition, classification for smoking status describes how much the patient smokes.

A recipe for motion has been defined as a structured form to be included in the patient's core data set. The recipe for motion is related to the instructions for motion given in the health care.

Informing a patient and handling the patient's consent and/or veto of the consent have been defined in relation to the national health care archive KanTa and accessing patient information via KanTa-services. Every patient is informed of the principles and rights directing the use of patient information in health care. A patient can give her or his consent for accessing the KanTa patient information. She or he can also veto the consent entirely or partly.

The process of terminology work regarding structured patient records describes especially the terminology work carried out in THL as an inseparable part of national health care code services. The terminology work for structured patient records focuses on the names of the data transfer codes and their descriptions. At the same time, the terminology work supports harmonizing structured patient data used in the patient information systems.

Keywords: Specifications, definitions, recommendations, uniformity, tests, structured patient records, national health care archive, service event, growth, development, medication, dosage, alcohol use, smoking, motion, handling of consent, terminology work.

Sisällys

Käytetyt lyhenteet	13
Taustaa	15
Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hanke	16
Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeen sidoksia	16
Kansainvälinen kehitys	16
Rakenteisen potilaskertomuksen ydintiedot	18
Sidoksia THL:n muuhun toimintaan	20
Muu kansallinen kehitys	21
Osa 1: KanTa-yhteensopivaan potilaskertomusrakenteeseen liittyviä määrittelyjä.	25
Palvelutapahtuma	27
Taustaa	27
Palvelutapahtuman käsitelmäärittely	27
RPK10-hanke ehdottaa palvelutapahtumalle seuraavaa käsitelmäärittelyä: ...	29
Palvelutapahtuman alkamisen signaalit	29
Palvelutapahtuman päättymisen signaalit	30
Huomioita palvelutapahtuman muodostamisesta	30
Potilaan informointi, suostumus ja kiellot	33
Suostumuksiin ja kieltöihin liittyvä lainsäädäntö	33
Terveystietolaki	33
Asiakastietolaki	36
Periaatteita ja rajoituksia	38
Suostumusten ja kieltöjen toiminnallinen kuvaus	40
Terveystietolain mukainen informointi	41
Terveystietolain mukainen kieltö	42
Asiakastietolain mukainen informointi ja suostumus	43
Asiakastietolain mukainen kieltö	48
Asiakastietolain mukainen informointi ja suostumus katseluyhteydessä	49
Asiakastietolain mukainen kieltö katseluyhteydessä	51
Hoitotahtoon perustuva kieltöjen ehdollinen peruutus	52
Käsitelmä	53
Luovutustenhallintapalvelun arkkitehtuurimalli	56
Osa 2: Rakenteisen potilaskertomuksen käyttöön liittyviä määrittelysuosituksia.	59
Lasten kasvukäyrien vaatimusmäärittelyt	61
Kasvukäyrässä käytettävät kasvustandardit ja –seulat	61
Kasvun tarkastelutavat ja indikaattorit kasvukäyrillä	62
Kirjallisessa muodossa ilmaistavat tausta- ja mittatiedot	64
Kasvuseulat	65
Pituusseulat	65

Painoseulat	66
Valvottu syöttökoodi lääkkeen annostelun kirjaamisessa	67
AUDIT	71
AUDIT-kyselyn rakenne	71
Fagerströmin nikotiiniriippuvuudesta ja tupakointistatusluokitus.....	75
Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin rakenne.....	75
Tupakointistatusluokituksen rakenne	76
Liikkumisresepti	77
Liikkumisreseptin rakenne	77
Rakenteisen potilaskertomuksen sanastoprosessi.....	79
Sanastotyön prosessi.....	80
Ehdotuksen vastaanottaminen ja resurssien kiinnittäminen	80
Sanastotyön käsittely ja päätös	80
Sanastotyön iteraatio ja laaduntarkistus.....	81
Yhteenveto.....	81
Lähteet	83

Käytetyt lyhenteet

AR-kliininen = Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asettama koodistopalvelun kliinisen lääketieteen asiantuntijaryhmä (*päättynyt*)
AUDIT = Alcohol Use Disorders Identification Test
AvoHILMO = Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitus
CDA R2 = Clinical Document Architecture. Release 2
CEN = European Committee for Standardization
DRG = Diagnosis Related Group
EBMeDS = Evidence-Based Medicine electronic Decision Support
FinLOINC = Finnish Logical Observation Identifiers Names and Codes
HILMO = Sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitus
HL7 = Health level 7
IHTSDO = International Health Terminology Standards Development Organisation
ISO = International Organization for Standardization
JHS = Julkisen hallinnon suositus
JUHTA = Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta
KanTa = Kansallinen Terveysarkisto
KunTo = Kuntaliiton toimisto
NOMESKO = Nordisk medicinalstatistisk kommitté
openEHR = open Electronic Health Record
OPER = Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon operatiivisen ohjauksen yksikkö
RIM = Reference Information Model
RPK10 = Rakenteinen potilaskertomus 2010
SADe = Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma
SNOMED CT = Systematized Nomenclature of Medicine -- Clinical Terms
SNOMED RT = Systematized Nomenclature of Medicine -- Reference Terminology
SOLEA = Palvelupohjainen paikallisesti sovitettava kokonaisarkkitehtuuri
TAPAS = Terveydenhuollon alueellisen ja paikallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin kehittämisprojekti
THL = Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
WHO = World Health Organisation

Taustaa

Tämä dokumentti koostuu kahdeksasta rakenteiseen potilaskertomukseen liittyvästä määräyksestä. Ne ovat palvelutapahtuma, lasten kasvukäyrien vaatimusmäärittely, valvottu syöttökoodi lääkkeen annostelun kirjaamisessa, AUDIT –kysely alkoholin riskikulutuksen selvittämiseen, Fagerstömin nikotiiniriippuvuudesta, tupakointitatusluokitus, liikkumisresepti, KanTa-arkistoon ja yhteiseen potilasrekisteriin liittyvät potilaan informointi, suostumus ja kiellot, rakenteiseen potilaskertomukseen liittyvä sanastoprosessi.

Jokainen määrittely on esitelty omana kokonaisuutenaan, omassa luvussaan. Tämän raportin *Lukijan on myös hyvä ottaa huomioon, että edellä mainitut asiakokonaisuudet ovat toisistaan riippumattomia*. Osa tässä esitetyistä määräyksistä on jo julkaistu THL:n koodistopalvelimella, ja osa on julkaisuprosessissa. Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeessa eli RPK10:ssä tuotettu palvelutapahtuman määrittely kuitenkin on keskeneräinen, koska siitä ei ole vielä kansallisesti yhtenäistä näkemystä. Toisin sanoen palvelutapahtuman kansallisen tason määrittely edellyttää vielä lisätyötä.

Rakenteinen potilaskertomus 2010 -hankkeen tuottamia määräyksiä raportoi vuonna 2012 päättyneen RPK10-työn, eikä näillä määräyksillä ole toistaiseksi ylläpitosuunnitelmaa. Raportissa kuvattujen luokitusten ja tietorakenteiden kulloinkin voimassaoleva versio ovat saatavissa THL:n koodistopalvelimelta. Suostumuksenhallinnan viimeisin versio löytyy Kanta.fi -sivuilta.

Tässä raportissa kuvattut määritykset on valmistettu osana THL:n rakenteisen potilaskertomuksen hanketta sekä muuna asiantuntijatyönä. Dokumentissa kuvatut määrittelyt tulevat täydentymään ja päivittymään sitä mukaa, kun rakenteista potilaskertomusta kehitetään ja KanTa-arkiston käyttöönottoa valmistellaan. Potilaskertomusrakenteen KanTa-valmiuksiin liittyviä määräyksiä ovat erityisesti palvelutapahtuman ja suostumuksenhallinnan määritykset. Tarpeen vaatiessa, tai kun määrityksiin tehdään merkittäviä muutoksia, päivitettyistä määräyksistä tuotetaan uusi dokumentti.

Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hanke

Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hanke (RPK10) on THL:n osuus STM:n, Kansaneläkelaitoksen ja Kuntaliiton kanssa sovittua sopimusta KanTa-palveluiden ja niihin liittyvien järjestelmien määrittelyksi, toimeenpanoksi ja käyttöönoton koordinoimiseksi. Sopimus täydentää sähköistä lääkemääräystä koskevassa laissa sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköistä käsittelyä koskevassa laissa säädettyä työnjakoa. RPK10–hanke aloitettiin huhtikuussa 2010 ja se päättyi joulukuussa 2011.

Määrittelyiden tavoitteena on, että potilaskertomuksen rakenteet tukevat potilastiedon tallettamista, käyttöä ja hakua kansallisista palveluista. Potilastietojen rakenteisuus mahdollistaa sen, että tietoja voidaan koostaa terveydenhuollon eri käyttötarkoituksiin mielekkäiksi kokonaisuuksiksi ja näkymiksi. Tiedon tallentaminen rakenteisessa muodossa on paikallaan silloin, kun siitä on hyötyä potilaan hoidolle, tietojärjestelmää käyttävälle terveydenhuollon ammattihenkilölle tai palvelujen järjestäjälle.

Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeen sidoksia

THL:ssä suoritettavan työn lisäksi RPK10-hankkeen tuloksiin on vaikuttanut muu terveydenhuollon kehittämiseen pyrkivä toiminta, joista tässä esitellään lyhyesti kansainvälistä kehitystä sekä suomalaista julkishallinnon ja terveydenhuollon kehittämiseen liittyvää työtä.

Kansainvälinen kehitys

Eurooppalaisia terveydenhuollon kehitystavoitteita (EN 13940-2:2010) tarkasteltaessa nousee esille myös suomalaisessa keskustelussa keskeisiksi mainittuja seikkoja. Hoidon jatkuvuus mainitaan yhdeksi tärkeimmistä tavoitteista terveydenhuollon toiminnassa, ja tämän uskotaan merkitsevän toiminnan tehokkuuden kasvun myötä hoidon laadun paranemista sekä hoitokulujen vähenemistä. Hoidon jatkuvuus on riippuvainen potilastiedon saatavuudesta yhtä hyvin hoitopalvelun antajan ja hoidettavan potilaan välillä kuin myös muiden terveydenhoitoon osallistuvien toimijoiden välillä. Hoidon jatkuvuuden takaaminen edellyttää yhteistä käsitteellistä toimintamallia, joka on riippumaton kansallisista, kulttuurisista tai ammatillisista rajoista.

Eurooppalaisessa strategiassa (eHealth Strategies 2011, s. 30-31) ehdotetaan, että kansalaisen/potilaan terveystieto (electronic health record, EHR) muodostaisi pitkän aikavälin kuvan yksilön terveydentilasta. Potilastieto kattaisi kaiken kansalaisen/potilaan relevantin terveystieto- ja hoitotiedon sekä olisi sähköisesti terveydenhuollon ammattihenkilön saatavissa riippumatta siitä kuka tiedon olisi tuottanut. Potilastiedon lähteenä voisi olla useita erillisiä terveydenhuollon palvelunantajan järjestelmiä (electronic medical record, EMR) tai terveydenhuollon organisaatioiden potilastietojärjestelmiä (electronic patient record, EPR – elektroninen potilaskertomus,

EPK). Sähköinen potilastieto sisältäisi vähintään potilasyhteenvedon (patient summary).

Eurooppalaisella tasolla potilasyhteenvedo on epSOS-hankkeessa¹ määritelty potilastiedon minimikooste², jonka tarkoituksena on taata terveydenhuollon ammattihenkilölle keskeinen tieto potilaasta yhtä hyvin yllättävässä hätätapauksessa kuin suunnitellun hoidonkin aikana. Useissa eurooppalaisissa maissa potilasyhteenvedoa täydentävät lääkitystiedot ja sähköiseen lääkemääräykseen liittyvät tiedot. Suomessa toimintaympäristössä rakenteisesta potilastiedosta muodostettava potilasyhteenvedo liittyy KanTa-arkiston palveluita täydentävän Potilaan tiedonhallintapalvelun kehittämiseen. Tiedonhallintapalveluun suunniteltu keskeisistä potilastiedoista koostuva tietosisältö vastaa käytännössä eurooppalaista potilasyhteenvedoa.

Eurooppalaisen standardin *Health informatics – System of concepts to support continuity of care – Part 2: Health care process and workflow* (EN 13940-2:2010) yhtenäisyyspyrkimyksellä pyritään harmonisoimaan terveydenhuollon kenttää. Valittu toimintamalli on kuvattu yleisellä tasolla eli se on yksittäisistä teknisistä ratkaisuista riippumaton. Standardin mukainen malli tukee kliinistä ja hallinnollista päätöksentukea sekä terveydenhuollon ammatillisen toimijan ja potilaan hyvää hoitosuhdetta. Yhteinen toimintamalli tukee myös yhteistyön sujuvuutta ja siihen liittyvää tiedonhallintaa. Eurooppalainen standardi tunnistaa ja kuvaa hoidon jatkuvuuden kannalta oleelliset käsitteet, ja sen tavoitteena on yhtenäinen terminologia ja ontologia. Prosessimallintamisen kannalta tavoitteissa korostuu kuvauksen toimintalähtöisyys.

Terveydenhuollon toiminnan kehittäminen ja uusien toimintaa tukevien tietojärjestelmien käyttöönotto on paljastunut kompleksiseksi ja aikaa vieväksi toiminnaksi. Sähköisen toiminnan lisääminen terveydenhuollossa (vert. Dobalin et al, 2010) on myös asettanut omia erityishaasteitaan, kuten lainsäädännön muutostarpeet, tietoturva-vaatimukset, potilaan oikeuksien turvaaminen jne.

Kansallisen tason terveydenhuollon potilasjärjestelmien kehittämisessä keskeistä on yhteentoimivuuden vaatimus. Yhteentoimivuuden edellytyksenä on tietorakenteiden yhtenäisyys eli yhteisten rakenteiden määrittelemine ja käyttöönottaminen. Tämä toteutuu toiminnan eri tasoilla eri tavoilla, vaikka tavoite on sama eli hoidon jatkuvuuden, tiedon saavutettavuuden ja potilastiedon uudelleenkäytön tukeminen.

Standardointia voidaan kohdistaa esimerkiksi terveydenhuollon asiakirjojen ja kertomusjärjestelmien tietosisältöön, tiedon rakenteiseen esitysmuotoon ja siihen liittyvään viestimäärittelyyn, erilaisten terveydenhuollon tietojärjestelmien ja tietosisältöjen rajapintoihin sekä järjestelmien toiminnallisiin ominaisuuksiin, joilla tue-

¹ epSOS: Smart Open Services for European Patients – Open eHealth initiative for a European large scale pilot of patient summary and electronic prescription. www.epsos.eu

² epSOS-hankkeessa *patient summary* on määritelty seuraavasti: ”a reduced set of patient’s data which would provide a health professional with essential information needed in case of unexpected or unscheduled care (emergency, accident...) and in case of planned care (citizen movement, cross-organisational care path...). [I]ts main purpose [is] unscheduled care.”

taan muun muassa päätöksentukea tai tilastointia. Esimerkiksi openEHR:n³ RIM⁴-viitetietomallin ja siihen liittyvien arkityyppimäärittelyjen avulla toteutetaan kliinistä tietomallia, joka tukee semanttisen, toiminnallisen ja (liike)taloudellisen yhteistoimivuuden tasoa (Beale ja Heard, 2007). Vastaavasti HL7:n⁵ RIM-viitetietomallin ja siihen liittyvien viestimäärittelyiden avulla tuetaan prosessien yhteentoimivuutta sekä semanttista ja toiminnallista yhteentoimivuutta.

Terveydenhuollon toiminnallisuuteen perustuvien viitetietomallien lisäksi yhteistoiminnallisuus edellyttää terveydenhuollossa luokitusten termistöjen ja sanastojen laatimista. Suomen kannalta tärkeitä kansainvälisiä toimijoita ovat Kansainvälinen standardisointijärjestö ISO⁶ ja Euroopan standardisointijärjestö CEN⁷. Näiden lisäksi terveydenhuollon luokituksia ja koodistoja ohjaa Maailman terveysjärjestö WHO⁸ sekä Pohjoismainen lääkintätalastokomitea NOMESKO⁹.

Lisäksi EU:n sisällä esimerkiksi epSOS-hanke on lisännyt kiinnostusta IHTSDO:n (The International Health Terminology Standards Development Organisation) SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms) –termimäärittelyjen käyttöönottoon. SNOMED CT sisältää yli 400 000 käsitettä ja referenssiterminologian (SNOMED RT). Sen käsitteiden välille on määritelty erilaista relaatiota, ja SNOMED CT onkin rakenteeltaan ontologia. Esimerkiksi Tanskassa (Bernstein et al, 2009) ja Ruotsissa (SSS 2010) on jo käännetty sekä otettu SNOMED CT –termistöä kliiniseen käyttöön. SNOMED CT –termistöä on mahdollista ottaa käyttöön myös valikoituja alaryhmiä. Esimerkiksi Isossa-Britanniassa on ensimmäisessä vaiheessa otettu käyttöön lääkkeitä koskeva alaryhmä¹⁰.

Rakenteisen potilaskertomuksen ydintiedot

Terveydenhuollon ammattihenkilöt kirjaavat potilaan hoidon suunnittelua, toteuttamista ja seurantaan pääpiirteittäin samoissa hoitoprosessin perusvaiheissa. Kirjaamisen tavoissa tai sisällössä voi kuitenkin olla alueellisia ja paikallisia eroja, jotka johtuvat esimerkiksi eri potilastietojärjestelmistä ja erilaisista paikallisista työkäytännöistä. Kirjaamisen yhtenäistämiseksi on määritelty niin sanottuja ydintietoja eli rakenteisessa muodossa määriteltyjä keskeisiä potilastietoja kuten lääkitys-, diagnoosi-, tutkimus-, toimenpide- ja riskitiedot.

KanTa-palveluina toteutettava kansallinen arkisto mahdollistaa eri palveluntuottajien toiminnassa syntyvän potilastiedon aktiivisen ja keskitetyn arkistoinnisen sekä

³ www.openehr.org/

⁴ RIM = reference information model, viitetietomalli

⁵ <http://www.hl7.fi/>

⁶ The International Organization for Standardization, www.iso.org/

⁷ The European Committee for Standardization, <http://www.cen.eu/>

⁸ <http://www.who.int/classifications/en/>

⁹ <http://nomesco-eng.nom-nos.dk/>

¹⁰ http://www.dmd.nhs.uk/snomed_links/index.html

potilaan luvalla tapahtuvan tietojen käytön niin, että myös toiset potilaan hoitoon osallistuvat palveluntuottajat voivat käyttää potilastietoa. Jotta tavoiteltu mahdollisuus tiedon yhteiseen käyttöön potilaan hoidossa toteutuisi, tietorakenteiden yhdenmukaisuus on yksi onnistumisen edellytyksistä. Näitä vakioituja tietorakenteita on määritelty vuosina 2003–2009 ja ne ovat luettavissa *Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakoidut tietosisällöt* -oppaasta eli ns. *Ydintieto-oppaasta* (2009) ja sen liitteistä. Vuoden 2009 jälkeen rakenteisen potilastiedon päivittämistarpeita on arvioitu osana RPK10-hankkeen työtä (THLa 2011).

Potilastiedon rakenteisella muodolla tarkoitetaan sitä, että tietorakenne sisältää potilastiedon lisäksi myös potilastietojärjestelmille tarkoitettua tietoa, mikä mahdollistaa esimerkiksi nopean ja helpon tiedon haun. Ydintietojen kirjaaminen rakenteisessa muodossa edellyttää yhteisten sanastojen, termistöjen, luokitusten ja koodistojen käyttöä. Tietorakenteet ja luokitukset muuttuvat toiminnan kehityksen mukana, ja näiltä osin myös mallintaminen on jatkuvaa toimintaa.

KanTa-palveluista saatavien hyötyjen lisäksi potilastietojen rakenteisuudesta on hyötyä esimerkiksi siinä, että potilastietoa voidaan koota eri käyttötarkoitusten mukaisesti mielekkäiksi kokonaisuuksiksi, jolloin potilastiedon käyttö tilastointiin, toiminnan seurantaan ja päätöksentukeen helpottuu. Potilastiedon rakenteisuudesta hyötyy näin ollen yhtä hyvin potilas kuin tietojärjestelmän käyttäjä, palvelujen järjestäjä ja palvelunantaja.

Kuitenkin, jotta rakenteisen potilastiedon käytöstä saataisiin sekä hoitoon että työn suorittamiseen liittyvää hyötyä, muutoksessa tulee tukea terveydenhuollon toimintamallien muuttamista, sähköisen potilaskertomuksen käytettävyyttä, tiedon laatua, käyttäjien taitojen kartuttamista ja asiaan liittyvää tiedotusta. Käyttäjiä tässä ovat yhtä hyvin terveydenhuollon ammattihenkilöt kuin myös potilaat. Lisäksi rakenteista kirjaamista kehittävät sairaanhoitopiirien tietohallinto ja tietojärjestelmätoimittajat.

Potilaan hoitoprosessi ja kliininen prosessi ovat terveydenhuollon toiminnan ydinprosesseja, mutta siihen limittyvät sekä tietoprosessi ja tietohallinnon prosessi, koska potilaan hoidon kuluessa syntyy erilaisia tietoja, merkintöjä ja asiakirjoja. Hoitoprosessiin liittyvä tieto voi lisäksi muuttua – tai kokonaan vaihtua – prosessin kuluessa, kun esimerkiksi hoitoon hakeutumisen syy tarkentuu hoidon syyksi ja diagnoosiksi. Tässä dokumentissa terveydenhuollon toiminnallisuutta on kuvattu kliinisen prosessin näkökulmasta, mutta kuvausten yhteyteen on lisätty viittauksia tietoprosessiin ja kliinisen prosessin kuluessa käytettäviin tietovarantoihin ja tietosisältöihin.

Sidoksia THL:n muuhun toimintaan

THL ylläpitää kansallista **koodistopalvelua**¹¹, jonka palvelimella sijaitsee sosiaali- ja terveydenhuollon luokituksia, koodistoja ja lomakerakenteita. Terveydenhuollon luokituksia ja koodistoja käytetään rakenteisen potilaskertomuksen tietorakenteissa. Niiden yhdenmukaisuus mahdollistaa myös viestinnän terveydenhuollon palvelunantajan eri järjestelmien tai eri palvelunantajien potilastietojärjestelmien välillä. Koodistojen ja luokitusten yhdenmukaisuutta sekä potilaskertomuksen rakenteisuutta tuetaan koodistopalvelussa sanastotyöllä, jossa määritellään tarvittavat käsitteet ja niistä käytettävät termit.

RPK10-hankkeessa tehtävää työtä lähellä ovat Sosiaalialan tietoteknologiahanke (Tikesos) ja Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma (SADe-ohjelma). **Tikesos**¹² on toiminut vuosina 2005 - 2011, ja siinä määriteltiin sosiaali- huollon toimintaprosesseja, käsitteitä ja tietorakenteita (Hotti et al, 2009). Tietorakenteiden osalta sosiaali- huollon asiakastietomalli, SosXML käsittää noin 200 tietokomponenttia eli tietomallin luokkaa, joissa on noin 1000 attribuuttia luokkien ominaisuuksille. Tietomalli ja siihen liittyvät määrittelyt on julkaistu verkossa Sosmeta – sosiaali- huollon asiakastietomalli -nimellä¹³. Malliin sisältyy mm asiakirjamäärittelyitä ja tietokomponentteja sekä sanallisina että graafisina kuvailuina. Edellä mainittujen sosiaali- huollon määrittelyiden ylläpitoon tarvittavalle metatietorekisterille on myös tehty vaatimusmäärittely.

Sosiaali- huollon osalta määriteltiin kaksi ydinprosessia, jotka ovat osittain rinnakkaisia ja toisiinsa liknittyneitä. Hallinnollinen päätösprosessi koostuu asian vireilletulosta, selvitysvaiheesta ja päätösvaiheesta. Palvelun toteuttamisprosessi koostuu palvelun käynnistämisestä, toteuttamisesta ja lopettamisesta. Toisin kuin Tikesos-hankkeessa tehdyssä prosessimallinnuksessa, RPK10-hankkeen kuvauksissa on keskitytty terveydenhuollon palveluprosessiin eli kliiniseen prosessiin, eikä näissä kuvauksissa ole otettu huomioon esimerkiksi hallinnon prosesseja.

Valtiovarainministeriö asetti 14.4.2009 SAdE-ohjelman toimikaudeksi 2009 - 2014. Hankkeen tavoitteena on edistää julkisen hallinnon sähköistä asiointia siten, että se kattaa vuoteen 2013 mennessä kaikki keskeiset palvelut. THL toteuttaa ohjelmaan sisältyviä sosiaali- ja terveydenhuollon Oma terveys ja Hyvinvointipalvelu- suunnittelu – palvelukokonaisuuksia omassa **SADe-hankkeessaan**¹⁴.

Oma terveys – palvelukokonaisuuden tavoitteena on kansalaisen voimaannuttaminen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaana ja/tai potilaana. Samalla sitoutetaan kansalaista ottamaan kokonaisvaltaista vastuuta omasta kunnostaan ja terveytensä hoidosta.

¹¹ <http://sty.stakes.fi/FI/koodistopalvelu/koodisto.htm>

¹² <http://www.sosiaaliportti.fi/fi-FI/tikesos/>

¹³ <http://sosmeta.fi/>

¹⁴ www.thl.fi/sadesote

Hyvinvointipalvelujen suunnittelun tavoitteena on kansalaisen kannalta tilanne, jossa hyvinvoinnistaan vastuuta ottava kansalainen pystyy asioimaan mahdollisimman tehokkaasti ja joustavasti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluorganisaatioiden kanssa.

Tavoitteena on myös, että terveydenhuollon ammattihenkilö pystyy hyödyntämään potilaan itse tuottamaa tietoa ja reagoimaan aiempaa tehokkaammin esimerkiksi potilaan terveydentilassa tapahtuneisiin muutoksiin. KanTa-palveluiden kehittymisen myötä Oma terveys –tietojen itseseuranta tukee myös kansalaisen mahdollisuus katsella KanTa-palveluiden tiedonhallintapalveluun koottuja keskeisiä terveystietoja katseluliittymän avulla. Tiedonhallintapalveluun tallennetaan myös kansalaisen potilaskohtainen terveys- ja hoitosuunnitelma, johon hän on yhdessä terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa kuvannut omaan terveyteensä ja hyvinvointiin liittyviä tavoitteita ja keinoja.

THL:n sisällä KanTa-kehitystyön koordinointi- ja kehitysvastuun on ottanut vastaan keväällä 2011 toimintansa aloittanut **Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon operatiivinen ohjaus** -yksikkö¹⁵, OPER. Yksikkö ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon kansallista kehitystyötä, joten sen toiminta keskittyy ensimmäisessä vaiheessa KanTa-kehitystyöhön. Yksikkö tarjoaa tähän kehitystyöhön liittyen tukea ja ohjeistusta terveydenhuollon eri toimijoille, kuten sairaanhoitopiireille, terveyskeskuksille ja yksityisten terveydenhuollon palvelujen tuottajille sekä apteekkeille koskien KanTa-palveluihin liittymistä ja sen edellyttämiä tietojärjestelmätason sekä toiminnallisen tason muutoksia.

Muu kansallinen kehitys

Kansallisella tasolla tehdään kehitystyötä, joka keskittyy **julkishallinnon ICT-toimintaan**¹⁶: tietoarkkitehtuuriin, tietoturvallisuuteen ja kansalaisille luotaviin palveluihin. Työssä kehitetään julkishallinnon keskeisiä järjestelmiä ja palveluiden vaikuttavuutta sekä samalla tavoitellaan tietohallinnon säästöjä. Yhteisten palvelujen tehokkuutta voidaan lisätä keskitettyjen tietopalvelujen ja yhtenäisen arkkitehtuurin avulla. Yhteisiä ja hallintoalueesta riippumattomia tietopalveluita kansalaisille, organisaatioille ja yrityksille ovat esimerkiksi tunnistuspalvelu, asiointitili ja sähköinen palvelualusta. Ne merkitsevät myös perustietovarantojen aiempaa parempaa hyödyntämistä ja tietojen yhteiskäytön lisäämistä, mikä mahdollistaa julkisten palvelujen järjestämisen aikaisempaa tuottavammalla tavalla.

Väestörekisteritoiminta on terveydenhuollon näkökulmasta sellainen poikkihallinnollinen julkishallinnon palvelu, joka tulee ottaa huomioon myös terveydenhuollon palvelujen kehittämisessä ja kansallisen tietoarkkitehtuurin määrittelyssä. Käytännössä se merkitsee muutoksia useilla tasoilla, kuten potilastietojärjestelmissä,

¹⁵ http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/sote_tietohallinnon_operatiivinen_ohjaus

¹⁶ http://www.vm.fi/vm/fi/16_ict_toiminta/01_valtit/index.jsp

sillä nykyisissä järjestelmissä on sellaisia piirteitä ja toiminnallisia ominaisuuksia, jotka ovat päällekkäisiä väestörekisterikeskuksen toiminnan kanssa.

Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta, JUHTA¹⁷ on antanut erilaisia julkishallinnon yhtenäiseen kehittämiseen ja yhtenäisiin toimintatapoihin liittyviä suosituksia¹⁸. JUHTAn tavoitteena on edistää julkisen hallinnon toimintatapojen ja palveluiden tuotantotapojen uudistamista sekä varmistaa julkisten palveluiden saatavuus, tehokkuus ja laatu koko maassa. JUHTA toimii ohjausryhmänä julkisen hallinnon sähköiseen asiointiin ja tietohallinnon kehittämiseen sekä yhteistyöhön liittyvissä asioissa. Tässä roolissa JUHTA-työryhmä antaa JHS-suosituksia, jotka koskevat julkisen hallinnon tietohallinnon kehittämistä. Nämä suositukset kattavat yhtenäisiä menettelytapoja, määrittelyjä ja ohjeita.

JHS-suositusten avulla pyritään mm minimoimaan päällekkäistä kehittämistyötä, ohjaamaan tietojärjestelmien kehittämistä ja saamaan aikaan hyviä ja yhdenmukaisia käytäntöjä julkisten organisaatioiden tietohallintoon. Esimerkiksi RPK10-hankkeessa on otettu huomioon JHS 152 –suositus, jonka tavoitteena on edistää prosessien kuvaamisen yhdenmukaisuutta eri hallinnonaloilla (JUHTA 2008).

Kokonaisarkkitehtuurin kuvaamista varten on annettu ICT-palvelujen kehittämisestä JHS 179 –suositus, joka liittyy kokonaisarkkitehtuurin kehittämiseen (JUHTA 2011). Kokonaisarkkitehtuurin kuvauksella pyritään siihen, että yhteisten palvelujen kehittäminen on suunniteltua ja kokonaisvaltaista. Lisäksi sen avulla pyritään välttämään yksipuolista teknistä kehittämistä ja ottamaan kaikessa suunnittelussa huomioon toiminta, toiminnassa käytettävä tieto ja tietovarannot, toimintaa tukevat tietojärjestelmät sekä teknologiat, jolla toimintaa ylläpidetään.

Kokonaisarkkitehtuurikuvauksessa otetaan periaatetasolla huomioon myös esimerkiksi toimintaa ohjaavat tavoitteet, strategiat ja standardit. Toisin sanoen kokonaisarkkitehtuurissa on kyse toimintamallin, toimintaprosessin ja tietoresurssien sekä tietoteknisten resurssien kokonaisvaltaisesta suunnittelusta. Kokonaisarkkitehtuurin kuvaamisella tavoitellaan eri hallinnonalojen yhteentoimivuutta tietohallintolain (HE 246/2010) hengessä.

Terveystietohallinnon osalta alueellisen ja paikallisen tason arkkitehtuurikuvauksia on toteutettu Kuntaliiton koordinoimassa Terveystietohallinnon alueellisen ja paikallisen tietojärjestelmäarkkitehtuurin kehittämisprojekti (**Tapas**)¹⁹. Tapas-hankkeessa terveystietohallinnon tietojärjestelmäratkaisujen kehittämisen tavoitteena on ollut:

- varautuminen terveystietohallinnon toiminnan ja palvelurakenteen muutoksiin,
- valmistautuminen KanTa-liittymiseen sekä
- yleisesti terveystietohallinnon tietojärjestelmien toiminnallisuuden, yhteentoiminnallisuuden ja käytettävyyden parantaminen.

¹⁷ http://www.vm.fi/vm/fi/16_ict_toiminta/03_juhta/index.jsp

¹⁸ <http://www.jhs-suositukset.fi/>

¹⁹ <http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/tietojari-sahkoiset-palv/tapas/Sivut/default.aspx>

Terveydenhuollon toimintaympäristössä potilastiedon kirjaaminen ja hoitoon liittyvien asiakirjojen muodostaminen järjestyy **palvelutapahtuman** mukaisesti. Palvelutapahtumatunnus kiinnittää potilastiedon tiettyyn hoitotapahtumaan. Palvelutapahtuma on yksi keskeisistä käsitteistä myös kansallista arkkitehtuuria jäsennettäessä, sillä palvelutapahtuma antaa välineen asiakirjojen ryhmittelyyn (SOLEA 2010). Esimerkiksi ruotsalaisessa terveydenhuollon toimintamallissa terveystuunnitelma koordinoi potilaalle tai asiakkaalle annettuja palveluja tai niihin liittyviä eri vaiheita ja käyntejä potilaan tai asiakkaan kannalta ymmärrettäväksi kokonaisuudeksi (SSS 2010). Terveystuunnitelma kokoaa hoidon ja hoivan vastaanottajakohtaisen tiedon yksilön terveyden tukemiseksi ja ylläpitämiseksi, mutta siitä voidaan tarvittaessa johtaa osasuunnitelmia.

Suomalaisessa toimintaympäristössä terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaskohmainen dokumentti, joka kokoaa potilaan terveyteen ja terveyden edistämiseen liittyviä seikkoja kokonaisvaltaisesti yli organisaatorajojen. Terveys- ja hoitosuunnitelmaa ei ole kuitenkaan tarkoitettu laadittavaksi rutiininomaisesti jokaiselle potilaalle, vaan esimerkiksi pitkäaikaissairaille tai muille potilaille, joiden hoidossa siitä on hyötyä. Kun vertaillaan suomalaisen ja ruotsalaisen terveystuunnitelman painotuseroja, on selvää, että nämä erot heijastuvat myös terveydenhuollon tietomallien ja niihin liittyvien määrittelyiden eroihin.

Ruotsalaiseen malliin verrattaessa suomalaisessa terveydenhuollossa palvelutapahtuman korostuminen näyttäytyy asiakirjalähtöisenä ja organisaatiolähtöisenä tarkastelutapana. Palvelutapahtuma on keskeinen elementti asiakirjojen muodostamisessa ja niiden käytön hallinnassa. Palvelutapahtumaa käytetään järjestelmätasolla koordinoitaessa palvelujen järjestämistä ja tuottamista asiakkaalle. Yksilöllistä palvelutapahtumatunnusta voidaan käyttää myös rekisterinpitäjyyden ja tietojen luovutuksen vastuiden selvittämiseen eri palvelunantajien välillä.

Palvelutapahtuma liittyy hoitoprosessiin prosessitapahtumien kautta. Prosessitapahtumia ovat erilaiset hoitoprosessiin liittyvät tapahtumat kuten yhden vuodeosaston hoitajakso, vastaanottokäynti, näyteenotto, potilashallinnon tapahtumat ja tilastotapahtumat. Vaikka saman perusprosessin toteuttaminen ja seuranta voivat yksityiskohdiltaan poiketa toisistaan eri yksiköissä ja tilanteissa, tietyt peruselementit ovat aina tunnistettavissa hoitoprosessin osalta.

Osa 1: KanTa-yhteensopivaan potilaskertomusrakenteeseen liittyviä määrittämiä

Palvelutapahtuma

Palvelutapahtuma helpottaa asiakirjojen ja hoitotapahtumien kokonaisuuksien hahmottamista sekä kansalaisen/potilaan että terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta. Palvelutapahtumalla on tietty elinkaari, johon liittyen palvelutapahtuman kuvauksissa on keskitytty erityisesti tapahtuman ja asiakirjan tai merkinnän suhteen selvittämiseen. Palvelutapahtuman alkamis- ja loppumispisteen määrittely kansallisella tasolla on kuitenkin tuottanut vaikeuksia, koska potilaan hoitoa toteutetaan alueellisesti ja paikallisesti sovitetuissa kliinisissä prosesseissa ja hoidon järjestämiseen liittyvissä tukiprosesseissa (THL 2011e).

Tässä luvussa esitetty palvelutapahtuman määrittely on ongelallinen, koska se jättää edelleen liikaa päättävältä palvelun järjestäjälle. Näin määrittely ei takaa yksiselitteistä, kansallisesti yhteinäistä käytäntöä, minkä vuoksi palvelutapahtuman määrittely tarvitsee jatkossa lisätyötä.

Taustaa

THL:n, STM:n ja KunTo-toimiston välisissä työpalavereissa talven 2010 - 2011 aikana nousi esille ongelma, jonka mukaan palvelutapahtuman määrittely eArkistoa ajatellen on puutteellinen erityisesti niiltä osin, että palvelutapahtuman lopettavia herätteitä (ns. triggereitä) ei ole kuvattu. RPK10-hankkeessa järjestettiin tästä syystä asiantuntijatyöpaja, jossa THL:n terveydenhuollon asiantuntijat pohtivat terveydenhuollon palvelutapahtuman käsitelmäärittelyä sekä sen aloittamiseen ja lopettamiseen liittyviä signaaleja.

Tässä luvussa kuvataan edellä mainitun työpajan tulokset. Palvelutapahtumaa on aiemmin laajasti käsitelty Palvelupohjainen paikallisesti sovitettava kokonaisarkkitehtuuri –projektissa eli Solea-projektissa (SOLEA 2010). Viimeisempiä esimerkkejä palvelutapahtumasta löytyy *Potilastietojärjestelmien käyttötapauksista* (KunTo 2011). Palvelutapahtuman määrittelytyö jatkuu vuoden 2012 aikana osana *Rakenteiset ydintiedot* –oppaan päivitystä.

Palvelutapahtuman käsitelmäärittely

Asiakastietolaki (159/2007) määrittelee palvelutapahtuman terveydenhuollon palvelujenantajan ja potilaan väliseksi yksittäisen palvelun järjestämiseksi tai toteuttamiseksi.

Solea-hankkeen loppuraportissa (SOLEA 2010) palvelutapahtuma liitetään tietyn vaivan hoitoon. Palvelutapahtuma koostuu siten käynnistä ja siihen liittyvistä hoi-

doista, tutkimuksista, konsultaatioista, muista mahdollisista kontakteista jne. Lisäksi sarjahoito on erikseen määritelty hoitosarja, joka voi kuulua samaan palvelutapahtumaan, mikäli käyntien välillä ei tehdä hoitopäätöksiä. Palvelutapahtumaan voi liittyä yksi tai useampia asiakirjoja.

RPK10-hankkeen mukaan palvelutapahtuma ei, vastoin Solean kantaa, välttämättä liity vain yhden vaivan hoitoon. Pikemminkin on kyse yhden tai useamman palveluntarpeen käsittelemisestä yhden palvelutapahtuman sisällä. Edellä oleva RPK10:n näkemys mahdollistaa useamman palvelutapahtuman muodostamisen esimerkiksi vuodehoitajakson sisällä, kun hoidon syy vaihtuu (esimerkiksi tilanne, jossa potilaalla on kirurginen ja psykiatrinen ongelma). Kuitenkin esimerkiksi perusterveydenhuollossa on tavallista se, että yhden käynnin yhteydessä käsitellään useita palveluntarpeita, ja ne voidaan yhdistää yhteen palvelutapahtumaan. Tästä loogisesti seuraa, että palvelutapahtumaan voi liittyä useita diagnooseja, joista yksi nimetään päädiagnoosiksi (lähinnä) tilastokäyttöä varten. Näin ollen RPK10-hankkeen palvelutapahtumaan liittyvien käsitteiden tai ilmaisujen määritelmiksi muodostuivat seuraavat:

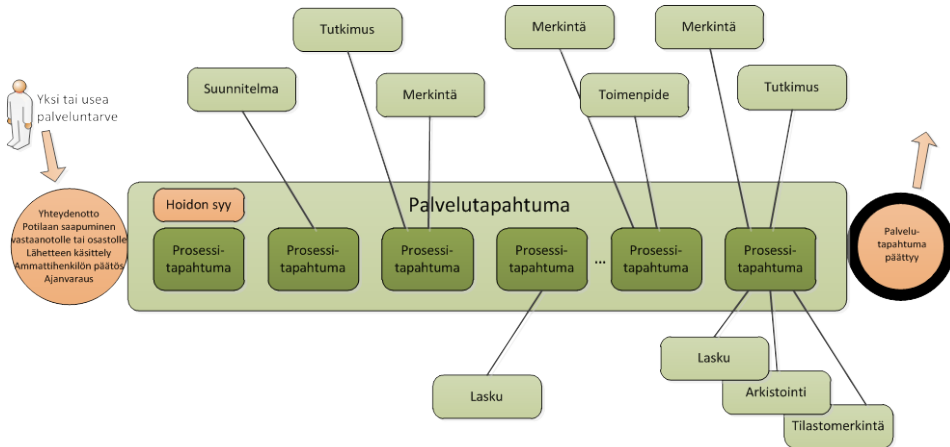
Terveydenhuollon palvelu on RPK10-hankkeen mukaan terveydenhuollon toimi, joka tähtää potilaan hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja ylläpitoon tai hänen terveydentilaansa koskevien ongelmien tutkimiseen, lievittämiseen tai poistamiseen.

Palvelunantajataho ei voi yksin päättää siitä, mitä osatoimintoja (prosessitapahtumia) palveluun kuuluu, vaan tähän tarvitaan yhtenäisiä määrittämiä.

Palvelun järjestäminen tarkoittaa potilaan hoidon vaatimien resurssien allokointia ja potilaan hoidosta syntyvien asiakirjojen rekisterinpitäjyyttä.

Palvelua toteutettaessa palvelutapahtumaan voi liittyä myös muun palvelunantajan kuin palvelun järjestäjän toimintaa (esim. avoterveydenhuollon käynnin yhteydessä tehty laboratoriotutkimus ja näytteen analysointi). Toisaalta arkikokemuksen mukaan esimerkiksi toiselta palvelunantajalta ostettu leikkaushoito muodostaa oman palvelutapahtumansa. RPK10-hankkeen työpajassa määriteltiin, että palvelun järjestäjän päätettävissä on, milloin toisen palvelunantajan palvelu muodostaa erillisen palvelutapahtuman. Tällainen lopputulos ei kuitenkaan takaa yhtenäistä käytäntöä, joten palvelutapahtuman määrittästä jatketaan näiltäkin osin.

Prosessitapahtuma on yksi tapahtuma palvelutapahtuman sisällä. Palvelutapahtuma voi koostua yhdestä tai useasta prosessitapahtumasta (kuvio 1).



Kuvio 1. Palvelutapahtuma voi koostua yhdestä tai useasta prosessitapahtumasta.

RPK10-hanke ehdottaa palvelutapahtumalle seuraavaa käsitelmäärittelystä:

Palvelutapahtuma on terveydenhuollon palvelujenantajan ja potilaan välisen yksittäisen palvelun järjestäminen tai toteuttaminen.

Palvelutapahtuma sisältää potilaan yhden tai usean palveluntarpeen käsittelyä. Se koostuu yhdestä tai useasta prosessitapahtumasta. Palvelun järjestäjä ei voi yksin päättää, mitkä prosessitapahtumat muodostavat palvelutapahtuman, vaan tähän tarvitaan jatkossa yhtenäisiä määrittelyjä.

Palvelutapahtuman alkamisen signaalit

Terveydenhuollon palvelutapahtuma alkaa palvelunantajan päättäessä ottaa käsiteltäväkseen yhden tai useampia potilaan palveluntarpeita. Poikkeuksena tästä ovat tilanteet, joissa palvelutapahtuma perustuu palvelunantajan tarpeeseen tai aloitteen, kuten esimerkiksi seulontatutkimukset. Tällöin palvelutapahtuman alkamisen ehtona on, että potilas on ilmaissut haluavansa kyseistä palvelua. Tällaisia halunilmauksia ovat esimerkiksi tarjotun ajanvarauksen hyväksyminen ja palveluun saapuminen.

RPK10-hankkeen työpajassa ei määritelty yksiselitteisesti ja yhteneväisesti palvelutapahtuman alkamisen signaaleja. Työpajassa ehdotettiin, että kukin palvelunantaja voisi päättää palvelutapahtuman alkamisen signaaleista hoitotakuulain sekä asiakastietolain periaatteiden mukaisesti ja lisäksi huomioiden palvelutapahtumaluokituksen. Tämä määrittely ei kuitenkaan vastaa tavoitetta eli yhtenäisten käytäntöjen luomisesta, eikä määrittelyvastuu voi jäädä yksittäisten organisaatioiden työksi.

Tyypillisiä esimerkkejä palvelutapahtuman alkamisen signaaleista ovat:

- Potilaan yhteydenotto.
- Potilaan saapuminen vastaanotolle tai osastolle.
- Lähetteen käsittely.
- Ammattihenkilön päätös (esimerkiksi reseptien uusimiset, asiakkaan asioiden käsittely ilman kontaktia).
- Ajanvaraus (paitsi, jos on riippumaton potilaasta, kuten esimerkiksi kutsut seulontatarkastuksiin).

Palvelutapahtuman päättymisen signaalit

RPK10-hankkeen työpaja ei pitänyt tarpeellisenä sen paremmin eArkiston kuin tilastotoimenkaan kannalta erityistä palvelutapahtuman ”päättymisleimaa”. Selvää on kuitenkin, että palvelunantaja ei voi päättää palvelutapahtuman loppumista organisaatiokohtaisesti vaan tämäkin on määriteltävä kansallisesti yhtenäisesti.

Huomioita palvelutapahtuman muodostamisesta

Avohoidossa palvelutapahtuman muodostus on onnistunut hyvin perusterveydenhuollon avohoidon ilmoituksen eli AvoHILMO:n ja sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoituksen eli HILMO:n ohjeistusten mukaisesti. Myös sarjahoitoon liittyvät palvelutapahtuman muodostuskysymykset sekä tilanteet, joissa potilas käy usean eri ammattihenkilön luona saman terveysongelman vuoksi, on kyetty ratkaista, eikä lisäohjeistusta tarvita. Ratkaistavaksi kysymykseksi jäi esimerkiksi vuodeosastohoitoon liittyvä palvelutapahtuman rajaus.

HILMO-ohjeistuksen mukaan hoitojakson päättymisen määrätty potilaan uloskirjoituksesta. Niissä sairaaloissa ja terveyskeskuksissa, joissa hoitoa annetaan usealla erikoisalalla, hoitoilmoitus tehdään myös silloin, kun potilas siirretään saman sairaalan toiselle erikoisalalle (HILMO:n kaksinumeroisen erikoisala, ei suppea erikoisala). Erikoisalasiiirroksi ei lueta sitä, että potilas siirretään saman erikoisalan toiselle sairaansijalle (esimerkiksi saman erikoisalan toiselle vuodeosastolle). Erikoisalasiiirroksi ei lueta myöskään sitä, että potilas siirretään tilapäisesti (esimerkiksi

viikonlopuksi) toisen erikoisalan osastolle. Näin ollen palvelutapahtuman käsite vastaa *DRG-suoritekäsikirjan*²⁰ käsitettä *Erikoisalan hoitojakso*.

Rajanvetovaikeudeksi jäävät prosessitapahtumat, jotka liittyvät välittömästi tällä tavoin määriteltyyn palvelutapahtumaan, mutta tapahtuvat päättymispäivän jälkeen (esimerkiksi kotiutumisen jälkeen tehty tutkimustulosten arviointi ja viestittäminen potilaalle, kotiutumisen jälkeen kirjoitettu lääkärinlausunto jne.). RPK10-hankkeen käsitys oli, että kansallisia määrittelyjä ei tarvittaisi tällaisten prosessitapahtumien rajaukselle, vaan palvelunantaja (tai viime kädessä palvelun järjestäjä) voisi ratkaista hoidon prosessin ja siihen liittyvän tuotteistuksen logiikan mukaan, kuuluvatko tällaiset prosessitapahtumat edeltäneeseen palvelutapahtumaan vai muodostetaanko niitä varten uusi palvelutapahtuma. Kansallisesti yhtenäisiä käytäntöjä ajatellen tämä lopputulos ei kuitenkaan ole riittävä, joten palvelutapahtuman määrittelytyö jatkuu.

²⁰ <http://drghanke.pbworks.com/w/page/25666354/SuoritekäsikirjaVuodeosastohoito#Laitoshoito>

Potilaan informointi, suostumus ja kiellot

THL on kuvannut Terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (159/2007, jota on muutettu lailla 1227/2010; jäljempänä asiakastietolaki) mukaista potilaan informoinnin, suostumuksen ja kieltojen hallintaa kansalliseen KanTa-palveluun liittyen (THLb 2011). Tämä dokumentti laajentaa aikaisempaa luonnosta siten, että se kattaa myös Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaiset käytännöt liittyen tietojen luovutukseen sairaanhoitopiirin yhteisestä potilastietorekisteristä sekä hoitotahtoon lisätyn mahdollisuuden kieltojen peruutukseen hätätilanteessa.

Näiden suostumusten ja kieltojen hallinta tapahtuu keskitetyn hallintamallin kautta. Tällöin tieto sekä kansallisen potilastietorekisterin että terveydenhuollon yhteisen potilastietorekisterin (jatkossa yhteisrekisteri) informoinnista, suostumuksesta ja kielloista on tallennettu KanTa-palveluun, ja tieto on näin ollen myös kaikkien osapuolten nähtävissä. Mallien kuvauksissa on hyödynnetty potilastietojen käsittelyä koskevaa lain soveltamisohjetta (STM 2011a). Asiakastietolain mukainen informointi-, suostumus- ja kieltomalli ja terveydenhuoltolain mukainen informointi- ja kieltomalli on määriteltä yhdenmukaisiksi.

Suostumus käsittää tilanteen, jossa terveydenhuollon palvelunantaja pyytää potilaalta suostumusta potilastietojen luovutukseen. Vaihtoehtoisesti potilas voi itse antaa suostumuksen potilastietojensa luovutukseen tai kieltää sen. Asiakastietolain mukainen potilastietojen luovutus koskee terveydenhuollon palvelujen antajien välillä tapahtuvaa tiedon luovutusta terveyden- ja sairaanhoidon käyttötarkoitukseen valtakunnallisen tietojärjestelmäpalvelun avulla. Suostumuksen edellytyksenä on, että potilasta on informoitu kansallisista tietojärjestelmäpalveluista. Halutessaan potilas voi rajata suostumusta erillisillä kielloilla kohdistuen kiellon johonkin tiettyyn palvelun antajaan tai tiettyyn palvelutapahtumaan.

Terveydenhuoltolain mukaan sairaanhoitopiirin yhteisen potilastietorekisterin potilastietoja voidaan käyttää hoitosuhteessa eri rekisterinpitäjien tai toimintayksiköiden välillä ilman potilaan erillistä suostumusta. Tämä edellyttää kuitenkin sitä, että potilasta on informoitu tästä käytännöstä ja mahdollisuudesta kieltää potilastiedon luovutus, mutta potilas ei ole kieltänyt luovutusta.

Suostumukseen ja kielloihin liittyvä lainsäädäntö

Terveydenhuoltolaki

Terveydenhuoltolain 9 §:n perusteella sairaanhoitopiirin alueen kunnallisen terveydenhuollon toimintayksiköiden potilasasiakirjat muodostavat yhteisen potilastietore-

kisterin. Tällä tavoitellaan tilannetta, jossa potilasta hoitavalla terveydenhuollon henkilökunnalla on hoitosuhteen yhteydessä käytettävissä mahdollisimmat laajat tiedot potilaan terveydentilasta ja hänelle tehdyistä tutkimuksista ja suunnitelmista, mikä tukee potilaan hyvän hoidon toteutumista.

Edellä mainittuja terveydenhuollon toimintayksiköitä ovat sairaanhoitopiirin kuntayhtymä sekä sen alueella toimivat terveyskeskukset ja terveyskeskuskuntayhtymät. Näiden ylläpitämät potilastietorekisterit muodostavat yhteisen potilastietorekisterin. Yhteiseen potilastietorekisteriin sisältyy näin ollen myös terveyskeskuksen järjestämistä kuuluvalle työterveyshuollon potilastietorekisteriin kuuluvat potilasasiakirjat. Yhteiseen potilastietorekisteriin eivät sen sijaan sisälly kunnallisen sosiaalihuollon toimintayksiköissä laaditut potilasasiakirjat. Tämän mukaan mm vanhustenhuollon tai kehitysvammahuollon laitoksissa laaditut potilasasiakirjat eivät sisälly yhteisrekisteriin.

Lisäksi yhteiseen potilastietorekisteriin kuuluvat terveydenhuollon palveluja tuottavien yksityisten terveydenhuollon palvelujen antajien laatimat potilasasiakirjat niissä tapauksissa, kun ne tuottavat palveluja sairaanhoitopiirille tai terveyskeskukselle ostopalvelusopimuksen, palvelusetelin tai muun mahdollisen vastaavan sopimuksen perusteella. Muutoin yksityisen terveydenhuollon palvelujen antajan potilasasiakirjat eivät sisälly yhteisrekisteriin. Myöskään ostopalveluja tuottavalle yksityiselle palvelujen antajalle ei voida luovuttaa yhteisrekisterin potilastietoja ilman potilaan suostumusta.

Yhteisessä potilastietorekisterissä olevien potilastietojen käyttö ja luovutus edellyttää potilaan informointia. Informoinnin tulee sisältää myös tiedon siitä, että potilaalla on oikeus kieltää tietojensa luovutus yhteisen potilastietorekisterin eri rekisterinpitäjien välillä. STM:n (2011a) linjaukset tarkentavat potilaan informointia seuraavasti:

- Laki ei edellytä potilaan kirjallista informointia vaan asia voidaan selvittää myös suullisesti. Potilaan kirjallinen informointi on kuitenkin suositeltavaa.
- Informaatio on potilaskohtainen ja yhteisrekisterikohtainen. Se on annettava ennen potilaan ensimmäistä potilasrekisterien välistä tietojen luovutusta. Informoinnista tehdään merkintä potilaan tietoihin.
- Tieto potilaalle annettusta informaatiosta tulee tallentaa siten, että se on kaikkien yhteisrekisterissä mukana olevien terveydenhuollon palvelujen tuottajien saatavilla. Tietoja luovuttavat tietojärjestelmät myös hyödynävät informointimerkintää päätellessään onko luovutus sallittu.

Yhteisessä potilasrekisterissä olevia eri toimintayksiköiden potilastietoja saa luovuttaa ilman potilaan antamaa erillistä suostumusta sen jälkeen, kun hän on saanut edellä mainitun informaation ja kun potilaalla on hoitosuhde tietoja tarvitsevaan terveydenhuollon toimintayksikköön, eikä potilas ole kieltänyt tietojensa käyttöä. STM:n (2011a) linjaukset tarkentavat tietojen luovutukseen ja käyttöön liittyviä periaatteita seuraavasti:

- Sairaanhoidopiirien ja terveyskeskusten potilastietojärjestelmissä on erikseen määritelty ns. erityissuojattuja tietoja (esimerkiksi psykiatrian päivittäistiedot), joiden käyttöoikeuksia on rajoitettu organisaation sisällä. Myös yhteisen potilastietorekisterin käyttöönoton myötä vastaavat tiedot, mukaan lukien psykiatrian ja perinnöllisyyslääketieteen päivittäis- ja yhteenvetomerkinnot, ovat erillisellä potilastietojärjestelmän vahvistuspyynnöllä suojattavia tietoja.
- Potilastietoja voidaan luovuttaa hoidon edellyttämässä laajuudessa.
- Potilastietojen luovutuksia ja käyttöä seurataan järjestelmätasolla lokimerkinnöin. Myös mahdollisista ei-sähköisin menetelmin toteutetuista luovutuksista ja käytöistä tulee kirjata potilasasiakirjaan.
- Tiedon luovutusta varten hoitosuhde potilaan ja luovutuspyynnön toteuttajan välillä varmistetaan tietoteknisesti. Tämä toiminto tulee ottaa käyttöön viimeistään 1.1.2014. Vuoden 2013 loppuun saakka varmistuksen voi tehdä muulla luotettavalla tavalla.

Potilaalla on oikeus kieltää potilastietojensa luovutus toimintayksiköiden tai eri rekisterien välillä. Potilastietojen käytön rajaaminen kiellolla ei koske terveydenhuollon omassa toiminnassa syntyneiden tietojen käyttöä. Potilas voi tehdä kiellon halutessaan. Kiellon voi myös peruuttaa ja peruutetun kiellon voi tehdä uudelleen. Kiellon käsittämiä tietoja ei voida käyttää kiellon vastaisesti missään tilanteessa – ei esimerkiksi silloinkaan, kun potilasta tuodaan tajuttomana hoitoon. STM:n (2011a) linjaukset tarkentavat kieltojen periaatteita seuraavasti:

- Jos potilas haluaa kieltää kaiken tai yhden tai useamman nimeämänsä eri toimintayksiköiden tai potilasrekistereiden välisen potilastietojen luovutuksen, kiello tulee tehdä erikseen jokaisesta toimintayksiköstä ja potilasrekisteristä.
- Rekisterinpitäjän kiello kieltää kaiken ko. rekisterinpitäjän potilastiedon luovutuksen yhteisen potilasrekisterin puitteissa. Rekisterikohtainen kiello, kuten esimerkiksi työterveysrekisterin potilastietojen luovutuskiello, kieltää ko. rekisterin sisältämän tiedon tasapuolisesti kaikilta. Jälkimmäisessä tapauksessa kiello koskee tietyn rekisterinpitäjän potilastietorekisteriä eli kiello kohdistetaan rekisterinpitäjään ja rekisteriin. Kieltoa ei ole mahdollista kohdistaa esimerkiksi tiettyyn rekisterityyppiin. (STM 2011b)
- Jos sairaanhoidopiirin yhteiseen potilastietorekisteriin kuuluvat kunnat tai kuntayhtymät haluavat sopia tarkempia kieltomahdollisuuksia kuin mitä terveydenhuoltolaki edellyttää, tulee tämä toteuttaa siten, että ne ovat yhteensopivia KanTa-arkiston toimintamallin kanssa. Tämä tarkoittaa käytännössä yksilöityjen palvelutapahtumien kieltomahdollisuutta.
 - Jos teknisistä tai muista syistä joudutaan tekemään muun tyyppisiä kieltoja (esimerkiksi tietyllä aikavälillä voimassa oleva

kielto), tulee nämä muuntaa palvelutapahtumakielloksi viimeistään siinä vaiheessa, kun liitytään KanTa-arkistopalveluun.

- Kun yhteisessä potilastietorekisterissä mukana olevat toimintayksiköt liittyvät KanTa-palvelujen käyttäjiksi, yhteisrekisteriin tehdyt luovutuksiin liittyvät tiedot synkronoidaan KanTan kanssa. Liittymisen jälkeen KanTa-informointi kattaa kaikki yhteisrekisterit, mutta yhteisiin potilastietorekistereihin tehdyt informointimerkinnot kattavat vain kukin oman sa.
- Liittymisen jälkeen kaikki kiellot viedään KanTaan, ja
 - voimassa olevat yhteisrekisterissä tehdyt ja KanTaan tehdyt (vaikka suostumus olisi myöhemmin peruttu) kiellot ovat voimassa ilman voimassa olevaa suostumusta,
 - yhteisrekisteriin toteutetut kiellot otetaan käyttöön myös KanTa-palveluissa ja KanTa-palveluun tehdyt kiellot yhteisessä potilastietorekisterissä,
 - uuden kiellon tekeminen KanTa-palveluiden kautta edellyttää voimassa olevaa suostumusta. Toisin sanoen kansalainen voi hallita kaikkia kieltojaan omien tietojen katselun kautta vain siinä tapauksessa, että hänellä on voimassa oleva suostumus,
 - Ilman voimassa olevaa suostumusta kansalaisen yhteispotilasrekisterikohtaiset kiellot ja niiden mukainen potilastietojen luovutus ovat voimassa vain kyseisen sairaanhoitopiirin sisällä, koska ilman voimassa olevaa suostumusta KanTa-palveluiden kautta tehtävä luovutus ei ole mahdollista.
 - Häätötilanteessa tapahtuvassa KanTa-palveluiden kautta tehtävässä luovutuksessa kiellot rajoittavat myös KanTa-luovutusta.
- Yhteiseen potilasrekisteriin liittyvien kieltojen laatimisessa tulisi noudattaa yhtenäisesti asiakastietolain mukaisia periaatteita. Tällöin kiellon tekijältä tulisi pyytää allekirjoitettu kielto, ja vastaavasti kiellon purkamisesta tulisi pyytää allekirjoitettu ilmoitus. (STM 2011b)

Asiakastietolaki

KanTa-palvelun edellyttämät potilaan suostumus ja kielto on kuvattu asiakastietolaissa. Sen perusteella terveydenhuollon palvelunantajilla on mahdollisuus käyttää potilastietoja yksinkertaistetusti seuraavilla tavoilla:

1) Asiakastietolain sähköisten potilastietojen luovutusta koskevat säännökset kuvaavat KanTa-palvelujen välityksellä tapahtuvia sähköisten potilastietojen luovutuksia. Säännökset eivät siten rajoita terveydenhuollon palvelujen antajan oikeutta käyttää omassa toiminnassaan syntyneitä potilastietoja eli omassa rekisterissä olevia tietoja. Toisin sanoen esimerkiksi sairaanhoitopiiri voi käyttää potilasasiakirjoissaan olevia potilastietoja hoitosuhteen yhteydessä siitä riippumatta onko potilas antanut

suostumuksensa tai vaikka hän nimenomaisesti haluaisi kieltää näiden tietojen käytön sairaanhoitopiirin omassa toiminnassa.

2) Kun potilastietoja luovutetaan terveydenhuollon palvelujen antajalta toiselle KanTa-palveluiden välityksellä, toimitaan seuraavasti:

a. Asiakastietolain perusteella, tietoja ei saa luovuttaa toiselle palvelujen antajalle, jos potilas ei ole antanut siihen suostumusta (asiakastietolain 10 §:n 1. mom.). Tästä on kuitenkin seuraavat poikkeukset:

i. Potilaslaissa tarkoitettu tilanne, jossa potilas on kykenemätön antamaan suostumusta (potilaslaki 13 §:n 3. momentin 3. kohdan). Tämän säännöksen soveltaminen ei edellytä minkäänlaista potilaalle ennakoon annettua informaatiota, jos potilas ei ole antanut suostumusta tai potilas-tiedon käyttöä rajoittavaa kieltoa.

ii. Laissa on erikseen säädetty tietojen luovutuksesta ilman potilaan suostumusta. Yksi tällainen laissa säädetty luovutus koskee terveydenhuollon valtakunnallisia henkilörekistereitä.

iii. Potilaasta kirjatut informointimerkinnät voidaan luovuttaa ilman suostumusta eikä niiden hakeminen edellytä hoitosuhteen teknisen varmistuksen tuottamista KanTaan. Myös tiedot suostumuksesta, kielloista tai niiden peruuttamisista voidaan luovuttaa ilman hoitosuhteen varmistamista.

iv. Potilaan elinluovutukseen liittyvät tahdon ilmaiset, hoitotahto tai muu vastaava tahdon ilmaisu voidaan luovuttaa palveluiden antajille ilman potilaan suostumusta. Näitä tietoja tulee kuitenkin käyttää vain silloin kun potilaan hoidossa on tilanne, joka edellyttää näiden tietojen hyödyntämistä. Pääsy tietoihin edellyttää hoitosuhteen teknistä varmistamista, ja tietojen luovutuksen tulee olla käyttöoikeuksilla hallinnoitavaa toimintaa.

b. Asiakastietolain perusteella tiedot saa luovuttaa, jos potilas on antanut suostumuksensa ja hoitosuhde on olemassa (asiakastietolaki 10 §:n 1 mom. ja 11 §:n 1 mom.). Tällöinkin on vielä otettava huomioon, että tiettyihin erityistä suojausta edellyttäviin potilasasiakirjoihin tarvitaan asiakastietolain ja potilasasiakirja-asetuksen mukaan erillinen vahvistus (asiakastietolaki 6 §:n 1 mom. ja potilasasiakirja-asetus 4 §:n 3 mom.). Nämä säännökset koskevat sekä rekisterinpitäjän omia tietoja että luovutuksella saatuja tietoja.

c. Asiakastietolain ja siihen liittyvässä hallituksen esityksessä annettujen lain perusteluiden mukaan kiellon käsittämiä tietoja ei saa normaalisti käyttää kiellon vastaisesti, jos potilas on kieltänyt tietojen luovutuksen (asiakastietolaki 11 §:n 1 mom. ja HE 176/2010 perustelut). Potilas voi kuitenkin kiellon laadinnan yhteydessä halutessaan todeta, että kiellot eivät ole voimassa hätätilanteissa.

Periaatteita ja rajoituksia

Suostumuksen tai kieltojen antaminen perustuu yhdenmukaisille periaatteille, jotka ovat kuvattu tässä KanTa-palvelun näkökulmasta:

Potilaan yksityisyyden suoja tarkoittaa terveydenhuollon luottamuksellisuusperiaatetta, jonka mukaan hoitosuhteen yhteydessä saadut tiedot ovat salassa pidettäviä. Salassa pidettäviä asiakirjoja saa luovuttaa sivulliselle vain erityisestä syystä. Sivullisella tarkoitetaan muita kuin asianomaisessa toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvia henkilöitä.

Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaslaissa on säädetty, että terveyden- ja sairaanhoito on potilastietolain mukainen erityinen syy, jonka takia salassa pidettäviä asiakirjoja voidaan luovuttaa.

Potilaan itsemääräämisoikeus merkitsee, että potilasta hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Kansallisessa terveystietokannassa olevia potilastietoja saa luovuttaa valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen kautta vain, jos potilas on antanut suostumuksensa luovutukseen. Tavoitteena on, että suostumusmenettely olisi mahdollisimman selkeä ja helposti ymmärrettävä.

Potilaan tiedonsaantioikeus merkitsee, että potilaan tulee saada selvitys.

1. valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista,
2. valtakunnalliseen arkistointipalveluun tallennetuista tiedoista ja niiden käyttömahdollisuuksista sekä
3. suostumuksen rajoittamisesta

ennen kuin hän antaa suostumuksensa. Kieltojen tekemisen yhteydessä potilasta on informoitava, että kiello koskee myös tilanteita, joissa hän on äkillisen henkeä uhkaavan sairauden tai loukkaantumisen vuoksi tajuton ja sen vuoksi kykenemätön peruuttamaan tekemänsä kiellon – ellei hän erikseen rajaa kieltojen voimassaoloa pois hätätilanteista (luku *Hoitotahtoon perustuva kieltojen ehdollinen peruutus*, s. 50). Potilaan tulee myös saada tieto, minne hänen asiakirjojaan on luovutettu. Toteutuneita luovutuksia voi seurata omien tietojen katselupalvelusta. Tavoitteena on, että potilaat:

1. tuntevat potilastietojensa suojauskäytännöt ja
2. osaavat säädellä tietojensa saatavuutta omaehtoisesti,
3. ymmärtävät riskit, joita luovutuskiello saattaa aiheuttaa, sekä
4. tietävät, miten he saavat tiedon luovutuksista ja lisäselvityksen luovutuksen saajalta.

Rekisterinpitäjällä, joka luovuttaa tietoja, on oikeuksia ja velvollisuuksia. Rekisterinpitäjä vastaa hallussaan olevien tietojen luovutuksesta. Sähköisessä muodossa olevien tietojen luovutuksessa luovuttaja ei osallistu luovutusprosessiin millään tavalla, vaan KanTa-palvelu toteuttaa sen. Käytännön vastuu luovutustapahtuman asianmukaisuudesta on luovutuspyynnön esittäjällä ja tietoteknisellä järjestelmällä, jolla luovutus toteutetaan.

Rekisterinpitäjällä, joka on tallentanut tiedon suostumuksesta ja kielloista, on oikeuksia ja velvollisuuksia. Kela on näiden tietojen rekisterinpitäjä. Suostumuksen ja kiellon vastaanottajan on säilytettävä allekirjoitettu asiakirja rekisterinpitäjän puolesta.

Suostumuksen ja kieltojen antamiseen liittyy myös seuraavia **rajauksia ja reunaehdoja:**

- Potilaan tiedot tulee saada käyttöön potilaslain mukaisesti ilman, että potilas on antanut suostumuksen tietojen luovutukseen valtakunnallisten palveluiden kautta (potilaslaki 13 § 3. mom. 3. kohdan tilanteissa, joissa:
 - potilaan arvioidaan olevan kykenemätön ymmärtämään suostumuksen merkitystä tai
 - potilas ei ole kykenevä antamaan suostumusta,
 - eikä suostumusta voida pyytää hänen lailliselta edustajaltaan.
 Tällöin hoidon ja hoidon järjestämisen kannalta välttämättömien tietojen luovutus on tehtävä mahdolliseksi myös ilman suostumusta.
- Potilaan edellytykset ymmärtää suostumuksen merkitys arvioidaan tilannekohtaisesti. Potilaan laillisella edustajalla on oikeus tehdä suostumus välttämättömien tietojen luovutukseen, jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida suostumuksen merkitystä. Potilaan laillisella edustajalla on oikeus saada suostumuksen antamista ja toteuttamista varten välttämättömät potilasta koskevat tiedot palvelunantajalta salassapitovelvollisuudesta huolimatta. Tästä seuraa, että potilaan laillinen edustaja voi antaa suostumuksen vain palvelujenantajalle, koska laillisen edustajan antama suostumus edellyttää, että terveydenhuollon ammattihenkilö arvioi potilaan tilan.
- Edellisen perusteella laillinen edustaja voi antaa suostumuksen, mutta sen sijaan hän ei ole oikeutettu perumaan suostumusta tai tekemään tai peruuttamaan kieltä potilaan puolesta.
 - Laillinen edustaja voi olla myös holhousviranomaisena toimivan maistraatin tai tuomioistuimen määräämä tai kansalaisen itse toimintakyvyn heikkenemiseen varautumisena tekemän edunvalvontavaltuuden nojalla nimetty edunvalvoja. Edunvalvojalle siirtyy tällöin potilaan oikeudet, ja hän voi myös peruuttaa potilaan aiemmin tekemän kiellon. Uusia kieltoja edunvalvojalle ei ole oikeutta tehdä.
- Koska potilaan tekemän kiellon pystyy peruuttamaan vain potilas itse tai hänen edunvalvojansa, potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät myöskään näe kiellon alaisia tietoja – eivätkä edes kieltoja normaalissa hoitotilanteessa.
- Sen estämiseksi, että ihmiset, jotka peruvat kieltoja katseluyhteyden kautta eivät joudu eriarvoiseen asemaan niiden kanssa, jotka tekevät peruutuksia terveydenhuollon palvelujen antajan luona, voidaan potilaan

suullinen kiellon peruminen hyväksyä valtuutukseksi terveydenhuollon palvelunantajalle katsoa potilaan kiellot ja kirjata potilaan toivomat muutokset kieltoihin. Kieltoihin tehdyt mahdolliset muutokset potilas vahvistaa allekirjoituksellaan kieltolomakkeessa.

- Muutokset voidaan hyväksyä myös ilman allekirjoitusta, mikäli potilas esimerkiksi sairauden tai vamman seurauksena ei ole kykenevä allekirjoittamaan tehtyjä muutoksia. Menettelyn perusteet on silloin kirjattava suostumuksen yhteyteen.
- Edellä mainitut potilaan suullisen luvan perusteella tehtävät kieltojen muutokset tulisi lähtökohtaisesti tehdä sellainen terveydenhuollon ammattihenkilö, joka ei osallistu potilaan hoitoon (esimerkiksi sihteeri). Tilanteen vaatiessa muutokset voi kuitenkin tehdä myös potilaan hoitoon osallistuva henkilö.
- Alaikäinen potilas voi olla ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenevä päättämään hoidostaan itse (potilaslaki 7 § ja 9 §). Tästä seuraa, että alle 18-vuotias potilas voi myös tehdä suostumuksen tai kiellon henkilökohdaisesti terveydenhuollon palvelunantajalle. Lisäksi alaikäisellä potilaalla on oikeus kieltää huoltajaltaan tai holhoojaltaan oikeuden saada tietoa potilasasiakirjoista. Mikäli alaikäinen katsotaan kykeneväksi päättämään hoidostaan, se poistaa hänen huoltajaltaan myös oikeuden antaa alaikäistä koskevaa suostumusta tai perua kieltoja.

Suostumusten ja kieltojen toiminnallinen kuvaus

Vaikka tietojen luovutuskäytännöt poikkeavat hieman eri laeissa, joiden mukaan tietojen luovutukset ovat mahdollisia, on tärkeää että potilaalle esitetään luovutuskäytäntöjen hallinta mahdollisimman yhteneväisenä. Potilaan näkökulmasta tietojen luovutus tulee olla selkeästi informoitu kokonaisuus, joka ei poikkea luovutuksen mahdollistavan lain pykälän tai teknisen toteutustavan mukaan.

Tavoitetilassa, kun kaikki julkiset toimijat ovat liittyttyä KanTa-palveluihin, ovat sekä sairaanhoitopiirin yhteisrekisteriin että KanTa-palveluihin tehdyt kiellot voimassa yhtä aikaa, ja molemmat tekniset toteutukset hyödyntävät samalla tavalla potilaan tahdonilmaisuja luovutusten suhteen. Tämä toteutuu viimeistään siirtymäajan päättyessä 1.9.2014.

KanTa-palvelussa omien tietojen haku ja luovutuksella haettavien tietojen haku on eritelty erillisiksi palvelupyynnöiksi. Tietojen palautus eli haun tulos on hakutilanteen lisäksi riippuvainen potilaan suostumuksesta ja kielloista (taulukko 1).

Taulukko 1. Suostumuksen, kieltojen ja hakutilanteen vaikutus haun tuloksena palautettaviin tietoihin asiakastietolain mukaisesti kuvattuna.

Haun moodi	Luovutushaku		Hätähaku		Omien tietojen haku
Suostumus	On annettu ja voimassa.		On peruttu tai ei ole annettu.		Suostumuksella ei ole merkitystä.
Kielto	On peruttu tai ei ole annettu koskaan.	On annettu ja voimassa.	(Kiellolla ei merkitystä.)	On peruttu tai ei ole annettu koskaan.	On annettu ja voimassa.
Palautettavien tietojen joukko (koskee kuvailutietojen ja asiakirjojen hakua)	Hakutuloksena kaikki teidot.	Hakutuloksena ne tiedot, joita kiello ei rajaa pois.	Mitään ei palauteta. Suostumusta ei ole; hakutuloksena voidaan palauttaa informointimerkinnät ja tahdon ilmaisut.	Haun tuloksena kaikki tiedot.	Haun tuloksena ne tiedot, joita kiello ei rajaa pois.
Hoitosuhde	Hoitosuhde on voimassa		Hätähakuoikeuden todentava hoitosuhteen varmistus on voimassa.		Todetaan vain paikallisesti, tietoa ei tarvitse tuottaa KanTaan.

Terveydenhuoltolain mukainen informointi

Kun potilaalle on annettu informaatio yhteisen potilasrekisterin käytöstä, hänen potilastietonsa ovat käytettävissä sairaanhoitopiirin yhteisen potilasrekisterin sisällä eri rekisterinpitäjien tai toimintayksiköiden välillä, eikä potilaalta edellytetä erillistä suostumuksen antamista.

Terveydenhuoltolain § 9 mukainen tietojen luovutus voidaan toteuttaa alueellisen potilastietojärjestelmän, muun alueellisen ratkaisun tai KanTa-palvelun avulla. To-

teutustavasta riippumatta luovutuksia koskevat toiminnalliset periaatteet ovat samoja.

Informaatio merkitään potilasasiakirjoihin, ja KanTa-liittymisen jälkeen voimassa ovat seuraavat alakohdat:

- Tieto siitä, että potilasta on informoitu yhteisrekisteristä, siirtyy välittömästi myös KanTa-palveluun, jolloin se on eri palvelunantajien nähtävissä.
- KanTa-palveluun tallennettu informointiasiakirja on alkuperäinen. Alkuperäisyyden periaate koskee myös muita KanTa-palveluihin tallennettuja asiakirjoja. Tämä tarkoittaa, että kun kyseistä tietoa tarvitaan, se on haettava KanTasta (tai varmistettava muulla tavalla, että tietoa ei ole päivitetty), ja korjaukset on tehtävä KanTa-tietoihin.

Tietojärjestelmän avulla tapahtuva potilastiedon luovutus edellyttää voimassa olevaa potilaan informointimerkintää koskien yhteisrekisteriä.

- Tieto potilaan informoinnista on oltava tarvittaessa poistettavissa (esimerkiksi kirjausvirheen yhteydessä).
- Potilasta on informoitava sekä alueellisesta rekisteristä että kansallisista palveluista: Terveystietolain mukaisen alueellisen informointikäytännön toteuttaminen ei korvaa kansallisten palveluiden informointikäytäntöä.

Kun KanTa-palvelu on käytettävissä, potilaan informoiminen kansallisesta palvelusta sisältää ja kattaa myös yhteisrekisteriin liittyvän informoinnin. Kansalaisen kannalta on mielekästä, että erillisten informointien sijaan on yksi selkeä ja yhtenäinen käytäntö.

Yhteisrekisterin potilastietojen käyttöä rajaavien kieltojen laatiminen ei edellytä, että potilaalla olisi voimassa oleva suostumus ennen KanTa-liittymistä. Liittymisen jälkeen potilaan tekemät kiellot ovat voimassa myös KanTa-palvelussa ja tarkastettavissa potilaan tiedonhallintapalvelusta. Myöskään informointitiedon tarkastaminen potilaan tiedonhallintapalvelusta (Virkkunen et al, 2012) ei edellytä potilaan suostumusta. KanTa-liittymisen jälkeen kieltojen tekemisessä on huomioitava, että alkuperäiset tiedot ovat KanTa-arkistossa, ja kiellon tekeminen KanTa-palveluiden kautta edellyttää tällöin voimassa olevaa suostumusta asiakastietolain periaatteiden mukaisesti.

- Informoinnin, suostumuksen tai kieltojen tarkastaminen potilaan tiedonhallintapalvelusta ei edellytä hoitosuhteen varmistamista.

Terveystietolain mukainen kiello

Terveystietolaki sisältää asiakastietolakia vastaavat käsitteet kiello ja potilastietojen käyttöoikeus vain potilaan hoitoon. Tästä seuraa, että terveystietolain säätämä kiello on tarkoituksenmukaista toteuttaa samoin periaattein kuin valtakunnallisia tietojärjestelmäpalveluja koskeva kiello. STM:n tulkinnan mukaan (STM

2011a) tämä on mahdollista, koska yhteisrekisterissä mukana olevat kunnat ja kuntayhtymät voivat sopia laissa edellytetyjä tarkempia kieltomahdollisuuksia. Potilas voi tekemänsä kieltoasiakirjan avulla kieltää potilastiedon luovutuksen sairaanhoitopiirin yhteisen potilasrekisterin puitteissa seuraavasti:

- Kiellon voi kohdistaa toimintayksikköön tai potilasrekisteriin. Jotta potilaan ei tarvitse tehdä tarpeettoman laajoja kieltoja, on suositeltavaa että kielto voidaan kohdistaa myös johonkin tiettyyn palvelutapahtumaan.
- Kun potilaalla on yhteisrekisterin sisältämän potilastiedon käyttöä rajoitettavia kieltoja, niissä kuvattuja potilastietoja ei voida luovuttaa rekisterinpitäjien välillä myöskään KanTa-palveluiden kautta.

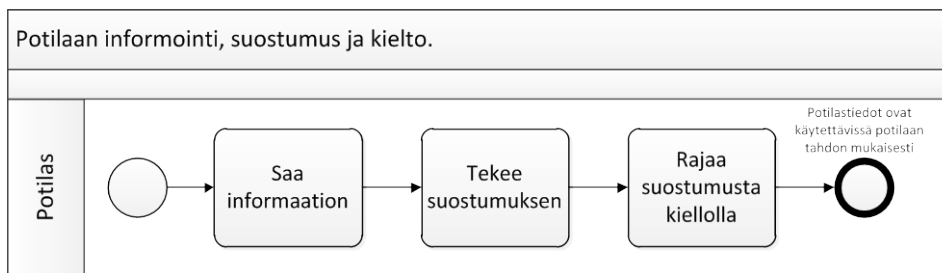
Kun yhteisrekisterin potilastietojen käyttöä rajoittava kieltotieto siirtyy kansallisiin palveluihin, KanTaan saattaa syntyä kieltotietoja ilman voimassa olevaa (asiakastietolain mukaista) suostumusta. Tällaisia kieltotietoja voidaan siirtää KanTa-palveluun myös ilman suostumustietoa, kun kiellot on alun perin tehty muualla. Lisäksi on huomattava, että KanTa-palvelussa voi olla asiakastietolain mukaisia kieltoja ilman suostumusta, kun potilaan aikaisemmin voimassa ollut suostumus on purettu kieltojen tekemisen jälkeen.

Asiakastietolain mukainen informointi ja suostumus

Asiakastietolain mukaisen suostumuksen ja kieltojen hallinnoinnin voi tehdä halutessaan joko palvelunantajan luona (kuviot 4-6) tai omien tietojen katseluyhteyden kautta (kuviot 7-8). Molemmilla tavoilla hallinnoituna lopputulos on sama sekä informoinnin että luotavien asiakirjojen osalta.

Dokumentissa kuvattu suostumuksen ja kieltojen hallinnan toiminnallinen prosessi sekä siihen liittyvät tietojärjestelmätason vastuutukset ovat tässä vaiheessa selvennäviä esimerkkejä. KanTa-palvelun toteutuksessa ja teknisissä määrittelyissä kuvataan niiden täsmällinen toteutustapa. Suostumusten ja kieltojen toiminnallinen periaate on, että KanTa-palvelu vastaa käytön logiikan toteutumisesta ja potilastietojärjestelmä käyttää palveluja.

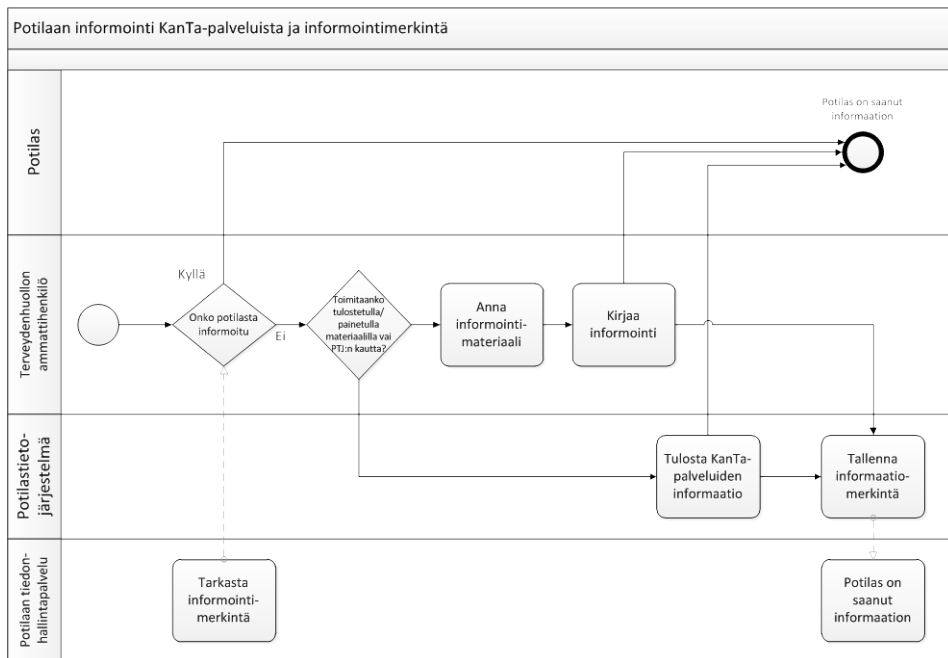
Kansallisen potilastietoja koskevan suostumuksen toimintamallista on haluttu selkeä ja helposti ymmärrettävä malli. Potilaalla on oikeus antaa laaja ja kattava suostumus. Potilasta hoitavalle henkilölle suostumus antaa mahdollisuuden tarjota hyvää hoitoa, kun saatavilla on potilasturvallisuuden kannalta välttämättömät tiedot hoidon kannalta tarpeellisissa tilanteissa. Kansallisessa suostumuksen ja kieltojen hallinnassa korostuvat kuitenkin myös perustuslain mukaiset potilaan oikeudet, kuten yksityisyyden suoja ja itsemääräämisoikeus. Potilasta informoidaan kansallisista palveluista. Potilaalla on oikeus antaa lupa häntä koskevien tietojen luovuttamisesta terveydenhuollon palvelujen antajien välillä, ja hänellä on myös oikeus halutessaan rajoittaa suostumuksen laajuutta erillisillä kielloilla (kuviokuva 2). Suostumus kohdistuu koko KanTa-arkistopalvelun sisältöön, mutta kielto kohdistuu vain joko palvelunantajaan tai palvelutapahtumaan.



Kuvio 2. Potilaan informointi, suostumus ja kiellot.

KanTa-palvelussa olevia potilastietoja saa luovuttaa toiselle terveydenhuollon palvelunantajalle potilaan terveyden- ja sairaanhoidon järjestämiseksi, kun potilaalla on voimassa oleva suostumus tietojen luovutuksesta. Kun potilas on antanut suostumuksensa tietojen luovuttamiseksi terveydenhuollon palvelujen välillä, suostumus kattaa kaikki palvelujen antajat ja on voimassa toistaiseksi. Erityistilanteen muodostavat tajuttomat potilaat, joilla ei ole suostumusta, tai potilaat, jotka jonkin muun syyn vuoksi ovat kykenemättömiä antamaan suostumusta kyseisessä tilanteessa. Tällaiset poikkeustilanteet ovat eroteltavissa luovutuslokista. Lisäksi potilaan hoitoasiakirjassa tulee olla kirjattuna hänen tilaansa kuvaava kliininen merkintä. Tässä on huomattava, että palvelunantajan omien asiakirjojen haku KanTa-palvelusta on selvaista potilastiedon käyttöä, joka ei edellytä potilaan suostumusta.

Palvelunantajan luona asioidessaan potilaan tulee saada palvelunantajalta tietoa kansallisesta tietojärjestelmäpalvelusta ja valtakunnalliseen arkistointipalveluun tallennetuista tiedoista sekä potilastiedon luovutuksesta ja käytöstä potilaan hoidossa (kuvio 3). Potilaan informoinnin prosessi alkaa sillä, että terveydenhuollon ammattihenkilö tarkistaa potilaan tiedonhallintapalvelusta, onko potilasta aiemmin informoitu. Jos potilaan tiedoissa ei ole merkintää informoinnista, hänelle annetaan informaatiomateriaali esimerkiksi tietojärjestelmästä tulostettuna. Tällöin informaatiomerkinä kirjautuu automaattisesti järjestelmässä. Informaatio voidaan antaa myös valmiiksi painettuna materiaalina, jolloin informaation jakanut ammattihenkilö suorittaa kirjauksen informaation antamisesta järjestelmään. Kun potilastietojärjestelmään kirjataan informaatio annetuksi, tieto siitä tallentuu välittömästi KanTa-palveluun, jossa merkintä informoinnista on jatkossa tarkastettavissa potilaan tiedonhallintapalvelussa.



Kuvio 3. Potilaan informointi kansallisista palveluista ja merkintä informaation antamisesta.

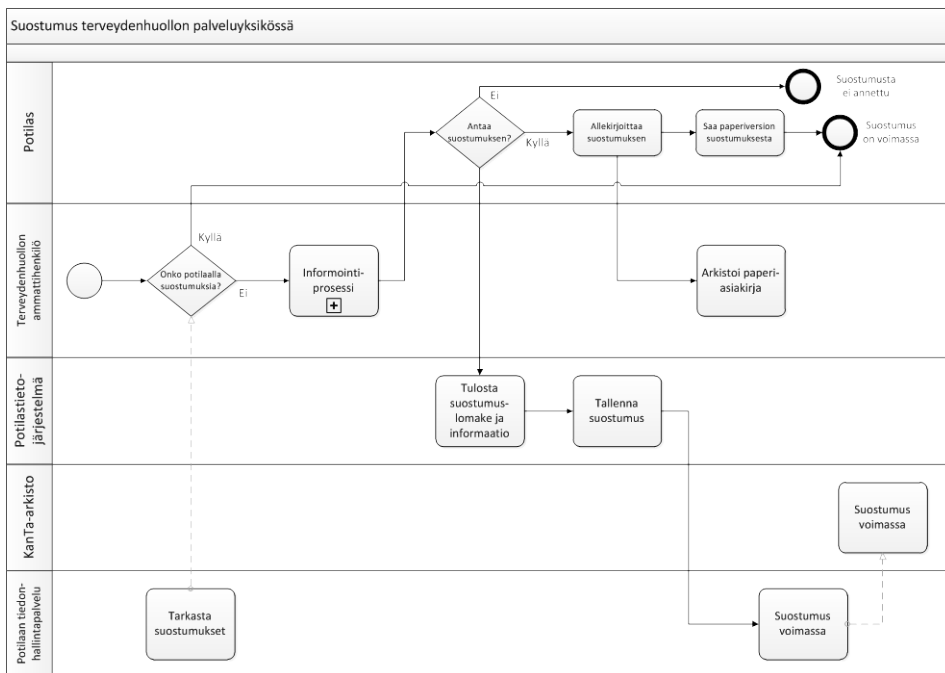
Jos potilaalla ei ole voimassa olevaa suostumusta, ja kun potilaan tiedoissa näkyy informointimerkintä, palvelunantaja voi harkita, onko tarpeen informoida potilasta myöhemmin uudelleen. Potilaan uudelleen informoiminen voi olla turhaa, jos potilas ei ole aikaisemminkaan halunnut antaa potilastietojen luovutuksen edellyttämää suostumusta.

Palvelunantajan luona asioidessaan potilaan tulee olla tietoinen antamansa suostumuksen tai tekemiensä kieltojen laajuudesta ja vaikutuksesta hoitotilanteissa. Suostumuksen antamisen (kuviot 4) yhteydessä potilaalle kerrotaan myös mahdollisuudesta rajata suostumuksen laajuutta kieltämällä erikseen määrittämiensä tietojen luovutuksen. Samassa yhteydessä potilaalle kerrotaan myös, että hänellä on mahdollisuus peruuttaa antamansa suostumus milloin tahansa (kuviot 5).

Potilaan informoinnin jälkeen suostumukseen liittyvä lomake tulostetaan esitäytettynä ja annetaan potilaalle allekirjoitettavaksi. Kun potilas on allekirjoittanut suostumuksen, tieto annetusta suostumuksesta tallennetaan potilastietojärjestelmään. Terveydenhuollon palvelunantaja arkistoi paperiasiakirjan Kansaneläkelaitoksen lukuun, ja potilas saa siitä oman kopionsa. Potilastietojärjestelmä tallentaa suostumuksen, ja tieto voimassa olevasta suostumuksesta siirtyy välittömästi KanTa-palveluun, jossa suostumus on jatkossa nähtävissä potilaan tiedonhallintapalvelussa.

Sanoman välittyminen potilastietojärjestelmän ja tiedonhallintapalvelun välillä vahvistetaan kuittauksin.

Poikkeus suostumuksen hallinnassa syntyy tilanteessa, jossa suostumusasiakirja on tulostettu ja potilas on sen allekirjoittanut, mutta suostumusta ei pystytä tallentamaan potilastietojärjestelmään eikä tieto siitä siirry välittömästi kansallisiin palveluihin. Potilastietojärjestelmän tulee varmistaa suostumusasiakirjan tallentaminen KanTa-palveluun ensi tilassa häiriön korjaannuttua. Tilanteessa myös potilasta tulee informoida suostumuksen voimaantulossa tapahtuvasta viiveestä.

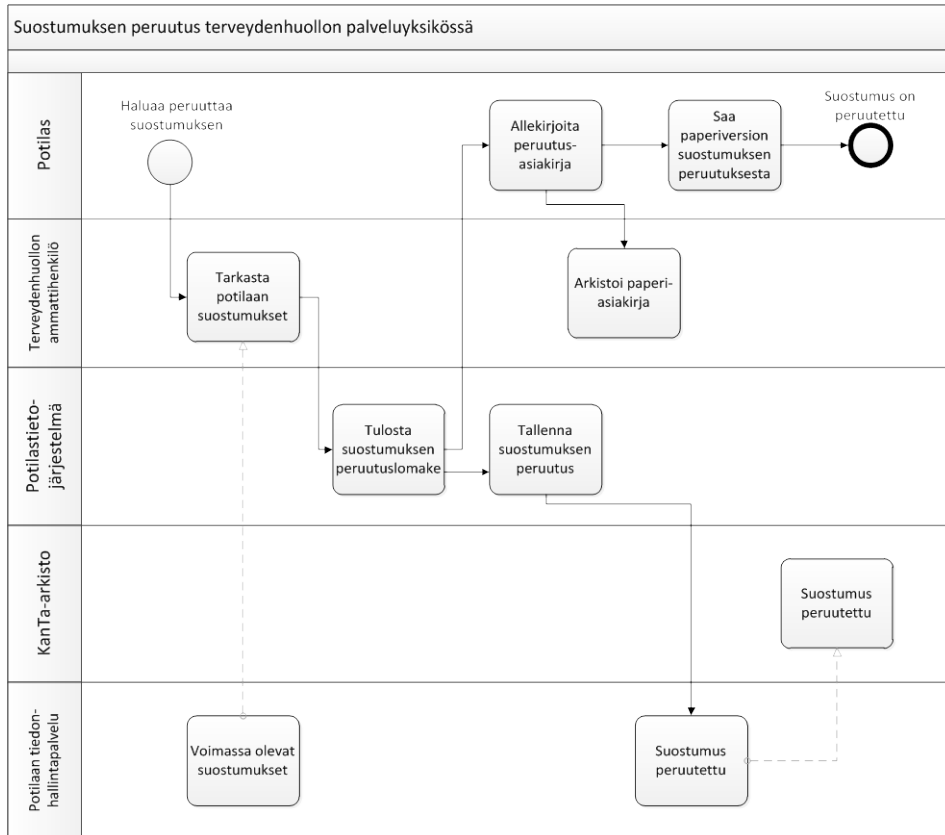


Kuvio 4. Suostumus annetaan terveydenhuollon palvelunantajan luona.

Kun potilas haluaa peruuttaa antamansa suostumuksen (kuvio 5), terveydenhuollon ammattihenkilö tarkistaa ensin potilaan voimassa olevan suostumuksen potilaan tiedonhallintapalvelusta. Koska potilaalla on voimassa oleva suostumus, hän on aikaisemmin saanut myös kansallisiin tietojärjestelmäpalveluihin liittyvän informaation, eikä häntä todennäköisesti tarvitse informoida uudestaan suostumuksen merkityksestä hoitotilanteissa.

Tällöin potilaalle tulostetaan suostumuksen peruutukseen liittyvä lomake esitetyttynä allekirjoitettavaksi. Kun potilas on allekirjoittanut suostumuksen peruutuksen, tieto annetusta suostumuksesta tallennetaan potilastietojärjestelmään. Terveydenhuollon ammattihenkilö arkistoi paperiasiakirjan Kansaneläkelaitoksen lu-

kuun, ja potilas saa siitä oman kopionsa. Potilastietojärjestelmä tallentaa suostumuksen peruutuksen, ja tieto suostumuksen peruutuksesta siirtyy välittömästi KanTa-palveluun. KanTa-tiedoissa näkyy jatkossa, että potilaalla ei ole tiedon luovutuksen edellyttämää voimassaolevaa suostumusta. Sanoman välittyminen potilastietojärjestelmän ja tiedonhallintapalvelun välillä vahvistetaan kuittauksin.



Kuvio 5. Suostumus peruutetaan terveydenhuollon palvelunantajan luona.

Poikkeus suostumuksen peruutuksessa syntyy tilanteessa, jossa suostumuksen peruutusasiakirja on tulostettu ja potilas on sen allekirjoittanut, mutta peruutusta ei pystytä tallentamaan potilastietojärjestelmään eikä tieto siitä siirry välittömästi kansallisiin palveluihin. Potilastietojärjestelmän tulee varmistaa peruutusasiakirjan tallentaminen KanTa-palveluun ensi tilassa häiriön korjaannuttua. Tilanteessa myös potilasta tulee informoida peruutuksen voimaantulossa tapahtuvasta viiveestä.

Kansalaisella tai potilaalla on oikeus hallinnoida suostumustaan milloin tahansa niin halutessaan. Myös silloin, kun kansalainen tai potilas haluaa muuttaa aikaisempaa suostumustietoaan, tieto muutoksesta on toimitettava viivytyksettä potilaan tie-

dohallintapalveluun, jotta muuttunut tilanne voidaan ottaa huomioon potilastiedon käytössä.

Kun palvelunantaja on todennut, että suostumus on voimassa, palvelunantaja voi esittää potilastietojen luovutuspyynnön, jotta haluttu potilastieto voidaan hakea KanTa-palvelusta. Riippumatta siitä, miten sähköisten potilastietojen luovutus yksityiskohdiltaan lopulta toteutuu, tietojen luovutuksesta syntyy aina lokimerkintä kansallisen arkiston luovutuslokiin. Itse potilasasiakirjaan ei luovutuksessa lisätä merkintöjä. Luovutuspyynnön esittäneen terveydenhuollon ammattihenkilön luotettava tunnistaminen ja hoitosuhteen olemassaolon varmistaminen tapahtuvat oman toimintayksikön potilastietojärjestelmän kautta.

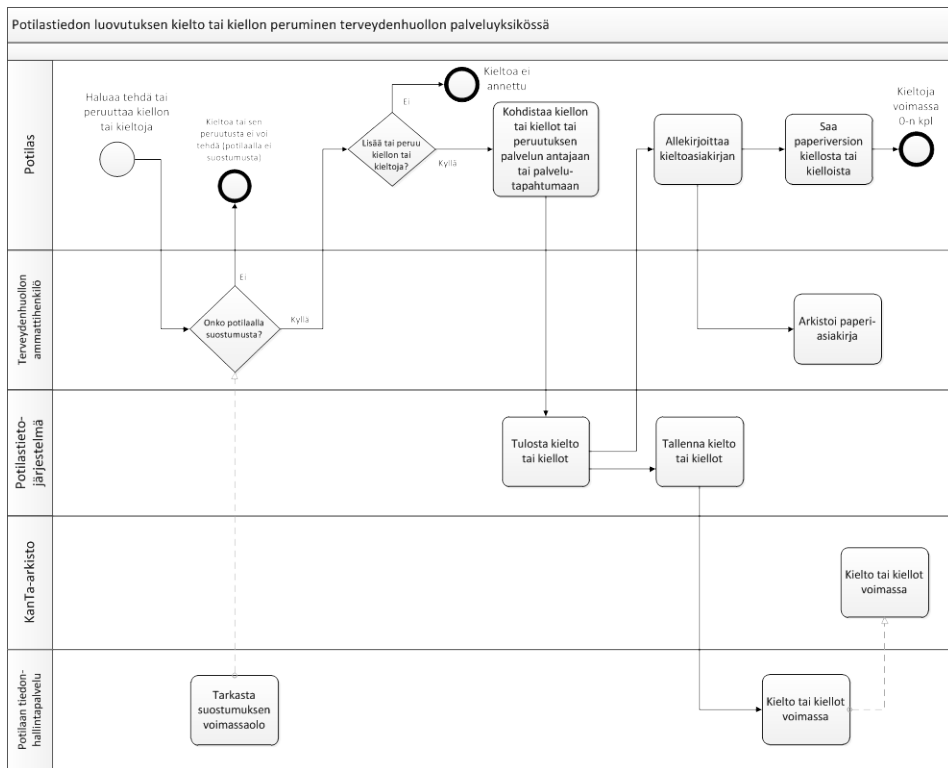
Asiakastietolain mukainen kiello

Kun potilaalla on voimassa oleva suostumus, hän voi rajata suostumuksen laajuutta ja sen mukaista potilastietojen luovutusta erillisillä kielloilla oman tarpeensa mukaan. Kiellon tai kieltoja voi tehdä palvelutapahtuman ja palvelunantajan perusteella (kuvio 6). Potilaalla on myös oikeus peruuttaa kiello tai kieltoja niin halutessaan.

Kun potilas haluaa tehdä tai peruuttaa kiellon tai kieltoja, potilas voi kohdistaa haluamansa kiellot tai aikaisempien kieltojen peruutukset palvelunantajaan tai palvelutapahtumaan. Potilastietojärjestelmän tulee päivittää säännöllisesti palvelunantajatiedot THL:n Koodistopalvelun ylläpitämästä SOTE-rekisteristä.

Valitut kiellot tai kieltojen peruutukset tallennetaan potilastietojärjestelmään, ja terveydenhuollon ammattihenkilö tulostaa näin muodostuvan asiakirjan potilaan allekirjoitettavaksi. Potilas allekirjoittaa asiakirjan, ja hän saa siitä oman paperikopionsa. Terveydenhuollon ammattihenkilö arkistoi paperiversion Kansaneläkelaitoksen lukuun, ja lisäksi tieto kielloista tai niiden peruutuksista siirtyy välittömästi potilastietojärjestelmästä KanTa-palveluun. Potilaan voimassa olevat kiellotiedot ovat tämän jälkeen nähtävissä potilaan tiedonhallintapalvelussa.

Kiellon antamiseen sisältyy potilaan informointi. Informointi hoidetaan käytännössä suostumuksen antamisen yhteydessä, kun potilasta informoidaan siihen liittyvistä seikoista (kts kuvio 3). Tämän jälkeen potilasta ei tarvitse informoida uudestaan riippumatta siitä, antaako hän kieltoja vai ei. Myöskään kiellon peruutuksen yhteydessä erillistä informaatiota ei tarvitse antaa.



Kuvio 6. Potilastiedon luovutuksen kieltäminen ja/tai kieltojen peruuminen terveydenhuollon palvelunantajan luona.

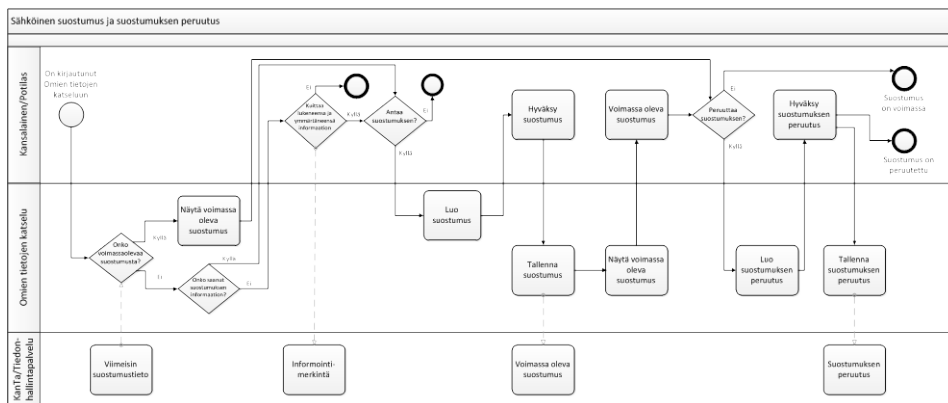
Potilastiedon luovutukseen liittyvän kieltojen tai niiden peruutusten yhteydessä poikkeustilanne syntyy, kun kieltoasiakirja tai kiellonperuutusasiakirja on tulostettu ja potilas on sen allekirjoittanut, mutta kieltotietoa ei pystytä tallentamaan potilastietojärjestelmään eikä tieto siitä siirry välittömästi kansalliseen palveluun. Potilastietojärjestelmän tulee varmistaa kieltoasiakirjan tallentaminen KanTa-palveluun ensi tilassa häiriön korjaannuttua. Poikkeustilanteessa myös potilasta tulee informoida kieltojen muutoksen voimaantulossa tapahtuneesta viiveestä.

Asiakastietolain mukainen informointi ja suostumus katseluyhteydessä

Kun suostumus ja/tai kielto annetaan sähköisesti omien tietojen katseluyhteyden avulla, kansalainen/potilas toimii omien tietojen katseluyhteyden kautta (kuvio 7-8). Omien tietojen katseluyhteyden kautta kansalainen/potilas näkee milloin tahansa tiedot voimassa olevista suostumuksestaan ja kielloistaan sekä pystyy tekemään niihin haluamiaan muutoksia.

Terveydenhuollon toiminnan kannalta oleellista on, että voimassaolevan suostumuksen tarkastaminen sujuisi vaivattomasti, eikä se tai potilastietojen luovutus ku-

luttaisi potilaan hoitoon varattua aikaa. Tavoitetilan mukaan normaali prosessi on sellainen, että vastaanotolle tulevalla potilaalla on voimassa oleva suostumus annettuna ja potilastiedot voidaan tarvittaessa hakea valmiiksi kansallisesta arkistosta. Voidaan myös olettaa, että omien tietojen katselun kautta hoidetun suostumuksen hallinnan osuus kasvaa verrattuna terveydenhuollon toimintayksikössä laadittaviin suostumuksiin. Tällöin potilas on omatoimisesti tai palvelunantajan pyynnöstä tarkastanut suostumuksensa ja/tai kiellonsa ajan tasalle ennen vastaanotolle tuloaan, ja tiedot annetuista suostumuksesta ja/tai kielloista sekä niiden muutoksista ovat tallentuneet välittömästi potilaan tiedonhallintapalveluun. Silloin tiedot ovat valmiina potilaan hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattihenkilöiden katsottavissa.



Kuvio 7. Suostumuksen hallinta ja informointimerkintä omien tietojen katseluyhteisyydessä.

Kansalainen tai potilas voi antaa suostumuksen tai muuttaa antamaansa suostumusta omatoimisesti omien tietojensa katselu –palvelussa (kuviot 7). Potilaan tiedonhallintapalvelu ja omiin tietoihin liittyvä katseluyhteys mahdollistaa, että täysikäiset henkilöt voivat tarkastella Internetin välityksellä keskeisiä kansalliseen terveysarkistoon tallennettuja tietojaan. Palvelussa on mahdollista saada informaatiota potilastietojen käsittelystä tietojärjestelmissä ja merkittävä informaatio saaduksi. Lisäksi palvelun välityksellä voi antaa suostumuksen, tehdä kiellon ja/tai peruuttaa niitä.

Suostumuksen hallinnan toiminnallisuuteen liittyvät periaatteet ovat samat kuin palvelunantajan luona annetun suostumuksen osalta. Kansalainen/potilas kuittaa ensin lukeneensa ja ymmärtäneensä suostumukseen tai kiellon sekä kansallisiin tietojärjestelmäpalveluihin liittyvän informaation. Informoinnin jälkeen kansalainen saa esitetyt näkymät, joihin hän hyväksyy oman suostumuksensa. Annettu suostumus tallentuu välittömästi KanTa-arkistoon ja on nähtävissä potilaan tiedonhallintapalvelussa.

Jos kansalainen/potilas haluaa muuttaa eli peruuttaa suostumuksensa, näytölle tulee näkyviin viimeisin, voimassa oleva suostumus. Kansalainen/potilas valitsee suostumuksen peruutuksen ja hyväksyy peruutuksen. Tieto suostumuksen peruutuksesta tallentuu välittömästi KanTa-arkistoon ja on nähtävissä potilaan tiedonhallintapalvelussa.

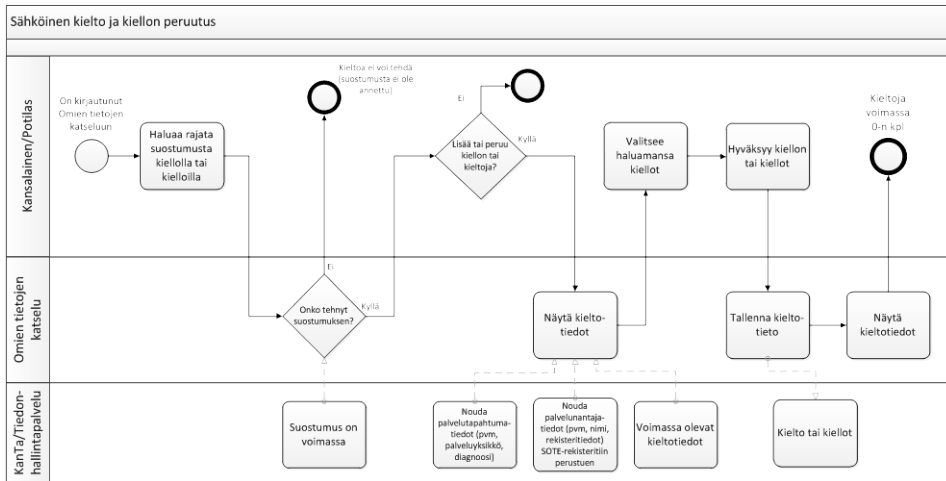
Omien tietojen katselun kautta suostumusta hallinnoidessa poikkeus syntyy tilanteissa, jossa yhteys palveluun katkeaa. Tällöin suostumus jää tallentumatta KanTa-palveluun. Toteutuksessa tuleekin huomioida, että KanTa-palvelun tulee vahvistaa suostumuksen tai sen muutoksen onnistunut tallennus kansalaiselle.

Asiakastietolain mukainen kiello katseluyhteydessä

Kansalainen tai potilas voi rajata potilastietojensa luovutusta erillisellä kieltolomakkeella omien tietojen katselu –palvelussa (kuviot 8). Kiellon tai kieltojen antamisen edellytyksenä on, että kansalaisella/potilaalla on voimassa oleva suostumus. Mahdollinen myöhemmin tehty suostumuksen peruutus ei kuitenkaan peruuta annettuja kieltoja.

Jos kansalaisella/potilaalla ei ole aikaisempia potilastietojen luovutusta rajoittavia kieltoja, hän on kuitenkin saanut informoinnin ja suostumuksen tekemisen yhteydessä kansallisiin palveluihin liittyvän informaation. Kun kansalainen/potilas haluaa antaa kiellon tai kieltoja tai peruuttaa aikaisempia kieltoja, katseluyhteyteen tulee näkyviin listaus kansalaisen/potilaan voimassa olevista kieltotiedoista, palvelutapahtumatiedoista ja palvelunantajatieoista kiellon tai peruutuksen kohdistamista varten. Omien tietojen katselu hakee palvelutapahtumatiedot KanTa-arkistosta ja palvelunantajatieot SOTE-rekisteritietojen pohjalta kieltojen kohdistamista varten.

Kansalainen/potilas valitsee haluamansa kiellot tai niiden peruutukset ja hyväksyy tekemänsä muutokset kieltotietoihin. Kieltotiedot tallentuvat välittömästi KanTa-arkistoon ja ovat hoitoon osallistuvien osapuolten nähtävissä tiedonhallintapalvelussa.



Kuvio 8. Kieltojen hallinta omien tietojen katseluyhteisessä.

Omien tietojen katselun kautta kieltoja hallinnoidessa poikkeus syntyy tilanteessa, jossa yhteys palveluun katkeaa. Tällöin kiellot jäävät tallentumatta KanTa-palveluun. Toteutuksessa tulee huomioida, että kieltojen tai niiden peruutuksen onnistunut tallennus vahvistetaan kansalaiselle.

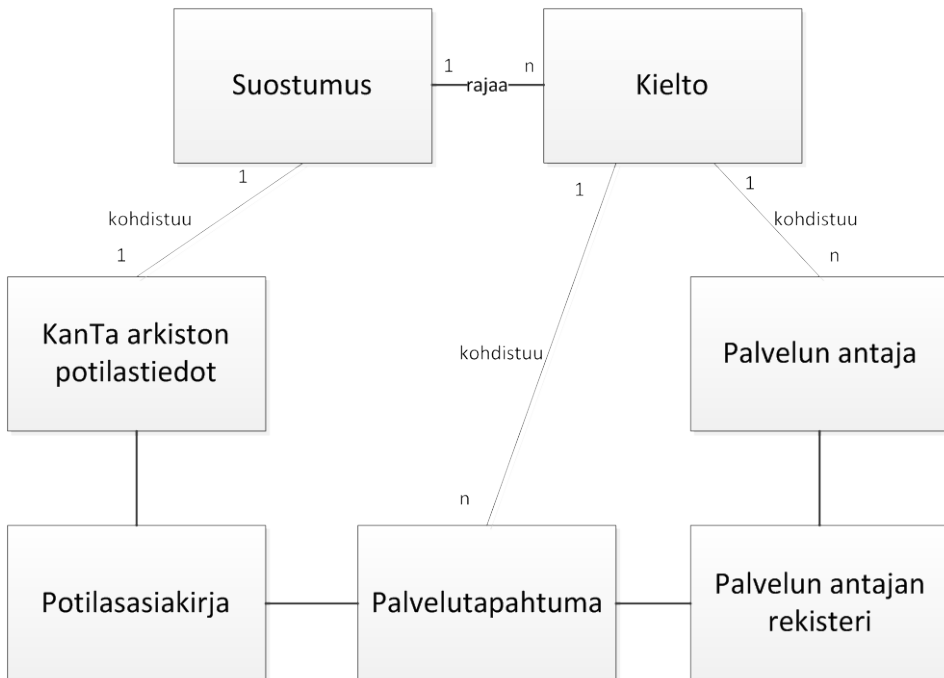
Hoitotahtoon perustuva kieltojen ehdollinen peruutus

Kansalainen/potilas voi niin halutessaan ilmoittaa hoitotahdolla kieltojen ehdollisesta peruutuksesta hätätilanteessa (Kela 2011b). Tahdonilmaus löytyy kieltoasiakirjasta, ja sen perusteella potilaan tekemät kiellot voidaan ohittaa hätätilanteessa. Tällöin sekä tiedonhallintapalvelun keskeiset tiedot että kansallisen arkiston potilastiedot ovat käytettävissä hätätilanteessa. Hoitotahdon asiakirjassa kerrotaan, että hätähaakuun liittyvän tahdonilmauksen voi tehdä potilastiedon luovutuskiellon laatimisen yhteydessä.

- Juridisesti hätähaakuun liittyvä tahdonilmaus on osa hoitotahtoa.
- Kansalaisella/potilaalla on mahdollisuus antaa hoitotahtoon perustuva kieltojen ehdollinen peruutus sekä palvelunantajan luona kieltolomakkeella että omien tietojen katselussa.
- Tieto kieltojen ehdollisen peruutuksen mahdollisuudesta lisätään myös osaksi informointilomaketta.

Käsittemalli

Suostumus (kuvio 9) kattaa kansallisen potilastietoarkiston sisältämän potilastiedon kokonaisuudessaan. Tehtyä suostumusta voi rajata kiellolla. Kiellon voi kohdistaa palvelutapahtumaan tai palvelunantajaan, joka on myös rekisterinpitäjä. Kielto voi koskea yhtä tai useaa palvelutapahtumaa tai yhtä tai useaa palvelunantajaa. Jos potilas kieltää luovuttamasta yksittäisen palvelunantajan tietoja, kiello kattaa myös mahdolliset aikaisemmat palvelutapahtumiin kohdistuvat kiellot. Suostumuksen ja kieltojen konteksti on esitelty kuviossa 10.



Kuvio 9. Kansalaisen itse hallinnoima suostumus ja kiello tiedonhallintapalvelussa. Kuviossa esimerkiksi yksi kiello voi kohdistua useaan palvelutapahtumaan (1...n).

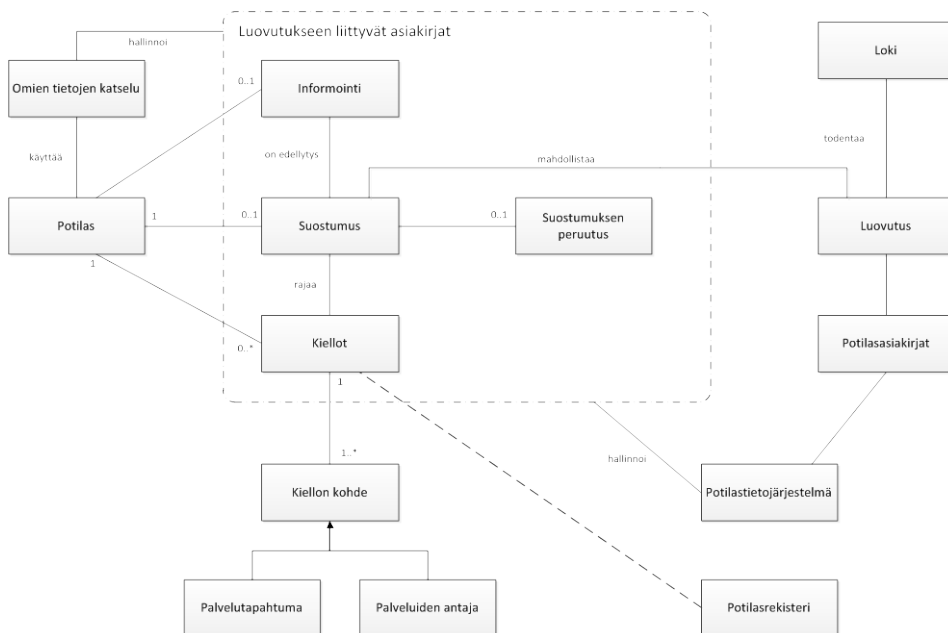
Suostumuksenhallintaan liittyviä yleisiä käsitteitä ja ilmauksia ovat:

- **Kansalainen** antaa suostumuksen tai rajaa suostumusta kiellolla. Kansalainen voi toimia erilaisissa rooleissa, kuten **asiakkaana**, jolla ei ole hoitosuhdetta organisaatioon; **potilaana** eli terveyden- ja sairaanhoitopalveluiden käyttäjänä tai niiden kohteena olevana henkilönä; tai potilaan **laillisenä edustajana** tai alaikäisen potilaan huoltajana, joka on myös alaikäisen laillinen edustaja, ellei toisin ole määrätty.

- **Terveyden- ja sairaanhoito** on potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä.
- **Palvelunjärjestäjä** on taho, jolla on lakiin perustuva järjestämisvastuu potilaan hoidosta. Palvelunjärjestäjä on potilaan hoidosta syntyvien potilasasiakirjojen rekisterinpitäjä.
- **Palveluntuottaja** on taho, joka vastaa potilaan hoidon toteuttamisesta. Palvelun tuottaja vastaa potilaan potilasasiakirjamerkinnoistä.
- **Palvelunantaja** (vert palvelun tuottaja) on palvelun järjestäjän toimeksiannosta tai itsenäisesti hoitoa tuottava terveydenhuollon organisaatio. Palvelunantaja on yleisnimitys missä tahansa roolissa yksittäisen potilaan hoitoon osalliselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai yksittäiselle ammatinharjoittajalle.
- **Palveluntoteuttaja** on taho, joka toteuttaa potilaan hoidon. Palvelun toteuttaja tulee ilmetä potilasasiakirjamerkinnoistä.
- **Terveydenhuollon ammattihenkilö** on terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu henkilö. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat laillistetut, luvan saaneet ja nimikesuojatut ammattihenkilöt.
- **Palvelutapahtuma** on terveydenhuollon palvelujen antajan ja potilaan välinen yksittäisen palvelun järjestäminen tai toteuttaminen sekä siihen ajallisesti ja asiallisesti liittyvät tutkimukset, toimenpiteet, konsultaatiot ja yhteydenotot.
- **Potilastieto** on potilasta koskeva tieto, joka sisältyy potilaslaissa tarkoitettuun potilasasiakirjaan.
- **Potilastiedon luovutus** on potilastiedon toimittamista kansallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla tai muulla tavoin toiselle terveydenhuollon palvelujen antajalle. Luovutuksen tulee perustua potilaan suostumukseen tai luovutuksen oikeuttavan lain säännökseen.
- **Suostumus** on vapaaehtoinen, yksilöity ja tietoinen tahdon ilmaisu, jolla henkilö, jota henkilötieto koskee, hyväksyy henkilötietojensa käsittelyn. Suostumuksen antajan tulee tietää, missä asioissa hänen suostumustaan tarvitaan ja mihin hän suostuu.
- **Kielto** koskee tilannetta, jossa potilas kieltää potilastietojensa luovuttamisen muilta kuin potilastiedot tuottaneelta rekisterinpitäjältä.
- **Potilaan tiedonhallintapalvelu** on kansallinen palvelu, joka sisältää seuraavat palvelut ja toiminnot: 1) tieto potilaalle valtakunnallisista tietojärjestelmäpalveluista annetusta informaatiosta, 2) potilaan antamat suostumukset, 3) potilaan tekemät kiellot, 4) potilaan tekemä elinluovutuskielto ja muut elinluovutuksia koskevat tahdonilmaisut, 5) potilaan hoitotahto, 6) muut potilaan terveyden- ja sairaanhoitoa koskevat tah-

donilmaisut, sekä 7) potilaan terveyden- ja sairaanhoidon kannalta keskeiset tiedot, kuten esimerkiksi tietoja toimenpiteistä, rokotuksista, laboratoriotuloksista, fysiologista mittauksista, lääkityksestä, diagnooseista, riskitiedoista sekä hoitosuunnitelma.

- **Omien tietojen katselu** on kansallinen palvelu, jonka avulla kansalainen voi tarkastella antamia tahdonilmaisuja, suostumuksia ja kieltoja sekä tarvittaessa hallinnoida niitä sekä nähdä potilastietojaan koskevan luovutustiedon. Kansalainen pystyy tarkastelemaan myös tiettyjä terveydenhoidossa syntyneitä tietojaan tai terveydenhuoltoon liittyviä tahdonilmaisujaan katseluyhteydessä.
- **Potilasrekisteri** on henkilörekisteri, jossa on potilastietoja. Potilasrekistereillä on eri tyyppisiä, kuten julkinen potilashoito, työterveyshuolto ja yksityinen terveydenhuolto.
- **Yhteisrekisteri**, terveydenhuollon yhteinen potilastietorekisteri, sairaanhoitopiiriin yhteisrekisteri on sairaanhoitopiiriin alueella olevien julkisen terveydenhuollon rekisterinpitäjien potilastietorekisterien kokonaisuus.



Kuvio 10. Suostumuksen ja kiellon käsitteympäristö. Kuviossa esimerkiksi yhdellä potilaalla (1) voi olla ei yhtään tai yksi suostumus (0..1) ja ei yhtään tai useita kielloja (0..*).

Luovutushallintapalvelun arkkitehtuurimalli

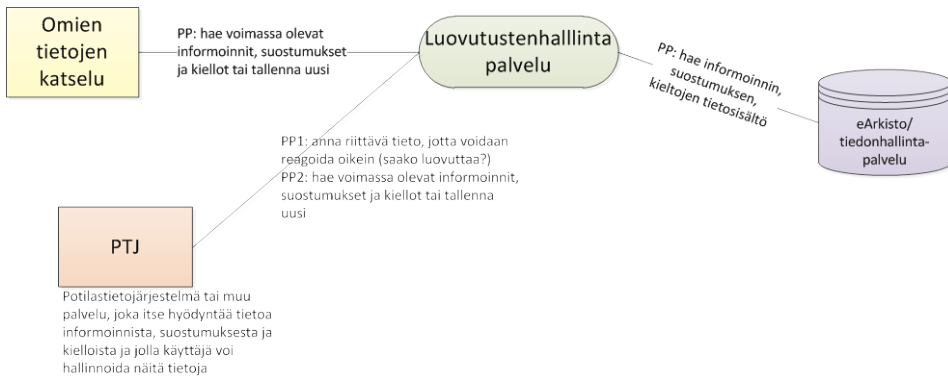
Potilaan sekä kansalliseen arkistopalveluun että yhteiseen potilasrekisteriin liittyvät suostumus, informointi ja mahdolliset kiellot määrittelevät potilastiedon käyttöä ja luovuttamista KanTa-arkistosta. KanTa-arkiston ja potilastietojärjestelmän välillä toimii luovutushallintapalvelu, joka tarkistaa potilastiedon käyttöön liittyvät informoinnin ja tahdonilmaukset tiedon käytön yhteydessä. Lisäksi palvelu tukee suostumuksen, potilaan informointia koskevan merkinnän sekä mahdollisten kieltojen hallintaa myös silloin, kun näitä ylläpidetään potilastietojärjestelmästä käsin kansalaiselle tarkoitetun omien tietojen katselun mahdollistaman ylläpidon lisäksi.

Ennen liittymistä KanTaan ja sen luovutushallintapalveluun joillakin alueilla tai sairaanhoitopiireissä saattaa olla käytössä oma tiedonluovutuksia hallinnoiva palvelu. Tässä vaiheessa KanTaan tallentuvat suostumukset ja –kiellot tehtäisiin ensisijaisesti omien tietojen katselun kautta, ja kansallinen luovutushallintapalvelu vastaisi niiden käsittelystä. Yhteiseen potilasrekisteriin liittyvä informointi ja kiellot selviäisivät tässä vaiheessa palvelupyynnöllä ensisijaisesti mahdollisen alueellisen palvelun kautta.

Koska alueellisia luovutushallintapalveluita on jo rakenteilla, on tärkeätä, että niissä tehdyt ratkaisut ovat yhdenmukaisia kansallisen ratkaisun kanssa, jotta tarvittava jatkokehitys ei aiheuta suuria muutoksia. Ongelmana tässä mallissa on päällekkäisten palveluiden rakentaminen sekä palveluiden rakentamiseen liittyvät vastuut.

Omien tietojen kautta potilas/kansalainen voi tarkastella tai hallinnoida suostumusta, informointia ja kieltoja. Potilastietojärjestelmän kautta voidaan hallinnoida suostumusta, informointia ja kieltoja, mutta myös käyttää jo voimassa olevaa suostumus- ja kieltotietoa potilastiedon luovutuksen yhteydessä. Potilastietojärjestelmä tai muu palvelu voi tässä olla mikä tahansa järjestelmä tai palvelu, joka mahdollistaa luotettavan tunnistamisen.

Kuviossa 11 kuvataan luovutushallintapalvelua tavoitetilassa KanTaliittymisen jälkeen, jolloin päällekkäisiä alueellisia ja kansallisia palveluita ei välttämättä tarvita. Kun kansallinen palvelu on käyttöön otettu, sairaanhoitopiireissä säilyy mahdollisesti KanTaan liittymisen jälkeenkin erilaisia alueellisia palveluja, mutta esimerkiksi alueellisia kieltoja käytettäisiin pääsääntöisesti KanTa-palvelusta käsin.



Kuvio 11. Kansallinen luovutushallintamalli KanTa-liittymisen jälkeen.

Palvelun kehittämisen ensimmäisessä vaiheessa tavoitteena on, että luovutushallintapalvelu kattaa KanTa-arkistoon liittyvät informoinnin, suostumuksen ja kiellot sekä yhteiseen potilasrekisteriin liittyvät informoinnin ja kiellot. Palvelun jatkokehityksen myötä on mahdollista huomioida esimerkiksi sähköiseen reseptiin liittyvät informointi ja suostumus (kyllä/ei –malli), biopankkiin liittyvät valtuutuskäytännöt, muut alueelliset ja/tai paikalliset suostumusmallit sekä Julki-IT –kehitystyön myötä mahdollisesti muodostuvat palvelupyynnöt. Jotta palvelu voisi hoitaa kattavasti erilaisia suostumuksia, informointeja sekä kielloja, tarvitaan yhteisiä tietomäärittelyitä ja yhdenmukaisia palvelupyynnöitä.

Luovutushallintapalvelun arkkitehtuurimallin kuvausta täydentävät palvelupyynnöt ja käyttötapaukset löytyvät KanTa-dokumentista eArkisto: Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset (Kela 2011a).

Osa 2: Rakenteisen potilaskertomuksen käyttöön liittyviä määräyssiä

Lasten kasvukäyrien vaatimusmäärittelyt

Käytössä olevat suomalaisten lasten kasvukäyrät perustuvat vuosina 1954 – 1972 syntyneiden lasten kasvutietoihin. Keskipituuden kasvun ja murrosiän aikaistumisen vuoksi lasten kasvutapa on viime vuosikymmeninä muuttunut siinä määrin, että uuden vertailuaineiston käyttöönotto on perusteltua. Samalla kasvukäyrät ovat siirtyneet pääosin sähköisiksi, ilman että niiden tietosisältöä tai ulkoasua olisi yhdenmukaisesti ohjeistettu. Tämä on johtanut tilanteeseen, jossa yhden terveydenhuollon toimijan keräämiä kasvutietoja ei ole voitu sähköisesti siirtää toiselle toimijalla, kuten esimerkiksi neuvolasta keskussairaalaan, kuin yksinkertaisessa, numeerisessa muodossa. Kasvutietoihin liittyvä kehittämistarve koskeekin ennen kaikkea kasvutietojen graafista, entistä informatiivisempaa esittämistapaa.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen pääjohtaja asetti 4.12.2009 kansallisen asiantuntijaryhmän tukemaan valtakunnallista lasten kasvustandardien uudistamistyötä. Työryhmän tehtävänä oli ottaa kantaa kasvun seurantaan ja seulontaan liittyviin kysymyksiin, joita ei tällä hetkellä ole sovittu valtakunnallisesti.

Tässä luvussa kuvataan asiantuntijaryhmän antamien suositusten potilastietojärjestelmiin liittyvät osat. Uudistuksen perusteet ovat kuvattu tarkemmin asiantuntijaryhmän raportissa *Lasten kasvunseurannan uudistaminen* (THL 2011d). Asiantuntijaryhmän raportti pohjautuu *Kansallinen kasvutietokanta* –hankkeen tuloksiin (Saari et al; 2010a, 2010b).

Kasvukäyrässä käytettävät kasvustandardit ja –seulat

Kansallinen kasvutietokanta –hankkeessa kasvustandardit ja –seulat määriteltiin ohjelmistotasolla seuraaviksi:

Sukupuolikohtaiset kasvustandardit

1. Ikäkohtainen pituuskavun standardi (0 – 20 –vuotiaille)
2. Ikäkohtainen painostandardi (0 – 20 –vuotiaille)
3. Pituuskohtainen painostandardi (pituuksille 45 – 195 cm)
4. Ikäkohtainen painopainoindexistandardi (2 – 20 –vuotiaille)
5. Ikäkohtainen päänympärysstandardi (0 – 7 –vuotiaille)

Sukupuolikohtaiset kasvuseulat

1. Ikäkohtainen alipituuden kasvuseula
2. Ikäkohtainen ylipituuden kasvuseula

3. Ikäkohtainen odotuspituuden kasvuseula
4. Pituuskohtainen alipainon seula (alle 2-vuotiaille)
5. Pituuskohtaiset ylipainon ja lihavuuden seulat (alle 2-vuotiaille)
6. Ikäkohtainen painoindeksiin perustuva alipainon seula (yli 2-vuotiaille, asteen 2 ja 3 laihuus)
7. Ikäkohtainen painoindeksiin perustuva ylipainon ja lihavuuden seula (yli 2-vuotiaille)
8. Suhteellisen pituuden muutosseulat 0 – 12-vuotiaille
9. Päänympäryksen kasvun muutosseulat 0 – 7-vuotiaille

Vastasyntyneiden ja keskosenä syntyneiden sukupuolikohtaiset kasvustandardit

1. Gestaatioikäkohtainen (23 – 43 rv) syntymäpainon, -pituuden ja -päänympäryksen standardi
 - a. Yksisikiöisille
 - b. Kaksosille
 - c. Ensi- ja monisyntyneiden vastasyntyneille
2. Gestaatioikäkohtaiset (23 – 43 rv) keskosten kasvun seurantakäyrästä
 - a. Syntymäkoon käyrästä mukaisesti
 - b. Todellisen toteutuneen kasvun mukaisesti (tulossa)
3. Keskosten kasvukäyrästä 23 raskausviikkoa – korjattu 1 (-2) vuoden ikä

Vastasyntyneiden ja keskosenä syntyneiden sukupuolikohtaiset syntymäkoon seulat

1. Gestaatioiän mukainen syntymäkoon seula
2. Yksisikiöisille
3. Kaksosille (ja monikkoraskaudesta syntyneille)

Kasvun tarkastelutavat ja indikaattorit kasvukäyrillä

Merkittävin uudistus on painon arvioinnin perustuminen kahden vuoden iästä lähtien ensisijaisesti painoindeksiin, minkä lisäksi pituuspainokäyrät ovat käytettävissä tarvittaessa. Ehdotus on yhdenmukainen Lasten lihavuus – Käypä hoito -suosituksen kanssa. Päänympärystandardi voidaan tehdä korkeintaan seitsemän vuoden ikäisille, koska sitä vanhemmille ei ole vertailuaineistoa (terveydenhuollossa päänympäry mitataan ainoastaan lastenneuvolaikäisiltä).

Alla olevassa taulukossa 2 on kuvattu suositus kasvukäyrien graafiselle ulkoasulle. Ulkoasun yhteneväisyys eri tietojärjestelmissä tukee kasvun tarkastelun yhtenäistä tulkintaa. Taulukossa kuvattujen suositusten oikeaan toteuttamiseen tarvitaan lasten kasvun tarkastelun osaamista, joten tietojärjestelmätoimittajien toivotaan noudattavan kansallisia linjauksia, mutta tarpeen vaatiessa voidaan konsultoida lastenendokrinologeja tai muita kliinisiä asiantuntijoita toteutuksen yksityiskohdista.

Taulukko 2. Kasvukäyräohjelmistoihin suositellut 0 – 2 ja 1 – 20 -vuotiaiden uudistettujen kasvukäyrien skaalat, mittakaavat ja taustakäyrät.

	0-2 vuotta	1-20 vuotta
Ikäkohtainen pituus senttimetreinä	Samaan näkymään ikäkohtainen paino kilogrammoina – käyrän kanssa	Samaan näkymään ikäkohtainen paino kilogrammoina – käyrän kanssa
Skaala	40 - 100 cm	0 - 210 cm
Mittakaava	2,5 cm / 0,1 v = 1	10 cm / 1 v = 1
Taustakäyrät	-2 SD, -1 SD, 0 SD, +1 SD, +2 SD	-2 SD, -1 SD, 0 SD, +1 SD, +2 SD
Ikäkohtainen pituus SD-yksikköinä		Samaan käyrään ikäpohjainen BMI SD-yksikköinä –käyrän kanssa
Skaala	-7 SD - +6 SD	-7 SD - +6 SD
Mittakaava	1 SD / 0,1 v = 1	1 SD / 1 v = 1
Taustakäyrät	Odotuspituus, isometrit haluttaessa	Odotuspituus, isometrit haluttaessa
Ikäkohtainen paino kilogrammoina	Samaan näkymään ikäkohtainen pituus senttimetreinä – käyrän kanssa	Samaan näkymään ikäkohtainen pituus senttimetreinä – käyrän kanssa
Skaala	0 – 30 kg	0 – 210 kg
Mittakaava	2,5 kg / 0,1 v = 1	1 kg / 1 v = 1
Taustakäyrät	-2 SD, -1 SD, 0 SD, +1 SD, +2 SD	
Pituuskohtainen painoprosentti	Pituuden skaala x-akselilla 40 – 100 cm	Pituuden skaala x-akselilla 70 – 190 cm
Skaala	-40 % - +100 %	-50 % - +100 %
Mittakaava	40 % / 10 cm = 1	20 % / 10 % = 1
Taustakäyrät	Isopondit haluttaessa	Isopondit haluttaessa
Ikäkohtainen BMI kg/m ²		
Skaala	-	10 – 40 kg/m ²
Mittakaava	-	2 kg/m ² / 1 v = 1
Taustakäyrät	-	Ylipaino ja lihavuus sekä alipaino ja laihuus haluttaessa
Ikäkohtainen BMI SD-yksikköinä		
Skaala	-	-7 SD - +6 SD
Mittakaava	-	1 SD / 1 V = 1
Taustakäyrät	-	Ylipaino ja lihavuus sekä alipaino ja laihuus haluttaessa
Ikäkohtainen päänympärysenttimetreinä		län skaala 0 – 7 v
Skaala	30 – 60 cm	30 – 65 cm
Mittakaava	2,5 cm / 0,1 v = 1	10 cm / 1 v = 1
Taustakäyrät	-2 SD, -1 SD, 0 SD, +1 SD, +2 SD	-2 SD, -1 SD, 0 SD, +1 SD, +2 SD

Kirjallisessa muodossa ilmaistavat tausta- ja mittatiedot

Kasvun arviointia varten tarvittavat taustatiedot kirjataan kasvukäyräsovellukseen ensimmäisten mittatietojen kirjaamisen yhteydessä. Kasvukäyrien lisäksi kasvutietoja on pystyttävä tarkastelemaan numeerisessa muodossa tulostuskelpoisessa mittatietotaulukossa, jota koskevat suositukset ovat nähtävissä taulukossa. Kasvukäyriin liitetään tieto myös pitkäaikaissairauksista ja niiden hoidoista (esimerkiksi astma). Alla olevassa taulukossa 3 kuvattujen suositusten oikeaan toteuttamiseen tarvitaan lasten kasvun tarkastelun osaamista, joten tietojärjestelmätoimittajien toivotaan noudattavan kansallisia linjauksia, mutta tarpeen vaatiessa voidaan konsultoida lastenendokrinologeja tai muita kliinisiä asiantuntijoita toteutuksen yksityiskohdista.

Kerättäviä (ja siten kasvukäyrään kirjattavia) taustatietoja ovat:

- Syntymäkoko (pituus ja pään ympäryys senttimetreinä, paino kilogrammoina kolmen desimaalin tarkkuudella) sekä syntymäpainon ja -pituuden SD yhden desimaalin tarkkuudella
- Gestaatioikä syntyessä (vaikuttaa syntymäkoon normaaliuden arvioon)
- Vanhempien pituusmitat senttimetrin tarkkuudella
- Odotuspituus (laskettu edellisistä)
- Vanhempien kypsyntymisaikataulu (sanallinen kuvaus)
- Äidin menarkeikä (sanallinen kuvaus)

Taulukko 3. Mittatietotaulukossa näkyvät kasvukäyrään jatkuvasti täydennettävät tiedot. Huom! Vähimmäistarkkuus ei ole sama kuin kirjaamistarkkuus mitattaessa.

	Yksikkö	Vähimmäistarkkuus
Mittauspäivä	Päivämäärä (pp.kk.vvvv)	Päivä
Ikä	Vuosi (v)	Kaksi desimaalia
Mitattavat suureet		
Pituus	Senttimetri	Yksi desimaali
Paino	Kilogramma	Kaksi desimaalia
Pään ympäryys	Senttimetri	Yksi desimaali
Puberteettiaste	Tannerin asteet	Kokonaisluku (1 – 5)
Luustoikä	Vuosi ja kuukausi	Kuukausi
Laskennalliset suureet		
Painoindeksi	Kg/m ²	Yksi desimaali
ISO-BMI	Kg/m ²	Yksi desimaali
Pituuspaino	Prosentti	Kokonaisluku
Pinta-ala	Neliometri	Kaksi desimaalia
Pituuden SDS	SD (lukuarvo)	Yksi desimaali
Pään ympäryksen SDS	SD (lukuarvo)	Yksi desimaali
Luustoian SDS	SD (lukuarvo)	Yksi desimaali

Kasvuseulat

Kasvukäyräohjelmiston tulee laskea lasten kasvun poikkeavuuden seulantarajat, jotka on mallinnettu *Kansallisessa kasvutietokanta* -hankkeessa. Ohjelmiston tulee antaa käyttäjälleen huomautus seulantasaännön rikkoutuessa. Seulantasaäntöjen tulee olla kansallisesti yhteneväisiä.

Koska lapsen kehon rakenne muuttuu iän mukana, tarvitaan ikä- ja sukupuoli-kohtaiset kasvuseulat. Uuden kasvustandardin seulasäännöt ovat matemaattisesti monimutkaisia, ja niitä voidaan käyttää vain ohjelasovellusten kautta. Käytännön työssä automaattinen kasvuseulaohjelma hälyttää, mikäli kasvuseulasäännöt rikkoutuvat. Jos kasvu rikkoo useita kasvuseulan rajoja, on poikkeama todennäköisesti merkittävä.

Pituusseulat

Pituusseulat arvioivat lapsen suhteellista ikäkohtaista pituutta (pituuden SDS:a), suhteellisen pituuden poikkeamista odotuspituudesta ja myös suhteellisen pituuden muutosta. Ikäkohtaisen pituuden seulat ja odotuspituuden seulat toimivat kaikenikäi-

sille, mutta suhteellisen pituuden muutosseulat vain ikävälillä 0 – 12 vuotta. Pituuden seularajat on asetettu poimimaan 2,5 % (keltainen huomautus) ja 0,5 % (punainen hälytys) lapsista (sisältää sairauden tai muun häiriön vuoksi patologistesti kasvavat).

Painoseulat

Painoseulat arvioivat sekä absoluuttista painoa että painon muutosta. Ne antavat suuntaviivat tilanteisiin, joissa painonkehitystä on selvitettävä ja seurattava tarkemmin. Kaksivuotiailla ja sitä nuoremmilla painon ja painon muutoksen seulat arvioivat suoraan painonkehitystä sekä painon poikkeamaa pituuden mukaisen painon mediaanista. Heillä alipainon seulat hälyttävät yhdellä prosentilla kaikista lapsista, ylipainon seulat viidellä prosentilla. Yli 2-vuotiailla lapsilla painon muutosseula arvioi edellisten painon suureiden lisäksi myös painoindeksin muutosta.

Aikuisten alipainon ja laihuuden rajoiksi ovat vakiintuneet painoindeksin arvot 16 ja 17 kg/m². Alipainon ja laihuuden rajat eri ikäisille, yli kaksivuotiaille lapsille vastaavat aikuisten painoindeksin arvoja 16 ja 17 kg/m². Vastaavasti aikuisten ylipainon ja lihavuuden rajoiksi ovat vakiintuneet painoindeksin arvot 25 ja 30 kg/m². Näiden painoindeksilukujen ylittyminen aikuisiässä on selkeässä yhteydessä lihavuuteen liittyvien terveystarkien lisääntymiseen. Uudistetussa painon seulonnassa yli 2-vuotiaiden lasten ylipainon ja lihavuuden rajat vastaavat aikuisten painoindeksiarvoja 25 ja 30 kg/m² (aikuista vastaava painoindeksi, ISO-BMI).

Valvottu syöttökoodi lääkkeen annostelun kirjaamisessa

RPK10-hankkeessa on laadittu AR-kliinisen työryhmän hyväksymä ohjeistus lääkeannostelun kirjaamisen helpottamiseksi (valvottu syöttökoodi). Ohjeistus perustuu dosentti Ilkka Kunnamon ehdotukseen, ja sen toteutettavuus on testattu Kustannus Oy Duodecimin EBMeDS-toimituksessa.

Valvotulla syöttökoodilla (taulukko 4) tarkoitetaan mahdollisimman lyhyttä ja helposti ymmärrettävää, yksiselitteistä tapaa kirjata lääkkeen annostelu. Tavoitteena on edistää annostelun täsmällistä kirjaamista niin, että mahdollisimman pieni osa kirjauksista tehtäisiin vapaata tekstiä käyttäen. Näin vähennettäisiin virheellisen kirjauksen mahdollisuutta. Potilastietojärjestelmän tulee jatkossa tulkita syöttökoodi ja tuottaa automaattisesti vastaavan sanallinen esitysmuoto sekä rakenteisen CDA R2 –määrittelyn mukainen annostelutieto eReseptiin, paperiseen reseptiin ja lääkityslistaan.

Syöttökoodin tulee mahdollisimman pitkälle noudattaa tekstimuotoisissa potilaskertomuksissa vakiintunutta tapaa ilmoittaa lääkkeiden annostus. Syöttökoodin käyttö vähentää kirjaamiseen kuluva-aikaa ja todennäköisesti vähentää kirjaamisvirheitä verrattuna annostelun kirjaamiseen vapaana tekstinä.

Potilastietojärjestelmä, joka hyväksyy valvotun syöttökoodin käytön, pystyy sen avulla heti annostelun kirjaamisen jälkeen näyttämään vastaavan rakenteisen tiedon ja aukikirjoitetun tekstin, jotta kirjaaja voi tarkistaa kirjanneensa annostelun oikein. Ohjelman tulee osata käyttää annosteluyksikön yksikkö- tai monikkomuotoa yksiköiden määrän mukaisesti (esimerkiksi 1 tabletti, 2 tablettiä).

Vaihtoehtoisesti potilastietojärjestelmän käyttämään lääkevalmistetietokantaan voidaan valmiiksi tallentaa lääkkeen tavanomaiset annosteluvaihtoehdot, jotka reseptinkirjoitusohjelma voi tarjota valikkona tai tarjota reseptipohjalle täysin valmiina – silloin, kun lääkkeen annostelu on kaikille potilaille sama.

Valvotun syöttökoodin (tai muun rakenteisen annostelun kirjaustavan) käyttö aina lääkkeitä määrättäessä tekee mahdolliseksi päätöksentuen keinoin tarkistaa, että esimerkiksi ikään, painoon ja mahdollisiin muihin käytettävissä oleviin tietoihin perustuvaa suositeltua enimmäisannosta ei ylitetä tai pienintä tehoavaa annosta aliteta. Näin edistetään lääkehoidon turvallisuutta.

Tässä ehdotettu valvottu syöttökoodi on erilainen kuin apteekkihenkilökunnan yleisesti käyttämä, koska jälkimmäinen ei ole muun terveydenhuoltohenkilöstön yleisesti tuntema eikä käyttämä. Kun rakenteinen syöttökoodi toimii apputyökaluna, jolla voidaan näyttää sekä rakenteinen tieto että aukikirjoitettu teksti, esimerkiksi apteekissa ei tarvitse erikseen kirjoittaa auki lyhenteitä.

Syöttökoodia ymmärtävä potilastietojärjestelmä voi (ohjelmistotoimittajan määrittämällä tavalla) hyväksyä tässä ehdotuksessa esitettyjä variaatioita kirjaamisessa (välilyöntejä, pilkku pisteen vaihtoehtona, tiettyjen merkkien vaihteleva järjestys) kuten taulukko 5 kuvaa, mutta ohjelman tulee tallentaa syöttökoodin avulla saatu rakenteinen tieto ja aukikirjoitettu tieto taulukon 4 esittämässä muodossa.

Valvottua syöttökoodia voidaan käyttää tallennuksessa CDA R2 –muotoisen rakenteisen annostelun korvikkeena lääkehoito-ohjelmalla, mutta sitä ei voida käyttää esimerkiksi eReseptissä silloin, kun käytettävä ohjelmisto ei vielä pysty tallentamaan CDA R2 –muotoista tai muuta rakenteista annostelua. Tästä syystä koodi on pystytävä esittämään reseptissä tekstimuodossa. Valvotulla syöttökoodilla ei voida kirjata tai tallentaa monimutkaisia tai epäsäännöllisesti toistuvia annostuksia eikä in- fuusiolääkkeiden annostuksia. Niiden kirjaamiseen tulee käyttää suoraan CDA R2 –muotoon kirjoitettavaa ohjelmaa tai kirjata annostus vapaana tekstinä.

Taulukko 4. Valvotun syöttökoodin syntaksi ja vastaava sanallinen esitysmuoto.

Valvottu syöttökoodi	Sanallinen esitysmuoto (annosteluyksikkönä esimerkissä tabletti (1), voi olla myös muu annosteluyksikkö)
axb	a tablettia b kertaa vuorokaudessa
axbxn	a tablettia b kertaa vuorokaudessa n päivän ajan
axb-c	a tablettia b-c kertaa vuorokaudessa
a-bxc-d	a-b tablettia c-d kertaa vuorokaudessa
a+b	a tablettia aamulla, b tablettia illalla
a+b+c	a tablettia aamulla, b tablettia päivällä, c tablettia illalla
a+b+c+d+e	a tablettia aamulla, b tablettia klo 11, c tablettia klo 15, d tablettia klo 19, e tablettia yöksi (2)
at	a tablettia vuorokaudessa tarvittaessa
a-bt	a-b tablettia vuorokaudessa tarvittaessa
atxb	a tablettia tarvittaessa enintään b kertaa vuorokaudessa
ay	a tablettia yöksi
ayt	a tablettia yöksi tarvittaessa
aj2p	a tablettia joka toinen päivä
aj7p	a tablettia kerran viikossa
viikonpäivän lyhenne ja lääkkeen määrä, ilman pilkkuja (ma ti ke to pe la su)a	Viikonpäivittäin määräytyvä annostelu (3)

- (1) Annosteluyksikkö tulee valita ennen syöttökoodin antamista. Mahdollisia annosteluyksiköjä ovat tabletit, tilavuusyksiköt (millilitroja), painoyksiköt (mikrogrammoja, milligrammoja, grammoja) sekä muut yksiköt.
- (2) Annosteluajankohdat voivat määräytyä työyksikkökohtaisesti tai käytettävän tietokoneohjelman mukaan. Annosteluohje annetaan potilaalle yleensä kellonajat sisältävän annostelutaulukon muodossa.
- (3) Suositeltavampaa on käyttää ohjelmaan rakennettua viikonpäivätaulukkoa.

Taulukko 5. Esimerkkejä ja tarkennuksia valvotun syöttökoodin käytöstä.

Valvottu syöttökoodi	Sanallinen esitysmuoto	Kommentti/tarkennus
1x1	1 tabletti vuorokaudessa	Ohjelmisto voi hyväksyä syötteessä väilyöntien käytön (1 x 1)
1x2	1 tabletti 2 kertaa vuorokaudessa	
2x2	2 tablettia 2 kertaa vuorokaudessa	
10x2	10 ml kahdesti vuorokaudessa	Nestemäinen lääke, jonka annosteluyksikkö on millilitra
1x2x5	1 tabletti 2 kertaa vuorokaudessa 5 vuorokauden ajan	Lääkekuurin kesto voidaan ilmoittaa näin vain silloin, kun päivittäinen lääkeannos on ilmoitettu kertomerkkiä käyttäen.
0.5x2	Puoli tablettia 2 kertaa vuorokaudessa	Ohjelman tulee hyväksyä syötteenä ½ tai 1/2 ja osata kirjoittaa tämä merkki annostelutaulukkoon. Syötteenä tulee hyväksyä myös desimaalipilkku, joka tallennettaessa muunnetaan pisteeksi.
1+0.25	1 tabletti aamulla, neljäsosa tablettia illalla	Ohjelman tulee hyväksyä syötteenä 1/4 ja osata kirjoittaa tämä merkki annostelutaulukkoon
1+0	1 tabletti aamulla	Käytetään, kun halutaan ohjeistaa tabletti otettavaksi aamulla
0+1	1 tabletti illalla	Käytetään, kun halutaan ohjeistaa tabletti otettavaksi illalla
2+1	2 tablettia aamulla, 1 tabletti illalla	
1+1.5	1 tabletti aamulla, puolitoista tablettia illalla	
1y	1 tabletti yöksi	Käytetään, kun halutaan ohjeistaa lääke otettavaksi välittömästi ennen vuoteeseen menoa
1+1+1y	1 tabletti aamulla, 1 tabletti päivällä, 1 tabletti yöksi	
2+0+2+0+0	2 tablettia aamulla, 2 tablettia ilta-päivällä	Viisiportaista merkintätapaa käytetään, jos halutaan ohjeistaa lääke otettavaksi tarkasti määriteltynä ajankohtana
1t	1 tabletti vuorokaudessa tarvittaessa	
2yt	2 tablettia yöksi tarvittaessa	Ohjelma voidaan opettaa hyväksymään myös eri järjestyksessä annettu koodi (2ty), joka muunnetaan tallennettaessa ensisijaiseen muotoon
1-2t	1-2 tablettia vuorokaudessa tarvittaessa	
1tx3	1 tabletti tarvittaessa enintään 3 kertaa vuorokaudessa	t-merkkiä seuraava x-merkki ja sen jäljessä yksi numero tuottaa sanalliseen muotoon ilmaisun "enintään".
1-2tx1-3	1-2 tablettia 1-3 kertaa vuorokaudessa tarvittaessa	
1j2p	1 tabletti joka toinen päivä	
4j7p	4 tablettia kerran viikossa.	Yleinen metotreksaatin annostelutapa. Ohjelma voidaan laittaa lisäämään annosteluohjeen loppuun (huom!).
ma1 ti0.5 ke1 to1 pe0.5 la1 su1	ma 1 tabletti, tiistaina puoli tablettia, ke 1 tabletti, to 1 tabletti, pe puoli tablettia, la 1 tabletti, su 1 tabletti	Annostelutaulukon käyttö tulosteissa suositeltavaa.

AUDIT

Alkoholinkulutus on Suomessa eurooppalaista keskitasoa, mutta keskeinen ongelma on runsas kertakulutus. Alkoholi on maassamme merkittävä työikäisten kuoleman aiheuttaja. Alkoholin riskikäyttäjiä (henkilöitä, joille alkoholinkäyttö muodostaa terveystarpeen), on Suomessa arvioitu olevan 300 000 – 500 000. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (Käypä hoito 2011) naispotilaista noin 10 % ja miespotilaista lähes 20 % on alkoholinkäyttäjää (Käypä hoito 2011).

Käypä hoito –suositus suosittelee alkoholinkäytön havaitsemiseksi kymmenen kysymyksen AUDIT-kyselyä (Alcohol Use Disorders Identification Test). AUDIT-kysely on määritelty potilaskertomuksen ydintiedoksi. RPK10 hankkeessa on laadittu THL:n AR-kliinisen työryhmän hyväksymänä AUDIT-kyselyn rakenne- ja määritykset tietojärjestelmiä varten. Määritykset tullaan julkaisemaan koodistopalvelimella.

AUDIT-kyselyn rakenne

Kymmenen kohdan AUDIT-kysely koostuu kymmenestä alkoholinkäyttöä mittaavasta kysymyksestä, joista kuhunkin on kolme tai viisi vastausvaihtoehtoa (taulukko 6). Yksi ja vain yksi vaihtoehdoista on valittava. Lisäksi kyselyyn liittyy kolme vastaajan taustatietoja kuvaavaa kysymystä sekä kyselyn perusteella laskettava alkoholinkäyttöä kuvaava tulos.

Taulukko 6. AUDIT-kysely.

- 1 Audit - Alkoholinkäyttötesti**
- 10 Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?**
- 11 En koskaan
- 12 Noin kerran kuussa tai harvemmin
- 13 2 - 4 kertaa kuussa
- 14 2 - 3 kertaa viikossa
- 15 4 kertaa viikossa tai useammin
- Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytät alkoholia?**
- 20**
- 21 1 - 2 annosta
- 22 3 - 4 annosta
- 23 5 - 6 annosta
- 24 7 - 9 annosta
- 25 10 annosta tai enemmän
- 30 Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?**
- 31 En koskaan

- 32 Harvemmin kuin kerran kuussa
 33 Kerran kuussa
 34 Kerran viikossa
 35 Päivittäin tai lähes päivittäin
Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit sen?
 40
 41 Ei koskaan
 42 Harvemmin kuin kerran kuussa
 43 Kerran kuussa
 44 Kerran viikossa
 45 Päivittäin tai lähes päivittäin
Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisen takia saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?
 50
 51 Ei koskaan
 52 Harvemmin kuin kerran kuussa
 53 Kerran kuussa
 54 Kerran viikossa
 55 Päivittäin tai lähes päivittäin
Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?
 60
 61 En koskaan
 62 Harvemmin kuin kerran kuussa
 63 Kerran kuussa
 64 Kerran viikossa
 65 Päivittäin tai lähes päivittäin
Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?
 70
 71 En koskaan
 72 Harvemmin kuin kerran kuussa
 73 Kerran kuussa
 74 Kerran viikossa
 75 Päivittäin tai lähes päivittäin
Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?
 80
 81 Ei koskaan
 82 Harvemmin kuin kerran kuussa
 83 Kerran kuussa
 84 Kerran viikossa
 85 Päivittäin tai lähes päivittäin
Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seuraksena?
 90
 91 Ei
 92 On, muttei viimeisen vuoden aikana
 93 Kyllä, viimeisen vuoden aikana
Onko läheisesi, ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut, että vähentäisit juomista?
 100

- 101 Ei
- 102 On, muttei viimeisen vuoden aikana
- 103 Kyllä, viimeisen vuoden aikana
- 110 Vastajan sukupuoli**
- 110 Mies
- 111 Nainen
- 120 Ikä**
- 121 15 tai alle
- 122 16 – 17
- 123 18 – 24
- 124 25 – 30
- 125 31 – 40
- 126 41 – 50
- 127 51 – 64
- 128 65 tai enemmän
- 130 Ketä testaa**
- 131 Itseään
- 132 Puolisooan
- 133 Lastaan
- 134 Muuta lähiomaistaan
- 135 Asiakastaan
- 200 AUDIT-kyselyn yhteispisteet**
- 201 Riskit vähäisiä
- 202 Riskit lievästi kasvaneet
- 203 Riskit selvästi kasvaneet
- 204 Riskit suuria
- 205 Riskit erittäin suuria

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti ja tupakointistatusluokitus

Tupakointi on yleisin estettävissä oleva kuoleman aiheuttaja länsimaissa. Joka toinen tupakoija kuolee ennenaikaisesti tupakan aiheuttamiin sairauksiin. Tupakoinnin haluaisi lopettaa seitsemän kymmenestä tupakoijasta. Käypä hoito –suositus suosittelee Fagerströmin kahden kysymyksen nikotiiniriippuvuustestiä nikotiiniriippuvuuden arviointiin (Käypä hoito 2006).

RPK10-hankkeessa on laadittu Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin mukaiset tietomäärittelyt, jotka on julkaistu koodistopalvelimella.

Tupakointistatusluokituksella ilmaistaan rakenteisesti tämänhetkisen tupakoinnin tila. Tupakointistatusluokitus on kehitetty RPK10-hankkeessa ja julkaistu koodistopalvelimella.

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin ja tupakointistatusluokituksen lisäksi tupakoinnin määrää potilaskertomuksessa voidaan kuvata FinLOINC-luokitukseen sisältyvillä savukkeita päivässä ja askivuosia –tiedoilla. Lisäksi RPK10-hankkeen asiantuntijat ovat ehdottaneet potilaskertomuksen ydintietoja täydennettäväksi aiempaa tupakointia kuvaavalla kyllä/ei/ei tietoa –tiedolla.

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustestin rakenne

Fagerströmin nikotiiniriippuvuustesti koostuu kahdesta kysymyksestä, joista kumpaankin annetaan yksi ja vain yksi vastaus (taulukko 7). Vastaukset on pisteytetty, ja kahden vastauksen yhteenlaskettu pistemäärä muodostaa nikotiiniriippuvuutta kuvaavan lopputuloksen.

Taulukko 7. Fagerströmin nikotiiniriippuvuudesta (suluissa pistemäärä).

- 1 Nikotiiniriippuvuudesta**
- 10 Kuinka pian herätyäsi poltat ensimmäisen savukkeen?**
- 11 Alle 6 minuuttia (3)
- 12 6 - 30 minuuttia (2)
- 13 31 - 60 minuuttia (1)
- 14 Yli 60 minuuttia (0)
- 20 Kuinka paljon poltat päivittäin?**
- 21 Alle 10 savuketta (0)
- 22 10 - 20 savuketta (1)
- 23 21 - 30 savuketta (2)
- 24 Yli 30 savuketta (3)
- 30 Nikotiiniriippuvuustestin tulos**
- 31 Vähäinen nikotiiniriippuvuus (0 - 1)
- 32 Kohtalainen nikotiiniriippuvuus (2)
- 33 Vahva nikotiiniriippuvuus (3)
- 34 Hyvin vahva nikotiiniriippuvuus (4 - 6)

Tupakointistatusluokituksen rakenne

Tupakointisuosituksen rakenne on kuvattu taulukossa 8.

Taulukko 8. Tupakointistatusluokitus.

1	Päivittäin	Tupakoi päivittäin
2	Satunnaisesti	Tupakoi satunnaisesti
3	Passiivinen	Merkittävä passiivinen tupakointi
4	Ei tupakoi	Ei merkittävää tupakka-altistusta
9	Ei tietoa	Ei tietoa tupakoinnista

Liikkumisresepti

Liikunta on keskeinen elintapa useiden kansanterveydellisesti merkittävien pitkäaikais sairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien, tyypin 2 diabeteksen, keuhkosairauksien, degeneratiivisten tuki- ja liikuntaelinsairauksien ja mielenterveysongelmien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Lääkärin keskeinen tehtävä on arvioida liikunnan lajit, vaarat ja sairauksiin liittyvät liikkumisrajoitteet sekä motivoida liikkumaan. Käypä hoito –suositus (2010) suosittelee UKK-instituutissa kehitettyä liikkumisreseptiä käytettäväksi terveydenhuollossa annettavassa liikkumisohjauksessa.

RPK10-hankkeessa on yhteistyössä UKK-instituutin kanssa laadittu liikkumisreseptin lomakerakenne, joka tullaan julkaisemaan koodistopalvelimella. Liikkumisresepti on määritelty potilaskertomuksen ydintiedoksi.

Liikkumisreseptin rakenne

Liikkumisresepti koostuu potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön tunnistetiedoista, tämänhetkistä ja suositeltua liikkumista sekä liikkumisen ohjantaa ja seurantaa kuvaavista tietokentistä. Osa tiedoista on luokiteltuja, osa merkkimuotoista tietoa (taulukko 9). Käytettävät luokitukset on kuvattu lomakerakenteessa.

Taulukko 9. Liikkumisreseptin rakenne.

0	Liikkumisresepti aikuisille
100	HENKILÖTIEDOT
101	Henkilötunnus
102	Sukunimi ja etunimet
1	Nykyinen säännöllinen kestävyystyyppinen liikkuminen
2	Ei juuri mitään
3	Kevyttä liikkumista
4	Reipasta liikkumista
5	Rasittavaa liikkumista
6	Nykyinen säännöllinen lihaskuntoharjoittelu
7	Lihaskuntoharjoittelu, kertoja viikossa
8	Liikkumisen riittävyys terveyden kannalta
9	Liikkumisohjeet

10	Liikkumisen terveysperusteet tai tavoite
11	Liikkumismuotokohtaiset ohjeet
12	Liikkumismuoto tai liikuntalaji, luokitettu
13	Liikkumismuoto tai liikuntalaji, tarkennettu
14	Kertoja viikossa
15	Kesto kerralla (minuuttia)
16	Rasittavuus
17	Tavoitesyke, alaraja
18	Tavoitesyke, yläraja
50	Lisäohjeet
51	Esite
52	Asiantuntijakonsultaatio
53	Muu lisäohje
60	Toteutumisen arviointi ja seuranta
61	Liikkumisreseptin laatija toteuttaa
62	Muu terveydenhuollon ammattihenkilö toteuttaa
63	Muu henkilö toteuttaa
110	Allekirjoitustiedot
111	Liikkumisohjeen laatimisen ajankohta
112	Liikkumisohjeen laatijan nimi

Rakenteisen potilaskertomuksen sanastoprosessi

Suomeen ollaan rakentamassa Kansallista Terveysarkistoa (KanTa) ja siihen liittyviä palveluita. Valtakunnallisia palveluita ovat sähköinen resepti ja kansallinen lääketietokanta, sähköinen potilastietoarkisto ja potilaan tiedonhallintapalvelu, joihin sisältyvät mahdollisuus omien tietojen katseluun ja suostumusten ja tahdonilmaisujen hallintaan. Kansallisten palveluiden avulla tuetaan hyvää terveydenhuoltoa takamalla potilastiedon saavutettavuus hoidon eri vaiheissa sekä tehostamalla hoidon jatkuvuutta ja potilasturvallisuutta. Näiden sähköisten palveluiden tehokasta käyttöä edistää potilastietojen rakenteisuus, joka tukee yhteentoimivuutta sekä toiminnan että järjestelmän tasolla. Potilastietojen rakenteisuuden kehittäminen edellyttää yhtenäistä sanasto- ja käsitetyötä, jonka tavoitteena puolestaan on semanttinen yhteentoimivuus.

Tässä dokumentissa kuvataan rakenteisen potilaskertomuksen sanasto- ja käsitetyötä, jolla on liittyviä useisiin hankkeisiin ja työryhmiin THL:n sisällä. Rakenteisen potilaskertomuksen sanastotyö on osa THL:n sanastotyötä ja kiinteä osa koodistopalvelun työprosessia (vrt. THL 2011c). Rakenteisen potilaskertomuksen sanastotyö kohdistuu tiedonsiirtokoodistoissa käytettäviin koodien nimiin ja niiden kuvauksiin. Tässä ympäristössä termi voi esiintyä useassa koodistossa, mutta koodistosta riippuen eri merkityksessä, vaikka koodistoriippumattomuuteen pyritäänkin.

Kansallisesti rakenteisen potilaskertomuksen sanastotyö liittyy KanTahkehitystyön tavoitteisiin ja edellyttää yhteensovittamista SADe-hankkeessa tehtävän kansalaisen omia palveluja koskevan sanastotyön ja sosiaalialan Tikesos-hankkeen sanastotyön kanssa, jotta eri palveluiden yhteentoimivuus voisi toteutua tavoitteiden mukaisesti. Lisäksi rakenteisen potilaskertomuksen sanastotyössä tulee ottaa huomioon JHS 175:n mukainen sanastotyöprosessi (JUHTA 2010).

Eurooppalaisella tasolla rakenteisen potilaskertomuksen sanastotyö liittyy EU:n suositukseen²¹ sähköisten terveystietojärjestelmien yhteentoimivuudesta. Sähköisen terveystietojärjestelmän mahdollistama tehokas ja turvallinen potilastietojen käyttö parantaa myös hoidon laatua. Potilastiedon semanttisella yhteentoimivuudella varmistetaan, että potilastieto on minkä tahansa potilastietojärjestelmän ymmärrettävissä. Rakenteisen potilaskertomuksen kannalta tämä tarkoittaa sanastotyötä, jolla varmistetaan kansainvälisten ja kansallisten standardien mukaiset, yhtenäiset tietorakenteet sekä paikallisten käyttäjien tarpeita vastaava terminologia.

²¹ Euroopan komission suositus sähköisten terveystietojärjestelmien rajat ylittävästä yhteentoimivuudesta, 2.7.2008. Saatavissa: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32008H0594:FI:NOT>

Sanastotyön prosessi

Rakenteisen potilaskertomuksen sanastotyön prosessi koostuu kolmesta päävaiheesta, jotka ovat ehdotus, käsittely ja päätös. Sanastotyön laaduntarkistus on olennainen osa kaikkia prosessin vaiheita eikä sitä voi erottaa yleisestä koodistopalveluprosessista. Rakenteisen potilaskertomuksen sanastotyöllä on lisäksi rinnakkaisia tai yhteistoiminnallisia prosesseja esimerkiksi sosiaalihuollon (Tikesos) ja kansalaisten omien palvelujen kokonaisuutta (SADe) koskevan sanastotyön kanssa.

Ehdotuksen vastaanottaminen ja resurssien kiinnittäminen

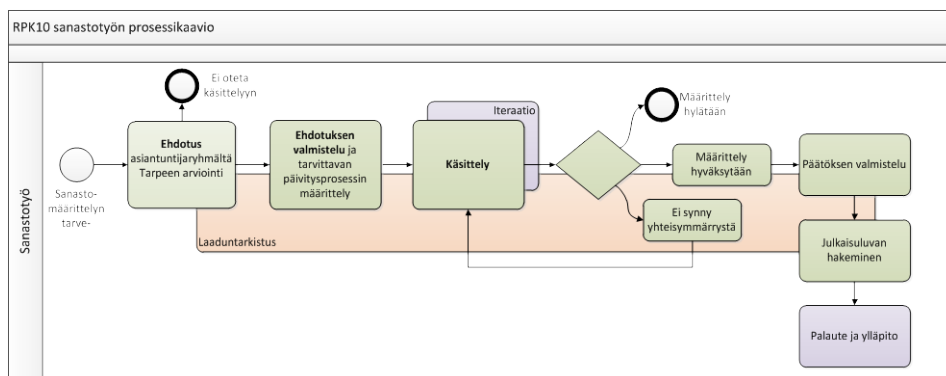
Sanastotyöprosessi saa alkunsa, kun esimerkiksi asiantuntija tai asiantuntijayhteisö ehdottaa uuden koodiston määrittelyä. Sanastotyön prosessi voi myös alkaa jo julkaistun koodiston sanaston päivittämistarpeesta. Sanaston päivittäminen saattaa tällöin koskea koko koodistoa, sen osaa tai vaikkapa vain yhtä ainoaa termiä. Sanastopäivitys ei aina edellytä täydellisen sanastoprosessin käynnistämistä.

Kun uuden koodiston määrittelystä tehdään ehdotus valmisteluhankkeeksi, hyväksymiskäsittelyssä on varmistettava, että hankkeen omistaja on rahoitussuunnitelmassaan ottanut huomioon sanastotyön vaatimat henkilö- ja välineresurssit. Sanastotyön tekijäryhmässä tulee olla sekä substanssiasiantuntijoita että sanastotyön asiantuntijoita. Alkuvaiheissaan sanastoehdotus saattaa edellyttää myös ostopalveluna hankittavaa terminologista määrittelytyötä.

Sanastotyön käsittely ja päätös

Sanastotyön käsittely koostuu useista vaiheista (kuvio 12). On tärkeätä, että terminologi on mukana sanastoprosessin alusta lähtien, koska hyväksymisvalmiin koodiston muutostyö joko olennaisesti hidastaa koodiston julkaisemista tai johtaa terminologisesti heikkolaatuisen koodiston julkaisemiseen ja työllistäviin laatupoikkeamien korjausprosesseihin. Tässä kuvattu sanastotyöprosessi koskee THL:n koodistopalveluun ehdotettujen koodistojen koodien nimien ja kuvausten määrittelyä eikä uusien sanastojen tai ontologioiden tuottamista.

Sanastotyön prosessi on erottamaton osa koodistovalmistelun prosessia, jolle koodistopalvelun johtoryhmä antaa valmisteluluvan. Sanastoon liittyvien asioiden käsittely tapahtuu valmisteluhankkeen asiantuntijaryhmässä koodiston muun valmistelutyön yhteydessä. Työtavat riippuvat sanastotyötarpeen laajuudesta ja käytettävistä resursseista. Koodiston valmistuttua se tuodaan koodistopalvelun julkaisutoimikuntaan. Kun koodistopalvelun julkaisutoimikunta on käsitellyt ja hyväksynyt koodiston, sille haetaan julkaisulupa ja se julkaistaan koodistopalvelimella.



Kuvio 12. Rakenteiseen potilaskertomukseen liittyvä sanastotyön prosessi

Sanastotyön iteraatio ja laaduntarkistus

Laadunvarmistus on olennainen osa sanastotyötä prosessin kaikissa vaiheissa. Sen tehtävänä on varmistaa, että koodisto vastaa Koodistopalvelun terminologisia kriteerejä. Niille koodistoille, joissa koodien nimet eivät ole termejä, kriteerit ovat väljemmät kuin koodistoille, joissa koodien nimet ovat termejä.

Sanastotyön iteraatio tapahtuu käsittelyvaiheessa. Koodiston julkaisun jälkeiset terminologiaa koskevat palautteet käsitellään laatu poikkeamina, joiden käsittelylle on koodistopalvelussa oma työprosessinsa.

Yhteenveto

Suunnitelmallisen sanastotyön tarve on selkeä. Laadullisesti korkeatasoisen sanastotyön toteuttamiseksi rakenteiseen potilaskertomukseen liittyvä sanastotyö edellyttää, että kehitetään sellaisia yhteistyötä tukevia työvälineitä kuin oma nettisivusto virtuaalisine työtiloineen ja yhteiskäyttöinen termitietokanta sanastotyön tulosten tallentamiseen. Myös sanastotyöhön liittyvän terminologisen työn yleiset ja koodistokohdittaiset periaatteet, joita jo valmistellaan, tulevat auttamaan terminologisesti laadukkaiden koodistojen laatimisessa.

Vain selkeän sanastotyöprosessin ja sitä tukevien joustavien ja helppokäyttöisten välineiden avulla aikaansaatuva koodistojen terminologinen yhtenäisyys mahdollistaa sen, että potilastieto voidaan siirtää tietojärjestelmästä toiseen tiedon merkityksisällön muuttumatta.

Lähteet

- Beale, T. ja Heard, S. (2007). An Ontology-based Model of Clinical Information. *Medinfo* 12 (Pt 1), 760-764.
- Bernstein, K., Tvede, I., Petersen, J. ja Bredegaard, K. (2009). Can openEHR Archetypes Be Used in a National Context? The Danish Archetype Proof-of-Concept Project. Teoksessa: Adlassning, K.-P. et al. (Toim.), *Medical Informatics in a United and Healthy Europe (MIE 2009)*, s. 147-151.
- Dobalian, A., Claver, M.L., Pevnick, J.M., Stutman, H.R., Tomines, A. ja Fu, P jr. (2010). Organizational Challenges in Developing One of the Nationwide Health Information Network Trial Implementation Awardees. *Journal of Medical Systems*, Published online 20 July 2010. Saatavilla <http://www.springerlink.com/content/k6x603540755420m/fulltext.pdf> [14.3.2011].
- eHealth Strategies 2011. European countries on their journey towards national eHealth infrastructures – evidence on progress and recommendations for cooperative actions. Final European progress report. European Commission, Information Society and Media, ICT for health Unit, January 2011. Saatavissa http://www.ehealth-strategies.eu/report/eHStrategies_Final_Report.pdf [28.2.2011].
- EN 13940-2:2010. Health informatics – System of concepts to support continuity of care – Part 2: Health care process and workflow. CEN/TC 251, valmisteludokumentti, heinäkuu 2010.
- Hotti, V., Lehmuskoski, A., Luostarinen, H., Miettinen, A., Nevalainen, J. ja Röppönen, P. 2009. Sosiaalihuollon toimintaprosessien kuvaus. Sosiaalialan tietoteknologiahanke, hankeraportti 12.6.2009. Saatavissa <http://www.sosiaaliportti.fi/File/c6b39215-eb30-4bea-83a0-575fb2766dfb/Sosiaalihuollon+toimintaprosessien+kuvausraportti.pdf> [19.7.2010].
- JUHTA 2008. JHS 152, Prosessien kuvaaminen. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. Saatavissa <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS152/JHS152.pdf> [19.7.2010].
- JUHTA 2010. JHS 175 Julkisen hallinnon sanastotyöprosessi. Versio 1.0, 23.4.2010. Saatavissa <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS175/JHS175.pdf> [30.6.2011].
- JUHTA 2011. JHS 179, ICT-palvelujen kehittäminen: Kokonaisarkkitehtuurin kehittäminen. Julkisen hallinnon tietohallinnon neuvottelukunta. Saatavissa <http://docs.jhs-suositukset.fi/jhs-suositukset/JHS179/JHS179.pdf> [15.2.2011].
- Kela 2011a. eArkisto. Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset, versio 2.00, 28.10.2011. Saatavissa https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=356531f1-9504-4e8c-b256-066baa9061acf&groupId=10206 [12.11.2011].
- Kela 2011b. Määrittystä ja tarkennusta vaativia asioita koskien tiedonhallintapalvelua ja/tai yhteistä potilastietorekisteriä. Kela-STM-THL –palaverimuistio 1.6.2011.
- KunTo 2011. eArkisto. Käyttötapaukset - Potilastietojärjestelmät. Liite 2 - Palvelutapahtumien esimerkkejä, versio 1.70, 14.10.2011. Saatavissa https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=dc2f15c6-6b7f-4853-a9af-82e5eb44a9fd&groupId=10206 [12.11.2011].
- Käypä hoito 2006. Tupakointi, nikotiiniiriippuvuus ja vieroitushoidot. Käypä hoito –suositus. 1.12.2006. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020> [12.11.2011].
- Käypä hoito 2010. Liikunta. Käypä hoito –suositus. 8.11.2010. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075> [12.11.2011].
- Käypä hoito 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito –suositus. 7.2.2011. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028> [12.11.2011].
- Saari, A., Sankilampi, U. ja Dunkel, L. (2010a). On aika uudistaa suomalaisten lasten kasvukäyrät. *Duodecim* 126(24), sivut 2799-2802.
- Saari, A., Sankilampi, U., Hannila, M.L., Kiviniemi, V., Kesseli, K. & Dunkel, L. (2010b). New Finnish growth references for children and adolescents aged 0 to 20 years: Length/height-for-age, weight-for-length/height, and body mass index-for-age. *Ann Med*.
- SOLEA 2010. Mykkänen, J., Savolainen, S., Virkanen, H., Itälä, T. ja Kortekangas, P. Palvelutapahtuman hallinta – arkkitehtuuritarkennuksia terveydenhuollon valtakunnallisten, alueellisten ja paikallisten tietojärjestelmäratkaisujen kannalta. Solea-projektin dokumentti, 7.7.2010. Saatavissa http://www.uku.fi/solea/PTap/Palvelutapahtumien_hallinta_v10.pdf [9.8.2010].

- SSS 2009. Nationell Informationsstruktur: Ett regeringsuppdrag inom Nationell IT-strategi för vård och omsorg. Svenska Socialstyrelsen, december 2009. Saatavissa <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17885/2009-12-27.pdf> [14.7.2010].
- SSS 2010. Nationell informationsstruktur för vård och omsorg: Modeller med beskrivningar. En delrapport från projektet Nationell Informationsstruktur. Svenska Socialstyrelsen, april 2010. Saatavissa <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17985/2010-4-4.pdf> [14.7.2010].
- STM 2011a. Potilastietojen käsittely – ohje terveydenhuoltolain 9 §:n ja asiakastietolain muutosten toteuttamiseksi. Pekka Järvinen, 18.2.2011.
- STM 2011b. Kieltojen tekemisestä. Pekka Järvinen, sähköposti 14.7.2011.
- THL 2011a. Ydintieto-oppaan sisällön päivittämisen tarpeen arviointi. Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hanke, työpaketin 2.1 raportti, Jorma Komulainen, 8.2.2011.
- THL 2011b. KanTa-perusmäärittelytyö: Suostumusten ja kieltojen hallinta. Toimintaprosessi ja käsite-malli. Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hanke, työpaketin 5 raportti, Riikka Vuokko, 6.4.2011. Saatavissa https://www.kanta.fi/fi_FI/c/document_library/get_file?uuid=63c86f93-f880-4bc0-9c6d-edf6126f99d1&groupId=10206 [15.10.2011].
- THL 2011c. Komulainen, J., Mäkelä, M. ja Vuokko, R. Lomakeprosessin vaiheistus. Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hanke, raportti 28.1.2011.
- THL 2011d. Lasten kasvunseurannan uudistaminen. Asiantuntijaryhmän raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 49/2011. Helsinki. ISSN 1798-0070 (painettu). Saatavissa <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/d721d127-0123-4cea-a5a1-c3c8a87d6722> [12.11.2011].
- THL 2011e. Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. ja Meriläinen, O. (2011). Terveydenhuollon toimintaprosessit: Terveydenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkennukset. Raportti 53/2011, ISSN 1798-0089; ISBN 978-952-245-535-2 (pdf). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki 2011. Saatavissa <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/f2fd2a43-4e91-42e7-b7fe-5607f86e4d79> [21.11.2011].
- Virkkunen Heikki, Porrasmäe Jari ja Suhonen Jari (2012). Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely. THL, Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Luonnos v 0.9. Saatavissa https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=95600323-ee30-4120-bef9-6a84da22c884&groupId=10206 [20.12.2011].
- Ydintieto-opas 2009. Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt. Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen totuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0. Saatavissa https://www.kanta.fi/c/document_library/get_file?uuid=46b8b38a-3488-4c6e-81d2-ae8dcfeaf848&groupId=10206 [14.7.2010].

Riikka Vuokko
Jorma Komulainen
Matti Mäkelä
Outi Meriläinen

Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeen tuottamia määritelmiä

Raportti *Rakenteinen potilaskertomus 2010 –hankkeen tuottamia määritelmiä* kokoaa yhteen hankkeessa vuosien 2010-2011 aikana tehtyjä määrittelyjä. Määrittelyt liittyvät potilaskertomuksen rakenteisuuden kehittämiseen valikoitujen päivitystarpeiden pohjalta. Raportissa kuvataan palvelutapahtumaa terveydenhuollossa, lasten kasvukäyrien vaatimusmäärittelyä, lääkkeen annostelun kirjaamiseen liittyvää valvottua syöttökoodia, AUDIT- eli alkoholinkäytön riskitestiä, Fagerstömin nikotiiniriippuvuustestiä, liikkumisreseptiä, potilaan informointia, suostumusta ja kieltoja sekä rakenteisen potilaskertomuksen sanastoprosessia.



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 020 610 6000
www.thl.fi