

# Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja

OPAS 17

Jorma Komulainen (toim.)

# SUOMALAINEN TAUTIEN KIRJAAMISEN OHJEKIRJA



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen suunnittelu: Petteri Kivekäs, Edita Publishing  
Taitto: Anita Pesola, Juvenes Print

ISBN 978-952-245-510-9 (painettu)

ISSN 1798-0097 (painettu)

ISBN 978-952-245-511-6 (verkko)

ISSN 1798-0100 (verkko)

Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy  
Tampere 2012

# Saatesanat

Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja on laadittu yhtenäistämään ja helpottamaan terveydenhuollossa tehtävää sairauksien ja niiden oireiden, vammojen sekä terveyspalveluiden käytön syiden rekisteröimistä erityisesti silloin, kun käytetään ICD-10 tautiluokitusta. Kirja on ensisijaisesti tarkoitettu palvelemaan lääkäreiden ja hammaslääkäreiden sekä näiden alojen opiskelijoiden tarpeita silloin, kun he taudinmäärityksen tehtyään hyödyntävät diagnooseja erilaisissa tarkoituksissa, kuten potilaskertomusmerkinnöissä, rekisteri-ilmoituksissa ja lääkärinlausunnoissa. Kirjassa on hyödyllistä tietoa myös muille terveydenhuollossa toimiville ammattiryhmille ja se sisältää jopa eräitä tietojärjestelmätoimittajille tarkoitettuja osia.

Nimensä mukaisesti Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja on tarkoitettu kuvaamaan hyviä toimintatapoja, eikä siinä aseteta normatiivisia määräyksiä. Paikoitellen kirjassa kuitenkin viitataan lainsäädäntöön ja viranomaisohjeistukseen, joiden mukaan terveydenhuollossa luonnollisesti on toimittava.

Kirja alkaa ICD-10 tautiluokituksen esittelyllä ja päättyy kuvaukseen sen suhteesta eräisiin muihin luokituksiin, luokituksen kehittämisen ja ylläpidon esittelyyn sekä lyhyeen katsaukseen tautiluokituksen historiasta. Luvuissa kolme ja neljä pohditaan taudinmäärityksen yleisiä näkökantoja sekä diagnoosien käyttöä sähköisessä potilaskertomuksessa. Seuraavissa luvuissa annetaan ohjeita diagnoosien käyttöön erilaisissa rekisteri-ilmoituksissa ja lääkärinlausunnoissa. Erityistä huomiota on kiinnitetty sosiaalivakuutusta varten tarvittavien lausuntojen ohjeistamiseen niiden yleisyyden vuoksi. Useat näistä aihepiireistä ovat nopeastikin muuttuvia, josta syystä kirjan ohjeet monelta osin on pidetty kohtuullisen yleisellä tasolla. Kunkin luvun loppuun on kerätty viitteitä, joista on mahdollista löytää yksityiskohtaisempia ohjeita ja lisätietoa. Ohjekirjan liitteeseen on kerätty raskauteen ja imeväisikään liittyviä käsitteitä ja niiden määrittelyjä.

Suomalaista tautien kirjaamisen ohjekirjaa on laadittu pitkään ja laajalla joukolla asiantuntijoita. Työn käynnisti silloisen Stakesin perustama ICD-10 toimitusneuvosto joulukuussa 2007. Samaan aikaan ohjekirjan valmistelun kanssa ryhdyttiin edistämään ICD-10 tautiluokituksen suomalaisen version päivittämistä ensimmäisen kerran vuoden 1999 julkaisun jälkeen. ICD-10 päivitys ja Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja on valmisteltu rinnakkain. Niinpä käsillä oleva ohjekirja vastaa ICD-10 tautiluokituksen vuonna 2010 käyttöön otettua uutta versiota. Ohjekirjan sisältö on sidoksissa myös Kansallisen terveystietokannan (KanTa) sekä Stakesin ja sittemmin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) hoitoilmoitusrekisterin kehittämistyöhön. Nämä saattavat valmistukseen lähivuosina saada aikaan tarpeita ohjekirjan tarkistamiseksi.

Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja julkaistaan sekä painettuna että sähköisenä versiona. THL päivittää ohjekirjan sähköistä versiota tarvittaessa, joten lukijaa pyydetään ensisijaisesti tarkistamaan mahdollisia pulmia siitä.

Ohjekirjan on toimittanut Jorma Komulainen. Kirjan kirjoittajina ovat lukujärjestyksessä luetellen Jorma Komulainen, Matti Mäkelä, Simo Pelanteri, Martti Virtanen, Jari Forsström, Hilikka Ahonen, Irmeli Penttilä, Helena Korpi, Marianne Eronen, Heikki Palomäki, Raili Pirttimäki, Esko Matikainen, Jukka Kivekäs, Tiina Suomela-Markkanen, Ilkka Torstila, Seppo Wikström, Annukka Ritvanen, Mika Gissler ja Tuija Savolainen. Ohjekirjan liitteenä olevien käsitteiden määrittelyyn ovat lisäksi osallistuneet Anna-Liisa Järvenpää sekä Seppo Ranta. Edellä mainittuun toimitusneuvostoon kuuluivat Päivi Hämäläinen (puheenjohtaja), Hilikka Ahonen, Päivi Hauhia, Jorma Jarvisalo, Sari Koskue (sihteeri), Sari Palojoiki, Seppo Ranta, Annukka Ritvanen, Martti Virtanen, Liisa-Maria Voipio-Pulkki sekä Jorma Komulainen. Ohjekirjan käsikirjoitusta ovat kommentoineet Laurea ammattikorkeakoulu, Suomen Kuntaliitto, Suomen Lääkäriliitto, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Sairaanhoidajaliitto sekä useat yksittäiset asiantuntijat, joiden panos ohjekirjan valmistumiseen on ollut merkittävä. Ani Kajander on tarkistanut ohjekirjan kieliasun.

Kiitän lämpimästi kaikkia Suomalaisen tautien kirjaamisen ohjekirjan laatimiseen osallistuneita tahoja ja henkilöitä!

Kuopiossa ja Helsingissä, kesäkuussa 2011

Jorma Komulainen  
LT, ylilääkäri  
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

# Sisällys

## Saatesanat

1	Johdanto	7
2	Ohjeet ICD-10 koodien käyttöön	9
2.1	ICD-10 luokituksen perusrakenne	9
2.2	”Tähän sisältyy” ja ”tähän ei sisälly” -määritykset	11
2.3	Kahden tai useamman koodin käyttö	12
2.4	Otsikkokoodit	17
2.5	Erityistilanteita	17
2.6	Lisätietoja	17
3	Taudinmäärityksen yleiset ohjeet	18
3.1	Taudinmäärityksen tarkkuus	19
3.2	Diagnoosin ensisijaisuus	19
3.3	Diagnoosin pysyvyys	20
3.4	Diagnoosin varmuusaste	20
3.5	Lisätietoja	21
4	Tautiluokitukset kliinisessä työssä	22
4.1	Riskitiedot	22
4.2	Hoidon syy	23
4.3	Diagnoosit	25
4.4	Muut ICD-10 luokituksen käyttötavat potilaskertomuksessa	26
4.5	ICD-10 luokitus ja kliininen päätöksentuki	26
4.6	Lisätietoja	27
5	Hoitoon liittyvien haittatapahtumien kirjaaminen ICD-10 luokituksen avulla	28
5.1	Ohjeet	28
5.2	Lisätietoja	30
6	Kuolintodistuksen laatiminen	31
6.1	Kuolintodistus 28 vrk:n ikäisenä tai vanhempana kuolleista	32
6.2	Kuolintodistus alle 28 vrk:n iässä kuolleista ja kuolleena syntyneistä	36
6.3	Lisätietoja	37
7	Ohje tapaturmien ulkoisten syiden kirjaamiseen	38
7.1	Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset	38
7.2	Vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoiset syyt	39

7.3	Esimerkkejä	40
7.4	Lisätietoja	40
8	ICD-10 luokituksen käyttäminen sosiaalivakuutuksen lääkärinlausunnoissa	41
8.1	Sairauspäiväraha	41
8.2	Erityishoitoraha	43
8.3	Korvaukset lääkekustannuksista	44
8.4	Vammaisetuudet	44
8.5	Työkyvyttömyyseläkkeet	45
8.6	Kuntoutuksen hakemista varten tarvittava lääkärinlausunto	48
8.7	Tapaturmavakuutus	50
8.8	Lisätietoja	51
9	Rekisteritoiminta	53
9.1	Katsaus eri rekistereihin	56
9.2	Syöpärekisteri-ilmoitukset	63
9.3	Tartuntatautirekisteri-ilmoitukset	65
10	ICPC-2	70
10.1	Ohjeet	70
10.2	ICD-10 ja ICPC-2 luokitusten yhteiskäyttö	73
10.3	Lisätietoja	74
11	NordDRG	75
11.1	ICD-10 ja DRG	75
11.2	Lisätietoja	77
12	ICD-10 luokituksen julkaisu, ylläpito ja kehittäminen	78
12.1	Sähköiset julkaisut	78
12.2	Painettu julkaisu	78
12.3	Ylläpito ja kehittäminen	79
12.4	Lisätietoja	79
13	Tautiluokituksen historiaa	80
13.1	Lisätietoja	81
	Liite: Lisääntymisterveyteen liittyviä virallisia määritelmiä ja käsitteitä	82

# 1 Johdanto

*Jorma Komulainen*

International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD) on Maailman Terveysjärjestön WHO:n kehittämä kansainvälinen tautiluokitusjärjestelmä. Tässä oppaassa keskitytään tarkastelemaan ICD-tautiluokituksen rakennetta ja sen käyttöä eri käyttötarkoituksissa. Kunkin aiheen kohdalla kuvataan aihealuetta yleisellä tasolla, annetaan ohjeet luokituksen käyttöön, pyritään esimerkkien valossa avaamaan ohjeita oppaan käyttäjälle sekä ohjataan lukijaa täydentävien tietojen pariin. ICD-luokituksen ohella oppaaseen on sisällytetty lyhyt kuvaus eräistä muista maassamme käytössä olevista luokituksista, jotka liittyvät tautiluokitukseen.

Opas on tarkoitettu käsikirjanomaiseen käyttöön. Sen pääasiallisia käyttäjiä lienevät lääkärit ja lääketieteen opiskelijat, koska niin oppaan kuin tautiluokituksenkin käyttö vaatii perehtyneisyyttä lääketieteellisen taudinmääritykseen, diagnostiikkaan. Opas julkaistaan erillään ICD-10 tautiluokituksesta, mutta niitä tulee tarkastella rinnakkain toistensa kanssa. Opas sisältää myös useita ajan myötä muuttuvia ohjeita ja kannanottoja, mutta tarkoituksena on päivittää oppaan sähköistä versiota tarvittaessa.

Tautiluokitusta ja muita luokituksia hyödynnetään terveydenhuollon tilastoinnissa, toiminnan tuotteistamisessa ja seurannassa sekä tutkimuksessa. Uutena käyttökohteena on mukaan astunut kliinisen päätöksenteon tuki, jonka toimivuudelle potilaan ongelmien laadukas diagnosointi sekä diagnoosien oikea kirjaaminen ovat välttämättömiä. Jotta rekisteröityä tietoa voidaan käyttää hyödyksi, tulee tiedon olla luotettavaa, oikeaa ja mahdollisimman yksityiskohtaista. Oppaan perimmäinen tarkoitus onkin yhtenäistää ja edelleen kehittää luokiteltujen potilastietojen kirjaamista potilaskertomukseen, josta tietojärjestelmien tulee mahdollistaa niiden poimiminen ja välittäminen erilaisiin rekistereihin.

ICD-luokituksesta on tällä hetkellä käytössä WHO:n vuonna 1990 hyväksymä kymmenes versio, jota kutsutaan nimellä ICD-10. Sen vuonna 1995 julkaistu ensimmäinen painos on ollut virallisessa käytössä maassamme vuodesta 1996 lähtien. Toiseen uusittuun painokseen huomioitiin WHO:n vuonna 1998 julkaiseman ICD-10 luokituksen muutokset. Vuoden 2010 alussa käyttöön otettu kolmas uusittu painos sisältää edellä mainittujen eräitä suomalaisten erikoislääkäriyhdistysten luokitukseen esittämiä tarkennuksia, täydennyksiä ja muutoksia.

Kliinikoille merkittävin vuoden 2010 alussa käyttöön otettu uudistus lienee kokonaan uuden luvun XXII lisääminen luokitukseen. Luku sisältää diagnoosikoodeja erityistapauksille jaettuna kahteen ryhmään: U00-U49 (väliaikainen luokittelu uusille, etiologialtaan epävarmoille taudeille) sekä U80-U89 (bakteerien antibioottiresistenssi). Lisäykset mahdollistavat antibioottiresistentin mikrobin aiheuttaman taudin ilmoitta-



misen ICD-10 luokituksen avulla. Määrällisesti eniten uusia diagnoosikoodeja on lisätty lukuun XX (V01-Y98, vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoiset syyt). Suurin tarve näille 29 lisäykselle on aiheutunut tapaturmien tilastoinnin kehittämisestä. Kliinisen työn kannalta merkittäviä lisäyksiä on muissakin ICD-10 luokissa. Uusien diagnoosien lisäksi vuoden 2010 luokitusversioon on tehty joukko aiempien termien kieliasua selkeyttäviä muutoksia.

## 2 Ohjeet ICD-10 koodien käyttöön

*Jorma Komulainen, Matti Mäkelä  
Simo Pelanteri, Martti Virtanen*

### 2.1 ICD-10 luokituksen perusrakenne

ICD-10 luokitus on rakenteeltaan hierarkkinen koostuen luvuista, ryhmistä, luokista ja aluluokista. Hierarkkisuus mahdollistaa kliinisesti merkityksellisten tarkkojen diagnoosien käytön tilastotoiminnassa tai terveydenhuollon toiminnan tuotteistamisessa, joissa useimmiten kootaan useita erillisiä diagnooseja yhteen tilasto- tai tuoteryhmään. Nykyisissä tietojärjestelmissä diagnooseja voidaan hakea merkkijonoilla, mikä helpottaa koodien hakemista.

Luokitus jakautuu **22 lukuun**, jotka merkitään roomalaisilla numeroilla I - XXII (Taulukko 1, sivu 10). ICD koodin ensimmäinen merkki on kirjain ja jokainen kirjain liittyy tiettyyn lukuun. Poikkeuksen tästä muodostavat kirjain D, jota käytetään sekä luvussa II (Kasvaimet) että luvussa III (Veren ja verta muodostavien elinten sairaudet sekä eräät immuunimekanismin häiriöt), sekä kirjain H, jota käytetään sekä luvussa VII (Silmän ja sen apuelinten sairaudet) että luvussa VIII (Korvan ja kartiolisäkkeen sairaudet). Neljässä luvussa (luvut I, II, XIX ja XX) koodin ensimmäisinä merkkeinä voi olla useampi kuin yksi kirjain.

Luvut jakautuvat kolmen koodimerkin tarkkuudella ilmaistuihin yhtenäisiin ryhmiin. Ryhmät ilmentävät erilaisia luokitteluperusteita. Luvussa I ryhmät on muodostettu taudin paikan, tarttumistavan ja aiheuttajaorganismien perusteella (esimerkiksi: A00 - A09, suoliston tartuntataudit; A50 - A64, pääasiallisesti sukupuoliteitse tarttuvut infektiot; A75 - A79, riketsioosit). Luvussa II ryhmittelyn ensimmäisen tason muodostaa kasvaimen laatu (C00 - C97, pahanlaatuiset kasvaimet; D00 - D09, pintasyövät ja muut alkavat syövät; D10 - D36, hyvänlaatuiset kasvaimet; D37 - D48, kasvu- ja leviämistäipumukseltaan epäselvät tai tuntemattomat kasvaimet). Ryhmittelyn toinen taso muodostuu kasvaimen paikan perusteella (esimerkiksi C15 - C26, ruuansulatuselimistön pahanlaatuiset kasvaimet).

Kussakin ryhmässä on yksi tai useita kolmen koodimerkin tarkkuudella ilmaistua **luokkaa**. Eräät luokat kuvaavat yksittäistä selkeästi määriteltä sairautta tai vammaa (esimerkiksi E54, askorbiinihapon puute), kun taas useimmat luokat kuvaavat yhteisiä ominaisuuksia sisältäviä tauteja tai vammoja, jotka on edelleen luokiteltu neljän merkin tarkkuudella ilmaistuihin alaluokkiin (esimerkiksi E55, D-vitamiininpuute; E55.0, aktiivinen riisitauti; E55.9, määrittämätön D-vitamiininpuute).

Taulukko 1. ICD-10 luokituksen luvut, niiden nimet ja koodiarvot.

Luku	Nimi	Koodiarvot
I	Tartunta- ja loistauteja	A00 - B99
II	Kasvaimet	C00 - D48
III	Veren ja verta muodostavien elinten sairaudet sekä eräät immuunimekanismin häiriöt	D50 - D89
IV	Umpierityssairaudet, ravitsemussairaudet ja aineenvaihduntasairaudet	E00 - E90
V	Mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt	F00 - F99
VI	Hermoston sairaudet	G00 - G99
VII	Silmän ja sen apuelinten sairaudet	H00 - H59
VIII	Korvan ja kartiolisäkkeen sairaudet	H60 - H95
IX	Verenkiertoelinten sairaudet	I00 - I99
X	Hengityselinten sairaudet	J00 - J99
XI	Ruuansulatuselinten sairaudet	K00 - K93
XII	Ihon ja ihonalaiskudoksen sairaudet	L00 - L99
XIII	Tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet	M00 - M99
XIV	Virtsan- ja sukupuolielinten sairaudet	N00 - N99
XV	Raskaus, synnytys ja lapsivuoteus	O00 - O99
XVI	Eräät perinataaliaikana alkaneet tilat	P00 - P96
XVII	Synnyttäiset epämuodostumat, epämuotoisuudet ja kromosomipoikkeavuudet	Q00 - Q99
XVIII	Muualla luokitamattomat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeavat kliiniset ja laboratoriolöydökset	R00 - R99
XIX	Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset	S00 - T98
XX	Vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoiset syyt	V01 - Y98
XXI	Tekijöitä jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveyspalvelujen tuottajiin	Z00 - ZZB
XXII	Diagnoosikoodeja erityistapauksille	U00 - U99

Sairauksien kansainvälinen tilastointi tapahtuu useimmiten kolmen merkin tarkkuudella ilmaistujen luokkien perusteella. Kliinisessä käytössä diagnooseja kirjattaessa tulee kuitenkin aina käyttää tautikoodia, joka mahdollisimman tarkoin kuvaa senhetkistä käsitystä potilaan tilasta.

Kussakin koodissa pisteen jälkeen yhdellä tai kahdella lisämerkillä eli yhteensä neljän tai viiden merkin tarkkuudella ilmaistujen **alaluokkien** käyttöä suositellaan mahdollisimman tarkan taudinmäärittelyksen kirjaamiseksi aina kun se on mahdollista. Numero 8 neljäntenä tai viidentenä merkkinä viittaa yleensä muuhun määritettyyn kolmen merkin tarkkuudella ilmaistun luokan tilaan, kun taas numero 9 viittaa tarkemmin määrittämättömään kyseiseen luokkaan liittyvään tilaan.

Huom! Silloin kun ICD-10 tautiluokitus ei sisällä numeroihin 8 tai 9 päättyviä alaluokkia, ei sellaista voida itse muodostaa.

Viiden merkin tarkkuudella ilmoitetut koodit ovat neljän merkin tarkkuudella ilmoitettujen alaluokkien alaluokkia. Niillä saatetaan kuvata vamman tai sairauden anatomista sijaintia tai muutoin tarkentaa diagnoosia. Useat viiden merkin tarkkuudella ilmoitetut koodit ovat kansallisia ICD-10 luokituksen laajennuksia, ja soveltuvat parhaiten käyttöön erikoissairaanhoidossa taudin tai vamman mahdollisimman tarkaksi kuvaamiseksi.

Huom! Neljän ja viiden merkin alaluokista puhuttaessa tässä oppaassa kolmannen ja neljännen merkin väliin sijoitettua pistettä ei lasketa merkiksi, niin kuin ei myöhemmin käsiteltäviä syy- ja oirekoodeja kuvaavia merkkejäkään.

## 2.2 ”Tähän sisältyy” ja ”tähän ei sisälly” -määritykset

Tautiluokituksen erottaa -nimikkeistöstä se, että luokituksessa yhdellä koodilla voidaan merkitä yksi tai useampia tautitiloja. ICD-10 luokituksessa useisiin 3-5 merkin tarkkuudella ilmaistuihin luokkiin ja alaluokkiin on liitetty listoja tiloista, jotka sisältyvät tai eivät sisälly kyseiseen luokkaan, samoin diagnostisia kriteerejä ja yleisiä huomautuksia kyseisen luokan tai alaluokan käytöstä.

*Tähän sisältyy* -listan termit ovat esimerkkejä siitä, millaisia tauteja tai vammoja kyseiseen luokkaan tulee luokitella. Ne voivat olla yleisiä tiloja tai tiloja, joiden kohdalla rajanveto niiden sisällyttämiseksi johonkin toiseen luokkaan on tarpeellista, tai taudin synonyymejä. Tähän sisältyy -termien listat eivät ole täydellisiä luetteloja luokkaan kuuluvista tautitiloista. Kunkin lääketieteen erikoisalalan sisällä onkin syytä sopia säännöt tautien ja tilojen yhdenmukaisesta kirjaamisesta suomalaisessa terveydenhuollossa.

*Tähän ei sisälly* -listan termit käsittävät luettelon sellaisista tiloista, jotka syystä tai toisesta voisi sisällyttää kyseiseen luokkaan, mutta jotka on sovittu luokiteltavaksi muualle. Termin jälkeen ilmoitetaan tällöin kyseisen tilan kohdalla käytettävä luokka.

Kunkin luvun alussa sekä useiden ryhmien kohdalla on lisäksi kuvattu yleisiä inkluusio (sisältää) - ja ekskluusio (ei sisällä) kriteereitä, sekä annettu ohjeita luokituksen käyttöön. Diagnostisia kriteereitä on kuvattu erityisesti mielenterveyden ja käytäytymisen häiriöiden kohdalla (Luku V). Nämä kuvaukset ovat kansallisesti laadittuja eivätkä sisälly WHO:n ylläpitämään luokitukseen.

Diagnostiikan kehittyessä ICD-10 luokituksessa esitetyt kriteerit eivät kaikilta osin ole säilyneet yhteneväisinä kansallisesti tai kansainvälisesti sovittujen diagnostisten kriteereiden kanssa. Tämän oppaan kirjoittajien käsityksen mukaan diagnostiikassa tuleekin ensisijaisesti soveltaa ajanmukaisia kansallisia tai kansainvälisiä kriteereitä. Diagnoosi kirjataan siitä huolimatta ICD-10 luokitusta hyödyntäen.

Huom! Joissain tapauksissa saattaa olla kliinisesti perusteltua käyttää potilaskertomuksessa ICD-10 luokitusta tarkempaa lääketieteellistä diagnoosia. Tällöin valitaan ICD-10 luokaksi parhaiten tautia kuvaava koodi. Lisämääreeksi voidaan kirjoittaa ICD-10 luokituksen perustermiä tarkempi termi. Näin saattaa olla tarpeen tehdä esimerkiksi eteislepatuksen kohdalla, jonka ICD-10 koodi on sama kuin eteisvärinä. Vastaavasti akuutti ja krooninen eteisvärinä saattaa olla järkevä kuvata sanallisesti, koska niiden ICD-10 luokka on sama.

## 2.3 Kahden tai useamman koodin käyttö

### 2.3.1 Syy- ja oirekoodi

Potilaan tilan kuvaamiseksi tarvitaan usein tieto sekä taudin syystä, aiheuttajasta tai etiologiasta (syykoodi) että sen aiheuttamasta oireesta tai ilmenemästä (oirekoodi). ICD-10 tautiluokituksessa on plusmerkillä (”+”) merkitty sellaiset taudin syytä kuvaavat luokat ja alaluokat, joihin tyypillisesti saattaa olla tarpeen liittää tilaa täsmentävä, taudin oiretta kuvaava luokka tai alaluokka. Tyypilliset tällaiset oirekoodit on luokituksessa merkitty tähtimerkillä (”\*”).

Plusmerkki ICD-10 tautiluokituksessa kertoo käyttäjälle, että kyseessä on tyypillinen taudin syykoodi, jota todennäköisesti (mutta ei välttämättä) on tarpeen täydentää oirekoodilla. Plusmerkin toistaminen tietojärjestelmissä, potilaskertomuksessa tai lausunnoissa ei ole tarpeen.

Huom! Syy- ja oirekoodien merkintä plus- ja tähtimerkeillä ICD-10 tautiluokituksessa ei ole kattava. Kahta diagnoosikoodia voidaan käyttää kuvaamaan potilaan tilaa silloinkin, kun kyseisiä koodeja ei luokituksessa olla nimenomaisesti syy- tai oirekoodeiksi merkitty. Tällainen yhdistelmä on mielekäs esimerkiksi luokan XVII (Synnynnäiset epämuodostumat, epämuotoisuudet ja kromosomipoikkeavuudet) kohdalla silloin, kun tilan aiheuttaja on tiedossa.

Syykoodi on ensisijainen, ja se tulee ilmoittaa aina. Oirekoodia käytetään silloin kun se on mielekäs tapa ilmaista taudin tarkempaa luonnetta. Luokituksessa tähtimerkillä varustettua oirekoodia ei koskaan tule käyttää ilman syykoodia. Koodipari on tällöin muotoa oirekoodi\*syykoodi.

Kaikkia mahdollisia oirekoodi\*syykoodi -pareja ei ole mielekästä julkaista ICD-10 tautiluokituksessa. Sellaisia ovat esimerkiksi D63.0\* -parit (kasvainsairauteen liittyvä anemia), koska syykoodiksi tällöin sopii mikä tahansa kasvainsairauden koodi. Sama koskee oirekoodia D63.8\* (anemia muun luokitetun pitkäaikaissairauden yhteydessä).

Huom! Jos edellä kuvatussa esimerkissä anemian syynä olevaa sairautta ei syystä tai toisesta haluta ilmoittaa, tulee D63.0\* tai D63.8\* -oirekoodien sijasta käyttää koodia D64.8 (muu anemia) tai D64.9 (määrittämätön anemia).

Oirekoodit (\*-merkillä varustetut koodit) kuuluvat kolmen merkin tarkkuudella ilmaistuihin luokkiin, ja niiden koodit eroavat tiloista jolloin syykoodia ei ilmoiteta. Esimerkiksi G20 ja G21 luokat kuvaavat Parkinsonin tautia, kun taas G22\* kuvaa parkinsonismia muualla luokitetun sairauden yhteydessä. Vastaavalla syykoodilla kuvataan sitten taudin etiologia. Esimerkiksi kupan ollessa Parkinsonismin aiheuttaja oirekoodi on G22\* ja syykoodi A52.1+.

Huom! Tähtimerkki "\*" koodiparissa tarkoittaa siis "jonka aiheuttaa". Esimerkiksi G63.2\*E11.4 (diabeteksen monihermosairaus; aikuistyyppin diabetes) on monihermosairaus jonka aiheuttaa aikuistyyppin diabetes. Luokituksessa syykoodi on ilmoitettu muodossa E11.4+, mutta plusmerkin toistaminen koodia käytettäessä ei ole tarpeellista.

Eräitä syykoodeja varten on omat +-merkillä varustetut koodinsa. Useimmiten kuitenkin koodiparissa käytettävä syykoodi muodostetaan tavanomaisesta kolmen - viiden merkin tarkkuudella ilmaistusta koodista.

#### Esimerkki 1.

*A17+ (hermoston tuberkuloosi) on oma syykoodiluokkansa, jonka alaluokkia ovat A17.0+ (tuberkuloosi aivokalvojen tulehduksen syynä), A17.1+ (tuberkuloosipesäke aivokalvoilla) ja A17.8+ (muu hermoston tuberkuloosi). Voidaan muodostaa esimerkiksi koodiparit*

- *G01\*A17.0 tuberkuloottinen meningiitti*
- *G07\*A17.1 aivokalvojen tuberkulooma*
- *G63.0\*A17.8 tuberkuloottinen monihermosairaus*

#### Esimerkki 2.

*A54.8 (muu gonokokki-infektio) ei ole oma syykoodiluokkansa. Tästä huolimatta infektion paikka voidaan eräissä tapauksissa ilmoittaa oirekoodilla, esimerkiksi*

- ◆ *K67.1\*A54.8 gonokokin aiheuttama vatsakalvontulehdus*
- ◆ *J17.0\*A54.8 gonokokin aiheuttama keuhkokuume*
- ◆ *I41.0\*A54.8 gonokokin aiheuttama sydänlihastulehdus*

*Paikalliset infektiot voidaan kuvata täsmällisesti yhdistämällä infektion aiheuttaja ryhmästä Bakteerit, virukset ja muut tartunnanaiheuttajat (B95 - B97) taudin koodiin. Esimerkiksi:*

- ◆ *J01.0\*B95.3 pneumokokin aiheuttama akuutti poskiontelotulehdus*

Huom! Tässä ja vastaavissa tapauksissa oirekoodi\*syykoodi paria voidaan siis käyttää, vaikka itse luokituksessa oirekoodia ei olisikaan merkitty tähtimerkillä ("\*"). Syykoodina on tällöin jokin B95 – B97 ryhmän koodeista, joita ei itsenäisenä, ilman yhdistämistä oirekoodiin, saa käyttää.

*Ryhmän Elimelliset aivo-oireyhtymät (F00 - F09) aiheuttaja voidaan kuvata kaksoiskoodilla. Esimerkiksi:*

◆ **F02.10\*A81.0 Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvä dementia; ilman lisäoireita**

Huom! Vaikka luokituksessa koodi F02.10\* tarkoittaa ilman lisäoireita esiintyvää Creutzfeldt-Jakobin tautiin liittyvää dementiaa, tulee mukaan liittää etiologian erikseen ilmoittama Creutzfeldt-Jakobin taudin A81.0 koodi. Näin varmistetaan eri tarkoituksissa, kuten tilastoinnissa, laadun seurannassa ja päätöksentuessa, potilaiden asianmukainen luokittelu etiologisen tekijän mukaan. ICD-10 luokituksessa on useita vastaavia tilanteita.

### 2.3.2. Toiminnalliset aktiiviset kasvaimet

ICD-10 tautiluokituksessa luvun II toiminnallisesti aktiivinen kasvain voidaan kuvata yhdistämällä luvun II kasvainta kuvaava koodi luvun IV toimintaa ilmaisevaan koodiin. Kasvainten kohdalla on tähtimerkin sijasta päädytty käyttämään &-merkkiä. Lisäksi koodien ilmoittamisjärjestys koodipareissa on erilainen aiemmin kuvattuun syy- ja oirekoodi yhdistelmään nähden. Kasvainten kohdalla luokituksessa ilmoitetaan ensimmäisenä kasvaimen ja toisena sen aiheuttaman häiriön koodi. Esimerkiksi:

- D35.30&E23.00 kraniofaryngeooman aiheuttama aivolisäkkeen vajaatoiminta

Kasvain ja sen aiheuttama toiminnallinen häiriö voidaan luonnollisesti ilmoittaa myös kahtena erillisenä diagnoosina (päädiagnoosi ja sivudiagnoosi). Edellisen esi-merkin mukaisesti päädiagnoosi on D35.30 niissä hoitotapahtumissa, jotka kohdistuvat kraniofaryngeoomaan (neurokirurgia). Vastaavasti aivolisäkkeen vajaatoimintaa ensisijaisesti hoidettaessa päädiagnoosi on E23.00 (endokrinologia).

### 2.3.3 Myrkytykset ja lääkkeen aiheuttamat haitat

Luvun XX ryhmä T36-T50 sisältää psykotrooppisten aineiden, lääkkeiden ja biologisten aineiden aiheuttamat myrkytykset. Koodeja käytetään silloin, kun kyseessä on mainittujen aineiden yliannostuksen vaikutukset sekä erehdyksessä otettujen tai annettujen väärin aineiden vaikutukset.

T36# koodi tarkoittaa lääkkeen aiheuttamaa myrkyvaikutusta. Lääkeaine kuvataan kyseessä olevan valmisteen ATC-koodilla (viisi ensimmäistä merkkiä). Jos myrkytyksen on aiheuttanut useampi lääkeaine, kirjataan kaikki merkittävät lääkeaineet omalla koodiparillaan (T36# ja ATC-koodi). Oireiden kannalta tärkein lääkeaine merkitään

ensimmäiseen koodipariin. Myrkytykseen johtanut tapaturma ilmaistaan ulkoisen syyn koodilla luvusta XX (X44 myrkytystapaturma, X69 tahallisesti itselle aiheutettu myrkytys, X85 toisen henkilön tahallisesti aiheuttama myrkytys, Y19 myrkytys – tahallisuus epäselvä, Y57 lääkeaineen sivuvaikutus, Y88.0 lääkehoidon myöhäisvaikutukset).

Huom! ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) luokituksessa lääkkeet on jaettu ryhmiin sen mukaan, mihin elimeen tai elinjärjestelmään ne vaikuttavat sekä niiden kemiallisten, farmakologisten ja terapeuttisten ominaisuuksien mukaan. Kansainvälisestä luokituksesta huolehtii Suomessa Fimea.

Ryhmän Y40-Y59 koodit kattavat lääkeaineiden, lääkkeiden ja biologisten aineiden haittavaikutukset hoidon yhteydessä. Ryhmä sisältää kolme luokkaa: Y57 lääkkeen tai lääkeaineen haittavaikutus, Y58 bakteerirokotteen haittavaikutus sekä Y59 muun tai määrittämättömän rokotteen tai biologisen aineen haittavaikutus. Kussakin luokassa aiheutunut haitta ilmaistaan kyseistä oiretta tai tilaa kuvaavalla koodilla (esim. T88.7 määrittämätön lääkeaineen epäedullinen vaikutus tai T88.1 muu muualla luokittamaton immunisaation jälkeinen komplikaatio). Lääkeaine tai rokote kuvataan ATC-koodin viidellä ensimmäisellä merkillä.

Muut #-merkin sisältävät koodit tarkoittavat tiloja, joiden aiheuttajana saattaa olla lääkeaine. Tällöin kyseessä ei ole myrkytys vaan lääkkeen aiheuttama haittavaikutus. Päädiagnoosiksi kirjataan haittavaikutusta kuvaava diagnoosi. Haitan aiheuttanut lääkeaine kuvataan sen ATC-koodilla (viisi ensimmäistä merkkiä).

### 2.3.4 Ulkoiset syyt

Luvun XX koodeja ei saa käyttää yksinomaisina päädiagnooseina, vaan ainoastaan ulkoista vaikutusta kuvaavina lisäkoodeina. Luvun XIX tai muun luvun koodi ja luvun XX koodi voidaan yhdistää kuvaamaan vamman luonnetta ja sen aiheuttajaa.

Esimerkiksi:

- Perheväkivallan seurauksena rintakehään aiheutunut pistovamma kirjataan kahdella diagnoosilla; S21.1 Rintakehän etuosan haava (päädiagnoosi) ja X99.0 Murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely terävän esineen avulla; suorittajana puoliso tai partneri (ulkoisen syyn diagnoosi)

Huom! Muusta luvusta XX poiketen ryhmä, joka sisältää luokat Y90-Y98, kuvaa muualla luokiteltuihin tiloihin liittyviä lisätekiäjiä. Näitä ovat veren alkoholipitoisuus tai alkoholimyrkytyksen aste (Y90-Y91), tapaturmatyyppi (Y94-Y96) sekä muu ympäristöön liittyvä tekijä (Y97-Y98). Tämän ryhmän koodeja tulee käyttää lisäkoodina antamaan lisätietoja kuoleman tai sairauden syistä. Niitä ei voida käyttää varsinaisena ulkoisen syyn koodina.



### 2.3.5 Tietojärjestelmän ominaisuuksia

Diagnoosien koodaamisen laadun varmistamiseksi tietojärjestelmissä voidaan toteuttaa eräitä tarkistuksia ja käyttäjää tukevia ominaisuuksia.

- Tähtikategorioiden oirediagnooseja ei pidä hyväksyä ilman niitä täydentävää syydiagnooseja.
  - Tällaisia kategorioita ovat D63\*, D77\*, E35\*, E90\*, F00\*, F02\*, G01\*, G02\*, G05\*, G07\*, G13\*, G22\*, G26\*, G32\*, G46\*, G53\*, G55\*, G59\*, G63\*, G73\*, G94\*, G99\*, H03\*, H06\*, H13\*, H19\*, H22\*, H28\*, H32\*, H36\*, H42\*, H45\*, H48\*, H58\*, H62\*, H67\*, H75\*, H82\*, H94\*, I32\*, I39\*, I41\*, I43\*, I52\*, I68\*, I79\*, I98\*, J17\*, J91\*, J99\*, K23\*, K67\*, K77\*, K87\*, K93\*, L14\*, L45\*, L54\*, L62\*, L86\*, L99\*, M01\*, M03\*, M07\*, M09\*, M14\*, M36\*, M49\*, M63\*, M68\*, M73\*, M82\*, M90\*, N08\*, N16\*, N22\*, N29\*, N33\*, N37\*, N51\*, N74\*, N77\*, P75\*
- Tietojärjestelmien käyttämän ICD-10 luokituksen tulee sisältää tavallisimmat oire- ja syydiagnoosien parit, jolloin tietojärjestelmät voivat ehdottaa käyttäjää täydentämään oirediagnoosia syydiagnoosilla. Syykoodiksi tulee kuitenkin olla mahdollista valita muukin kuin ehdotettu koodi.
- Tilanteissa, joissa oirekoodi yksin sisältää kaiken tarpeellisen informaation sairaudesta, tietojärjestelmien tulee automaattisesti lisätä tarvittava syykoodi.
  - Tällaisia ovat eräät mikrobien aiheuttamat sairaudet, esimerkiksi H19.1\* (herpesviruksen aiheuttama sidekalvotulehdus), johon liitetään syykoodi B00.5+ (herpesvirus silmänsairauden synnä), sekä M90.0\* (tuberkuloosi luussa), johon liitetään syykoodi A18.0+ (luu- ja niveltuberkuloosi).
- Käytettäessä diagnoosipareja tietojärjestelmien tulee mahdollistaa haku sekä diagnoosiparilla että erikseen molemmilla diagnooseilla (oire- ja syydiagnoosilla).
- Tietojärjestelmien tulee pyytää käyttäjää tarkistamaan diagnoosi, jos vain miehille aiheellisia diagnooseja yritetään kirjata naiselle, tai vastaavasti vain naisille aiheellisia diagnooseja yritetään kirjata miehille..
  - Vain miehille aiheellisia diagnooseja ovat B26.0, C60-C63, D07.4-D07.6, D17.6, D29.-, D40.-, E29.-, E89.5, F52.4, I86.1, L29.1, N40-N51, Q53-Q55, R86, S31.2-S31.3, Z12.5
  - Vain naisille aiheellisia diagnooseja ovat A34, B37.3, C51-C58, C79.6, D06.-, D07.0-D07.3, D25-D28, D39.-, E28.-, E89.4, F52.5, F53.-, I86.3, L29.2, L70.5, M80.0-M80.1, M81.0-M81.1, M83.0, N70-N98, N99.2-N99.3, O00-O99, P54.6, Q50-Q52, R87, S31.4, S37.4-S37.6, T19.2-T19.3, T83.3, Y76.-, Z01.4, Z12.4, Z30.1, Z30.3, Z30.5, Z31.1, Z31.2, Z32-Z36, Z39.-, Z43.7, Z87.5, Z97.5

Huom! Eräissä harvinaisissa tautitiloissa ja mahdollisesti sukupuolenvaihdoksen jälkeen eräät edellä luetelluista diagnooseista ovat mahdollisia myös toiselle sukupuolelle, joten niiden käyttöä tietojärjestelmissä ei voi ehdottomasti estää.

- Tietojärjestelmien tulee diagnoosia kirjattaessa tarjota käyttäjälle ICD-10 luokituksen mukaista termiä, mutta mahdollistaa hänelle termin muuttaminen, muokkaaminen ja täydentäminen.

## 2.4 Otsikkokoodit

Otsikkokoodit ovat yleensä kolmemerkkisiä mutta joskus nelimerkkisiä koodeja, jotka kokoavat ryhmäksi potilaan diagnoosia tarkemmin kuvaavia tiloja. Otsikkokoodeja ei saa käyttää hoito- ja kuolemansyyilmoitusten diagnooseina. Mikäli spesifiä diagnoosia ei voida asettaa, käytetään otsikkokoodin sijasta 8- tai 9-loppuista alakoodia. Numeron 8 päättyvä koodi tarkoittaa yleensä muuta määritettyä otsikkokoodia tarkentavaa tilaa, kun taas numeroon 9 päättyvä koodi tarkoittaa tarkemmin määrittämätöntä otsikkokoodin tilaa.

Esimerkiksi:

- M05 Seropositiivinen nivelreuma on otsikkokoodi, jonka alakoodeja ovat M05.0 – M05.9. Ellei spesifiä diagnoosia löydy alakoodeista, käytetään diagnoosia M05.8 Muu seropositiivinen nivelreuma. Jos spesifiä diagnoosia ei voida asettaa, käytetään diagnoosia M05.9 Määrittämätön seropositiivinen nivelreuma.
- I22.9 Määrittämätön uusiva sydäninfarkti on otsikkokoodi, jonka sijasta tulee käyttää sepelvaltimon tilaa tarkemmin kuvaavaa koodia alueelta I22.90 – I22.93, tai tilanteen mukaan koodeja I22.97 Mahdollinen uusiva sydäninfarkti tai I22.99 Määrittämätön uusiva sydäninfarkti, määrittämätön sepelvaltimotilanne.

## 2.5 Erityistilanteita

Koodiryhmiä Y90 – Y98 käytetään tarvittaessa sivudiagnooseina kuvaamaan lisätietona sairastavuuden tai kuoleman syytä. Niitä ei tule käyttää päädiagnoosina.

## 2.6 Lisätietoja

- ICD-10 tautiluokituksen kansainvälinen versio: [http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10\\_2nd\\_ed\\_volume2.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/ICD-10_2nd_ed_volume2.pdf)
- ATC-luokitus: <http://atc.thedrugsinfo.com>

# 3 Taudinmäärityksen yleiset ohjeet

*Jorma Komulainen, Matti Mäkelä*

Diagnoosi-termi pohjautuu kreikankielisiin sanoihin dia (läpi) ja gnosis (tieto). Diagnoosilla tarkoitetaan taudin olemassaolon ja laadun määrittävää taudin kuvausta. Potilaan sairauden määrittäminen on yksi lääkärin tärkeimmistä tehtävistä ja ohjaa kaikkea potilaan hoitoa. Diagnoosi on tietenkin myös kirjattava potilaskertomukseen.

Suomessa ICD-10 tautiluokituksen mukaista diagnoosien koodausta on käytetty eniten erikoissairaanhoidon hoitoilmoituksissa ja DRG-tuotteistuksessa, kuolintodistuksissa sekä erilaisissa muissa potilaan terveydentilaa koskevissa lausunnoissa ja todistuksissa. Tämä on mahdollistanut terveyspalveluiden käyttöön ja kuolemansyihin liittyvän kansallisen tilastoinnin, epidemiologisen tutkimuksen ja terveydenhuoltotutkimuksen sekä edesauttanut sosiaalivakuutuksen etuuksien asianmukaista kohdentamista.

Kaikki terveydenhuollon palveluiden käyttö ei liity sairauksien tutkimiseen tai hoitoon. Myös ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon liittyviä käyntejä ja muita tapahtumia voidaan ja on syytä luokitella. ICD-10 luokituksessa luku Z (tekijöitä jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveyspalvelujen tuottajiin) soveltuu tällaiseen käyttöön. Myös luvussa 10 esiteltävä ICPC-2-luokitus sisältää käyntisyyluokkia mm. sosiaalisille ongelmille sekä erilaisille oireille, vaivoille, huolille ja reaktioille.

Diagnoosien määrämuotoinen kirjaaminen tuo hyötyä sekä potilaalle että häntä hoitaville ammattihenkilöille. Sähköisiin potilaskertomusjärjestelmiin on tullut ja tulossa kliinistä päätöksentekoa auttavia ominaisuuksia. Jo tällä hetkellä eräät järjestelmät mahdollistavat hoitosuositusten automaattisen näyttämisen potilaan ICD-10 koodatun diagnoosin perusteella. Diagnooseihin voidaan myös liittää tutkimuksiin, lääkitykseen ja hoitoihin liittyviä tarkistuksia. Sellaisista diagnooseista, jotka pitkälläkin aikavälillä vaikuttavat potilaan hyvinvointiin tai hänen muiden sairauksiensa hoitoon, voidaan sähköiseen potilaskertomukseen koostaa potilaskohtaisia diagnoosilistoja, jotka auttavat ammattilaista kokonaiskuvan muodostamisessa. Näiden kliinistä työtä tukevien ominaisuuksien hyödyntäminen edellyttää sitä, että diagnoosit jatkossa nykyistä kattavammin kirjataan potilaskertomukseen koodattuina ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti.

Huom! Potilaalla on oikeus kieltää palvelunantajaan (esimerkiksi sairaanhoitopiiri tai terveyskeskuskuntayhtymä) tai palvelutapahtumaan (esimerkiksi vastaanottokäynti tai sairaalahoitojakso) liittyvien tietojen luovuttaminen muille kuin kyseisessä organisaatiossa häntä hoitaville ammattihenkilöille. Tällaisessa tilanteessa myös diagnoosilista saattaa jäädä epätäydelliseksi.

Hyvä kirjaustapa vaatii myös, että kaikki potilaalle määrätty lääkitys perustuu potilaskertomukseen kirjattuihin diagnooseihin tai terveydenhuollon ammattihenkilön tekemään hoidon tarpeen arviointiin (rajattu lääkkeenmääräminen).

### 3.1 Taudinmäärityksen tarkkuus

Taudinmääritys tehdään tarkimmalla kliinisesti mielekkäällä tasolla, tarvittaessa täsmentäen käytettyä diagnoosiluokkaa tekstimuotoisella kuvauksella. Otsikkokoodeja (ks. kappale 2.4.) ei pääsääntöisesti tule käyttää. Niiden sijasta diagnoosit tulee ilmaista neljän tai viiden merkin tarkkuudella luokiteltujen alaluokkien avulla, milloin sellaisia on käytettävissä.

**Esimerkki 1:** Alaluokkien viimeisenä numerona oleva 8 tarkoittaa pääsääntöisesti muuta määriteltyä kyseistä tautitilaa, kun taas viimeisenä numerona oleva 9 tarkoittaa tarkemmin määrittämätöntä kyseistä tautitilaa. Niinpä esimerkiksi hyperaldosteronismi diagnoosia koodattaessa, silloin kun ei ole tiedossa onko se primaarinen (E26.0) tai sekundaarinen (E26.1) ei tule käyttää otsikkokoodia hyperaldosteronismi (E26) vaan nelimerkkistä alaluokkaa määrittämätön hyperaldosteronismi (E26.9).

**Esimerkki 2:** Joissain tilanteissa ei ole kliinisesti mielekästä pyrkiä hyvin speifiin diagnoosiin. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi akuuttivastaanoton suhteellisen vaarattomat taudit. Tällöin diagnoosi kannattaa koodata 9-loppuisena, kuten J20.9 (määrittämätön akuutti keuhkoputkentulehdus) tai J15.9 (määrittämätön bakteerin aiheuttama keuhkokuume).

Huom! Kirjattaessa 8- tai 9-loppuista diagnoosikoodia on usein mielekästä poistaa diagnoosin termistä ilmaisu ”muu määritelty” (8-loppuiset diagnoosikoodit) tai ”määrittämätön” (9-loppuiset diagnoosikoodit). Niinpä edellä olevan esimerkin termit voisivat kuulua ”akuutti keuhkoputkentulehdus” ja ”vasemman alalohkon keuhkokuume”.

### 3.2 Diagnoosin ensisijaisuus

Diagnoosin merkitystä kunkin hoitotapahtuman yhteydessä kuvataan potilaskertomuksessa pää- ja sivudiagnoosi määreillä AR/YDIN - Diagnoosin ensisijaisuus luokituksen mukaisesti. Diagnoosin ensisijaisuuden määrittäminen ei ole pakollista. Jos sitä ei ole määritelty, tulkitaan ensimmäiseksi merkitty diagnoosi pää- ja muut diagnoosit sivudiagnooseiksi.

Päädiagnoosilla tarkoitetaan potilaan hoidon kannalta kyseisessä hoitotilanteessa ensisijaista tai suoraan senkertaiseen hoidon syyhyn liittyvää diagnoosia. Päädiagnoosiksi merkitään siis se terveysongelma ja tauti, joka on ollut tärkein kyseisen hoitotapahtuman aihe.

Huom! Potilaskertomuksen päädiagnoosi liittyy hoitotapahtumaan. Potilaan kokonaistilanteen kannalta hänellä voi olla merkityksellisempiäkin diagnooseja.

Sivudiagnooseilla tarkoitetaan muita potilaan hoidon kannalta kyseisessä hoitotilanteessa merkityksellisiä diagnooseja, joilla on vaikutusta potilaan tutkimiseen, hoitoon, ennusteeseen tai hänen välittömään terveydentilaansa. Potilaan perussairaudet ilmaistaan sivudiagnooseilla silloin kun ne eivät ole kyseisen hoitotilanteen päädiagnooseja.

Huom! Sellaisia aiempia diagnooseja, joilla ei ole merkitystä ajankohtaisen terveysongelman tutkimisessa, hoidossa tai ennusteessa, tai jotka eivät tällä hetkellä vaikuta potilaan terveydentilaan, ei tule merkitä hoitotapahtuman diagnooseiksi.

Potilaskertomukseen voidaan siis yhteen hoitotapahtumaan liittyen kirjata yksi päädiagnoosi sekä nolla, yksi tai useita sivudiagnooseja. Jos diagnooseja ei ole määritelty pää- tai sivudiagnooseiksi, tulkitaan ensimmäinen diagnoosi päädiagnoosiksi ja loput sivudiagnooseiksi.

### 3.3 Diagnoosin pysyvyys

Potilaan hoidon kannalta on merkityksellistä, aiheuttaako asetettu diagnoosi hänelle pitkäaikaista hoidon tarvetta, tai vaikuttaako kerran asetettu diagnoosi hänen tulevaan terveydentilaansa tai hänelle muiden sairauksien johdosta annettavaan hoitoon. Pysyvistä diagnooseista tulee potilaskertomusjärjestelmissä voida koostaa diagnoosilistoja, jotka osaltaan auttavat ammattihenkilöä luomaan kokonaiskuvan potilaan aiemmista ja nykyisistä terveysongelmista. Diagnoosin pysyvyyttä kuvataan tarvittaessa AR/YDIN - Pysyvyys luokituksen avulla.

Kertaluonteinen diagnoosi tarkoittaa sellaista ohimenevää sairauden, vamman tai muun terveysongelman diagnoosia, jolla ei ole pitkäaikaista merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien kannalta.

Pysyvä diagnoosi tarkoittaa sellaisen sairauden, vamman tai muun terveysongelman diagnoosia, joka on hyvin pitkäkestoinen tai pysyvä, tai jolla sen väistyttyäkin on merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien hoidon kannalta. Pysyvä diagnoosi säilyy diagnoosilistalla yleensä pysyvästi.

Huom! Diagnoosin pysyvyyden määrittäminen on vapaaehtoista mutta suositeltavaa. Sillä ei ole merkitystä lääkärinlausuntojen tai -todistusten kannalta. Diagnoosin pysyvyyden käyttämistä voitaisiin potilastietojärjestelmissä helpottaa antamalla yleisimmille diagnooseille oletusarvoja.

### 3.4 Diagnoosin varmuusaste

Diagnostiikalle ominaista on sen epävarmuus. Diagnoosia potilaskertomukseen kirjattaessa sille voidaan antaa epävarmuuden astetta kuvaavia määreitä (taulukko 3.1).

Näiden määreiden käyttö ei ole pakollista, mutta niitä suositellaan käytettäväksi silloin kun se potilaan sen hetkisen tai tulevan hoidon tai tutkimusten kannalta on perusteltua. Tällainen tilanne saattaa olla esimerkiksi epäiltäessä pitkäaikaista tai vakavaa sairautta siinä vaiheessa, kun diagnoosin varmistavat (tai poissulkevat) tutkimukset ovat vielä suunnitteluvaiheessa tai työn alla. Kirjattua tietoa epäilystä diagnoosista voidaan tällöin käyttää kliinisen päätöksenteon tukipalveluissa.

Mahdollisuus diagnoosin varmuusasteen ilmaisemiseen potilastietojärjestelmissä on puutteellinen. Jos tietojärjestelmä ei mahdollista varmuusasteen määrittämistä edellä kuvatulla tavalla, voi epäilyn merkitä diagnoositermiin sanallisessa muodossa (esim. keuhkokuume epäily).

Tietoa varmuusasteesta ei ole järkevää siirtää hoitoilmoituksiin, kuolintodistuksiin tai muihin lääkärinlausuntoihin ja -todistuksiin.

Taulukko 3.1. Sähköisessä potilaskertomuksessa olevat diagnoosin varmuustasoa kuvaavat määreet (AR/YDIN - Varmuusaste luokitus).

Varmuusaste	Määritelmä
Epäilty	Käytettävissä olevien tietojen perusteella eniten mahdollinen diagnoosi, jonka todentamiseksi tarvitaan lisätietoja ja/tai muiden mahdollisten diagnoosien poissulkemista. Hoitotoimenpiteet voivat perustua työdiagnoosiin silloin kun ne auttavat diagnoosin varmentumista ja/tai ovat potilaalle hyvin riskittömiä ja/tai erittäin merkityksellisiä potilaan selviytymisen kannalta.
Todennäköinen	Käytettävissä olevien tietojen perusteella todennäköinen diagnoosi. Lisätutkimukset saattavat olla tarpeellisia erityisesti silloin, jos tarvittavat hoidot sisältävät potilaalle merkittäviä riskejä ja/tai taudin ennuste on huono ja/tai vaihtoehtoisten diagnoosien ennuste hoitamattomana on huono.
Varma	Käytettävissä olevien tietojen perusteella hyvin todennäköinen diagnoosi. Hoitopäätös voidaan tehdä, vaikka lisätutkimukset voivat olla tarpeen hoidon yksityiskohtien määrittämiseksi.

### 3.5 Lisätietoja

- Lääketieteen termit: <http://www.terveysportti.fi>
- AR/YDIN luokitukset: <http://www.thl.fi/koodistopalvelu>
- HILMO. Sosiaali ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2010. Määrittelyt ja ohjeistus. THL, Ohjeita ja luokitusoppaita. Helsinki 2010. <http://www.thl.fi/hilmo>
- Forrström J, Saukkonen S-M, Tuomola P. AvoHILMO. Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2011. Määrittelyt ja ohjeistus. THL – Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. ISBN 978-952-245-293-1. Helsinki 2010.

# 4 Tautiluokitukset kliinisessä työssä

*Jari Forsström, Jorma Komulainen*

Sekä ICD-10 että ICPC-2 luokitukset ovat Suomessa käytössä kliinisessä työssä. ICD-10 on luokituksista täsmällisempi, ja sen avulla voidaan useimmissa tapauksissa luokitella ja kuvata tarkasti potilaan sairaus tai vamma varsinkin siinä vaiheessa, kun diagnostiset tutkimukset ovat antaneet riittävästi tietoa taudinmäärittystä varten. ICPC-2 on kehitetty erityisesti perusterveydenhuollon hoidon syytä kuvaavaksi luokituksiksi. Sellaisena se soveltuu parhaiten käytettäväksi hoitotapahtuman tai -prosessin alkuvaiheessa, kun diagnostisia tutkimuksia ei vielä ole käytettävissä tai tarkkaa diagnoosia ei tarvita.

## 4.1 Riskitiedot

Riskitiedot ovat potilasta koskevia tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Tietoja käytetään huomauttamaan potilasta hoitavia henkilöitä siitä, että hoitoa täytyy mahdollisesti toteuttaa tavanomaisesta poikkeavalla tavalla. Riskitiedon kirjaamisesta päättää potilasta hoitava lääkäri, mutta kirjaamisen voi suorittaa muukin siihen oikeutettu henkilö.

Riskitiedot jaetaan kriittisiin tietoihin ja keskeisiin hoidossa huomioitaviin tietoihin.

**Kriittiset tiedot** ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa potilaalle hengenvaaran tai muun huomattavan riskin. Kriittiset tiedot käsittävät vakavat allergiset reaktiot, lääkeaineiden aiheuttamat vakavat poikkeavat reaktiot, riskitaudit, keino- ja siirtoelimet, vierasesineet sekä muut riskit.

**Hoidossa huomioitavat tiedot** ovat taustatietoja, joiden huomioiminen vaikuttaa potilaan hoitoon hoitovaihtoehtoja valittaessa, hoitoa toteutettaessa tai hoidon tai tutkimusten tuloksia tulkittaessa, mutta joiden huomiotta jättäminen ei aiheuta hengenvaarallista riskiä potilaan tai henkilökunnan terveydelle tai ympäristölle.

Riskitiedot on syytä kirjata ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti silloin kun se on mahdollista. Mukaan tulee lisätä vapaamuotoinen tarkenne riskin luonteesta. Lääkeaineiden kyseessä ollen ICD-10 luokkaan lisätään lääkeaineen ATC-luokituksen mukainen tieto ainakin viiden ensimmäisen merkin tarkkuudella. Keino- ja siirtoelinten osalta voidaan käyttää toimenpideluokituksen koodeja, jotka yksilöivät tehdyn toimenpiteen.

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

#### 4.1.1 Esimerkkejä riskitietojen luokitellusta kirjaamisesta

##### Esimerkki 1.

*Potilas on saanut penisilliinihoidon aikana anafylaktisen reaktion, joka sittemmin on varmistettu penisilliinin aiheuttamaksi. Kriittiseksi riskitiedoksi kirjataan ICD-10 luokituksen mukaisesti T88.6 (ohjeen mukaan annetun oikean lääkeaineen aiheuttama anafylaktinen sokki). ICD-10 diagnoosi täsmennetään penisilliinin ATC-koodilla J01CE. Riskitiedon tarkenteeseen kirjataan ”Penisilliinin aiheuttama anafylaktinen sokki”.*

##### Esimerkki 2.

*Potilaille tehdään maksansiirto. Kriittiseksi riskitiedoksi kirjataan toimenpideluokituksen mukaisesti JJC00 (maksansiirto). Kirjaaminen on yksinkertaisinta tehdä jo toimenpiteeseen liittyneen osastohoitojakson aikana.*

##### Esimerkki 3.

*Potilaalla on merkittävä munuaisten vajaatoiminta, joka vaikuttaa useiden lääkkeiden annosteluun. Kriittiseksi riskitiedoksi kirjataan ICD-10 luokituksen mukaisesti N18.9 (määrittämätön pitkäaikainen munuaisten vajaatoiminta). Riskitietoa voidaan tarkentaa esimerkiksi antamalla ajankohtainen glomerulusfiltraation arvo.*

Huom! Ehdotus tietojärjestelmille: Riskitietojen kirjaamista voidaan helpottaa ja yhdenmukaistaa määrittämällä ne sairaudet ja toimenpiteet, joista oletusarvoisesti syntyy riskitieto. Tällöin tietojärjestelmä voi jo diagnoosia tai toimenpidettä kirjattaessa ehdottaa riskitiedon muodostamista.

## 4.2 Hoidon syy

Terveystieteiden toiminnan seuranta ja mittaaminen ovat välttämättömiä toiminnan kehittämisessä ja parantamisessa. Siksi terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan kontaktin syystä tulee muodostua luotettava käsitys. Kun hoidon syy (käyntisyys, kontaktin syy) halutaan kirjata luokiteltuna, sekä ICD-10 tautiluokitus että ICPC-2 perusterveydenhuollon luokitus ovat mahdollisia vaihtoehtoja. Systemaattinen ja luokiteltu hoidon syyn kirjaaminen

- mahdollistaa kliinistä päätöksentukea tarjoavien palveluiden ottamisen käyttöön jo potilaskontaktin alkuvaiheessa, ja siten parantaa hoidon laatua ja helpottaa ammattilaisen päivittäistä työtä,
- helpottaa hoitoketjujen ja hoidon laadun seurantaa,
- parantaa potilaan hoidon suunnittelua,
- helpottaa toiminnan resursointia paikallisesti, sekä
- mahdollistaa vertailtavuuden muiden organisaatioiden kanssa.



Hoidon syytä ei tule sekoittaa taudinmäärittelyyn (diagnosointiin), vaikka sen kirjaamisessa käytetäänkin samoja luokituksia. Hoidon syyn kirjaamista ei ole osoitettu vain tietyille ammattiryhmälle, vaan se voidaan järjestää kussakin tilanteessa mielekkäimmällä tavalla. Luokitusten käytön periaatteet ovat samanlaiset eri ammattiryhmillä. Jos potilaalla on aiemmin diagnosoitu krooninen sairaus, jonka vuoksi hän saapuu lääkärin, hoitajan tai muun ammattihenkilön vastaanotolle tai vuodeosastohoitoon, voi myös kyseinen ammattihenkilö luokitella hoidon syyn aiemman ICD-10 tai ICPC-2 koodin avulla. Jos kyseinen hoitotapahtuma ei liity mihinkään aiemmin diagnosoituun sairauteen, tulee kirjaamisessa käyttää oireita tai terveystalveluiden käytön syytä kuvaavia ICD-10 tai ICPC-2 luokkia.

#### 4.2.1 Esimerkkejä hoidon syyn kirjaamisesta

##### Esimerkki 1.

*Potilas saapuu erikoissairaanhoidon poliklinikalle perusterveydenhuollosta saadun ajanvarausläheteen perusteella. Lähettämisen syyksi läheteeseen on kirjattu lonkka-arthroosi (ICD-10: M16.9). Poliklinikkakäynnin syyksi kirjataan samainen M16.9 riippumatta siitä, tekeekö hoidon syyn kirjauksen osastonsihteeri potilaan ilmoittautuessa, sairaanhoitaja haastattellessaan potilasta tai lääkäri vastaanoton yhteydessä.*

##### Esimerkki 2.

*Potilas tulee terveyskeskuksen vastaanotolle muutaman viikon verran jatkuneiden tarkemmin määrittelemättömien vatsakipujen vuoksi. Hoidon syy voidaan kirjata ICD-10 koodilla R10.4 (muu tai määrittämätön vatsakipu) tai ICPC-2 koodilla Do1 (yleiset vatsakivut). Kuten esimerkissä yksi, tälläkin kertaa hoidon syyn kirjaamisen tekee se henkilö, jolle se luontevimmin hoitoprosessissa soveltuu.*

##### Esimerkki 3.

*Aiemminkin migreenin vuoksi hoidossa ollut potilas tuodaan päivystykseen voimakkaan päänsärlyn, pahoinvoinnin ja valonarkuuden vuoksi. Hoidon syyksi voidaan kirjata aiempi ICD-10 luokituksen mukainen diagnoosi G43.0 (esioireeton migreeni). Vaihtoehtoisesti, jos potilaan saapuessa päänsärlyn syy tuntuu epäselvältä, voidaan hoidon syynä käyttää ICD-10 oirediagnoosia R51.80 (päänsärky) tai ICPC-2 luokkaa No1 (päänsärky).*

Huom! Hoidon syyn kirjaamisen helpottamiseksi on syytä kerätä yksikkökohtaisia listoja tavallisimmista hoidon syyn luokista. Nämä voidaan toteuttaa suoraan tietojärjestelmiin tai perinteiseen tapaan painettuina ohjeina.

## 4.3 Diagnoosit

Diagnosointi (taudinmääritys) kuuluu Suomessa lääkäreille. Kuten edellä on kuvattu, diagnoosiluokituksia voivat kirjaamisessa käyttää muutkin ammattiryhmät, kunhan itse taudinmääritys on lääkärin tekemä. Jokaisen potilaskontaktin yhteydessä tulisi pyrkiä ilmaisemaan terveysongelma mielekkäästi luokiteltuna. Diagnoosi kirjataan silloin kun se on potilaan hoidon kannalta perusteltua. Pääsääntöisesti hoitopäätösten tulee aina perustua taudinmääritykseen, joten hoitopäätöstä tehtäessä on kirjattava myös diagnoosi, johon päätös perustuu.

Erikoissairaanhoidossa tulee diagnoosit kirjata ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti. Perusterveydenhuollossa voidaan käyttää myös ICPC-2 luokitusta. ICD-10 on useimmissa tapauksissa ICPC-2 koodausta spesifisempi ja soveltuu paremmin organisaatioiden välisten hoitoketjujen käyttöön. Niinpä, mikäli perusterveydenhuollon vastaanotto toiminnassa käytetään lähtökohtaisesti ICPC-2 luokitusta, ICD-10 koodin käyttö ICPC-2 koodin rinnalla olisi suositeltavaa. Jos potilaalla on jo olemassa kyseiseen terveysongelmaan sopiva ICD-10 diagnoosi, käytetään sitä myös perusterveydenhuollon kontakteissa.

ICD-10 tautiluokituksen termit eivät aina ole kliinisesti käyttökelpoisia. Numeroon 8 päättyvien koodien termit ovat muotoa ”Muu määritely tähän ryhmään kuuluva tautitila”, jolloin mielekästä on korvata termi sillä nimenomaisella taudilla, josta on kysymys. Vastaavasti tautiluokituksen termit eivät ilmaise puolisuutta, jolla kuitenkin voi olla suuri kliininen merkitys. Niinpä lääkäri voi diagnoosia kirjatessaan muokata ICD-10 tautiluokituksen termiä (diagnoosin sanallista ilmaisua) tai korvata sen kokonaan toisella termillä. ICD-10 tautiluokituksen mukaista koodia ei luonnollisestikaan voi muuttaa.

Huom! Päätöksentuki, tilastot ja sosiaalivakuutuksen päätökset perustuvat ICD-10 tautiluokituksen koodiin. Jos lääkäri muokkaa tai muuttaa diagnoosin termiä, tulee hänen olla varma siitä että muokattu termi vastaa kyseistä ICD-10 koodia. Lisäksi diagnoosin on oltava ymmärrettävä muille terveydenhuollon ammattihenkilöille ja potilaalle itselleen.

### 4.3.1 Esimerkkejä diagnoosien rakenteisesta kirjaamisesta

#### Esimerkki 1.

*Potilas käy hoitajan vastaanotolla jalan traumaattiseen haavaan liittyvien ompeleiden poistossa. Hoitaja kirjaa hoidon syyksi ICD-10 luokituksen mukaisen aiemmin tehdyn diagnoosin S81.8 säären muun osan haava tai ICPC-2 luokituksen mukaisen diagnoosin S18 repeämä/viiltohaava. Luontevinta on käyttää samaa luokitusta, jota on käytetty haavan primaarissa hoitotilanteessa.*

## Esimerkki 2.

*Diabetesta sairastavan lapsen vanhempi soittaa kuvaten lapsen saaneen vaikean hypoglykeemisen tajunnanhäiriökohtauksen mutta jo toipuneen ennalleen. Lääkäri antaa puhelimitse hoito-ohjeen insuliiniannoksen vähäisestä pienentämisestä lähipäivien ajaksi. Hän kirjaa potilaskertomukseen antamansa hoito-ohjeen ja merkitsee diagnoosiksi ICD-10 luokituksen mukaisesti E10.00 nuoruustyyppin diabetes; hypoglykeeminen tajuttomuus.*

## 4.4 Muut ICD-10 luokituksen käyttötavat potilaskertomuksessa

Potilaskertomuksessa ICD-10 luokitusta käytetään aiemmin mainittujen tarkoitusten lisäksi seuraavissa tilanteissa:

- Tutkimus- tai hoitotoimenpiteen aiheuttaman haitan kuvaamisessa
- Lääkehoidon aloituksen, muutoksen tai lopettamisen syyn kuvaamisessa
- Rokotukseen liittyvän poikkeavan reaktion kuvaamisessa

## 4.5 ICD-10 luokitus ja kliininen päätöksentuki

Luokiteltu ja koodattu tieto potilaskertomuksessa mahdollistaa tietokoneavusteisen päätöksentuen, jolla tarkoitetaan potilaan tilaa kuvaavien tietojen yhdistämistä yleiseen lääketieteelliseen tietoon. Yksinkertaisimmillaan kliininen päätöksentuki on yhdistäessään potilaalle kirjatun diagnoosin (tai diagnoosiepäilyn) siihen liittyvään hoitosuositukseen. Tällä hetkellä ICD-10 diagnoosit on linkitetty Käypä hoito –suositukseen sekä Lääkärin käsikirja –artikkeleihin. Kehittyneempi päätöksentuki pystyy yhdistämään koodattuja tietoja potilaan diagnooseista, tutkimuksista, toimenpiteistä, lääkityksestä ja kliinisistä löydöksistä toisiinsa, tuottaen potilaan kokonaistilanteeseen liittyviä toimintaehdotuksia käyttäjälle. Automaattisesti tietokoneavusteisesti toimivan päätöksentuen on osoitettu pystyvän parantamaan hoidon laatua.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin Päätöksentuki-hankkeessa vuonna 2008 tehdyn selvityksen mukaan saman potilaan diagnoosit erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa olivat hyvin vajavaisesti yhteneväisiä. Näin ollen myös päätöksentuki-järjestelmän tuottamat palautteet samalle potilaalle eri organisaatioissa olisivat olleet poikkeavia. Havainto korostaa tarvetta diagnoosien huolelliseen kirjaamiseen potilaskertomukseen.

Diagnoosien kirjaaminen on välttämätön mutta ei riittävä edellytys kliinisen päätöksentuen kunnolliselle toiminnalle. Laboratoriotutkimusten saaminen päätöksentuen käyttöön toimii jo riittävän hyvin. Toimenpiteiden ja lääkityksen osalta tarvittavat rakenteet ovat olemassa, mutta niiden käyttö on tällä hetkellä puutteellista. Kliinisten löydösten osalta tarvittavat potilaskertomuksen rakenteet ovat vielä erittäin puutteelliset. Hoitotyön luokitusten (hoidon tarve ja hoidon toteutus) käytön yleistyessä myös hoitotyötä voidaan ohjata ja auttaa päätöksentuen keinoilla.

## 4.6 Lisätietoja

- AR/YDIN luokitukset: <http://www.thl.fi/koodistopalvelu>
- Kliininen päätöksentuki: [www.ebmeds.org](http://www.ebmeds.org)
- Käypä hoito -suositukset: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)
- Varonen H, Kaila M, Kunnamo I, Komulainen J, Mäntyranta T. Tietokoneavusteisen päätöksentuen avulla kohti neuvovaa potilaskertomusta. Aikakauskirja Duodecim. 2006;122:1174-81.

# 5 Hoitoon liittyvien haittatapahtumien kirjaaminen ICD-10 luokituksen avulla

*Jorma Komulainen*

Haittavaikutus on tapahtuma, joka normaaliin hoitoon verrattuna aiheuttaa potilaalle objektiivista lääketieteellistä haittaa, hoidon keston pidentymistä tai lisääntyneitä hoitokustannuksia. Hoidon haittavaikutukset ovat väistämätön osa kaikkea hoitoa. Haittavaikutuksia voi syntyä sekä toimenpiteiden ja muun hoidon suorittamisesta että niiden suorittamatta jättämisestä. Hyvään, laadukkaaseen hoitoon kuuluu, että haittavaikutustilanteet kirjataan mahdollisimman objektiivisesti hakematta syytä hoitotapahtumaan osallistuneista osapuolista.

Haittavaikutusten kirjaaminen mahdollistaa eri hoitotapojen vertaamisen. Tuloksia voidaan hyödyntää myös esim. hoitosuosituksissa ja potilasinformaatiota laadittaessa. Haittavaikutukset on syytä kirjata sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa.

Kirjaaminen tapahtuu käyttäen ICD-10 tautiluokitusta sekä lääkkeiden osalta ATC-luokitusta.

Huom! Hoidon haittavaikutusdiagnoosit on sisällytettävä jokaisesta hoitajaksosta laadittavaan HILMO-ilmoitukseen. Tällöin ilmoitetaan myös mahdollinen toimenpide, johon häirtä liittyy, sekä haitan hoitamiseen mahdollisesti tarvittu uusi toimenpide. Haittavaikutuksen lisäksi ilmoitukseen tulee luonnollisesti sisällyttää myös alkupe-  
räinen hoidon syy (syy miksi potilas tuli hoitajaksolle). Erityisesti tapaturmapotilaan kohdalla on ilmoitettava sekä tapaturman ulkoinen syy (Y-koodi) että mahdollinen hoitovahinko. Ilmoituksen laatimista ei tarkemmin käsitellä tässä, vaan sen osalta viitataan kyseiseen ajanmukaiseen ohjeistukseen.

## 5.1 Ohjeet

ICD-10 luokituksen luokat Y40-Y84 käsittelevät lääketieteellisen hoidon komplikatioita. Jos kuitenkin kyseessä on erehdyksessä annettu lääkeaineen liika-annos tai erehdyksessä annettu väärä lääkeaine, käytetään luokkaa X44 (lääkkeiden tai lääkkeenomaisten aineiden aiheuttama myrkytystapaturma tai muu altistuminen). Tällöin myrkytyksen aiheuttama aine ilmaistaan luokilla T36-T50 (psykrooppisten aineiden, lääkkeiden ja biologisten aineiden aiheuttamat myrkytykset), ja luokan T36 kohdalla aiheuttanut lääkeaine spesifoidaan lääkkeen ATC-luokan mukaisesti sen viittä ensimmäistä merkkiä käyttäen.

Lääkeaineiden, lääkkeiden ja biologisten aineiden hoidon yhteydessä ilmaantuneet haittavaikutukset kirjataan luokilla Y57 (lääkkeen tai lääkeaineen haittavaikutus), Y58 (bakteerirokotteen haittavaikutus) tai Y59 (muun tai määrittämättömän rokotteen tai biologisen aineen haittavaikutus). Haitta kuvataan aiheutunutta oiretta tai tilaa kuvavalla ICD-10 luokalla (esim. T88.7, määrittämätön lääkeaineen epäedullinen vaikutus tai T88.1, muu muualla luokittamaton immunisaation jälkeinen komplikaatio). Haitan aiheuttanut lääkeaine tai rokote ilmaistaan kyseisen aineen ATC-luokan viidellä ensimmäisellä merkillä.

Potilaan kirurgiseen tai muuhun lääketieteelliseen hoitoon liittyvät vahingot kirjataan ICD-10 luokilla Y60-Y69. Nämä ovat:

- Y60: kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana vahingossa syntynyt haava, punktio, perforaatio tai verenvuoto
- Y61: vierasesineen jääminen vahingossa elimistöön kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana
- Y63: annosteluvirhe kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana
- Y64: infektoituneiden lääketieteellisten tai biologisten aineiden käyttö
- Y65: muu tapahtuma kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana
- Y66: kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon antamatta jättäminen (sisällyttäen liian varhain lopetetun hoidon)
- Y69: määrittämätön tapahtuma kirurgisen tai muun lääketieteellisen hoidon aikana

Edellä luetelluista luokista Y65 sisältää hyvin laajan kirjon erilaisia vahinkoja, kuten väärään veriryhmään kuuluvan veren antaminen verensiirrossa, väärän nesteiden antaminen infuusiossa, ompeleen tai solmun pettäminen leikkauksessa, henkitorviputken asettaminen väärään paikkaan nukutuksessa, muun putken tai instrumentin asettamatta tai poistamatta jättäminen sekä asiaankuulumattoman leikkauksen suorittaminen. Vahingon luonne on tätä luokkaa käytettäessä kirjattava tarkemmin potilaskertomukseen.

Jos hoitovahinko tai hoidon haitta aiheutuu hoidossa käytetystä laitteesta, kirjataan tapahtuma ICD-10 luokituksen Y70-Y82 luokilla. Luokkien avulla eritellään, minkä tyyppiseen laitteeseen vahinko tai haitta liittyy. Diagnostiset laitteet sisältyvät näihin luokkiin.

Kirurgisiin tai muihin lääketieteellisiin toimenpiteisiin liittyvät, mutta vasta toimenpiteen jälkeen esille tulevat haittavaikutukset kirjataan ICD-10 luokilla Y83 (leikkaus tai muu kirurginen toimenpide, joka on aiheuttanut potilaassa epänormaalinen reaktion tai myöhemmän komplikaation ilman että toimenpiteen aikana mainittiin vahingosta) tai Y84 (muu lääketieteellinen toimenpide, joka on aiheuttanut potilaassa epänormaalinen reaktion tai myöhemmän komplikaation ilman että toimenpiteen aikana mainittiin vahingosta).

Lääketieteellisen hoidon aiheuttamat myöhäisvaikutukset kirjataan ICD-10 luokituksen Y88 alkuisia luokkia käyttäen. Näitä ovat:

- Y88.0: hoidossa käytetyt lääkeaineet ja biologiset aineet pitkäaikaisen haittavaikutuksen syynä
- Y88.1: kirurgiseen tai muuhun lääketieteellisen hoitoon liittyvien vahinkojen myöhäisvaikutukset
- Y88.2: tutkimus- ja hoitolaitteiden lääketieteelliseen käyttöön liittyvien vahinkojen ja haittavaikutusten myöhäisvaikutukset
- Y88.3: lääketieteellisen toimenpiteen jälkeen ilmenneet pitkäaikaiset haittavaikutukset ja myöhemmät komplikaatiot (ilman mainintaa hoidon aikaisesta tapaturmasta)

Luokan Y88.0 yhteydessä haitta ilmaistaan kyseistä oiretta tai tilaa kuvaavalla ICD-10 koodilla. Mikäli aiheuttajana on lääkeaine, se ilmaistaan valmisteen ATC-koodin viidellä ensimmäisellä merkillä.

Äidin sairauksista ja niiden hoidosta sikiölle aiheutuvia haittoja on kuvattu ICD-10 tautiluokituksen luvussa XVI (P00-P96, eräät perinataaliaikana alkaneet tilat). Näiden oikea kirjaaminen, yhdessä luvussa XVII (Q00-X99 synnynnäiset epämuodostumat, epämuotoisuudet ja kromosomipoikkeavuudet) kuvattujen löydösten kanssa, on erityisen tärkeää syntyneiden lasten rekisterin, pienten keskosten rekisterin ja epämuodostumarekisterin kannalta (ks. Luku 9).

## 5.2 Lisätietoja

- Rintanen H, Hämäläinen P, Kaila M, Kokkola T, Vuorenkoski L. Mitä hoitoilmoitukset kertovat potilasturvallisuudesta? Suomen Lääkärilehti 2010;65:1117-1122.
- Ojala M, Saari I, Virtanen M ym. Lääketieteellisen hoidon haittavaikutusten kirjaamiskäytännön ja tilastoinnin kehittämisen asiantuntijatyöryhmän raportti. Stakes Työpapereita 6/2007. Helsinki.
- Martti Virtanen, Jarkko Vasenius, Otto Lindberg, Marja Niemi ja Ilkka Saario. Uusi työkalu hoidon laadun varmistukseen. Lääkärilehti 2005;60:4015-4020.
- HILMO-hoitoilmoitukset: <http://www.thl.fi/hilmo>

## 6 Kuolintodistuksen laatiminen

*Hilkka Ahonen, Irmeli Penttilä ja Helena Korpi*

Kuolemansyy on aina selvittävä ennen kuin vainajan saa haudata (Laki kuolemansyyntä selvittämistä 1.6.1973/459). Selvittämistapa ja -menetelmät riippuvat selvittettävänä olevan kuoleman olosuhteista. Lääkäri laatii selvityksen perusteella kuolintodistuksen, jossa keskeisiä oikeuslääketieteellisiä tietoja ovat kuolemansyyt ja kuoleman olosuhteet. Kuolintodistus on ensisijaisesti oikeuslääkinnällinen asiakirja kansalaisten oikeusturvan takaamiseksi.

Kuolintodistuksen laatii henkilöä hänen viimeisen sairautensa aikana hoitanut lääkäri, kuolinpaikan terveyskeskuksen lääkäri tai oikeuslääkäri, jos vainajalle on tehty ruumiinavaus. Todistuksen kuolleenä syntyneestä lapsesta tai ja lapsesta, joka on kuollut alle 28 vrk:n ikäisenä, kirjoittaa äitiä tai synnytystä hoitanut lääkäri. Jos poliisi määrää oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen tehtäväksi, niin avauksen tehnyt oikeuslääkäri antaa kuolemansyyntä selvittämisen jälkeen kuolintodistuksen.

Kuolintodistuslomakkeita on kahdentyypisiä:

- 28 vrk:n iässä tai vanhempana kuolleista
- alle 28 vrk:n ikäisinä kuolleista ja kuolleenä syntyneistä.

Kuolintodistuslomake on sosiaali- ja terveysministeriön vahvistama.

### Kuolemansyytietojen käyttö

Tilastokeskus ylläpitää kuolintodistusarkistoa, johon kootaan kuolintodistukset mahdollisimman kattavasti. Kuolintodistus tehdään ja arkistoidaan kuolintodistusarkistoon kaikista suomalaisista, ml. ulkomailla kuolleista sekä Suomessa kuolleista ulkomaalaisista. Kuolintodistusarkisto on tärkeä ja varsin paljon käytetty tietolähde tilastoinnissa, tutkimustoiminnassa, erilaisten etuuksien hakemisessa sekä omaisille ja viranomaisille annettavina asiakirjoina.

Tilastokeskus laatii kuolintodistusten perusteella vuosittain kuolemansyytilaston, joka sisältää tärkeitä säännöllisesti tuotettuja, ihmisten terveydentilaa mittaavia indikaattoreita. Kuolemansyytilaston avulla seurataan aktiivisesti kansanterveyden kehittymistä kansainvälisellä, valtakunnallisella ja paikallisella tasolla diagnoosi- ja väestöryhmittäin. Tilaston tuottamat tiedot erilaisista tapaturmista ja itsemurhista ovat merkittävä tietolähde tapaturmien ja itsemurhien ehkäisyssä.

Kuolemansyytilaston aineistoa käytetään tilastollisiin tutkimuksiin ihmisten terveyden ja kuolleisuuden kehityksestä sekä olosuhteista, jotka johtavat kuolemaan, esimerkiksi tapaturmista ja väkivallasta. Lisäksi tutkimuksin selvitetään tautien etiologiaa, arvioidaan diagnostisia menetelmiä ja yleensäkin lääketieteellistä hoitoa. Tutkimusten aineiston taso on siten riippuvainen kuolintodistuksella annettujen tietojen laadusta.



## Kuolemansyiden luokittelu kuolintodistuksessa ja kuolemansyytilastossa

Kuolemansyyt ilmoitetaan kuolintodistuksessa kulloinkin voimassa olevan ICD-10 luokituksen suomalaisen version tarkimmalla tasolla. Kansainvälinen versio poikkeaa kotimaisesta luokituksesta lähinnä ulkoisten syiden osalta.

Tilastokeskuksessa kaikki kuolintodistuksella annetut kuolemansyyt ja muut kuolintodistuksella annetut tiedot muokataan tilastoaineistoksi. Tilastoa varten päätellään lääkärin kuolintodistuksella antamista kuolemansyistä ns. tilaston peruskuolemansyy WHO:n määrittelemien sääntöjen mukaisesti. Näin pyritään saamaan aikaan ajallisesti ja kansainvälisesti mahdollisimman vertailukelpoiset tilastot.

Kuolemansyytilasto laaditaan tilaston peruskuolemansyykäsitteen mukaan. Peruskuolemansyy on ICD10-luokituksen mukaan se tauti tai vamma, joka on pannut alulle välittömästi kuolemaan johtaneen sairaustilojen sarjan tai tapaturmaan tai väkivaltaan liittyvät olosuhteet eli ne ulkoiset tekijät, joista kuolemaan johtanut vamma tai myrkytys aiheutui.

### 6.1 Kuolintodistus 28 vrk:n ikäisenä tai vanhempana kuolleista

*Kuolemansyyt ilmoitetaan kuolintodistuksen kohdassa 7 sekä tekstinä että koodina. Tekstin ja koodin tulee vastata täsmällisesti toisiaan siten, että diagnoositekstissä on mainittu kaikki sama informaatio kuin koodissakin.*

Kaikki kuolemaan vaikuttaneet syyt merkitään kuolintodistukseen. Toisaalta pitkäaikainenkaan perussairaus ei välttämättä ole kuolemansyy, ellei sillä ole ollut merkitystä kuoleman kannalta. Kuolintodistuksen antajan tulee arvioida, onko tauti tai tila ilmoitettava kuolintodistuksella kuolemansyynä.

Kuolemansyy muodostuu yleensä yhdestä diagnoosista ja sen mahdollisesta ulkoisesta syystä.

Tautiluokituksessa on myös ns. kaksoiskoodattavia diagnooseja, eli syy-oire -koodipareja. Näistä kuolemansyynä ilmoitetaan *aina syykoodi ensin ja oirekoodi toissijaisena.*

Esimerkki kahdella koodilla ilmoitettavasta diagnoosista:

Tuberkuloottisesta sydänpussin tulehduksesta syy *Muiden määriteltyjen elinten tuberkuloosi (A188)* merkitään ensimmäiseen sarakkeeseen ja toiseen sarakkeeseen ilmenemispaiikka *Tuberkuloosin aiheuttama sydänpussin tulehdus (I320)*.

#### Kuolemaan johtaneet taudit, vammat, myrkytykset ja ulkoiset syyt (kuolintodistuksen kohta 7.1): Syy-seuraussuhde $IA \leftarrow IB \leftarrow IC$

Kuolemaan johtaneen syyketjun ylimpänä kohdassa A (Välitön kuolemansyy) ilmoitetaan se tauti tai tila, joka viime vaiheessa välittömästi aiheutti kuoleman. Välittömän kuolemansyyn alapuolella rivillä B (Välivaiheen kuolemansyy) ilmoitetaan se tauti tai tila, joka aiheutti kohdassa A ilmoitetun välittömän kuolemansyyn. Alimmalle riville kohtaan C (Peruskuolemansyy) ilmoitetaan peruskuolemansyy, joka on se tauti, vika tai vamma, jonka on pannut alulle kuolemaan johtaneen sairaustilojen sarjan, ja/tai ne tapaturmaan tai väkivaltaan liittyneet olosuhteet, joista kuolemaan johtanut vamma aiheutui (WHO).

Kuolemaan johtaneiden syiden välinen kausaliteetti rakentuu tavallisesti suoran, lääketieteellisesti hyväksyttävän patogeneesin varaan. Syy-seuraussuhteen perusteluna käyvät kuitenkin myös sellaiset epäsuorat vaikutukset, jotka kudoksia vahingoittamalla tai elimistön toimintaa yleisesti heikentämällä ovat voineet aiheuttaa välittömänä syynä mainitun tilan (esimerkiksi keuhkokuume aivoinfarktin vuoksi halvaantuneella).

Kuoleman viimevaiheen tapaa (esimerkiksi asystole, kammiovärinä) ei merkitä kuolemansyyksi. Eräät oireet ja oireiksi luettavat tilat (esimerkiksi uremia, sydämen vajaatoiminta, asfyksia) voidaan hyväksyä välittömäksi kuolemansyyksi, mutta peruskuolemansyyksi vain, jos oireiden syytä ei pystytä osoittamaan.

### Ulkoinen syy

Vamma- ja myrkytystapauksissa on diagnoositunnuksen lisäksi aina ilmoitettava myös ulkoinen syy sekä sanoin kuvaten että koodeina. Näissä tapauksissa tarvitaan siis kaksi koodia: koodit luokista S-T (Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset) ja luokista V-Y (Ulkoisten syiden seuraukset). V-Y –luokan koodi on aina ensisijainen. Se merkitään ensimmäiseen sarakkeeseen ja koodi luokista S-T toiseen sarakkeeseen. Jos vammoja on useita, koodit merkitään tärkeysjärjestyksessä peräkkäin.

Myrkytyksissä kukin aine nimetään erikseen ja varustetaan omalla luokituksen mukaisella koodilla. Vastaavasti tapaturmissa kaikki vammat eritellään. Myrkytystapauksissa on mainittava kuoleman kannalta tärkein vaikuttava aine ensimmäisenä. Kuolemaan johtaneiden tapahtumien kulku ja tarkka kuvaus esimerkiksi tapaturmasta annetaan tapahtumatiedoissa.

### Muut kuolemaan myötävaikuttaneet tilat (II), jotka eivät ole suorassa syy-yhteydessä kohdassa 7.1 mainittuihin tiloihin

Tähän merkitään kaikki muut taudit, viat ja vammat, jotka epäsuotuisasti tai potilaan tilaa heikentävästi omalta osaltaan myötävaikuttivat kuolemaan.

Myötävaikuttavaksi kuolemansyyksi ei kuitenkaan voida katsoa sairautta tai tilaa, joka kausaalisesti liittyy välittömään kuolemansyyhyn päättyvään diagnoosiketjuun. Tällainen syy on sovitettava kohtaan 7.1 kausaaliketjun osaksi esimerkiksi jakamalla välivaiheen kuolemansyy kahdeksi eri syyksi.

### Oletettu sairauden kesto

Kuolintodistuslomakkeella edellytetään kunkin kuolemansyydiagnoosin kohdalla mainittavaksi oletettu sairauden kesto tunteina, vuorokausina, viikkoina, kuukausina ja vuosina. Keston voi ilmoittaa myös yleisemmin, esimerkiksi imeväisiästä lähtien. Tapauskohtaisesti on harkittava, millainen aikayksikkö on mielekäs tapahtumaketjua kuvaamaan. Sairastamisaikoja käytetään syy-seuraussuhteen oikeellisuuden tarkistamiseen.

## Kuolemanluokka

Kuolemanluokka on keskeinen oikeuslääketieteellinen käsite, joka määräytyy kuoleman olosuhteiden, tapahtumatietojen ja peruskuolemansyyntä perusteella. Kuolemanluokka voi kuolintodistuslomakkeessa olla tauti, ammattitauti, tapaturma, lääketieteellinen hoito tai tutkimus, itsemurha, henkirikos, sota tai epäselvä (tahallisuus on epäselvä). Jos kuolemanluokka on tauti, on ICD-koodin oltava A-R -alkuinen. Kuolemanluokan ja diagnoosin tulee vastata toisiaan. Kuolemansyyt R95-R99 (epätäydellisesti määritetyt ja tuntemattomat kuolemansyyt) luokituvat taudeiksi.

Kuolemanluokkaa voi tarkentaa tapahtumatiedoissa esimerkiksi tiedoilla tapahtumapaikasta, osallistujasta, toiminnosta tai uhrin ja tekijän suhteesta.

## Kuolinpaikka

Tapaturman kyseessä ollessa annetaan kuolintodistuslomakkeessa tapaturmatyyppi, joka voi olla kuljetuksessa, ansiotyössä, urheilussa tai liikunnassa, vapaa-ajan harrastuksissa, kotona, terveydenhuollon toimintayksikössä, muu tai ei tiedossa. Tärkeintä on tehdä selkeä ero kodin ja terveydenhuollon toimintayksikön välillä. Koti tapahtumapaikkana tarkoittaa itsellistä asumista tai asuntoa. Koti ei sen sijaan ole esimerkiksi kodinomainen laitos, jossa on osapäiväistä tai ympärivuorokautista valvontaa.

Kuolinpaikka tieto lomakkeen seuraavassa kohdassa voi olla koti/asunto, terveydenhuollon toimintayksikkö, muu tai ulkomailla. Kuolinpaikkaluokkana koti tarkoittaa edellä kuvattua itsellistä asumismuotoa. Terveydenhuollon toimintayksikkö -luokkaan kuuluvat laitostyyppiset asumismuodot. Luokkaan muu jäävät ulkona tai muualla kodin tai laitoksen ulkopuolella kuolleet.

## Hoitokomplikaatiot

Tautiluokituksessa jaetaan hoidosta johtuvat komplikaatiot hoitovahinkoihin ja hoidon haittavaikutuksiin. Tilaston peruskuolemansyyksi näissä tapauksissa tulee hoidon kohteena oleva tauti, tila tai vamma. Poikkeuksena ovat erehdyksessä tapahtuneet yliannostukset tai virheelliset lääkkeet, mitkä tapaukset luokitellaan tapaturmaisiksi myrkytyksiksi (X40 - X44).

Kuolintodistuksen kirjoittaja voi antaa peruskuolemansyyksi myös hoitovahingon, mutta aina on ilmoitettava myös hoidon kohteena ollut sairaus.

## Tapahtumatiedot

Tapahtumatiedoissa kuvataan lyhyesti kuolemaan johtaneen sairauden kulku, keskeiset tutkimustulokset ja hoito. Tarpeen mukaan selostetaan kuoleman olosuhteita. Erityisesti väkivallan, myrkytyksen sekä hoito- tai tutkimustoimenpiteen liittyessä kuolemaan on kuvattava tapahtumien kulku (mitä, missä ja milloin). Tapahtumatiedot ovat

tarpeen siinä laajuudessa, että todistuksen käyttäjä saa riittävät tiedot henkilön kuolemaan johtaneista olosuhteista sekä perustellun selvityksen kuolemansyistä ja -luokista. Tapahtumatietojen pitää perustella aikaisemmin todistuksella ilmoitetut kuolemansyyt.

**Esimerkki kuolintodistuksen täyttämisestä  
(Kuolintodistus 28 vrk:n ikäisestä tai vanhemmasta)**

**7. Kuolemansyyt**

<b>Kohta 7.1 Kuolemaan johtaneet taudit, vammat, myrkytykset ja ulkoiset syyt (I)</b>	Tautiluokitus ICD-10 koodit ilman pistettä		
	Syykoodi Ulkoinen syy	Oirekoodi tärkein vamma/ vaikuttavin aine	Oletettu sairauden kesto
<b>A. Välitön kuolemansyy</b> (ei tarkoita kuolemisen viime vaiheen tapaa) Pesäkekuhkkokuume	J180		3 vrk
<b>B. Välivaiheen kuolemansyy</b>			
<b>C. Peruskuolemansyy</b> Kaatumisen aiheuttama traumaattinen kovakalvonalainen verenvuoto	W01	S065	1 viikko

<b>7.2 Muut kuolemaan myötävaikuttaneet merkittävät tilat (II), jotka eivät ole suorassa syy-yhteydessä kohdassa 7.1 mainittuihin tiloihin</b>			
Aorttaläpän kovettuminen ja ahtauminen	I350		Vuosia
Aikuistyyppin sokeritauti ilman komplikaatioita	E119		Vuosia
<b>Kuolemanluokka: Tapaturma</b> <b>Tapaturmatyyppi: Kotona</b> <b>Kuolinpaikka: Terveydenhuollon toimintayksikkö</b>			
<b>Tapahtumatiedot</b> Kyseessä on 78-vuotias nainen, joka sairastanut sepelvaltimotautia, verenpainetautia ja tyyppin II diabetesta. 18.11.2001 kaatunut kotonaan suihkussa ja lyönyt päänsä pöydän reunaan. Kuljetettu Oulun yliopistolliseen keskussairaalaan, jossa pään tietokonekerroskuvauksessa vasemmalla todettu kapea tuore kovakalvonalainen verenvuoto. Hoito on ollut konservatiivista. 21.11.2001 siirretty jatkohoitoon Xx:n terveyskeskuksen vuodeosastolle, jossa menehtynyt.			

## 6.2 Kuolintodistus alle 28 vrk:n iässä kuolleista ja kuolleena syntyneistä

Kuolleena syntyneistä ja neonataalikaudella kuolleista laaditaan kuolintodistus erilaiselle kuolintodistusohjalle. Näissä kuolemissa kuolintodistuksella ei ilmoiteta varsinaista peruskuolemansyytä vaan erikseen lapsen kuolemaan vaikuttaneet lapsen omat ja äidin taudit, vammat ja häiriöt.

**Kuolleena syntynyt** on sikiö tai vastasyntynyt, joka syntyessään ei hengitä ja jolla ei todeta elonmerkkejä, kuten sydämenlyöntejä, napanuoran sykintää tai tahdonalaisten lihasten liikkeitä, ja jonka syntymätapahtuma täyttää synnytyksen määritelmän (ks. myös liite ”Lisääntymisterveyteen liittyviä virallisia määritelmiä ja käsitteitä”).

**Neonataalikaudella kuolleita** ovat elävänä syntyneet, mutta alle 28 vrk ikäisinä kuolleet imeväiset (ks. myös liite ”Lisääntymisterveyteen liittyviä virallisia määritelmiä ja käsitteitä”).

### Esimerkki lasten kuolintodistuksen täyttämisestä

18. Kuolemansyyt	Tautiluokitus ICD-10 koodit (koodit annetaan ilman pistettä)		
	Syykoodi Ulkoinen syy	Oirekoodi tärkein vamma/ vaikuttavin aine	Oletettu sairauden kesto
a. Lapsen tärkein tauti, vamma tai häiriö Verenvuoto aivokammioihin	P523		alle 1 vrk
b1. Lapsen muu merkittävä tauti, vamma tai häiriö RSD-tauti	P220		3 vrk
b2.			
c. Lapsen kuolemaan vaikuttanut äidin tärkein tauti, vamma tai häiriö Istukan vajaatoiminta	P022		
d. Lapsen kuolemaan vaikuttaneet äidin muut merkittävät taudit, vammat tai häiriöt Bakteerivirtsaisuus	P001		
21. Tapahtumatiedot Aikaisemmin terveellä 26-vuotiaalla ensisynnyttäjällä todettiin raskauden aikana oireeton bakteerivirtsaisuus. Sikiön kasvu hidastui, ja 35. raskausviikolla syntyi sektiolla 1600 g painava poika, jolle kehittyi RDS-tauti. Vauvaa hoidettiin respiraattorissa, mutta hän kuoli äkillisesti 3. päivänä. Ruumiinavauksessa todettiin vaikea hyaliinimembraanitauti ja verenvuoto aivokammioihin.			

**Kohtaan a** tulee vain yksi diagnoosi. Siihen merkitään se tauti, tila tai vamma, joka todistuksen antajan käsityksen mukaan on lapsen oleellisin kuolemansyy. Ennenaikaisuutta tai asfyksiaa ei merkitä tähän, jos lapsella on todettu jokin muu tauti tai häiriö.

Lapsen kuolemaan vaikuttaneiden äidin tautien ja vammojen ilmoittamiseen käytetään luokkien P00-P04 (äidistä riippuvien tekijöiden sekä raskauden ja synnytyksen vaikutus sikiöön ja vastasyntyneeseen) diagnosoiryhmiä. Kohdat c ja d jätetään täyttämättä, ellei lapsen kuoleman kannalta merkittäviä äidin diagnooseja ole todettu.

### 6.3 Lisätietoja

- Kuolintodistuksen laatimiseen liittyvää ohjausta antavat THL:n oikeuslääkärit ja aluehallintoylilääkärit.
- Laki kuolemansyyntä selvittämisestä 1.6.1973/459 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730459>
- Asetus kuolemansyyntä selvittämisestä 21.12.1973/948
- <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1973/19730948>
- WHO. ICD-10 2nd Edition Volume 2 Instruction Manual. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EY) N:o 1338/2008, 16.12.2008, kansanterveyttä sekä työterveyttä ja työturvallisuutta koskevista yhteisön tilastoista sekä tähän liittyvä asetus täytäntöönpanosta kuolemansyytilastojen osalta (tulossa vuonna 2011)
- <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:354:0070:0081:FI:PDF>
- Tietoa kuolemansyytilastosta:  
<http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/index.html>  
[http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/ter/ksyyt/ksyyt\\_fi.asp](http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/ter/ksyyt/ksyyt_fi.asp)

# 7 Ohje tapaturmien ulkoisten syiden kirjaamiseen

*Jorma Komulainen*

Tapaturmien ehkäisy on koko väestöä koskeva laaja-alainen tehtävä. Lainsäädännössä on määritelty viranomaisille tapaturmien ehkäisyyn liittyviä tehtäviä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Tapaturmat ja toimintakyky -yksikkö seuraa tapaturmakuolleisuutta sekä sairaalahoitoon johtaneita tapaturmia. Seurantatiedot kerätään kuolintodistusten ja hoitoilmoitusten perusteella.

Seurantatietojen kattavuus, täsmällisyys ja oikeellisuus luovat perustan vaikuttavan tapaturmien ehkäisyn toteuttamiselle, joten tapaturmien ulkoiset syyt on kirjattava huolella. Kirjaaminen tulee tehdä riippumatta siitä, hoidetaanko tapaturmaa perusterveydenhuollossa vai erikoissairaanhoidossa. Myös suun terveydenhuollon yksiköissä tulee tehdä asianmukaiset merkinnät tapaturmien ulkoisista syistä.

Tilastokeskuksen kuolemansyytilaston mukaan tapaturmat aiheuttivat vuonna 2009 kuusi prosenttia suomalaisten kuolemista. Tapaturmien seurauksena menehtyi 2903 suomalaista. Valtaosa kuolemaan johtaneista tapaturmista tapahtui kotona tai vapaaajalla. Hoitoilmoitusten perusteella vammoista ja myrkytyksistä aiheutunut sairaalahoitojaksojen määrä lisääntyi vuosien 1987 - 2008 aikana runsaalla viidenneksellä. Hoitojaksoja oli vuonna 2008 noin 110 000.

Tapaturmien tilastoinnissa käytetään ICD-10 tautiluokitusta, erityisesti lukuja XIX ja XX, joista ensin mainittu sisältää tapaturman aiheuttamat seuraukset ja jälkimmäinen tapaturmamekanismin. Kahden luvun diagnoosikoodeja yhdistelemällä on mahdollista kuvata tapaturma ja sen seuraukset varsin yksityiskohtaisella tasolla.

## 7.1 Vammat, myrkytykset ja eräät muut ulkoisten syiden seuraukset

ICD-10 luokituksen luku XIX (S00 - T88) sisältää koodit vammoille, myrkytyksille ja eräille muille ulkoisten syiden seurauksille. Luku sisältää 10 anatomisen alueen mukaan jaoteltua ryhmää (S00 - S99), ryhmät useiden (T00 - T07) tai määrittämättömien (T08 - T14) kehonosien vammoille sekä ryhmät luonnollisesta aukosta kehoon tulleen vierasesineen vaikutuksille (T15 - T19), palovammoille ja syöpymille (T20 - T32) sekä paleltumavammoille (T33 - T35). Lisäksi luku sisältää kaksi ryhmää myrkytyksille (T36 - T65), muiden tai määrittelemättömien ulkoisten syiden vaikutukset (T66 - T78), vammojen varhaiset komplikaatiot (T79) sekä kaksi ryhmää hoidon komplikaatioille ja vammojen, myrkytysten ja muiden ulkoisten syiden myöhäisvaikutuksille (T80 - T88).

Useista samanaikaisista vammoista tulee, milloin mahdollista, käyttää useita eri koodeja. Yhdistelmäkoodeja voi käyttää, mikäli yksittäisistä vammoista ei tiedetä tarpeeksi tai kun on käytännöllisintä käyttää vain yhtä koodia primaarista taulukointia varten. Yhdistelmäkoodeja voi tällöin täydentää yksittäisiä vammoja kuvaavilla lisäkoodeilla.

Jos murtumaan liittyy samalla paikalla sijaitseva haava, murtumaa pidetään päädiagnoosina. Avomurtuma koodataan käyttäen murtuman lisäkoodina avohaavan diagnoosia. Kallonmurtumien kohdalla (S02-alkuiset koodit) suljetut ja avoimet murtumat on kooditasolla erotettu toisistaan, jolloin lisäkoodia ei tarvita.

Jos samanaikaisesti esiintyy pinnallinen vamma ja/tai haava sekä syvien kudosten vamma, viimeksi mainittua pidetään päädiagnoosina. Jos pään luiden murtumiin liittyy kallonsisäisiä vammoja, jotain niistä pidetään päädiagnoosina. Jos pään vammoihin liittyy kallonsisäinen verenvuoto, tätä pidetään päädiagnoosina.

Lääkemyrkytykset kirjataan erikseen koodilla X44 (Lääkkeiden tai lääkkeenomaisien aineiden aiheuttama myrkytystapaturma tai muu altistuminen), jonka jälkeen myrkytyksen aiheuttanut lääke kirjataan sen ATC-luokituksen mukaisella koodilla viiden ensimmäisen merkin tarkkuudella.

## 7.2 Vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoiset syyt

ICD-10 luokituksen luku XX (V00 - Y98) sisältää luokat vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoisten syiden kuvaamiselle. Luku jakautuu ryhmiin, jotka kuvaavat tapaturman tapahtumapaikkaa ja -tapaa. Luku sisältää myös tahallisen tai tahattoman väkivallan syyt sekä lääketieteelliseen hoitoon liittyvät syyt (ks. myös luku 5 edellä), ulkoisten syiden myöhäisvaikutukset, veren alkoholipitoisuuden tai alkoholimyrkytyksen asteen, tapaturmatyyppin sekä muut ympäristöön liittyvät tekijät.

Luvun koodeilla ilmaistaan ulkoista syytä eikä sen aiheuttamaa vauriota. Niinpä sairastavuuden osalta luvun koodeja voidaan käyttää ainoastaan sairaustilan ulkoista syytä ilmaisevana lisäkoodina. Varsinainen diagnoosi, joka ilmoittaa vamman tai sairaustilan luonteen, on useimmiten luvusta XIX (ks. edellä 7.1.). Potilaskertomukseen ja hoitoilmoitukseen tapaturmat on siis välttämätöntä rekisteröidä sekä luvun XIX että luvun XX koodeilla. Sen sijaan tapaturmien, itsemurhan ja väkivallan aiheuttaessa kuoleman kuolintodistuksissa ulkoiset syyt ovat ensisijaisia ja varsinaiset diagnoosit täydentävät niitä (ks. luku 6).

Suomalainen ICD-10 tautiluokitus on luvun XX osalta merkittävästi WHO:n luokitusta suppeampi. Pääsääntöisesti kolmemerkkiset koodit ovat kuitenkin identtisiä kansainvälisen luokituksen kanssa. Toiminto ja tapahtumapaikka tulee suomalaisessa järjestelmässä kuvata erikseen toisella ulkoisen syyn koodilla ryhmästä Y90 - Y98 (Muulla luokiteltuihin tiloihin liittyviä lisätekiöitä).



## 7.3 Esimerkkejä

### Esimerkki 1.

*Polkupyöräilijä on kaatunut pyörätiellä. Ensiapupoliklinikalla hänellä todetaan väärttinäluun murtuma. Lisäksi hänellä on 1,2 promillen päihtymystila. Päädiagnoosiksi asetetaan S52.5, väärttinäluun murtuma. Ulkoisen syyn diagnoosiksi asetetaan V18.4, polkupyörän kuljettajan liikennetapaturma törmäämättä toiseen liikkuvaan osapuoleen, liikennealueella. Lisädiagnoosiksi asetetaan Y90.6, veren alkoholipitoisuus 1,2 – 1,99 promillea.*

### Esimerkki 2.

*Perheväkivallan seurauksena aviopuoliso on kotona viiltänyt keittiöveitsellä puolisoaan kasvoihin ja lyönyt sillä rintaan. Ensiapupoliklinikalla todetaan viiltohaava oikeassa poskessa sekä pistohaava oikealla rintakehällä. Röntgenkuva osoittaa oikean puoleisen ilmarinnan. Päädiagnoosiksi asetetaan S27.0, traumaattinen ilmarinta. Sivudiagnoseja ovat S21.1, rintakehän etuseinämän haava sekä S01.40, posken haava. Ulkoisen syyn diagnoosiksi asetetaan X99.0, murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely terävän esineen avulla, suorittajana puoliso tai partneri. Tapaturmatyyppi kuvataan koodilla Y94.0, kotitapaturma.*

Huom! Suomalaisessa ICD-10 luokituksessa ryhmän X85 – Y09 (murha, tappo tai muu tahallinen pahoinpitely) diagnoosit on eritelty tekijän mukaan. Ei voida olettaa, että lääkäri diagnoosia asettaessaan ottaisi tuomioistuimen menetelmillä kantaa tekijään tai teon tahallisuuteen, vaan hänen tulee voida luottaa uhrilta tai muilta asianosaisilta saamiinsa tietoihin. Jos tekijä lääkärin käsityksen mukaan jää epäselväksi, voi diagnoosina käyttää 9-loppuista koodia (tuntematon suorittaja). Vastaavasti tahallisuuden ollessa epäselvä koodin voi valita ryhmästä Y10 – Y34 (vahingoittavat tapahtumat, tahallisuus epäselvä).

## 7.4 Lisätietoja

- [www.thl.fi/tapaturmat](http://www.thl.fi/tapaturmat)

# 8 ICD-10 luokituksen käyttäminen sosiaalivakuutuksen lääkärinlausunnoissa

*Marianne Eronen, Heikki Palomäki, Raili Pirttimäki  
Esko Matikainen, Jukka Kivekäs, Tiina Suomela-Markkanen  
ja Ilkka Torstila*

## 8.1 Sairauspäiväraha

Sairausvakuutuslain (SVL) mukaan vakuutetulla on oikeus sairauspäivärahaan ajalta jona hän on estynyt tekemästä työtään sairaudesta johtuvan työkyvyttömyyden vuoksi. Työkyvyttömyydellä tarkoitetaan sellaista sairaudesta johtuvaa tilaa, jonka kestäessä vakuutettu on sairauden edelleen jatkuessa kykenemätön tekemään tavallista työtään tai työtä, joka on siihen läheisesti verrattavissa (SVL 8 luku 4 §). Sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta annetun asetuksen mukaan vakuutetun on esitettävä tarpeellinen ja luotettava selvitys sairaudesta ja työkyvyttömyyden alkamisajankohdasta.

Sairausloman tarvetta arvioitaessa lääkärillä tulisi olla mahdollisimman selkeä tieto sairaudesta, sen aiheuttamasta toimintavajeesta, haitasta työntekoon ja parantumisesta asianmukaisella hoidolla. Työkyvyttömyyttä arvioitaessa tulisi edetä seuraavan kaavan mukaan: sairaus - vaurio - toiminnanvaja - haitta - jäljellä oleva työkyky. Tämä edellyttää riittävän täsmällistä tietoa diagnoosista, joka tulee esittää sekä ICD-10 koodina että sanallisesti.

### 8.1.1 Lyhytaikainen sairauspoissaolo

SVA-todistus (lääkärintodistus A) on tarkoitettu lyhytaikaisesta sairaudesta aiheutuvan työkyvyttömyyden osoittamiseen. Diagnoosiksi tulee merkitä se tai ne, joilla on merkitystä työkyvyttömyyteen todistuksen kirjoitushetkellä. ICD-10 koodiin riittää kolmen merkin tarkkuus, mutta tarkempaan merkintään ei ole estettä, eikä siis potilaskertomukseen kirjattua diagnoosia tarvitse muuttaa. Oirediagnoosit (ICD-10 luvun XVIII sisältämät R-alkuiset diagnoosit) tulee mahdollisimman pian varmentaa, eikä niiden perusteella pidä kirjoittaa pitkiä tai toistuvia sairauspoissaoloja. Erityistä huomiota tulee kiinnittää tuki- ja liikuntaelinoireisiin sekä psyykkisiin oireisiin.

Huom! Suuri osa terveyskeskuksista on siirtänyt lyhytaikaisten sairauslomatodistusten kirjoittamisen sairaanhoitajille tai terveydenhoitajille. Myös he voivat kirjoittaa todistuksia lyhytaikaisesta sairaudesta aiheutuvan työkyvyttömyyden todistamiseen (1-5 päivää), mikäli työnantaja ei vaadi lääkirintodistusta palkanmaksun edellytyksenä. Muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden kuin lääkäreiden kirjoittamissa sairauslomatodistuksissa ei kuitenkaan käytetä diagnoosikoodeja.

Päivärahaoikeus alkaa työkyvyttömyyden kestettyä sairastumispäivän lisäksi yhdeksän arkipäivää (omavastuuajaksi). Jos päivärahan hakijana on yrittäjä, jolla on YEL-vakuutus, hänelle voidaan maksaa ns. YEL-päivärahaa omavastuuajan 5.-10. päiviltä. Jos työkyvyttömyys alkaa saman sairauden vuoksi uudelleen ennen kuin on kulunut 30 päivää viimeisestä päivärahapäivästä, päivärahaoikeus alkaa sairastumispäivää seuraavasta arkipäivästä. Jos kuitenkin työkyvyttömyyden aiheuttaa uusi sairaus, lasketaan omavastuuajaksi taas ensin mainittu pitempi jakso. Vakuutetun omavastuuajan oikea määrittäminen edellyttää siis oikeita ja tarkkoja diagnooseja.

Sairausvakuutuslain mukaan (SVL 12 luku 6 §) Kansaneläkelaitoksen tulee tarvittaessa selvittää vakuutetun kuntoutustarve, viimeistään kuitenkin silloin, kun vakuutetun sairauspäivärahan ja osasairauspäivärahan enimmäisaikoihin luettavien päivien lukumäärä ylittää 60 päivää. Periaatteessa kuntoutustarvetta tulisi arvioida aina kun lääkäri kirjoittaa työkykyä koskevan todistuksen tai lausunnon, ellei se sairauden tai vamman luonteen vuoksi ole ilmeisen tarpeetonta. Kuntoutustarvetta tulee arvioida jo ennen 60 päivärahapäivän täyttymistä, mikäli on ennakoitavissa työkyvyttömyyden pitkittyminen tai jos kuntoutustarve näyttää tavanomaista vaikeammalta määritellä. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi ne, joissa vakuutettu hakee sairauspäivärahaa toistuvasti lyhyinä jaksoina vaihtelevilla diagnooseilla ja eri tahoilta. Voidaan tunnistaa myös tiettyjä diagnooseja, joiden yhteydessä työkyvyn tai kuntoutustarpeen arvio voi olla tavanomaista vaikeampaa. Näitä ovat:

- ◆ **mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt (F-ryhmän diagnoosit)**
  - masennuksen aiheuttamaa työkyvyttömyyttä on usein vaikea arvioida
  - neuroottiset ja ahdistuneisuushäiriöt ovat vaikeusasteeltaan ja toiminta- ja työkykyä muuttavilta vaikutuksiltaan hyvinkin erilaisia ja diagnoosien käyttö on usein epätarkkaa
- ◆ **tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet (M-ryhmä)**
  - työkykyarvio on usein ongelmallista muun muassa olkapääsairauksissa, epikondylyiteissa, pitkittyneissä selkäongelmissa ja polvi- tai muussa nivelrikossa
- ◆ **muualla luokitamattomat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeavat kliiniset ja laboratoriolöydökset (R-ryhmä) sekä tekijät jotka vaikuttavat terveydentilaan ja yhteydenottoihin terveystieteiden tuottajiin (Z-ryhmä)**
  - sairauspäivärahaoikeutta arvioitaessa ei työuupumusta (Z73.0) ilman lisäselvityksiä pidetä riittävänä osoituksena sairaudesta johtuvasta työkyvyttömyydestä

### 8.1.2 Pitkittyvä sairauspäiväraha-ajan aikainen työkyvyttömyys

Perusteellinen selvitys työkyvystä (SVB, lääkärinlausunto B) tarvitaan yleensä viimeistään työkyvyttömyyden kestettyä yli 60 arkipäivää. Aiemmin toteutuneiden päiväraha-ajan takia B-lausunnon laatiminen saattaa kuitenkin tulla kyseeseen jo uuden työkyvyttömyysjakson alkuvaiheessa. Samoin tarvitaan lääkärinlausunto B:tä jo työkyvyttömyysjakson alkuvaiheessa silloin, kun työkyvyttömyyden arvioidaan muodostuvan pitkäaikaiseksi tai sairaudesta tai elämäntilanteesta aiheutuu tarve varhaiseen

kuntoutusarvioon. Työkyvyttömyyttä arvioitaessa lähtökohtina ovat aina potilaan sairaus tai vamma, sen aiheuttama toiminnanvaja ja vaikutus työkykyyn. Arvioon vaikuttavat myös annettu hoito, hoitovaste ja ennuste. Jos potilaalla on useita sairauksia, lausunnosta tulee ilmetä mikä on niiden ajankohtainen merkitys työkyvyttömyyden kannalta.

Oikeiden diagnoosien merkitys korostuu, kun arvioidaan vakuutetun oikeutta sairauspäivärahaan enimmäisajan täyttymisen jälkeen. Sairauspäivärahaa maksetaan enintään 300 arkipäivältä. Enimmäisaikaan lasketaan kaikki ne päivät, joilta päivärahaa on maksettu tai joilta on ollut oikeus päivärahaan työkyvyttömyyttä edeltävän kahden vuoden ajalta. Jos henkilölle on maksettu päivärahaa enimmäisajan, hän voi saada saman sairauden perusteella oikeuden päivärahaan vasta oltuaan yhden vuoden ajan työkykyinen. Jos työkyvyttömyyden aiheuttaa uusi sairaus, joka ei ole aiheuttanut työkyvyttömyyttä aikaisempaan enimmäisaikana tai joka ei liity aiempaan työkyvyttömyyteen, maksetaan päivärahaa ilman vuoden karenssi-aikaa. Poikkeuksena edellä kerrotusta on 1.7.2011 alkaen tilanne, jossa sama sairaus uusiutuu henkilön oltua yhtäjaksoisesti työssä vähintään 30 päivää. Tuolloin sairauspäivärahaa voidaan enimmäisajan täyttymisestä huolimatta maksaa, tällä kertaa enintään 50 arkipäivää.

Palkansaajalla tai yrittäjällä voi tietyin edellytyksin olla oikeus myös osasairauspäivärahaan ajalta, jona hän on sairausvakuutuslaissa tarkoitetulla tavalla työkyvytön. Vakuutetun tulee tällöin pystyä terveyttään tai toipumistaan vaarantamatta hoitamaan osa työtehtävistään. Sairaudesta ja sen aiheuttamasta toimintahaitasta sekä henkilön työtehtävästä tarvitaan täsmällinen kuvaus, jotta etuuden myöntöperusteet voidaan varmistaa.

## 8.2 Erityishoitoraha

Erityishoitorahaa voidaan myöntää lapsen vanhemmille osallistumisesta alle 16-vuotiaan lapsen sairaudesta tai vammasta johtuvaan hoitoon tai kuntoutukseen niin, että vanhempi joutuu tilapäisesti olemaan poissa työstään kokopäiväisesti. Etuuden hakemista varten laaditaan lääkärinlausunto D (SVD), jossa etuuden ratkaisun kannalta olennaiset tiedot ovat 1) lapsen ikä, 2) lapsen diagnoosit, 3) hoidon muoto (sairaala-, poliklinikka-, kotihoito tai sopeutusvalmennuskurssi tai kuntoutus), 4) toisen vai molempien vanhempien osallistuminen hoitoon ja 5) tarvittavat lisäselvitykset.

Lapsen iällä on ratkaiseva merkitys; 0-6 -vuotiaan lapsen vanhemmalle korvataan ansionmenetyksen taudin vaikeusasteesta riippumatta, kun taas edun saamiseksi 7-15 -vuotiaalta lapselta edellytetään vaikeaa sairautta sekä sairaan lapsen sairaalahoidossa että poliklinikkahoidossa. Kotihoidossa kaiken ikäisiltä lapsilta edellytetään vaikean sairauden kriteeriä. Jotta molemmat vanhemmat voisivat osallistua hoitoon, edellytetään sairaalahoidoa tai sopeutusvalmennuskurssiin osallistumista.

Lapsen diagnoosit ilmaistaan ICD-10 koodein etuuden haun kannalta tärkeysjärjestyksessä. Lausuntoa kirjaava lääkäri joutuu ottamaan kantaa siihen, onko kyseessä lapsen vaikea sairaus. Sairausvakuutuslain luvussa 10 vaikeiksi sairauksiksi tai vam-

moiksi nimetään leukemia ja muut pahanlaatuiset kasvaimet, vaikeat sydänviiat, vaikeat tapaturmat ja palovammat, vaikeasti tasapainotettava diabetes ja diabeteksen hoidon aloitusvaihe, vaikeat mielenterveyden häiriöt, vaikea kehitysvammaisuus, vaikea keuhkoastma ja vaikea nivelreuma sekä muut edellä mainittuihin sairauksiin vaikeusasteeltaan verrattavat sairaudet, vammat ja sairaudentilat. Diagnoosin vakavuusaste täsmen-tyy tutkimusten aikana jopa vuosien saatossa.

Yli 150 arkipäivän osalta erityishoitorahan myöntämisen edellytyksenä ovat hengenvaarallinen tila, vaikeiden tapaturmien ja palovammojen jälkihoito, kuolevan lapsen hoito, dialyysia vaativan lapsen hoito tai muu vastaava syy. Erityishoitorahaa haettaessa tarkkuudeksi riittää yleensä ICD-10 luokituksen 3-4 merkin tarkkuudella ilmaistu diagnoosi. Toisaalta viiden merkin tarkkuus on hyödyksi silloin, kun tehdään tilastointia ja yksittäisten sairauksien ja vammojen ennuste-, kuntoisuus- ja hoitoarvioita.

### 8.3 Korvaukset lääkekustannuksista

Sairausvakuutus korvaa potilaalle määrätystä sairauden hoidon kannalta tarpeellisista lääkkeistä aiheutuneita kuluja. Peruskorvaus on 42 prosenttia. Valtioneuvoston asetuksella säädetään lisäksi vaikeista ja pitkäaikaisista sairauksista, joiden lääkkeiden kustannuksista korvataan 72 % tai 100 %. Joidenkin lääkkeiden perus- ja erityiskorvattavuus on rajoitettu koskemaan vain tiettyjä sairauksia. Sairausvakuutuslain mukaan kansaneläkelaitos päättää niistä vaikean ja pitkäaikaisen sairauden lääketieteellisistä edellytyksistä, joiden tulee täytyä, jotta lääkkeiden erityiskorvaaminen on lääketieteellisesti perusteltua. Sama koskee rajoitettua peruskorvattavuutta.

Haettaessa lääkkeiden rajoitettua peruskorvattavuutta tai erityiskorvattavuutta tulee lääkärinlausunto B:llä (SVB, yleensä B1-lausuntolomake on riittävä) esittää lääkitystä edellyttävän sairauden diagnoosi sekä sanallisessa että ICD-10 koodimuodossa. Etuuden myöntämiseksi tulee olla riittävä peruste, joten lausunnossa edellytetään yksiselitteistä ja selkeää kuvausta sairaudesta. Kansaneläkelaitoksen päätösteksteissä on esitetty sairaus- tai lääkekohtaiset edellytykset lausuntojen sisällöksi ja korvausoikeuden myöntämisen perusteiksi ([www.kela.fi](http://www.kela.fi) > yhteistyökumppanit > lääkärit ja terveydenhuolto > lääkkeet ja lääkekorvaukset).

### 8.4 Vammaisetuudet

Vammaisetuuksien tarkoituksena on tukea vammaisen ja pitkäaikaisesti sairaan henkilön selviytymistä jokapäiväisessä elämässä, osallistumista työhön tai opiskeluun sekä hänen toimintakykynsä ylläpitämistä, kotona asumista, kuntoutusta ja hoitoa. Kelan vammaisetuuksia ovat alle 16 -vuotiaan vammaistuki, 16 vuotta täyttäneen vammaistuki, eläkettä saavan hoitotuki ja ruokavaliokorvaus.

Alle 16 -vuotiaan vammaistuen saaminen edellyttää, että sairaan tai vammaisen lapsen hoidosta, huolenpidosta ja kuntoutuksesta aiheutuu vähintään kuuden kuukauden

ajan tavanomaista suurempaa räsitusta ja sidonnaisuutta. Alle 16 -vuotiaan vammaistuki on porrastettu kolmeen ryhmään räsituksen ja sidonnaisuuden määrän mukaan.

16 vuotta täyttäneen vammaistuen saaminen edellyttää, että henkilön toimintakyvyn voidaan arvioida olevan sairauden tai vamman vuoksi yhtäjaksoisesti heikentynyt vähintään vuoden ajan. Lisäksi edellytetään, että sairaudesta, viasta tai vammasta aiheutuu haittaa (arvioidaan lääketieteellisin perustein), avuntarvetta tai ohjauksen ja valvonnan tarvetta taikka erityiskustannuksia. Näiden edellytysten määrän perusteella vammaistuki on porrastettu kolmeen ryhmään. Vammaistuki voidaan myöntää sellaiselle henkilölle, joka ei voi saada eläkettä saavan hoitotukea.

Eläkettä saavan hoitotuessa on samat edellytykset kuin edellä vammaistuessa, mutta erona on se, ettei haittaa arvioida ja että henkilö saa sellaista eläkettä, johon voidaan liittää hoitotuki.

Ruokavaliokorvaus on tarkoitettu korvaamaan keliakiaa sairastavien henkilöiden gluteenittoman ruokavalion ylimääräisiä kustannuksia.

Vammaisetuuden hakijan on toimitettava terveydentilan kuvauksestaan taikka sairaudesta lääkärintausunto C (vammaistuet ja hoitotuki) tai B (ruokavaliokorvaus). Hoitavan lääkärin tulee kirjata lääkärintausuntoon tiedot siten, että sen perusteella saadaan riittävät tiedot hakemuksen ratkaisemista varten. Diagnoosit kirjataan tärkeysjärjestyksessä syykoodin mukaisina ja samalla tarkkuudella kuin sairauskertomuksiin.

Kelassa vammaisetuksien sairauskoodien kirjaamistarkkuus riippuu siitä, miten hyvin hoitava lääkäri on diagnoosit kirjannut. Kelan tietojärjestelmiin kirjataan pääsairauden lisäksi kaksi lisäsairautta ICD-10 luokituksen kolmen merkin tarkkuudella. Asiakirjoihin asiantuntijalääkäri kirjaa kuitenkin päädiagnoosin lisäksi 3-5 merkin tarkkuudella yleensä kaikki muutkin sairaudet, jotka vaikuttavat ratkaisuun.

## 8.5 Työkyvyttömyyseläkkeet

Työkyvyttömyyteen perustuvia eläkkeitä myöntävät Kela asumisperusteisina ja työeläkevakuuttajat työuran aikaisiin ansioihin perustuvina. Kansaneläke tarjoaa vähimmäisturvan, työeläke turvaa entisen toimeentulon kohtuullisen säilymisen työkyvyttömyyden kohdatessa. Kansaneläke on työeläkevähenteinen.

Työkyvyttömyysetuudet ovat lakisääteisiä, mutta kummassakin järjestelmässä myöntöedellytysten täytyminen edellyttää harkintaa ja lääketieteellistä asiantuntemusta. Työkyvyttömyysetuuksia ovat työkyvyttömyyseläke ja määräaikainen kuntoutustuki. Lisäksi kuntoutuksen ajalta voidaan hakijalle maksaa kuntoutusrahaa tai -korotusta.

Sairauden tai vamman johtaessa työkyvyttömyyteen haetaan yleensä ensin sairausvakuutuksen päivärahaa. Jos sairaus pitkittyy, voidaan hakea työkyvyttömyyseläkettä. Edellytys työkyvyttömyyseläkkeen myöntämiselle on, että sairaus, vika tai vamma estää kohtuullisen toimeentulon turvaavan työnteon. Työkyvyttömyyseläke alkaa päivärahakauden päätyttyä, yleensä noin vuoden kuluttua sen alkamisesta. Joissakin tilanteissa työkyvyttömyyseläkettä voidaan hakea ilman sairauspäivärahaa.

Kuntoutustuki on määräaikainen työkyvyttömyyseläke. Sen edellytyksenä on, että hakijalle on laadittu hoito- tai kuntoutussuunnitelma tai sitä valmistellaan. Hoito- tai kuntoutussuunnitelma voi olla lääkärinlausunnossa tai sen liitteenä.

Kelan työkyvyttömyyseläke alle 20 -vuotiaalle voidaan myöntää vain, jos ei ole mahdollisuuksia ammatilliseen kuntoutukseen tai kuntoutus ja nuoren kuntoutusraha on päättynyt. Kelan nuoren kuntoutusraha on tarkoitettu nuoren henkilön (yleensä 16 -20-vuotiaan) ammatillisen koulutuksen ja kuntoutuksen aikaiseksi tueksi ja se on ensisijainen eläkkeeseen nähden.

Työkyvyttömyyseläkehakemuksen liitteeksi hakijan tulee toimittaa terveydentilastaan lääkärinlausunto, joka sisältää hoito- ja kuntoutussuunnitelman. Lääkärintoiminta B1 suppeampana ja Lääkärintoiminta B2 laajempaan on suunniteltu siten, että niihin voidaan sisällyttää kuntoutusta ja työkyvyttömyyseläkettä varten tarpeelliset tiedot. Diagnoosien lisäksi lausunnosta tulee saada käsitys taudinmäärityksen perusteista, toimintakyvystä, hoito- ja kuntoutussuunnitelmasta ajankohtainen, toteutuneesta hoidosta, hakijan ammattitaidosta koulutus- ja työkokemustietoineen sekä hoitavan lääkärin kannanotto työkyvyttömyydestä ja sen kestosta. Lääkärintoimintaan voidaan liittää myös vapaamuotoisia lausuntoja tai kuvantamistutkimusten tai psykologin tutkimuksen lausuntoja. Mikäli lääkärinlausunnot ovat puutteellisia, tai niistä ei muuten ilmene ratkaisun kannalta tärkeitä asioita, ratkaisun tueksi eläkelaitokset voivat hankkia kopioita sairauskertomuksista tai muita vastaavia asiakirjoja.

Hoitavan lääkärin tulee kirjata sairaudesta, iästä tai vammasta aiheutuvat diagnoosit tärkeysjärjestyksessä sen mukaisesti, mikä sairaus pääasiassa aiheuttaa työkyvyttömyyden, ja mitkä sairaudet myötävaikuttavat siihen. Oleellista on, että lausuntoon merkitään kaikki ne diagnoosit, joilla on merkitystä haettavan etuuden myöntämisen kannalta. Diagnoosit kirjataan sekä niiden nimillä että ICD-10 koodeina. Koodit ilmaistaan samalla tarkkuudella kuin potilaskertomuksessa. Diagnoosien tulisi olla mahdollisimman yksiselitteisiä ja selkeitä ja niiden perusteiden tulee käydä ilmi lausunnosta.

Työkyvyttömyysetuuksia varten lausunnon voi kirjoittaa kuka tahansa laillistettu lääkäri sekä hänen lisäksi laillistetun lääkärin tehtäviä hoitava lääketieteen kandidaatti. Lausuntoja toimitetaan tai niitä voidaan hankkia myös ulkomaisilta lääkäreiltä silloin, kun hakija ei asu Suomessa tai on asunut pitkään ulkomailla.

Työkyvyttömyys- ja kuntoutusetuuksissa eläkelaitoksen hakemusta käsittelevä asiantuntijalääkäri kirjaa asiakirjoihin päädiagnoosin ja lisädiagnoosit, joihin myös viralliset etuuden saaja- ja ratkaisutilastot perustuvat myös sairausperusteisina. Koska työkyvyttömyys- ja kuntoutusratkaisut perustuvat lain mukaan sairauden, vian tai vamman aiheuttamaan työkyvyn alentumiseen, on tarpeen täsmällisesti määrittellä, mistä iästä, vammasta tai sairaudesta kulloinkin on kysymys. Eläkelaitoksissa määrittely tehdään lääkärinlausuntojen perusteella käyttäen voimassa olevaa virallista tautiluokitusta. Useimmiten käytetään lääkärinlausunnossa olevaa diagnoosia eikä sitä joitakin poikkeuksia (selvästi virheellinen tai ratkaisun kannalta merkityksetön diagnoosi) lukuun ottamatta yleensä eläkelaitoksissa muuteta. Ratkaisuasikirjoihin merkitään

työkyvyttömyyden syydiagnoosit tärkeysjärjestyksessä. Mikäli ICD-10 koodi puuttuu lausunnosta, vakuutuslaitoksen lääkäri merkitsee asiakirjatietojen perusteella mahdollisimman hyvin tilannetta kuvaavan diagnoosikoodin.

Eläkelaitoksessa ratkaisua tehtäessä joudutaan arvioimaan kaikki ne seikat, joita etuuden hakija lähettämässään asiakirjoissa tuo esille. Siten hoitavan lääkärin kanta sairauksien vaikutuksesta toimintakykyyn, mikä heijastuu diagnoosijärjestyksessä, on hakijan saaman ratkaisun oikeellisuuden kannalta tärkeä. Mikäli potilaalla on eri sairausryhmiin kuuluvia sairauksia, jotka kaikki merkitsevästi vaikuttavat toimintakykyyn, ne kaikki on syytä tuoda esille lääkärinlausunnossa. Jos kirjoittajan asiantuntemus ei riitä vieraan erikoisalan sairauksien ja niiden vaikutusten arvioimiseen, on nämä sairaudet silti syytä tuoda esille lausunnossa. Samalla voidaan lausunnossa viitata tarpeeseen saada lisäarvio kyseisen alan erikoislääkäriltä.

Työkyvyttömyyseläkeratkaisua varten riittävät tiedot voidaan saada myös muista lääkärinlausunnoista, kuten E-lausunnoista, laitoksissa tehdyistä työkyvyn arviointia varten kirjoitetuista lääkärinlausunnoista tai kuntoutustutkimuksen vapaamuotoisemmista lääkärinlausunnoista. Lääkärintilauksen lisäksi hakijasta voidaan toimittaa tai pyytää potilaskertomusjäljennöksiä. Kansaneläkelain mukaan Kelalla ja työeläkelakien mukaan työeläkevakuuttajilla on myös oikeus pyynnöstä saada työkyvyttömyyseläkkeen ratkaisemista varten tiedot lääkäriltä tai muulta terveydenhuollon ammattihenkilöltä, terveydenhuollon toimintayksiköltä tai sosiaalipalvelun tuottajalta tai hoitolaitokselta lausunto ja muut välttämättömät tiedot eläkkeenhakijan potilasasiakirjoista, kuntoutukselta, terveydentilasta, hoidosta sekä työkyvystä, jollei eläkkeenhakija itse toimita näitä tietoja. Salassapitosäännökset eivät estä tietojen toimittamista.

Hakemusta ei saa ratkaista puutteellisilla tiedoilla. Sen vuoksi edellä mainittujen lisäselvitysten lisäksi hakija voidaan lähettää tutkittavaksi lääkärin luokse tai tutkimuslaitokseen.

### 8.5.1 Työkyvyttömyyseläkkeiden syiden kirjaaminen

Eläkelaitoksissa ICD-10 koodit kirjataan käsittelyjärjestelmään. Yksittäinen eläkelaitos voi tallentaa rekistereihinsä tiedot 3-5 merkin tarkkuudella.

Työeläkejärjestelmässä diagnoosit kirjautuvat Eläketurvakeskuksen rekistereihin kolmen merkin tarkkuudella, ja sinne on mahdollista kirjata enintään kaksi diagnoosia. Kelan eläkeratkaisuissa järjestelmään voidaan kirjata päädiagnoosin lisäksi kaksi lisäsairautta kolmen merkin tarkkuudella. Ensimmäiseksi kirjataan työkyvyttömyysratkaisun kannalta tärkein diagnoosi. Toisen diagnoosin kirjaamisessa esiintyy vaihtelua eri lääkäreiden ja myös eläkelaitosten välillä. Viime aikoina kehityksen painopiste on ollut ratkaisujen perusteluissa eikä ns. kakkosdiagnoosien merkinnässä, koska sitä ei ole pidetty asiallisesti tärkeänä johtuen mm. kokemuksista sen käytöstä erilaisissa tilastollisissa analyyseissä. Työkyvyttömyyseläkeratkaisuissa otetaan huomioon sairaustietojen lisäksi lääkärinlausunnossa kuvattu hakijan toimintakyky ja sen muutokset sekä



eläkelaeissa mainitut työhön liittyvät ja sosiaaliset tekijät. Perustelut sekä myöntävien että hylkäävien ratkaisujen kohdalla pyritään tekemään kokonaisvaltaisina, jolloin usein yksittäisen diagnoosin merkitys vähenee.

Eläkerekistereihin kertynyttä tietoa käytetään tilastointiin ja jossain määrin tutkimukseen. Tutkimuksen ongelmana on tiedon luotettavuus. Diagnoosien oikeellisuus ja riittävyys sekä koodauksen huolellisuus ja tarkkuus ovat tekijöitä, jotka tekevät suoran rekisteriaineiston tarkastelusta vaikeatulkinnaisen. Tutkimustyö työkyvyttömyyseläkkeiden lääketieteellisistä perusteista on näiden syiden vuoksi työlästä ja voimavaroja vaativaa. Huolellinen lausuntojen kirjoittaminen ja diagnoosien koodaus auttavat osaltaan vähentämään tämän terveydenhuollon osa-alueen tutkimuksen virhelähteitä.

## 8.6 Kuntoutuksen hakemista varten tarvittava lääkärinlausunto

Kela järjestää Kelan kuntoutuslain edellytykset täyttävälle vakuutetuille ammatillista ja vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta. Ammatillista kuntoutusta järjestetään vajaakuntoisille työ- tai opiskeluikäisille henkilöille työkyvyttömyyden estämiseksi tai työ- ja ansiokyvyn parantamiseksi. Vaikeavammaisten lääkinnällistä kuntoutusta järjestetään alle 65-vuotiaille henkilöille työ- tai toimintakyvyn turvaamiseksi tai parantamiseksi.

Lakisääteisen kuntoutuksen lisäksi Kela järjestää eduskunnan vuosittain päättämällä rahamäärällä harkinnanvaraisena kuntoutuksena muuta ammatillista ja lääkinnällistä kuntoutusta työ- ja toimintakyvyn turvaamiseksi pääasiassa työikäisille henkilöille, sekä tutkimus- ja kehittämistoimintaa (KKRL 12§).

Laissa Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 2005/566 on säädetty ammatillisen kuntoutuksen myöntämisedellytyksistä ja palveluista (KKRL 6§), opiskelun ja työn apuvälineistä (KKRL 8§), vaikeavammaisten määritelmästä Kelan kuntoutuslakia koskien (KKRL 9§), omaisten osallistumisesta vaikeavammaisen kuntoutukseen (KKRL 10§), kustannusten korvaamisesta (KKRL 14§ ja 15§) ja toimeentuloturvasta kuntoutuksen aikana (KKRL 17- 40 §). Eri kuntoutustahojen yhteistyöstä on säädetty laissa kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 497/2003.

Lääkärinlausunto kuntoutusta varten tehdään B-lomakkeelle tai kuntoutussuunnitelmalomakkeelle. Lausuntoon kirjataan tärkeysjärjestyksessä sairaus- tai vammadiagnoosi ja sen ICD-10 koodi samalla tarkkuudella, kuin ne on ilmaistu potilaskertomuksessa. Kuntoutuksen oikeaksi kohdentamiseksi ensimmäiseksi diagnoosiksi asetetaan se, jonka perusteella kuntoutusta pääasiassa haetaan. Lisädiagnooseiksi tulevat muut toiminta- ja työkykyyn sekä kuntoutukseen vaikuttavat diagnoosit tärkeysjärjestyksessä. ICD-10 koodien perusteella tehdään Kelan kuntoutuksen tilastointia ja tutkimusta, joten tärkeysjärjestys on merkityksellinen myös tässä suhteessa.

Kuntoutusta järjestetään kuntoutustarpeen ja odotettavissa olevan hyödyn, ei pelkästään diagnoosin perusteella. Työ- ja toimintakyvyn rajoittumisen tai sen uhkan kuvaaminen ja kuntoutustavoitteen yksilöiminen sekä konkreettisten, yksilön omien

tavoitteiden kuvaaminen on keskeistä. Lisäksi tulee perustella, miten haetulla toimenpiteellä voidaan tukea näitä tavoitteita.

Diagnoosien järjestyksellä on merkitystä; kuntoutustarpeen kannalta pääasiallisen diagnoosin tulee olla ensimmäisenä, myötävaikuttavien sairauksien diagnoosien seuraavina. Harkinnanvaraista kuntoutusta ei yleensä voida myöntää toistuvasti saman sairauden takia. Perustellusta syystä tästä voidaan poiketa esimerkiksi silloin, kun elämäntilanne oleellisesti muuttuu kuntoutustarpeeseen vaikuttaen, uusi sairaus vaikuttaa aiemman sairauden haittaa pahentavasti tai lapsen ja nuoren kasvuun, kehitysvaiheeseen, perhetilanteeseen ja opiskeluun liittyvien seikkojen takia.

Ammatillisesti syvennettyyn lääkinnälliseen varhaiskuntoutukseen (ASLAK) haetaan työterveyslääkärin tai muun, kuntoutujan terveysriskit ja työssä olevat kuormitustekijät tuntevan lääkärin laatimalla B-lausunnolla. Psykoterapiaa haettaessa tarvitaan psykiatrian, lastenpsykiatrian tai nuorisopsykiatrian erikoislääkärin tai psykiatrisia potilaita hoitavan julkisen terveydenhuollon yksikön erikoistuvan lääkärin B-lausunto. Hakemuksen tueksi voidaan liittää myös terapeutin lausunto, jos terapia on jo alkanut. Neuropsykologisen kuntoutuksen käynnistäminen edellyttää aina neuropsykologista tutkimusta, ja kuntoutushakemukseen tarvitaan neurologin, foniatriin, psykiatrin tai muun erikoislääkärin laatima B-lausunto sekä neuropsykologin lausunto.

Vaikeavammaiskuntoutuksessa laitostuntoutuksen toistuvalla hakemisella tulee olla erityiset perusteet, jotka kuvataan lääkärinlausunnossa. Myös terapioiden hakemisen tulee perustua todelliseen ajankohtaiseen tarpeeseen ja vaikuttavuuteen. Varsinaisen vamma- tai sairausdiagnoosin jälkeen laitetaan tärkeysjärjestyksessä mahdolliset ajankohtaiseen kuntoutustarpeeseen vaikuttavat lisädiagnoosit.

Vaikeavammaiskuntoutusta haetaan ensisijaisesti kuntoutussuunnitelmalomakkeella, joka ohjaa täyttämään tarvittavat tiedot. Tarvittaessa vastaavat tiedot voi täyttää myös B- lääkärinlausuntolomakkeelle. Kuntoutussuunnitelma tehdään kuntoutujan, tarvittaessa hänen omaistensa, lääkärin ja moniammatillisen työryhmän yhteistyönä kuntoutujan hoidosta vastaavassa julkisen terveydenhuollon yksikössä, ja sen allekirjoittaa lääkäri. Kunta voi hankkia yksityiseltä palveluntuottajalta kuntoutussuunnitelman laatimista koskevan palvelun, ei kuitenkaan silloin, kun sama palveluntuottaja myös toteuttaisi kuntoutuspalvelut.

Ammatilliseen kuntoutukseen kuuluvia eri palveluja, kuten koulutusta, työkokeilua ja työhön valmennusta voidaan samalle henkilölle tarvittaessa myöntää useampia ajankohtaiseen kuntoutustarpeeseen ja työelämätaavoitteeseen perustuen. Kuntoutustarpeen kannalta pääasiallinen diagnoosi laitetaan ensimmäiseksi, lisädiagnooseiksi tulevat mahdolliset muut ajankohtaiseen tarpeeseen vaikuttavat diagnoosit. Ammatillisen kuntoutuksen hakemiseen tarvitaan työterveyslääkärin tai hoitavan lääkärin laatima B-lääkärinlausunto, jonka lomake ohjaa täyttämään tarpeelliset tiedot.

Sairausvakuutuslaki velvoittaa Kelan selvittämään asiakkaan (ammatillisen) kuntoutustarpeen tarvittaessa. Kuntoutustarve on selvitettävä viimeistään silloin, kun sairauspäivärahan suorituspäivien lukumäärä ylittää 60. Selvitys voidaan toteuttaa mm.

haastatteluna Kelan toimistossa tai erillisenä Kelan kuntoutuspalveluna kuntoutuslaitoksessa. Hoitava lääkäri voi lääkärinlausunnossaan suositella Kelalle kuntoutustarpeen selvittämistä aina kun katsoo sen asiakkaan työhön paluun tai työhön pääsemisen kannalta tarpeelliseksi huomioon ottaen asiakkaan eri sairaudet ja muut asiaan vaikuttavat seikat.

## 8.7 Tapaturmavakuutus

Sekä pakollisissa (lakisääteisissä, kuten työtapaturmat, liikenne) että vapaaehtoisissa vahinkovakuutuksissa (yksityistapaturma, matkustajavakuutus, sairaanhoitokuluvakuutukset) on totuttu käyttämään erityisesti näihin tarkoituksiin laadittua Lääkärinlausunto E-lomakepohjaa. Tämä lomake muodostui vakuutustapahtuman ja seuraamusten syy-yhteyden arviointia varten rakenteeltaan muista lausunnoista poikkeavaksi. Toisaalta samassa lomakkeessa oli myös laskutusosio, joka nyt on poistunut laskutuksen tapahtuessa omia teitään. Sen sijaan samaa lomaketta käytetään nyt erityisesti maksusitoumusliikenteessä, pyydettyä vakuutuslaitoksilta lupaa mahdollisesti korvauksen piiriin kuuluvaan toimenpiteeseen. Lomake on kehittynyt myös lääkinnällisen ja erityisesti ammatillisen kuntoutuksen peruslomakkeeksi tapaturmalajeissa.

Koska EU-lainsäädäntö edellyttää riskiperusteista hinnoittelua yksityisvakuutuksissa, joudutaan samaa lomaketta käyttämään ja kehittämään suuntaan, jolla seurataan diagnoosikoodeja myös yksityisvakuuttamisessa. Näin ollen vahinkovakuutuspuolella, toisin kuin työeläkepuolella, pääasiallinen lausuntolomake on E-lomake.

Koska usein vakuutustapahtuman alkuvaiheissa ei vielä tiedetä korvaavaa tai korvaavia vakuutuslajeja, yhtiöitä tai vastaavia oleellisia tietoja, on E-lomakkeessa erityisesti keskitytty sekä vahingoittuneen että työnantajan, vakuutuksen ja vahinkotapahtuman kirjaamiseen, jotta korvaustoiminta ilman turhia viiveitä heti alkaisi oikeassa osoitteessa. Nämä kentät onkin osittain tehty pakollisiksi, ja siten lausunto lähtiessään heti saapuu oikeaan kohteeseen.

E-lausunnossa on myös tapahtumatietoja, ajankohtaa, tapahtuman luonnetta ym. koskevia kenttiä juuri siksi, että sen ja muiden tapaturmatietojen (vahinkoilmoitus, vahingoittuneen ja/tai työnantajan kertomus) merkitys ovat oleellisia ratkaistaessa korvattavaksi esitettyjen toimenpiteiden tai seuraamusten syy-yhteyttä tapahtumaan.

On luonnollista, että alkuvaiheessa myös vahinkovakuutuksessa käytetään ja voidaan hyvin käyttää myös A-todistusta kuvaamaan pikaisesti tapahtuman ja seuraamusten luonnetta, mutta silloin tulisi hoitavan tahon pyrkiä jo neljän merkin tarkkuudella kirjaamaan päädiagnoosi, jotta em. tilastotiedot olisivat mahdollisimman paikkansa pitävät.

E-lausunnossa jo vaaditaankin neljän merkin tarkkuudella ICD-10 mukaiset tapaturmakoodit. Viiden merkin tarkkuutta ei välttämättä vaadita, vaikka lomake on suunniteltu kapasiteetiltaan sellaiseksi, että useita viiden merkin diagnooseja (esim. monivammaisilla) voidaan diagnoosikohtaan laittaa.

Vahinkotapahtuman korvattavuus edellyttää siis vahvaa näyttöä syy-yhteydestä. Siksi E-lomake on suunniteltu erityisesti yhtäältä kuvaamaan primaarisesti tapahtumatietoja

sekä hoitotoimenpidetietoja ja toisaalta identifioimaan tapaukset pitkälläkin aikavälillä joskus ammoikin tapahtuneeseen vahinkoon. Onkin viisasta käyttää tapaturmavahingoissa E-lomakepohjaa niin usein kuin mahdollista. E-lausunto ei kuitenkaan ole hoitokäyntikertojen kooste, vaan pikemminkin määräjoihin, tapahtuman luonteesta riippuen, maksavalle laitokselle toimitettava dokumentti. E-lausunnolla on potilaan oikeusturvaa takaava tai tukeva luonne. Tapaturmien seuraamusten ja ei-tapaturmaisten oireiden erottaminen vuosien saatossa on vahingoittuneen ja vakuutuslaitoksen intressissä.

### 8.7.1 Maksuliikenne

Maksuliikenteellä tässä yhteydessä tarkoitetaan hoitolaitoksen ja korvaavan laitoksen välistä (sähköistä) tiedonvaihtoa koskien tapaturmien hoitoon liittyvien toimenpiteiden maksusitoumuspyyntöjä ja niihin suostumista. Lomake on tietosuojasystistä suunniteltu siten, että maksusitoumusosio voidaan sähköisesti irrottaa muusta lausunnon sisältämästä informaatiosta, ja lähettää se edestakaisin palvelujen tuottajien ja vakuutuslaitosten kesken. Tässä yhteydessä on oleellista, että diagnoosiosan ICD-10 koodit jo ovat niin täydelliset kuin mahdollista, ja toisaalta maksusitoumusta koskevassa kentässä on myös lueteltu toimenpidekoodit yksittäisinä toimenpiteinä ja lukumäärinä niin tarkkaan kuin mahdollista. On mahdollista, että annettua maksusitoumusta suurempaa korvausta toimenpiteistä ei suoriteta, mikäli pyynnöstä on unohtunut oleellisia hoitotoimenpiteitä kuten fysikaalinen hoito. Useimmilla palvelujen tuottajilla (julkista sektoria lukuun ottamatta) on jo jonkinlaiset sopimukset korvaavien laitosten kanssa maksusitoumuskäytännöstä. Julkinen sektori on ohjeistettu tekemään maksusitoumuspyynnöt vastaavalla tavalla, mutta julkisen puolen laskutus seuraa monasti DRG-laskutusta (Diagnosis Related Grouping), joka merkittävästi poikkeaa yksityissektorin laskutuskäytännöstä.

Vaikka DRG-ryhmitäytksen käyttöönotto pyrkiikin standardisoimaan erikoissairaanhoiton palvelut siten, että sekä tuottajat että maksajat entistä paremmin pystyisivät seuraamaan kustannuskehitystä, ei asiasta vielä ole päästy kahdenvälisiin sopimuksiin. Rahoittajapuolella herättää hämmennystä toimenpiteiden paketointi ja blokkilaskutuksen tarkistamisen mahdottomuus. Kun DRG:n käyttöönotto kuitenkin on tosiasia, on pyrittävä siihen, että hoidon syyn, joka tässä tapauksessa aina on tapaturmavammaan liittyvä, ICD-10 koodi on luotettavasti samassa yhteydessä esillä.

### 8.8 Lisätietoja

- [www.kela.fi](http://www.kela.fi)
- [www.tyoelake.fi](http://www.tyoelake.fi)
- Sairausvakuutuslaki 1224 /2004
- Valtioneuvoston asetus lääkkeiden kustannusten korvaamisesta vaikeiksi ja pitkäaikaisiksi arvioitavista sairauksista, joiden lääkähoidon kustannuksista

sairausvakuutuslain 5 luvun 5 §:n 2 momentin perusteella korvataan 72 tai 100 prosenttia 198/2009

- Kansaneläkelaki 568/2007
- Laki Kansaneläkelaitoksen kuntoutusetuuksista ja kuntoutusrahaetuksista 566 /2005
- Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä 497/2003
- Jorma Jarvisalo, Raija Gould, Esko Matilainen, Heikki Palomäki, Raili Pirttimäki: ICD-10 tautiluokituksen käyttö sosiaalivakuutuksen päätöksenteossa ja tilastoinnissa. Työryhmän raportti. Kela ja Eläketurvakeskus. 26.3.2010.

## 9 Rekisteritoiminta

*Annukka Ritvanen, Mika Gissler ja Jorma Komulainen*

Väestön terveyttä ja hyvinvointia koskevia tietoja kerätään useisiin viranomaisten ylläpitämiin kansallisiin henkilörekistereihin. Nämä rekisterit tuottavat tietoa terveydenhuollosta, sairauksista ja niiden hoidosta. Tietoja käytetään tilastollisiin ja hallinnollisiin tarkoituksiin sekä tieteelliseen tutkimukseen.

Terveydenhuollon valtakunnallisia henkilörekistereitä ylläpidetään niitä säätelevän lain (556/1989) ja asetuksen (774/1989) nojalla. Terveydenhuollon viranomaiset ja laitokset sekä terveydenhuolto- ja farmaseuttiseen henkilöstöön kuuluvat ovat velvollisia antamaan maksutta ja salassapitovelvollisuutta koskevien säännösten estämättä Terveyden ja hyvinvoinninlaitokselle (THL) ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (Fimea) näihin valtakunnallisiin henkilörekistereihin talletettavat tiedot hallussaan olevista asiakirjoista ja rekistereistä. Terveydenhuollon valtakunnallisten henkilörekistereiden tietoja ei saa luovuttaa tai käyttää rekisteröityä koskevaan päätöksentekoon. Rekistereistä voidaan kuitenkin erillisellä tutkimusluvalla luovuttaa tietoja terveydenhuollon toimintaa, tautien ennaltaehkäisyä tai hoitoa koskevaa tai näihin liittyvää määrättyä tieteellistä tutkimusta varten. Rekistereitä ja niiden tietosisältöä säädellään em. asetuksella.

Terveydenhuollon valtakunnallisiin henkilörekistereihin kuuluvat syöpärekisteri ja sen alarekisterinä joukkotarkastusrekisteri (kuvattu luvussa 9.2.), epämuodostumarekisteri, lääkkeiden haittavaikutusrekisteri, rokotteiden haittavaikutusrekisteri, terveydenhuollon poisto-/hoitoilmoitusrekisteri Hilmo, erikoissairaanhoidon avohoito (osana Hilmoa) ja perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri, raskaudenkeskeyttämis- ja steriloisimisrekisterit, implanttirekisteri, näkövammarekisteri sekä syntyneiden lasten rekisteri ja sen osarekisterinä pienten keskosten rekisteri. Lääkkeiden haittavaikutusrekisteriä ylläpitää Fimea, muita THL. Rekistereihin saadaan tällä hetkellä suurin osa tiedoista sähköisessä muodossa joko suoran salatun tiedonsiirron avulla, CD-levyillä tai muilla levykkeillä tiedontuottajilta tai sähköisellä tiedonsiirrolla muista rekistereistä, ja osa tiedoista saadaan paperimuotoisilla ilmoituksilla. Rekistereihin kerätään diagnoositietoa ICD-koodeina ja/tai sanallisessa muodossa (diagnoosin nimi). Joissakin rekistereissä käytetään myös muita luokituksia, kuten MedDRAa, ICPC-2:tä, toimenpideluokitusta ja ATC-luokitusta.

Muutamia terveydenhuoltoa seuraavia valtakunnallisia rekistereitä ylläpidetään niitä koskevan erillisen lainsäädännön nojalla. Näitä rekistereitä ovat Tilastokeskuksen ylläpitämä kuolemansyytilasto (kuvattu luvussa 6), Työterveyslaitoksen ylläpitämä työperäisten sairauksien rekisteri ja THL:n ylläpitämä tartuntatautirekisteri (kuvattu luvussa 9.3.). Niihin kerätään diagnoositietoa ICD-koodeina ja/tai sanallisessa muodossa. Työterve-

yslaitoksen syöpäsairauden vaaraa aiheuttaville aineille ja menetelmille ammatissaan altistuvien rekisteri (ASA) ja Valviran ylläpitämä terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisteri TERHIKKI seuraavat myös terveydenhuoltoa, mutta niihin ei kerätä diagnoositietoja (ei kuvata tässä erikseen).

Lisäksi THL ylläpitää THL:n (Stakesin) tilastointia koskevan lain (409/2001) nojalla eräitä sosiaalihuollon rekistereitä, joista sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteriin ja sosi-aali- ja terveydenhuollon kotihoidon asiakaslaskennassa kerätään diagnoositietoja ICD-10 -koodeina.

Taulukko 9.1. Terveyden- ja sosiaalihuollon rekisterit: ICD-luokitusten ja sanallisten diagnoosien käyttö. Rekisterit on taulukossa lueteltu ikäjärjestyksessä.

Rekisteri (rekisterinpitäjä)	Aloitus-vuosi	Säädökset	Luokitukset	Diagnoosin nimi
Syöpärekisteri (THL)*	1952	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	ICD-O-3 (tilastot julkaistaan ICD- 10 mukaisina)	kyllä
Terveydenhuollon ammattihenkilöiden rekisteri TERHIKKI (Valvira)	1955	Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994 Asetus 564/1994	-	ei
Epämuodostumarekisteri (THL)	1963	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	ICD ATC	kyllä
Työperäisten sairauksien rekisteri (TTL)	1964	Laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta 44/2006, Tapaturmavakuutuslaki 608/1948 Maatalousyrittäjien tapaturmavakuutuslaki 1026/1981.	ICD	kyllä
Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri (Fimea)	1966	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	MedDRA ATC	kyllä
Terveydenhuollon poisto / hoitoilmoitusrekisteri (Osana Erikoissairaanhoidon avohoido) (THL)	1967 (2002/1994)	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	ICD Toimenpideluokitus	ei

Joukkotarkastusrekisteri (kohdunkaulansyöpä ja rintasyöpä) (THL)	1968	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	ICD-O-3 ICD	kyllä
Kuolemansyytilasto (Tilastokeskus)	1969	Laki kuolemansyyn selvittämisestä 459/1973	ICD	kyllä
Steriloimisrekisteri (THL)	1977 (1935)	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	ICD	ei
Raskaudenkeskeyttämis- rekisteri (THL)	1977 (1950)	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	ICD	ei
Syöpäsairauden vaaraa aiheuttaville aineille ja menetelmille altistuvien rekisteri ASA (THL)	1979	ASA-laki 717/2001	-	ei
Implanttirekisteri (THL)	1980 / 1960	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	ATC	kyllä
Näkövammarekisteri (THL)	1983	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	ICD	kyllä
Syntyneiden lasten rekisteri (THL)	1987	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	ICD	ei
Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri (THL)	1994	Laki Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (aiemmin Stakesin) tilastotoimesta 409/2001	ICD	ei
Tartuntatautirekisteri (THL)	1995	Tartuntatautilaki 583/1986 Asetus 786/1986	ICD	ei
Rokotteiden haittavaikutusrekisteri (THL)	1995 (1992)	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989 Tartuntatautilaki 583/1986' Asetus 786/1986	ICD MedDRA ATC	kyllä



Kotihoidon asiakaslaskenta sosiaali- ja terveydenhuollossa -rekisteri (THL)	1995	Laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (aiemmin Stakesin) tilastotoimesta 409/2001 Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989 Kansanterveyslaki 66/1972 Mielenterveyslaki 1116/1990	ICD	ei
Pienten keskosten rekisteri (THL)	2004	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	ICD	kyllä
Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri (AvoHilmo) (THL)	2008	THVRL 556/1989 THVRA 774/1989	ICD ICPC-2 Toimenpideluokitus SPAT ATC	ei

\* = tekninen ylläpito Suomen Syöpäyhdistys ry:llä

\*\* = tekninen ylläpito Näkövammaisten Keskusliitto ry:llä

## 9.1 Katsaus eri rekistereihin

### 9.1.1 Terveydenhuollon poisto- ja hoitoilmoitusrekisteri TerveysHilmo

*Tarkoitus:* Rekisterin tarkoituksena on kerätä tietoa terveyskeskusten, sairaaloiden ja muiden sairaansijojen omistavien laitosten toiminnasta ja niissä hoidossa olleista asiakkaista sekä kotisairaanhoidon asiakkaista tilastointia, tutkimusta ja suunnittelua varten.

*Sisältö:* Hoitoilmoitusrekisteri on jatkoa poistoilmoitusrekisterille, johon on kerätty tiedot vuosina 1969–1993 sairaaloista poistetuista potilaista. Rekisterin tietosisältöön on tänä aikana tehty erilaisia muutoksia. Oleellisin tietosisältö on pysynyt samana tietojen kuvatessa sairaalapalvelujen tuottajaa, potilasta, hoitoon tuloa ja hoidosta poistumista sekä potilaan diagnooseja ja saamaa hoitoa. Hoitoilmoitustietojen sisällöstä ja lähettämisestä annetaan vuosittain ohjekirja (HILMO; Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus, Määrittelyt ja ohjeistus, THL Ohjeita ja luokituksia).

*Tietojen keräystapa:* Tiedot palautetaan vuosittain Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kirjatussa kirjeessä pääosin CD-levyillä ja levykkeillä, ja korkeintaan 1 % ilmoituksesta tulee paperimuotoisilla lomakkeilla. Kunkin vuoden hoitoilmoitusrekisteriaineisto

kootaan, tarkistetaan ja korjataan (tarvittaessa ilmoittaneen yksikön antamien lisätietojen ja korjausten jälkeen) valtakunnalliseksi rekisteriksi seuraavan vuoden aikana.

*Käytössä olevat luokitukset:* ICD-10, toimenpideluokitus

### 9.1.2 Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri

*Tarkoitus:* Rekisteri tuottaa tietoa sosiaalihuollon laitoshoidosta, ympärivuorokautisesta ja ei-ympärivuorokautisesta asumispalvelusta, kotihoidosta sekä laitosten toiminnasta ja niiden asiakkaista valtakunnallista ja alueellista seurantaa ja tutkimusta varten. Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterin tietoja käytetään tilastollisesti yhdessä terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin ja kotihoidon asiakaslaskennan kanssa kuvaamaan palvelujen käyttöä, kustannuksia ja palvelujen kohdentumista eri väestöryhmiin alueittain.

*Sisältö:* Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri sisältää tietoja vuodesta 1995 lähtien. Rekisterin tietosisältöön on tänä aikana tehty pienehköjä muutoksia, mutta oleellisin tietosisältö on kuitenkin pysynyt lähes samana tietojen kuvatessa palvelujen tuottajaa, asiakasta, asiakkaaksi (hoitoon) tuloa ja hoidosta poistumista sekä asiakkaan saamaa hoitoa ja palveluja. Hoitoilmoitustietojen lähettämisestä annetaan vuosittain ohjekirja (HILMO; Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus - määrittelyt ja ohjeistus, THL Ohjeita ja luokituksia).

*Tiedon keräystapa:* Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus -määrittelyt ja ohjeistus kirjassa annetaan ohjeet siitä, mitkä palvelujen tuottajat ovat velvollisia lähettämään tietoja rekisteriin ja tietojen luovutuksen perusteet, mikä on tietosisältö, miten tiedot toimitetaan rekisteriin ja miten huolehditaan tietojen salassapidosta. Hoitoilmoitukset kootaan vuosittain valtakunnalliseksi hoitoilmoitusrekisteriksi. Tiedot lähetetään rekisterin ylläpitäjälle pääosin disketeillä tai CD-levykkeillä. Osa ilmoituksesta tulee lomakkeilla.

*Käytössä olevat luokitukset:* ICD-10

### 9.1.3 Kotihoidon asiakaslaskenta sosiaali- ja terveydenhuollossa -rekisteri

*Tarkoitus:* Rekisteri kerää tietoa kotihoidosta, palvelun antajista ja asiakkaista tilastointia, tutkimusta ja suunnittelua varten.

*Sisältö:* Kotihoidon asiakaslaskenta-rekisteriin on kerätty tietoja vuodesta 1995 alkaen joka toinen vuosi. Vuodesta 2007 lähtien kotihoidon asiakaslaskenta kerätään vuosittain (marraskuussa). Rekisterin tietosisältöön on tänä aikana tehty pienehköjä muutoksia, mutta oleellisin tietosisältö on kuitenkin pysynyt lähes samana tietojen kuvatessa palvelujen tuottajaa, asiakasta ja asiakkaaksi (hoitoon) tuloa sekä asiakkaan saamaa hoitoa ja palveluja. Kotihoidon asiakaslaskenta-tietojen lähettämisestä on vuosittain annettu ohjekirja (HILMO; Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus - määrittelyt ja ohjeistus, THL, Ohjeita ja luokituksia).

*Tiedon keräystapa:* Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus -määrittelyt ja ohjeistus kirjassa annetaan ohjeet siitä, mitkä palvelujen tuottajat ovat velvollisia lähettämään tietoja rekisteriin ja tietojen luovutuksen perusteet, mikä on tietosisältö, miten tiedot toimitetaan rekisteriin ja miten huolehditaan tietojen salassapidosta. Hoitoilmoitukset kootaan vuosittain valtakunnalliseksi kotihoidon asiakaslaskentarekisteriksi. Tiedot lähetetään rekisterin ylläpitäjälle pääosin levykkeillä tai magneettinauhoilla. Osa ilmoituksista tulee lomakkeilla.

*Käytössä olevat luokitukset:* ICD-10

#### 9.1.4 Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri AvoHilmo

*Tarkoitus:* Rekisteri tuottaa lakisäätteistä tietoa perusterveydenhuollon avohoidon saatavuudesta ja toiminnasta tilastointia, tutkimusta, kehittämistä ja suunnittelua varten. Lisäksi rekisteriä käytetään tartuntatautien, tapaturmien ym. seurantaan sekä muissa THL:lle kuuluvissa tehtävissä.

*Sisältö:* AvoHilmo-rekisteriin koottavat tiedot koskevat seuraavia sisältöjä: palvelutapahtuman perustiedot koskien palvelun tuottajaa ja asiakasta, hoidon saatavuutta kuvaavat tiedot sekä tietoja asiakkaan palvelutapahtuman sisällöstä, kuten käyntisyistä, lääkityksestä, toiminnoista ja jatkohoidosta. Käyntisyyn kirjaamista motivoi mm. sähköisen päätöksentuen käyttö. AvoHilmon tavoite on, että jokaisella käynnillä on käyntisyys.

*Tiedonkeruu:* Avohoidon ilmoitusjärjestelmän tiedonkeruu käynnistyi vuoden 2011 alusta koskien kunnallista palvelutuotantoa. Palveluntuottajat toimittavat tiedot suoralla sähköisellä tiedonsiirrolla THL:lle. Tiedonkeruu on jatkuvaa. Avohoidon hoitoilmoituksen opas (AvoHILMO; Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2011, Määrittelyt ja ohjeistus) on saatavissa osoitteessa [www.thl.fi/avohilmo](http://www.thl.fi/avohilmo).

*Käytössä olevat luokitukset:* ICD-10, ICPC-2, ATC, SPAT-luokitus (Suomalainen perusterveydenhuollon avohoidon toimintoluokitus), sekä hammashuollon osalta toimienpideluokitus.

#### 9.1.5 Syntyneiden lasten rekisteri

*Tarkoitus:* Syntymärekisterin päätarkoituksena on tuottaa tilastotietoja synnyttäjistä, synnytyksistä ja vastasyntyneistä lapsista.

*Sisältö:* Rekisteri sisältää tiedot kaikista Suomessa syntyneistä lapsista. Rekisteri sisältää mm. seuraavat tiedot: äidin taustatiedot, diagnoosit ja toimenpiteet raskauden ja synnytyksen aikana, lasten terveys, hoito ja diagnoosit yhden viikon ikään asti.

*Tietojen keräystapa:* Synnytyssairaalat ilmoittavat tiedot vuosittain CD-levyllä tai suoraan THL:n sähköisen tietojen vastaanottokeskuksen kautta. Tiedot puretaan THL:ssa, tarkistetaan ja lähetetään tarvittaessa korjattaviksi synnytyssairaalaan. Muutaman sairaalan tiedot saadaan paperilomakkeilla, ja ne tallennetaan THL:ssa. Puuttuvat tapaukset etsitään THL:n hoitoilmoitusrekisteristä, Tilastokeskuksen kuolemansyy-

aineistosta ja Väestörekisterikeskuksen väestötiedoista, ja synnytyssairaaloihin pyydetään täyttämään syntymärekisterilomakkeen mukaiset tiedot kustakin puuttuvasta vasta-syntyneestä.

*Käytössä olevat luokitukset:* ICD-10

### 9.1.6 Syntymärekisterin osarekisteri: pienten keskosten rekisteri

*Tarkoitus:* Pienet keskokset -tiedoston tarkoituksena on tuottaa valtakunnallisesti tietoa pienten keskosten hoidosta ja ennusteesta.

*Sisältö:* Vuosittain kerätään tiedot kaikista Suomessa syntyneistä keskosista (alle 1501 grammaa tai alle 32+0 raskausviikkoa). Rekisteri sisältää syntymärekisteriä tarkemmat tiedot mm. äidin diagnooseista ja toimenpiteistä raskauden ja synnytyksen aikana sekä lasten hoidosta ja diagnooseista 42 raskausviikkoa vastaavan ikään asti.

*Tietojen keräystapa:* Synnytys- ja hoitosairaalat ilmoittavat tiedot paperilomakkeella THL:lle, jossa ne tallennetaan. Tiedonkeräys on jatkuvaa. Puuttuvat tiedot tarkastetaan syntyneiden lasten rekisteristä vuosittain. Synnytys- ja hoitosairaaloihin pyydetään täyttämään pienten keskosten lomake niistä keskosista, joista lomake puuttuu.

*Käytössä olevat luokitukset:* ICD-10 + diagnoosin nimi

### 9.1.7 Epämuodostumarekisteri

*Tarkoitus:* Epämuodostumarekisterin päätarkoituksena on epämuodostumien määrän ja laadun jatkuvalla ja nopealla seurannalla havaita ajoissa mahdolliset uudet epämuodostumia aiheuttavat tekijät ympäristössä sekä ehkäistä epämuodostumien syntyä vaikuttamalla näihin riskitekijöihin. Lisäksi rekisteri tuottaa tilastoja kansalliseen ja kansainväliseen käyttöön. Tietoja käytetään myös tieteelliseen tutkimukseen epämuodostumista.

*Sisältö:* Rekisteriin kerätään tiedot elävänä ja kuolleena syntyneillä lapsilla tai sikiöillä todetuista tai epäillyistä synnynnäisistä kromosomi- ja rakennepoikkeavuuksista. Pääsääntöisesti epämuodostumarekisterin tapaustiedot kerätään yhden vuoden ikään asti, mutta niitä täydennetään myös myöhemmin ilmoitetuilla tiedoilla. Rekisteri sisältää tiedot äidin taustasta, raskautta koskevat tiedot (myös altistumiset) ja sikiön / lapsen perustiedot sekä epämuodostumadiagnoosit.

*Tietojen keräystapa:* Tiedot palautetaan THL:lle paperilomakkeella tai muulla kirjallisella ilmoituksella mahdollisimman pian kun epämuodostuma on todettu tai sitä epäillään. Rekisteri kerää epämuodostumatietoja vuosittain myös muista tiedostoista ja rekistereistä, kuten syntymärekisteristä, raskaudenkeskeyttämisrekisteristä, hoitoilmoitusrekisteristä, näkövammarekisteristä, Tilastokeskuksen kuolemansyyaineistosta sekä Valvirasta. Rekisterilinkkaukset tehdään sähköisesti. Muista rekistereistä saadut tapaustiedot ja diagnoosit varmistetaan sairaaloista. Rekisteriin ilmoittavat jatkuvasti synnytyssairaalat, hoitavat sairaalat, neuvolat, terveydenhuollon ammattihenkilöt sekä sytogeneettiset laboratoriot.

*Käytössä olevat luokitukset:* ICD-8/ICD-9/ICD-10 + diagnoosin nimi, ATC-luokitus

### 9.1.8 Raskaudenkeskeyttämis- ja steriloisrekisterit

*Tarkoitus:* Rekisterien tarkoituksena on tuottaa tilastoja laillisista raskauden keskeyttämisistä ja steriloisimisista.

*Sisältö:* Rekisteri sisältää tietoja laillisesti suoritetuista raskaudenkeskeyttämisistä ja steriloisimisista, mm. tietoja keskeytys- ja sterilointipotilaan taustasta, toimenpiteestä ja mahdollisista komplikaatioista.

*Tietojen keräystapa:* Toimenpiteen suorittaneen terveydenhuollon toimintayksikön (tai suorittajalääkäriin) on kuukauden kuluessa suoritetusta toimenpiteestä tehtävä ilmoitus THL:lle sosiaali- ja terveysministeriön vahvistamalla lomakkeella eli tiedon keräys on jatkuvaa. Tietoja täydennetään vuosittain Valviran käsittelemistä raskaudenkeskeyttämispäätöksistä. Jotkin taustatiedot täydennetään Väestörekisterikeskuksesta (siviilisääty, kotikunta).

*Käytössä olevat luokitukset:* ICD-10

### 9.1.9 Rokotteiden haittavaikutusrekisteri

*Tarkoitus:* Rekisterin tarkoituksena on rokotteiden epäiltyjen haittavaikutusten, erityisesti odottamattomien ja vakavien haittojen kattava ja ajantasainen seuranta. Seurantatietoja käytetään apuna rokotusten hyötyjä ja haittoja punnittaessa ja arvioitaessa kansallisen rokotusohjelman vaikuttavuutta ja kehittämistarpeita. Passiiviseen seurantarajestelmään pohjaava rekisteri raportoi kaikista ilmoitetuista haitoista Fimealle, joka raportoi edelleen Euroopan lääkevirastolle (EMA).

*Sisältö:* Rekisteri sisältää tiedot epäillyistä rokotteiden haittavaikutuksista: rokotteesta, rokotteesta ja rokottamisen jälkeen seuranneista oireista ja löydöksistä, oireiden alkamisajankohdasta ja kestosta sekä hoidosta.

*Tietojen keräystapa:* Terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee tartuntatautilain mukaan ilmoittaa tietoonsa tulleista rokotteiden todetuista tai epäillyistä haittavaikutuksista THL:lle. Haittailmoitukset raportoidaan ”Ilmoitus epäillyistä rokotuksen haittavaikutuksesta” -lomakkeella. Lomakkeeseen kirjataan rokotusta seuranneet oireet tai löydökset; lomakkeen täyttäminen ei edellytä diagnoosia eikä diagnoosikoodia. Tiedon keräys on jatkuvaa.

*Käytössä olevat luokitukset:* ICD-10+ diagnoosin nimi, MedDRA, ATC-luokitus

### 9.1.10 Implanttirekisteri

*Tarkoitus:* Implanttirekisteriin kerätään tietoa asennetuista ortopedisistä endoproteeseista eli niin sanotuista tekonivelistä sekä hammasimplanteista. Rekisterin tietoja käytetään tilastointiin ja tutkimukseen. Toimenpiteitä tekevät yksiköt sekä implanttien valmistajat ja maahantuojat saavat rekisteristä tietoa toiminnan seurantaan, kehittämiseen ja tuotteiden laadun parantamiseen.

*Sisältö:* Implanttirekisteri sisältää tiedot potilaasta, leikkauksesta (leikkauksen kohteesta, syystä ja mahdollisista komplikaatioista), asennetusta tai poistetusta ortopedi-

sestä endoproteesista ja hammasimplantista.

*Tietojen keräystapa:* THL kerää tiedot toimenpiteitä suorittavilta terveydenhuollon toimintayksiköiltä paperisilla ilmoituslomakkeilla (noin puolet) ja sähköisen tiedon-siirron avulla muista rekistereistä (noin puolet). Tiedonkeräys on jatkuvaa.

*Käytössä olevat luokitukset:* Diagnoosin nimi, ATC-luokitus antibiooteille

### 9.1.11 Näkövammarekisteri

*Tarkoitus:* Rekisterin tarkoituksena on näkövammojen levinneisyyden, epidemiologian, ehkäisy- ja hoidon, kuntoutuksen sekä erityispalvelujen käytön ja tarpeen selvittäminen. Lääkintöhallituksen ja sittemmin THL:n kanssa solmimansa sopimuksen mukaisesti Näkövammaisten Keskusliitto ry on sitoutunut ylläpitämään näkövamma-rekisteriä.

*Sisältö:* Rekisteri sisältää tiedot pysyvästi näkövammaisista henkilöistä, näkövamman aiheuttaneiden sairauksien diagnooseista, lisävammoista ja pitkäaikaissairauksista, etiologiasta, vammaisuuden kestosta, näön tarkkuudesta ja näkökentistä.

*Tietojen keräystapa:* Ilmoitusvelvollisia ovat silmälääkärit, sairaaloiden silmätautien yksiköt ja muut terveydenhuollon viranomaiset ja laitokset. Rekisteriin tulee ilmoittaa jokainen hoitoon tai tutkimukseen tullut näkövammaisuuskriteerit täyttävä henkilö (pysyvästi näkövammaisen henkilö, jonka paremman silmän korjattu visus on alle 0,3 tai jolla on muu vastaava näön alentuma). Ilmoittaminen tehdään paperimuotoisella lomakkeella. Tiedonkeräys on jatkuvaa.

*Käytössä olevat luokitukset:* ICD-9 + diagnoosin nimi

### 9.1.12 Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri

*Tarkoitus:* Potilas- ja lääketurvallisuus. Rekisteri toimii varoitusjärjestelmänä, josta saadut tiedot voivat aiheuttaa lääkeinformaation muuttumisen lisäksi myös hallinnollisena toimenpiteenä myyntilupatietojen muutoksia. Rekisterin tarkoituksena on lääkkeiden todettujen ja epäiltyjen haittavaikutusten, erityisesti odottamattomien ja vakavien, lääketieteellisesti merkittävien haittojen kattava ja ajantasainen seuranta. Rekisterin avulla saadaan tietoa myös uusien, alle 2 vuotta markkinoilla olleiden lääkevalmisteiden haittavaikutuksista tai lääkkeiden haitallisista yhteisvaikutuksista. Fimea lähettää tiedot kaikista saamistaan haittavaikutusilmoituksista (ilman potilaan ja ilmoittajan henkilötietoja) Maailman terveysjärjestön (WHO) haittavaikutusrekisteriin, epäillyn lääkkeen myyntiluvan haltijalle sekä kaikista vakavista haittavaikutuksista myös Euroopan lääkevirastolle (EMA).

*Sisältö:* Rekisteri sisältää tiedot todetuista tai epäillyistä lääkkeiden haittavaikutuksista: potilasta koskevat taustatiedot (myös aiempi terveydentila ja sairaudet, sekä riskitekijät), tarkat tiedot epäillystä lääkkeestä tai lääkityksestä (myös käyttötarkoitus), tiedot haittavaikutuksesta (oireet, diagnoosi, tehdyt tutkimukset ja hoidot) sekä tapauksen kulusta.

*Tietojen keräystapa:* Terveystieteiden ammattihenkilöiden, lääkäreiden, hammaslääkäreiden, proviisorien ja farmaseuttien tulee ilmoittaa tietoonsa tulleista lääkevalmisteiden käyttöön liittyvistä todetuista tai epäillyistä haittavaikutuksista Fimealle. Myös lääkkeiden valmistajilta saadaan tietoa. Haittailmoitukset raportoidaan haittavaikutusilmoituslomakkeella joko suoraan sähköisesti tai paperimuotoisella lomakkeella. Tiedon keräys on jatkuva.

*Käytössä olevat luokitukset:* Diagnoosin nimi, MedDRA, ATC-luokitus

### 9.1.13 Työperäisten sairauksien rekisteri (TPSR)

*Tarkoitus:* Työperäisten sairauksien rekisteri (TPSR) perustettiin Työterveyslaitokseen vuonna 1964 Suomen ammattitautirekisterinä. Rekisteri on tutkimusrekisteri, josta julkaistaan tilastokatsauksia ja jota hyödynnetään työterveysalan tutkimuksissa. Rekisterin avulla tehdään ammattitautien ja muiden työstä johtuvien sairauksien tutkimusta, selvittelyä ja ehkäisyä sekä diagnosoinnin ja hoidon kehittämistä.

*Sisältö:* Rekisteri sisältää tiedot työperäiseen sairauteen sairastuneista henkilöistä: sairastuneen henkilön tiedot, tiedot työpaikan toimialasta ja työnantajasta sekä sairauden aiheuttajasta (altistumisen laatu ja kesto) ja diagnooseista, sairauden toteamisesta ja laadusta sekä sen aiheuttamasta haitasta ja sairauslomasta, vakuutuslaitoksen päätös ammattitaudiksi hyväksymisestä (päivämäärä) ja korvauksesta sekä ammattitaudin aiheuttamasta kuolemasta.

*Tietojen keräystapa:* Työterveyslaitos saa Tapaturmavakuutuslaitosten liitolta (TVL) tiedot työnantajan vakuutusyhtiöille antamasta tapaturma- ja ammattitauti-ilmoituksesta sekä tiedot lääkärin ammattitaudista tai tapaturmasta antamasta E-lausunnosta. Vastaavat tiedot saadaan myös Maatalousyrittäjien eläkelaitoksesta (MELA). Lisäksi aluehallintovirasto toimittaa Työterveyslaitokseen lääkärin ilmoituksen todetusta ammattitaudista. Tiedon keräys on jatkuva.

*Käytössä olevat luokitukset:* ICD-10+diagnoosin nimi

### 9.1.14 Lisätietoja

Edellä kuvattujen lisäksi on olemassa useita muitakin valtakunnallisella tasolla toimivia terveydenhuollon erillisrekistereitä, joissa käytetään ICD-10 koodeja ja/tai sanallisia diagnooseja. Näistä rekistereistä löytyy lisätietoa mm. Rekisteritutkimuksen tukikeskuksen ReTki:n sivuilta.

Terveystieteiden valtakunnallisista rekistereistä löytyy lisää tietoa alla olevista osoitteista:

- Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos: <http://www.thl.fi>
- Hoitoilmoitusrekisterit: <http://www.thl.fi/hilmo>
- Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteri: <http://www.thl.fi/avohilmo>

- Lisääntymisterveyteen liittyvät rekisterit: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheitain/Lisaantyminen>
- Rokotteiden haittavaikutusrekisteri: [http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/oppaat\\_ja\\_kirjat/rokottajan\\_kasikirja/rokotusten\\_haittavaikutukset/](http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/oppaat_ja_kirjat/rokottajan_kasikirja/rokotusten_haittavaikutukset/)
- Näkövammarekisteri: <http://www.nkl.fi/fi/etusivu/tietoa/nvrek>
- Lääkkeiden haittavaikutusrekisteri: [http://www.fimea.fi/ammattilaiset/laakkeiden\\_turvallisuus](http://www.fimea.fi/ammattilaiset/laakkeiden_turvallisuus)
- Työperäisten sairauksien rekisteri: [http://www.ttl.fi/fi/rekisterit/tyoperaisten\\_sairauksien\\_rekisteri/sivut/default.aspx](http://www.ttl.fi/fi/rekisterit/tyoperaisten_sairauksien_rekisteri/sivut/default.aspx)
- Rekisteriselosteet: <http://www.stakes.fi/FI/tilastot/tausta/Rekisteriselosteet/index.htm>
- Lait ja asetukset: <http://www.finlex.fi>
- Gissler Mika, Haukka Jari: Finnish health and social welfare registers in epidemiological research. *Norsk Epidemiologi* 2004;14(1):113–120

## 9.2 Syöpärekisteri-ilmoitukset

Lääkintöhallituksen ja sittemmin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) kanssa solmimansa sopimuksen mukaisesti Suomen Syöpäyhdistys ry on sitoutunut ylläpitämään syöpärekisteriä ja sen osana olevaa joukkotarkastusrekisteriä. Rekisteriä ylläpitää Suomen Syöpäyhdistyksen rahoittama Suomen Syöpärekisteri, joka on vuonna 1952 perustettu on syöpätautien tilastollinen ja epidemiologinen tutkimuslaitos.

Lääkärit, hammaslääkärit, sairaalat sekä laboratoriot, joissa tehdään histologisia tai sytologisia tutkimuksia tai syöpädiagnostiikkaan liittyviä kliinis-kemiallisia tai hematologisia tutkimuksia, ovat velvollisia ilmoittamaan syöpärekisteriin jokaisesta Suomessa todetusta syöpätautitapauksesta ja myös sellaiseksi epäillystä tapauksesta. Ilmoitus tehdään riippumatta siitä, onko joku toinen jo tehnyt ilmoituksen aikaisemmin tai todennäköisesti tekee ilmoituksen myöhemmin. Myös lääketieteellisessä tai oikeuslääketieteellisessä ruumiinavauksessa todetusta syövästä on lähetettävä ilmoitus. Ilmoitukset tehdään lomakkeilla, jotka löytyvät myös Syöpärekisterin [www-sivuilta](http://www.sivuilta), joko käsin täyttäen tai ohjelmallisesti laboratorion/sairaalan tietojärjestelmästä.

Syöpärekisterissä syöpäilmoituksista ja Tilastokeskuksesta saatavista kuolintodistustiedoista muokataan tilastolliseen käyttöön soveltuva tietokanta, jota käytetään sekä tilastointiin että tieteelliseen tutkimukseen. Syöpärekisterin tietokanta sisältää tiedot vuodesta 1953 lähtien Suomessa todetuista syövästä.

Syöpärekisteriin talletetaan syöpätautien esiintyvyyden, ehkäisyn, hoidon ja lääkinnällisen kuntoutuksen sekä palveluiden käytön kannalta tarpeelliset tiedot. Näitä ovat potilaan henkilötiedot, syöpää koskevat tiedot ja kuolintodistustiedot.

Kliininen syöpäilmoitus lähetetään kaikista potilaista, joilla on todettu pahanlaatuisen kasvain tai siihen verrattavissa oleva sairaus tai joista on sellaista epäilty. Lääkärit, hammaslääkärit ja sairaalat käyttävät kliinistä syöpäilmoituslomaketta ja laboratoriot



laboratorion syöpäilmoituslomaketta. Ilmoitus on mahdollista tehdä myös sähköisesti, jos käytettävä potilastietojärjestelmä tällaista tukee.

Ilmoituslomake lähetetään myös seuraavista taudeista tai muutoksista, vaikka kyseessä ei kaikissa tapauksissa olisikaan varsinainen syöpätauti:

- ihon tyvisolukarsinooma (carcinoma basocellulare cutis)
- kaikkien elinten (paitsi ihon) carcinoma in situ -muutokset
- aivojen, selkäytimen ja aivokalvojen kaikki kasvaimet (myös hyvänlaatuiset), aivohermoista lähtöisin oleva kallonsisäinen hyvänlaatuinen kasvain sekä selkäydinhermoista lähtöisin oleva intraduraalitalan hyvänlaatuinen kasvain
- polycythaemia vera ja myelofibroosi
- Waldenströmin tauti, plasmosytooma, mycosis fungoides
- adenoma bronchi, adenoma malignum, myoma malignum
- ameloblastooma
- kohdunkaulan dysplasia gravis ja CIN III (histologiset diagnoosit)
- feokromosytooma, tymooma, pinealooma, hepatooma
- kaikkien elinten karsinoidituumorit
- virtsateiden välimuotoisen epiteelin papillooma
- munasarjojen semimaligni ("borderline") kasvain
- kivesten teratoma maturum ja teratoma immaturum
- sytologisen tutkimuksen löydös luokka IV ja V

Syöpärekisteri-ilmoituksessa ei ole tarpeen käyttää kasvaimen ICD-10 luokituksen mukaista koodia. Sen sijaan primaarituumorin paikka ilmoitetaan mahdollisimman tarkasti. Ilmoituksessa otetaan kantaa myös siihen, miten kasvain on todettu ja varmistettu, sekä sen levinneisyyteen todettaessa. Syöpätyyppi ja sen gradus ilmoitetaan PAD löydöksen perusteella.

Leikkaus- ja sädehoidon osalta ilmoituksessa otetaan kantaa hoidon kuratiiviseen tai palliatiiviseen luonteeseen. Leikkaustoimenpide ja käytetty sädeannos kuvataan. Solunsalpaajahoidon osalta ilmoitukseen merkitään käytetyt lääkkeet ja hoito-ohjelman nimi. Hormonihoidon osalta merkitään niin ikään käytetty valmiste sekä myös umpirauhasiin kohdistunut leikkaus tai sädetys, jonka tarkoituksena on ollut hormonierityksen lopettaminen. Ilmoituksen Muu hoito -kohtaan merkitään esimerkiksi mahdollinen immuunihoido. Hoidoksi ei katsota esimerkiksi seuraavia toimenpiteitä:

- biopsia, ellei samalla poisteta koko kasvainta tai suurta osaa siitä
- abraasio
- eksploratiiviseksi jäänyt leikkaus
- verensiirto
- symptomaattinen lääkehoito

Syöpäpotilaan jälkitarkastuksesta lähetetään ilmoitus vain, jos todetaan olennaisesti uutta (esimerkiksi diagnoosi muuttuu tai tarkentuu).

Ilmoitusvelvollisuus koskee sellaisia hematologisiin syöpätauteihin ja niihin verrattaviin tiloihin liittyviä tutkimuksia, joiden tulos todennäköisesti johtaa syöpä-diagnosiin (luuydintutkimus, veren proteiinitutkimus, syövän merkkiainetutkimus, jne.).

Laboratorion lähettämään syöpäilmoituslomakkeeseen merkitään kudosis- tai soluopillinen diagnoosi (PAD) tai sytologisen tutkimuksen luokka selväkielisenä eikä yksinomaan koodimuotoisena. Samalla lomakkeella voi tehdä ilmoituksen useista yhtä potilasta koskevista tutkimuksista (kaikkien näytteiden numerot on ilmoitettava). Ilmoitusta ei tarvitse tehdä potilaan seurantaan liittyvistä toistuvista sytologisista tutkimuksista.

Syöpäilmoitus allekirjoitetaan ja lähetetään osoitteeseen Suomen Syöpärekisteri, Pieni Roobertinkatu 9, 00130 Helsinki.

### 9.2.1. Lisätietoja

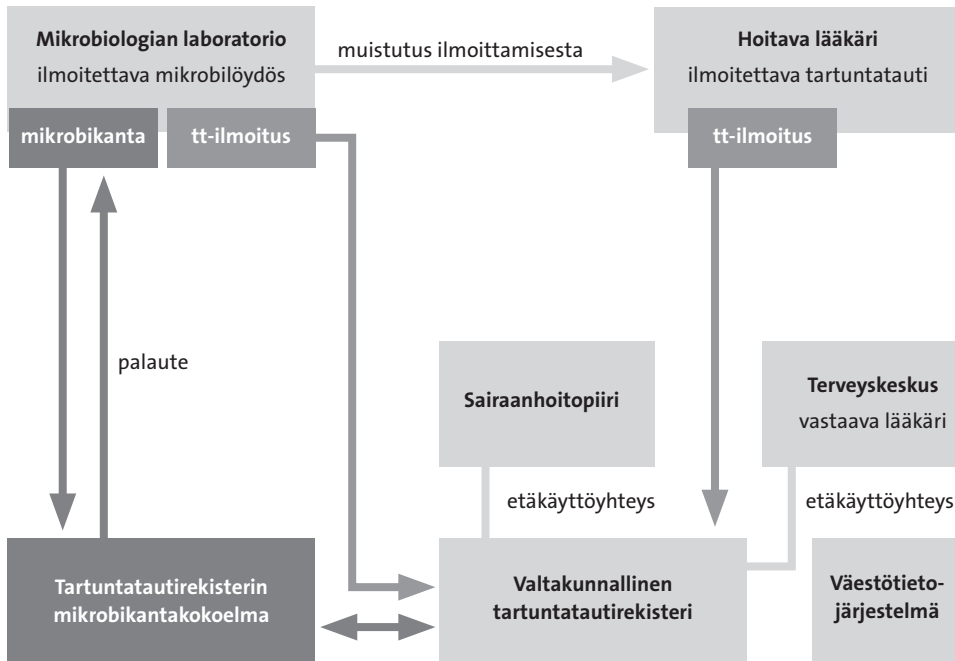
- Suomen Syöpärekisteri: [www.cancerregistry.fi](http://www.cancerregistry.fi)
- Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 556/1989
- Asetus terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä 774/1989
- Lääkintöhallituksen ohjekirje Nro 6/1990 - Ilmoitus syöpärekisteriin syöpätaupausesta

## 9.3 Tartuntatautirekisteri-ilmoitukset

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tartuntatautien torjuntayksikkö seuraa valtakunnallisesti tartuntatauteja. Seuranta säätelee tartuntatautilaki ja -asetus. Toiminta-alueita ovat tartuntatautien seuranta, epidemiaselvitykset ja matkailuterveys. Laajojen epidemioiden tai äkillisten epidemiauhkien yhteydessä yksikkö koordinoi valtakunnallista toimintaa. Yksikkö laatii toiminta-alueitaan koskevia ohjeita, antaa konsultatiota ja tekee tutkimustyötä.

THL ylläpitää tartuntatautirekisteriä tartuntatautilakiin (583/1986, viimeisin muutos voimaan 1.1.2009) ja tartuntatautiasetukseen (786/1986, viimeisin muutos voimaan 1.1.2009) perustuen. Lääkärin ja hammaslääkärin ilmoitusvelvollisuus koskee osaa tartuntatautiasetuksessa lueteltuja yleisvaarallisia ja ilmoitettavia tartuntatauteja THL:n antamien ilmoitusohjeiden mukaisesti.

Muutetussa asetuksessa määritellään täsmällisesti myös ihmisillä esiintyvät, eläinlääkintäviranomaiselle tapauskohtaisesti ilmoitettavat zoonootit (eläinten ja ihmisten yhteiset taudit), joihin kuuluu mm. botulismi (myös epäily) sekä rabies (myös epäily). Valtakunnallinen tartuntatautien ilmoitusjärjestelmä on kuvattu kuvassa 9.1.



Kuva 9.1. Valtakunnallinen tartuntatautien ilmoitusjärjestelmä (www.tartuntatautirekisteri.fi).

Tartuntataudit ja tartuntatauteja aiheuttavat mikrobilöydökset on jaettu tartuntatautien ilmoittamista ja torjuntaa varten tartuntatautiasetuksessa kolmeen luokkaan: (1) yleisvaaralliset tartuntataudit; (2) ilmoitettavat tartuntataudit; ja (3) muut rekisteröitävät mikrobilöydökset.

Kaikkien edellä mainittujen kolmen ryhmän tapauksissa laboratorio on velvollinen ilmoittamaan löydöksestä, joka varmistaa kyseisen taudin. Poikkeuksena ovat yksinomaan kliiniseen epäilyyn perustuva tuberkuloosi, botulismi, variantti Creutzfeldt-Jakobin tauti sekä rokotushoitoon johtanut rabiesaltistus, joissa laboratoriolla ei ole ilmoitusvelvollisuutta.

Lääkärin ilmoitusvelvollisuus ei perustu asetuksen tautiryhmytykseen, vaan osassa asetuksen määrittelemistä yleisvaarallisista ja ilmoitettavista taudeista lääkäri on vapautettu ilmoitusvelvollisuudesta (ks. taulukko 9.2.). Muut rekisteröitävät mikrobilöydökset -ryhmässä lääkäriellä ei ole ilmoitusvelvollisuutta.

Taulukko 9.2. Yleisvaaralliset ja ilmoitettavat taudit, joista lääkärin on tehtävä Lääkärin tartuntatauti-ilmoitus. Taulukko ei sisällä sellaisia asetuksessa yleisvaaralliseksi ja ilmoitettavaksi säädettyjä tauteja, joista lääkäri ei ole velvollinen tekemään tartuntatauti-ilmoitusta.

<b>Ilmoitettavat yleisvaaralliset tartuntataudit, joissa lääkrillä on ilmoittamisvelvoite</b>
EHEC infektio
hepatiitti A
influenssa A/H5N1 kunnes WHO ilmoittaa influenssapandemian alkaneeksi
isorokko
keltakuume
kolera
kuppa
kurkkumätä
lavantauti ja pikkulavantauti
meningokokoin aiheuttamat septiset taudit ja aivokalvontulehdukset
pernarutto
polio
rutto
sars
shigellapunatauti
tuberkuloosi
virusten aiheuttamat verenvuotokuumeet, ei myyräkuume
Ilmoitettavat taudit, joissa lääkrillä on ilmoittamisvelvoite
botulismi
ekinokokkoosi
hepatiitti B
hepatiitti C
hiv-infektio (ilmoitetaan tartuntatauti-ilmoitus B-lomakkeella)
legionelloosi
listerioosi
malaria
rabies ja sen epäily
sankkerit
sikotauti
tippuri
tuhkarokko
vihurirokko

Vuoden 2009 alusta lääkärin tartuntatauti-ilmoittaminen muuttui siten, että lääkärin tartuntatauti-ilmoitus A -lomakkeet lähetään suoraan Terveiden ja hyvinvoinnin laitokseen (kuva 9.1.). Muutoksella valmistaudutaan lääkärin sähköiseen tartuntatauti-

ilmoittamiseen. Seurannalle tärkeiden mikrobikantojen tai -näytteiden jatkuva lähettäminen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijalaboratorioihin (tartuntatautirekisterin mikrobikantakokoelma) perustuu tartuntatautirekisteriä koskeviin säädöksiin.

Lomakkeella tehtävien lääkärin ja laboratorion tartuntatauti-ilmoitusten tiedot tallennetaan keskitetysti Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa kolmen arkipäivän kuluessa niiden saapumisesta. Sähköisesti tehdyt laboratorion tartuntatauti-ilmoitukset siirretään tartuntatautirekisterin tietokantaan päivittäin.

Tartuntatautirekisteriin tehtyjen ilmoitusten ja väestötietojärjestelmästä saatujen tietojen perusteella laaditaan julkista käyttöä varten tilastoja. Ne löytyvät osoitteesta <http://tartuntatautirekisteri.fi/tilastot>. Tapaus tilastoidaan tartuntatautirekisterissä ensisijaisesti asuinkuntaan, sen puuttuessa kotikuntaan ja näiden molempien puuttuessa hoitopaikan kuntaan.

Tilastot laaditaan siten, että niiden tietoyhdistelmien perusteella yksittäistä tapausta ei voida tunnistaa. Tästä syystä tilastoissa ei ole tautitapausten jakautumaa kuntiin tai terveyskeskuksiin.

Samalle henkilölle ilmoitetun saman tartuntataudin tai mikrobilöydöksen rekisteröimisessä uutena tapauksena käytetään tautikohtaista aikaväliä (yhdistämisaikaväli). Yksityiskohtaiset tiedot yhdistämisaikaväleistä ovat osoitteessa <http://tartuntatautirekisteri.fi/tautiluettelo>.

### 9.3.1 Ohjeet ilmoittamisesta tartuntatautirekisteriin

Lääkärit ja hammaslääkärit ovat velvollisia ilmoittamaan tartuntatauditapauksista. Hammaslääkäri voi ohjata ilmoitettavia tauteja sairastavan potilaan diagnoosin varmistamiseksi lääkärin vastaanotolle, jolloin lääkäri tekee tartuntatauti-ilmoituksen.

Hoitavan lääkärin antamat tiedot täydentävät olennaisesti laboratorion samoista tapauksista ilmoittamia aiheuttajamikrobien tietoja. Lääkärin ilmoituksen tiedot koskevat taudin tarkempaa kliinistä luokittelua, diagnoosin perusteita, oireellisuutta ja oireiden alkamisaikaa sekä todennäköisintä tartuntatapaa ja -paikkaa, jotka ovat välttämättömiä tapausten epidemiologisen merkityksen analysoinnissa ja torjuntatoimien ohjaamisessa. Lääkärin ilmoittamat tautitapaukset perustuvat aiheuttajamikrobin mikrobiologiseen osoitukseen.

Huom! Edellä olevasta poiketen lääkäri ilmoittaa kliinisesti diagnosoidun tapauksen ilman mikrobiologista vahvistusta seuraavissa tilanteissa: (1) tuberkuloositapauksessa, jossa päätetään antaa täysi tuberkuloosihoito; (2) kyseessä on rokotussarjaan johtanut epäilty altistus rabiekselle eli vesikauhulle; (3) botulismi.

Epäiltäessä vaarallista tartuntatautia on tärkeätä, että hoitava lääkäri ottaa epäilyn varhaisessa vaiheessa puhelimitse yhteyden sairaanhoitopiiriin ja terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaavaan lääkäriin sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen jatko-toimenpiteiden suunnittelemiseksi. Tällaisia tauteja ovat botulismi, influenssa A/H5N1, isorokko, keltakuume, kurkkumätä, pernarutto, polio, rabies, rutto, sars ja verenvuoto.

tokuumeet paitsi myyräkuume. Puhelimitse tehty alustava ilmoitus on vahvistettava kirjallisella tartuntatauti-ilmoituksella ilmoituskriteerien täytyessä.

Tartuntatautien ilmoittamisessa käytetään lomaketta tai tarkoitukseen sopivaa tartuntatauti-ilmoitustietojen hallinta- ja siirto-ohjelmaa tai tietojärjestelmän tuottamaa lomakesisältöä vastaavaa tulostetta. Lääkäri ilmoittaa tartuntatauditapaukset lääkärin tartuntatauti-ilmoituslomakkeella A (THL 100/124), HIV-tapaukset lääkärin tartuntatauti-ilmoituslomakkeella B (KTL 100/122) ja tuberkuloosin hoidon lopputuloksen tartuntatauti-ilmoituslomakkeilla E (Tuberkuloosin hoidon lopputuloksen ilmoitus) ja F (Resistentin tuberkuloosin hoidon lopputuloksen ilmoitus).

Lääkärin tartuntatauti-ilmoitus A ja B on tehtävä viimeistään seitsemän vuorokauden kuluessa ilmoitusperusteiden täyttymisestä. Ilmoitus lähetetään suljetussa kuoressa, jossa on merkintä ”tartuntatauti-ilmoitus”. Ilmoittaja lähettää lääkärin kaksiosaisen tartuntatauti-ilmoituslomakkeen A tai B sivun 1 suoraan valtakunnalliseen tartuntatautirekisteriin osoitteella Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, PL 29, 00301 HELSINKI. Sivu 2 jää potilaan asiakirjoihin liitettäväksi. Tartuntatauti-ilmoitus E ja F lähetetään suoraan Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen.

Potilasta hoitava lääkäri on ensisijaisesti vastuussa siitä, että potilas ja mahdollisesti muut tartunnan saaneet saatetaan tutkimukseen ja hoitoon. Mikäli hoitava lääkäri ei voi tehdä itse jäljitystä, hän voi käyttää tartuntatauti-ilmoituslomaketta C (KTL 100/126) pyytääkseen terveyskeskuksen (tai sairaanhoitopiirin) tartuntataudeista vastaavalla lääkäriltä apua tehtävän suorittamiseksi. Tämä ilmoitus on hävitettävä heti tartunnan leviämisen ehkäisemiseen tähtäävien toimenpiteiden jälkeen, eikä sitä saa tallettaa potilasasiakirjoihin.

### 9.3.2 Lisätietoja

- [www.tartuntatautirekisteri.fi](http://www.tartuntatautirekisteri.fi)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ohje tartuntatautien ilmoittamisesta. C8/2008. Yliopistopaino Oy. Helsinki 2008. ISBN: 978-951-740-875-2. (Saatavana verkosta: [www.tartuntatautirekisteri.fi](http://www.tartuntatautirekisteri.fi))
- Tartuntatautilaki 583/1986
- Tartuntatautiasetus 786/1986

## 10 ICPC-2

*Jorma Komulainen ja Tuija Savolainen*

ICPC (International Classification of Primary Care) on Maailman perhelääkäreiden järjestön Wonca:n (World Organization of Family Doctors) laatima ja ylläpitämä kansainvälinen perusterveydenhuollon luokitus. Sen ensimmäinen, vuonna 1987 julkaistu versio (ICPC-1) oli lähtökohtaisesti tarkoitettu kuvaamaan potilaan hoitoon hakeutumisen syitä ja hoidon prosessia. Toinen, vuonna 1998 julkaistu versio (ICPC-2) sisältää yhteyksiä ICD-10 tautiluokitukseen sekä koodin/koodiotsikon valintaa ohjaavia kriteereitä. Luokitusta on sittemmin kehitetty edelleen ja pienempiä päivityksiä on tehty useita, joista viimeisin vuonna 2010.

Perusterveydenhuollon potilaskontakteista merkittävä osa on vaikeasti tai puutteellisesti määriteltävissä tarkkojen etiologisten, morfologisten tai patologisten diagnoosien avulla. ICPC-2 sisältää myös potilaan oireita ja vaivoja sekä erityyppisiä interventioita kuvaavia koodeja (ns. prosessikoodeja), minkä vuoksi se saattaa soveltaa perusterveydenhuollon käyttöön ICD-10:ä paremmin tai ainakin sitä täydentäen. ICPC-2:n käyttöä edesauttaa se, että sen luokat on, niiltä osin kuin mahdollista, linkitetty (”mäpätty”) ICD-10 luokkiin.

WHO hyväksyi ICPC-2:n kansainvälisten luokitustensa perheeseen ja perusterveydenhuollossa käytettäväksi vuonna 2003. Suomeksi ICPC-2 käännettiin vuonna 2005, jonka jälkeen se on ollut sähköisessä muodossa saatavilla Kuntaliitosta vuodesta 2005 ja koodistopalvelimelta vuoden 2008 alkupuolelta lähtien. ICPC-2 on edeltäjästään, ICPC-1:stä, poiketen lisensoitu tuote, jonka immateriaalisten oikeuksien haltija on Wonca. ICPC-2:n kansallinen käyttö on mahdollista Kuntaliiton ja Woncan solmiman sopimuksen perusteella. ICPC-2 onkin, ICD-10:n ohella ja sijasta, otettu jossakin määrin käyttöön myös suomalaisessa perusterveydenhuollossa.

### 10.1 Ohjeet

ICPC-2 on kaksiulotteinen luokitus, jonka yhden ulottuvuuden muodostavat 17 lukua ja toisen ulottuvuuden seitsemän komponenttia (Taulukko 1). Luvut perustuvat anatomiseen jaotteluun, jonka lisäksi epäspesifeille ja sosiaalisille ongelmille, mielenterveydelle, miesten ja naisten taudeille sekä raskaudelle, synnytykselle ja perhesuunnittelulle on omat lukunsa. Kutakin lukua merkitään kirjaimella (A-Z) luvun englanninkielisen nimen alkukirjaimen mukaan. Luvut jakautuvat edelleen seitsemään komponenttiin, joiden tunniste on kaksinumeroinen (01–99). ICPC-2-koodi on näin aina kolmemerkkinen (esim. A01, A02, A03 jne.) Komponentin 1 (Oireet ja vaivat) koodit päättyvät aina numeroihin 01–29, komponenttien 2–6 prosessikoodit numeroihin 30–69 ja

komponentin 7 (Taudit ja sairaudet) koodit numeroihin 70–99. Kussakin luvussa on enintään 99 nimikettä, koodinumeroa ja otsikkoa.

Taulukko 10.1. ICPC-2 luokituksen rakenne.

	1	2	3	4	5	6	7
A: Yleiset ja epämääräiset	1 = Oireet ja vaivat 2 = Ennaltaehkäiset ja diagnostiset toimenpiteet 3 = Lääkitys ja hoitotoimenpiteet 4 = Tulokset 5 = Hallinnolliset syyt 6 = Lähteet ja muut syyt 7 = Taudit ja sairaudet						
B: Veri ja vertamuodostavat elimet ja immuunijärjestelmä							
D: Ruoansulatuselimet							
F: Silmä							
H: Korva							
K: Verenkiertoelimet							
L: Tuki- ja liikuntaelimet							
N: Hermosto							
P: Mielenterveys							
R: Hengityselimet							
S: Iho							
T: Umpieritys, aineenvaihdunta ja ravitseminen							
U: Virtselimet							
W: Raskaus, synnytys ja perhesuunnittelu							
X: Naisen sukuelimet sisältäen rinnan							
Y: Miehen sukuelimet sisältäen rinnan							
Z: Sosiaaliset ongelmat							

ICPC-2-luokituksen rakenne mahdollistaa luokitukselle useitakin erilaisia käytötapoja, Sen avulla voidaan periaatteessa luokitella niin potilaan itsensä ilmoittamat vastaanotolle hakeutumisen syyt (ns. RFE-moodi, reason for encounter), vastaanotolla käsitellyt ja hoidetut terveysongelmat (ns. diagnoosimoodi) kuin hoidon toteutuskin (interventiot). Suositeltava ja ensisijainen käytötapa kansallisessa ympäristössämme on käyttää ICPC-2:tä käynnin aikana käsitelyjen terveysongelmien kirjaamiseen.

Kun ICPC-2-luokitusta käytetään diagnoosimoodissa, s.o. terveydenhuollon ammattilaisen havaitsemien ja toteamien terveysongelmien kirjaamisessa, luokitukselta ovat käytössä vain komponentteihin 1 ja 7 kuuluvat nimikkeet. Sen sijaan, mikäli ICPC-2:llä halutaan kirjata hoitoon hakeutumisen syyt potilaan näkökulmasta, käytössä on koko luokitus, prosessikoodit mukaan lukien: Potilas voi ilmoittaa tulonsa syyksi oireen tai vaivan, hoitotoimenpiteen tarpeen tai aiemmin diagnosoidun sairauden.

ICPC-2:tä on käytetty myös terveysongelmien hoitoon liittyvien toimien, toteutuneiden interventioiden, kirjaamisessa. Tällöin käytössä ovat komponenttien 2-6 mukaiset prosessikoodit (numerot 30–69). Prosessikoodit toistuvat yhdenmukaisina kaikissa luvuissa. Numeerinen osa yhdistetään anatomista rakennetta kuvaavaan kirjainosaan



(A–Z), jolloin kirjain kertoo anatomisen jaottelun ja koodin loppuosa toiminnan sisällön. Komponenttien 1–7 käyttömahdollisuuksia kuvataan yksityiskohtaisemmin alla.

Komponentti 1 sisältää oireita ja vaivoja kuvaavia nimikkeitä, joita voidaan käyttää silloin, kun tarkkaa diagnoosia ei ole mahdollista tai mielekäästä antaa. Komponentti 1:n nimikkeistä voidaan myös koostaa potilaan tilaa kuvaavia listoja, ja ne voivat diagnoosia paremmin kuvata potilaslähtöisesti syitä hoitoon hakeutumiseen. Potilas saattaa esimerkiksi kuvata hoitoon hakeutumisen syiksi turvotuksen (ICPC-2 A08) ja epämääräisen rintakivun (ICPC-2 A11), joka voi lääketieteellisten tutkimusten myötä edetä täsmällisempään diagnoosiin sydämen vajaatoiminnasta (ICPC-2 K77, jota vastaa ICD-10 diagnoosi I50).

Komponentti 2 kuvaa diagnostisia, seulontaan liittyviä ja preventiivisiä toimia. Esimerkiksi ICPC-2 koodilla A44 (ennaltaehkäisevä rokotus / lääkitys) voidaan kuvata kaukomatkailijalle annettavaa rokotusta. Jos rokote halutaan kuvata tarkemmin, voidaan ICPC-2 koodin lisäksi käyttää rokotteen ATC koodia (esimerkiksi hepatiitti A ja B rokote ATC J07BC20). Komponentin 2 koodi voidaan myös liittää oire- tai diagnoosikoodiin, jolloin kuvataan sekä annettua palvelua että sen syytä. Esimerkiksi liittämällä ICPC-2 koodi T45 (seuranta / terveysneuvonta / ruokavalioneuvonta) diagnoosikoodiin T90 (aikuistyyppin diabetes) voidaan ilmaista diabeteksen hoidoksi annettua elämäntapa- ja ruokavalio-ohjausta.

Komponentti 3 kuvaa hoitoa, toimenpiteitä ja lääkitystä. Esimerkiksi hengityselin-sairauden vuoksi suunniteltu tai annettu fyysikaalinen hoito voidaan ilmaista ICPC-2 koodilla R57. Kun sen rinnalla on kirjattu oirekoodi R02 (hengenahdistus / dyspnea) tai diagnoosikoodi R79 (krooninen keuhkoputkentulehdus), tulevat ilmi sekä annettu palvelu että sen syy, hoidettu terveysongelma.

Komponentti 4 kuvaa tutkimustuloksen kuulemista tai vastaanottamista, komponentti 5 hallinnollista toimenpidettä ja komponentti 6 muuta käyntiä ja lähetettä. Yhdistämällä komponenttien 4–6 koodit oire- tai diagnoosikoodiin voidaan saada mielekäs kokonaisuus: Esimerkiksi ICPC-2 X79 yhdessä X60 kanssa kuvaa hyvänlaatuisesta rintarauhasvaimesta kertovan testituloksen kuulemista.

Komponentti 7 sisältää kussakin luvussa perusterveydenhuollon vastaanotoilla yleisimmin esiintyvät taudit ja sairaudet. Ne on edelleen jaettu viiteen alaluokkaan: infektioihin, kasvaimiin, vammoihin, synnynnäisiin epämuodostumiin sekä muihin tauteihin ja sairauksiin. Komponentti 7:n sisältämät alaluokat, erilaiset tautityypit, on ICPC-2:n painatussa lyhennelmässä ilmaistu värikoodeilla. Lähtökohtaisena tavoitteena on, että diagnoosimoodin mukaisissa ICPC-2-merkinnöissä käytetään ensisijaisesti komponentin 7 (Taudit ja sairaudet) koodeja ja komponentin 1 (Oireet ja vaivat) koodeja ainoastaan niissä asiayhteyksissä, kun komponentin 7 nimikkeet eivät tule kyseeseen.

ICPC-2:n komponentti 7 diagnoosit ovat kuitenkin yleisesti ottaen karkeampia tai epätarkempia kuin ICD-10 diagnoosit. Esimerkiksi ICPC-2 diagnoosi K75 (akuutti sydäninfarkti) voi liittyä ICD-10 diagnoosiryhmiin I21 (akuutti sydäninfarkti), I22 (uusiva sydäninfarkti) tai I23 (eräät sydäninfarktin tuoreet komplikaatiot). Koska hoito

ja ennuste useissa tilanteissa riippuvat täsmällisestä taudinmäärytyksestä, ICPC-2 koodin ohella tai sijasta on suositeltavaa käyttää tarvittaessa sitä tarkentavaa, mahdollisimman tarkkaa ICD-10 diagnoosia.

## 10.2 ICD-10 ja ICPC-2 luokitusten yhteiskäyttö

Erikoissairaanhoidossa käytetään diagnooseja kirjattaessa ICD-10 tautiluokitusta, joka on suurimmalta osin spesifisempi kuin ICPC-2. Perusterveydenhuollossa diagnoosien kirjaamiseen voidaan käyttää molempia luokituksia. Esimerkiksi potilaan diagnosoitu pitkäaikaissairaus voi olla koodattu ICD-10:n mukaisesti, ja samalla tuntemattomasta syystä aiheutuneen ripulin kirjaamiseen voidaan käyttää epäspesifistä ICPC-2 koodia. Erilaisten oiretasoisten ongelmien kirjaamisessa ICPC-2 saattaa olla jopa tarkempi ja osuvampi kuin ICD-10. Esimerkiksi ICD-10:n koodia M25.5 Nivelkipu vastaa ICPC-2:ssa useampi koodi (L08 Olkapään oire/vaiva, L10 Kynärpään oire/vaiva, L11 Ranteen oire/vaiva, L12 Käden/sormen oire/vaiva, L13 Lonkan oire/vaiva, L15 Polven oire/vaiva jne.).

ICPC-2:ssa on esitetty perusterveydenhuollossa yleisimmin esiintyvät sairaudet (> 1/1000 perusterveydenhuollon käynneistä) omina, erillisinä koodeinaan ja nimikkeinä, jolloin ne vastaavat karkeusasteeltaan lähinnä ICD-10:n otsikkotasoa. Harvinaisimmat perusterveydenhuollon vastaanotoilla hoidettavat sairaudet on sen sijaan ryhmitelty ja yhdistelty kussakin luokassa koodin -99 alle.

ICPC-2 perusterveydenhuollon luokitus sisältää viitteet ICD-10 tautiluokitukseseen. Käytännön toteutuksessa kullekin ICPC-2 luokalle on annettu viittaus yhteen tai useampaan ICD-10 luokkaan. Tämä helpottaa ICPC-2 luokkaa vastaavan ICD-10 luokan tunnistamisen, ja päinvastoin. Tietojärjestelmätasolla ICD-10:n ja ICPC-2:n rinnakkaiskäyttöä voidaan tukea mm. Esittämällä käyttäjälle hakua vastaavat ICD-10 ja ICPC-2 osumat rinnakkain.

Kliinisessä työssä diagnoosin ja käyntisyyntä kirjaamisen tulee olla hoitavan ammattihenkilön hallussa, joten automaattista muunnosta luokitusten välillä ei saa tehdä. Tutkimusta ja tilastoja varten muuntaminen voi tapahtua tietokoneen avulla silloin, kun yhtä ICPC-2 koodia vastaa yksi ja vain yksi ICD-10 koodi. Muussa tapauksessa käyttäjä joutuu valitsemaan, mikä useista ICD-10 koodeista on oikea kyseisen potilaan kohdalla. Tätä on pyritty helpottamaan määrittämällä kullekin ICPC-2 diagnoosille ensisijaisesti sitä vastaava ICD-10 diagnoosi. Sen sijaan muunnos ICD-10 koodista ICPC-2 koodiksi voidaan useimmiten tehdä automaattisesti, koska pääsääntöisesti yhtä ICD-10 koodia vastaa vain yksi ICPC-2 koodi.

Taulukko 10.2. Esimerkkejä ICD-10 tautiluokituksen ja ICPC-2 perusterveydenhuollon luokituksen keskinäisistä viittauksista.

ICPC-2 luokka	Vastaavat ICD-10 luokat; ensisijaisesti vastaava luokka esitetty ensimmäisenä vaihtoehtona
F80 Vauvan kyyneltietukos	Q10.5 Kyyneltiehyen synnynnäinen ahtauma tai kurouma
F76 Vierasesine silmässä	T15.9 Silmän määrittämättömän ulkoisen osan vierasesine T15.0 Sarveiskalvon vierasesine T15.1 Sidekalvopussin vierasesine
F83 Retinopatia, verkkokalvon rappeuma	H35.9 Määrittämätön verkkokalvosairaus H36.00 Diabeettinen taustaretinopatia H36.01 Diabeettinen makulopatia H36.02 Vaikea diabeettinen taustaretinopatia H36.03 Proliferatiivinen diabeettinen retinopatia H36.09 Määrittämätön diabeettinen verkkokalvosairaus

### 10.3 Lisätietoja

- Wonca International Classification Committee: [www.globalfamilydoctor.com/wicc](http://www.globalfamilydoctor.com/wicc)
- ICPC-2 suomalainen versio: [www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/ICPC-2](http://www.kunnat.net/fi/asiantuntijapalvelut/soster/nimikkeistot-luokitukset/ICPC-2)
- International Classification of Primary Care. ICPC-2-R. Revised second edition. WONCA International Classification Committee. Oxford: Oxford University Press. 2005.
- Okkes IM, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E. The electronic version of ICPC-2. Differences with the printed version and the consequences. *Fam Pract* 2000;17:101-6.
- Kvist M, Savolainen T (ed.). ICPC-2 Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Suomen Kuntaliitto. Helsinki 2010. ISBN 978-952-213-599-5.

# 11 NordDRG

*Jorma Komulainen*

Diagnosis Related Groups (DRG) -ryhmittely kehitettiin alun perin Yhdysvalloissa Yalen yliopistossa professori Robert Fetterin vuonna 1967 käynnistämässä hankkeessa. Potilastietoja analysoimalla pyrittiin hakemaan sellaisia diagnooseihin ja toimenpiteisiin liittyviä ryhmiä, joissa hoitoajan vaihtelu oli mahdollisimman pieni. Tavoitteena oli rakentaa ryhmittely yliopistosairaalan resurssien käytön suunnittelua ja laadunvarmennusta varten.

Alkuperäinen ryhmittelijä on käynyt läpi useita muutoksia, ja sen käyttö on vähitellen laajentunut. Vuonna 1983 järjestelmä laajentui käsittämään kaikki MEDICARE-ohjelman parissa hoidetut potilaat Yhdysvalloissa. Tämän jälkeen DRG-ryhmittelyä on kokeiltu ja otettu käyttöön useissa muissakin maissa. Monet maat, pohjoismaat mukaan lukien, ovat päätyneet kehittämään omat maakohtaiset DRG-määrittelynsä.

Suomessa DRG-kokeilut aloitettiin vuonna 1987, jolloin 400 000 anonyymia potilastietuetta ryhmiteltiin ja analysoitiin DRG-perusteisesti Yalen yliopistossa. Suomessa ja Yhdysvalloissa käytettävien diagnoosi-, toimenpide- ja poistumistapakoodistojen eroavaisuuden vuoksi tehtiin koodistojen välille muunnosohjelma ja muunnostaulut, joista huolimatta kaikkiin DRG-ryhmiin ei suomalaisesta aineistosta havaintoja tullut. Kokeilu onnistui kuitenkin niin hyvin, että silloinen Sairaalaliitto hankki ryhmittelyohjelman Suomeen.

Sairaalaliitto kehitti yhteistyössä yliopistosairaaloiden kanssa DRG-järjestelmän versio kolmen pohjalta FinDRG ryhmittelyohjelman, jossa lähtökohtana käytettiin suoraan Suomessa tuolloin käytössä olleita diagnoosi- ja toimenpidekoodeja. FinDRG päivitettiin pohjoismaisena yhteistyönä DRG:n version 12 perusteella NordDRG-järjestelmäksi, joka tällä hetkellä on käytössä kaikissa pohjoismaissa. NordDRG:n ylläpidosta ja sen ympärillä tapahtuvasta yhteistyöstä vastaa Nordic Casemix Centre. Suomessa kansallinen DRG-keskus toimii osana Suomen Kuntaliiton tytäryhtiötä Efeko Oy:tä.

NordDRG on ensisijaisesti vuodeosastoilla annettavien hoitojen kliinis-hallinnollinen luokittelu, jonka avulla tuotteistetaan ja hinnoitellaan erikoissairaanhoidon palveluita sekä seurataan erikoissairaanhoidon toiminnan kustannuksia ja laatua. NordDRG mahdollistaa hoitojen ja niiden kustannusten kytkemisen toisiinsa niin yksittäisten potilaiden kuin potilasryhmienkin osalta.

## 11.1 ICD-10 ja DRG

NordDRG luokituksen suomalainen versio (2007) sisältää kaikkiaan 981 ryhmää, jotka on jaettu 27 luokkaan. Luokat liittyvät pääasiassa anatomisiin (esimerkiksi luokka 01,

keskushermosto; luokka 02, silmä) mutta joiltain osin ongelmakohtaisiin (esimerkiksi luokka 14, raskauden ja synnytyksen hoito; luokka 15, vastasyntyneen hoito) jaotte-luihin. Kukin luokka voi sisältää sekä operatiivisia että konservatiivisia hoitoja sekä diagnostisia toimenpiteitä.

Potilaat luokitellaan DRG-ryhmiin lähtökohtaisesti ICD-10 luokituksen mukaan määritellyn diagnoosin perusteella. Potilaan päädiagnoosi sijoittuu johonkin päädiagnoosikategoriaan (Main Diagnosis Category, MDC). Potilaan ryhmittelemiseksi kun-kin MDC:n sisällä voidaan lisäksi tarvita tietoa tehdyistä toimenpiteistä, mahdollisista haittavaikutuksista, iästä, sukupuolesta, potilaan tilasta hoidon päättyessä, jatkohoidosta sekä hoitomyöntyvyydestä, joiden perusteella DRG-ryhmä määräytyy (Taulukko 10.3).

Taulukko 10.3. Esimerkkejä erilaisten tekijöiden perusteella määräytyvistä DRG-ryhmistä.

DRG	Luokka	Nimi	Perusteet
13	01	MS-tauti tai pikkuvaivoataksia	Diagnoosi
21	01	Virusaivokalvontulehdus	Diagnoosi
4	01	Selkäydinleikkaus	Toimenpide
8010	01	Neurologinen pientoimenpide	Toimenpide
27	01	Vakava aivovamma	Diagnoosi, vaikeusaste
31	01	Aivotärähdyk, aikuinen, komplisoitunut	Diagnoosi, ikä, vaikeusaste
30	01	Aivovamma, lapsi	Diagnoosi, ikä
901A	01	Neurologinen syöpäsairaus, sädehoito, lyhyt hoito	Diagnoosi, toimenpide, hoidon vaativuus

Jokaiselle DRG-ryhmälle on laskettu ryhmään sisältyvien hoitojen suhteelliset kustannukset useista sairaaloista koottujen potilaskohtaisten kustannustietojen avulla. Suhteutuksessa akuuttisairaalan kustannuksiltaan keskimääräistä hoitajaksoa edustavalle hoidolle on annettu suhteellinen paino 1. Muiden hoitojen (keskimääräiset) kustannukset on suhteutettu tähän. Painoarvot vaihtelevat varsin paljon noin 0.1 (nenän vamma) aina 46.5 (maksansiirto) asti jolloin halvimmän ja kalleimman hoidon kustannusten suhde on noin 400-kertainen. Sairaala voi käyttää omia kustannuksiaan ja muiden sairaaloiden painoja kustannusten kohdistamisessa.

Useassa DRG:tä käyttävässä maassa hoitojen kustannukset korvataan sairaaloille näiden suhteellisten painojen mukaan. Kunakin vuonna DRG pisteelle sovitaan hinta, joka voi vaihdella alueittain. Korvaussumma saadaan kertomalla pisteen hinta suhteellisella painokertoimella. Mikäli hoitoaika on joko erittäin lyhyt tai pitkä (ryhmän hoitoajan geometrinen keskiarvo  $\pm 2 \cdot$  hoitoajan keskihajonta) ei kiinteähintaista korvausta aina sovelleta, vaan hinnasta voidaan sopia erikseen. Tällaisia tapauksia kutsutaan korvausmenettelyyn kuulumattomiksi (outlier). Painoja voi käyttää erilaisten potilasrakenteeseen perustuvien (ekvivalentti) kustannuslaskelmien taustalla, tuottavuusanalyysissä ja vertailuissa.

Painoja ei kuitenkaan ole tarkoitettu suoraan hinnoiksi, vaan mittariksi, jota voidaan käyttää erilaisissa tuottavuutta koskevissa analyysissä tai omien hintojen määrittelyn apuna. Kaikkien hoitojen pitäminen kiinteähintaisina on tuskin järkevää suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Yksinkertaisempaa on käyttää joustavaa hinnoittelua jakamalla potilasryhmät vaikkapa kolmeen kategoriaan. Kiinteähintaisiksi sovitaan vain ne hoidot, joissa voimavarojen kuluminen voidaan ennustaa tarkasti etukäteen (synnytykset, päiväkirurgia ja muutamat muut elektiiviset kirurgiset hoidot). Joidenkin hoitojen hinnoittelussa kiinteähintaisen osan lisäksi hinta voi sisältää hoitoaikaan sidotun osan (hoivakustannukset / päivä). Viimeisen ryhmän osalta voidaan käyttää myös vain ”vanhaa” päivähinnoittelua (pitkäkestoiset ja hoivaintensiiviset hoidot).

## 11.2 Lisätietoja

- [www.norddrg.fi](http://www.norddrg.fi)

# 12 ICD-10 luokituksen julkaisu, ylläpito ja kehittäminen

*Jorma Komulainen*

## 12.1 Sähköiset julkaisut

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) ja WHO:n välinen sopimus oikeuttaa THL:a julkaisemaan ja jakelemaan ICD-10 tautiluokituksen suomen- ja ruotsinkielistä versiota suomalaisille terveydenhuollon toimijoille. Sopimuksen mukaan jaeltavan version tulee vastata WHO:n ylläpitämää alkuperäistä luokitusta. THL:n jakelemaa suomalaista ICD-10 tautiluokitusta ei saa käyttää kaupallisiin tarkoituksiin.

Alkuperäisen ICD-10 tautiluokituksen englanninkielinen versio on vapaasti käytettävissä sähköisessä muodossa WHO:n sivustolla [www.who.int/classifications/icd/en](http://www.who.int/classifications/icd/en). Sivuston hakuominaisuudet ovat kohtuullisen hyvät. Tilanteissa joissa diagnoosikoodin tulkintaan liittyy epäselvyyttä, vertaaminen WHO:n englanninkieliseen diagnoosiin ja sen selitteisiin saattaa auttaa.

THL julkaisee virallisen suomalaisen ICD-10 tautiluokituksen koodistopalvelimella ([www.thl.fi/koodistopalvelu](http://www.thl.fi/koodistopalvelu)) usealla erilaisella teknisellä formaatilla (Excel, XML, Teksti, Ecomed, SAS) ja sekä suomen että ruotsin kielellä. Luokitus on katsottavissa koodistopalvelimella ja ladattavissa sieltä. Jokapäiväistä käyttöä varten luokitus noudetaan potilastietojärjestelmiin koodistopalvelimelta.

Terveysportti julkaisee myös THL:n hallinnoiman ICD-10 tautiluokituksen virallista versiota ([www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi)). Terveysportissa diagnoosien hakemista on helpotettu yhdistämällä tautiluokitukseen synonyymisanasto. Terveysportin kautta jaeltavan ICD-10 tautiluokituksen oikeellisuudesta ja ajankohtaisuudesta vastaa Kustannus Oy Duodecim.

## 12.2 Painettu julkaisu

Suomalaisen ICD-10 tautiluokituksen kolmas painos julkaistiin vuoden 2011 lopussa. Julkaisemisvaiheessa painotuote vastaa virallista koodistopalvelimelta saatavissa olevaa luokitusta. On kuitenkin selvää, että painotuotetta ei tulla päivittämään samassa tahdissa kuin virallista sähköisessä muodossa jaeltavaa ICD-10 tautiluokitusta. Mahdollisissa ristiriitatilanteissa käyttäjien tulee siis toimia koodistopalvelimelta jaettavan sähköisen ICD-10 tautiluokituksen mukaisesti.

### 12.3 Ylläpito ja kehittäminen

WHO kehittää parhaillaan ICD-11 tautiluokitusta, jonka kehitysversio on suunniteltu julkaistavaksi vielä vuoden 2011 kuluessa. Todennäköisesti ICD-10 tulee niin Suomessa kuin kansainvälisestikin olemaan käytössä vielä useita vuosia ja WHO päivittää myös sitä.

Suomalaisen ICD-10 tautiluokituksen päivittämisestä vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivityksiä tehdään varoen ja mahdollisimman harvalla frekvenssillä, jotta muutokset eivät aiheuttaisi kohtuutonta haittaa luokituksen käyttäjille. Tarvittaessa voidaan kuitenkin tehdä nopeitakin luokituksen täydennyksiä, kuten tapahtui kesällä 2009 A/H1N1 epidemian käynnistyttyä. Nämä päivitykset julkaistaan sähköisessä versiossa, ja niistä tiedotetaan erikseen.

Ehdotuksia tautiluokituksen kehittämiseksi voi tehdä THL:n koodistopalveluun (koodistopalvelu@thl.fi). Ehdotuksen tulee sisältää hyvät perustelut muutokselle tai täydennykselle. On suotavaa, että perustelut sisältävät viitteet asiaa koskevaan kirjallisuuteen. THL arvioi saapuneet ehdotukset ja pyytää niistä tarvittaessa lausunnot asianmukaisilta erikoislääkäri- ja muilta yhdistyksiltä.

### 12.4 Lisätietoja

- WHO:n ICD-10 sähköisessä muodossa: [www.who.int/classifications/icd/en](http://www.who.int/classifications/icd/en)
- Suomalainen ICD-10 sähköisessä muodossa: [www.thl.fi/koodistopalvelu](http://www.thl.fi/koodistopalvelu)
- Komulainen J, Mäkelä M. Diagnoosien kirjaaminen potilaskertomukseen on hyvän toiminnan perusta. Aikakauskirja Duodecim. 2010;126:985-6.



# 13 Tautiluokituksen historiaa

*Jorma Komulainen*

Britti William Farr ja sveitsiläinen Marc d'Espine esittelivät toisessa kansainvälisessä tilastotieteen kongressissa Pariisissa vuonna 1855 omat kuolemansyiden kuvaamiseen tarkoitetut luokituksensa. Nämä eri lähtökohtiin perustuneet luokittelut yhdistämällä kongressi päättyi 139 taudin luokitukseen, jota edelleen muokattiin vuosina 1864-1886. Näin kehittynyt anatomiseen jakoon perustuva tautiluokitus, nimeltään International List of Causes of Death, muodosti pohjan ranskalaisen Jacques Bertillon'in kuolemansyyluokitukselle (Classification of Causes of Death). Kansainvälisesti ja useiden kansallisten tilastoviranomaisten tahoilta tunnustettiin tärkeäksi yhteneväisen kuolemansyyluokituksen käyttöönotto, ja vähitellen Bertillon'in johdolla uudistettu International List of Causes of Death otettiin käyttöön useissa Euroopan ja Amerikan maissa. Ensimmäisessä tätä luokitusta koskevassa kansainvälisessä kongressissa Pariisissa vuonna 1900 omaksuttiin käytäntö tarkistaa ja uudistaa luokitus kymmenen vuoden välein.

Kuolemansyyluokituksen lisäksi William Farr esitti, että olisi tärkeää luokitella myös sellaisia sairauksia, jotka eivät johda kuolemaan mutta aiheuttavat silti ongelmia väestölle. Hän myös esitteli tällaisten sairauksien listan Pariisin kongressissa vuonna 1855 raportissaan ”Report on nomenclature and statistical classification of diseases”. Vastaavassa kongressissa Lontoossa vuonna 1860 Florence Nightingale kirjoituksessaan ”Proposals for a uniform plan of hospital statistics” vaati Farr'in tautiluokituksen käyttöönottoa. Pariisin kokous vuonna 1900 hyväksyi kuolemansyyluokituksen lisäksi sille rinnakkaisen tautiluokituksen, josta sittemmin kehittyi vuonna 1910 julkaistu International Classification of Causes of Sickness and Death. Tätä luokitusta ei kuitenkaan koskaan otettu laajaan käyttöön, vaan sen sijaan useissa maissa, muun muassa Yhdysvalloissa, Kanadassa ja Iso-Britanniassa ryhdyttiin laatimaan ja käyttämään omia tautiluokituksia.

Kansainvälisessä terveystieteiden konferenssissa New Yorkissa vuonna 1946 Kansainvälinen Terveysjärjestö WHO sai tehtäväkseen kymmenen vuoden välein uudistettavan International List of Causes of Death'in ylläpitämisen sekä tautiluokituksen International List of Causes of Morbidity kehittämisen ja vakiinnuttamisen. Tämän seurauksena vuonna 1948 WHO:n The First World Health Assembly hyväksyi ja julkaisi yhdistetyn kuolemansyy- ja tautiluokituksen kansainväliseen käyttöön tarkoitettuine käyttöohjeineen, Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, ja suositteli kansallisille hallituksille luokituksen käyttöönottoa. Tämä alkuperäisen kuolemansyyluokituksen kuudes versio aloitti uuden aikakauden kansainvälisessä sairauksien ja kuolemansyiden tilastoinnissa.

Näin syntyneitä Kansainvälistä tautiluokitusta (ICD) uudistettiin vuosina 1955 (ICD-7) ja 1965 (ICD-8), mutta vasta vuonna 1975 julkaistu ICD-9 toi mukanaan merkittäviä muutoksia. Tuolloin laajennettiin merkittävästi neljän merkin tarkkuudella ilmaistavien diagnoosien määrää, lisättiin mahdollisuus viiden merkin tarkkuuteen, sekä ennen kaikkea taudin aiheuttajan (esimerkiksi mikrobin) sekä taudin ilmene-mismuodon (esimerkiksi tulehduksen paikan) yhdistäminen samaan diagnoosipariin.

WHO on käynnistänyt ICD-11 valmistelun. Ennakkosuunnitelmien mukaan tähän uuteen ICD-versioon on tulossa merkittäviä muutoksia. Version alustavaksi aikatauluksi on ilmoitettu 2012, mutta jo nyt aikataulun viivästyminen näyttää todennäköiseltä. Voi-daan arvioida, että uudistuksen kansainvälinen käyttöönotto tulee kestämään jonkun aikaa, ja näin ollen ICD-10 kolmas painos tulee olemaan Suomen virallinen tautiluokit-itus ainakin seuraavat 6-10 vuotta.

### 13.1 Lisätietoja

- <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Smedby, Björn and Schiøler Gunnar: Health Classifications in the Nordic Countries. Historic development in a national and international perspective 2006. NOMESCO, Copenhagen 2006. <http://nomesco-da.nom-nos.dk/filer/publikationer/KlassifikationshistorieWeb.pdf>

# Liite: Lisääntymisterveyteen liittyviä virallisia määritelmiä ja käsitteitä

*Hilkka Ahonen, Mika Gissler, Anna-Liisa Järvenpää, Seppo Ranta, Annukka Ritvanen, Martti Virtanen*

Tässä liitteessä esitetään viralliset, kansalliseen käyttöön tarkoitetut lisääntymisterveyteen liittyvät määritelmät ja käsitteet, joita on noudatettava Suomessa. Ne perustuvat WHO:n kansainvälisen ICD-10 tautiluokituksen vastaaviin määritelmiin ja käsitteisiin.

Luvut merkitään täysinä grammina, tunteina, vuorokausina tai viikkoina. Desimaaleja ei käytetä.

## **Yleisiä raskauteen, keskenmenoon, synnytykseen ja vastasyntyneisyysvaiheeseen liittyviä määritelmiä**

### Synnytys

Vähintään 22+0 raskausviikon ( $\geq 22+0$  rvk) ikäisen tai vähintään 500 gramman ( $\geq 500$  g) painoisen yhden tai useamman sikiön tai lapsen ( $\geq 1$ ) alateitse tai keisarileikkauksella syntymiseen johtava tapahtuma. Elävänä syntyneen lapsen syntymä on aina synnytys. (vrt. elävänä syntynyt, kuolleenä syntynyt, raskauden keskeyttäminen, osittainen keskenmeno)

Raskauden kestosta ja sikiön painosta riippumatta raskauden keskeyttäminen, joka tehdään raskauden keskeyttämisestä annetun lain nojalla, ei ole synnytys.

### Elävänä syntynyt

Vastasyntynyt, joka raskauden kestosta ja painosta riippumatta synnyttyään hengittää tai osoittaa muita elonmerkkejä, kuten sydämenlyöntejä, napanuoran sykintää tai tahdonalaisten lihasten liikkeitä riippumatta siitä, onko istukka irtaantunut tai napanuora katkaistu. (vrt. synnytys, raskauden keskeyttäminen)

### Kuolleenä syntynyt

Sikiö tai vastasyntynyt, jolla syntyessään ei todeta elävänä syntyneen elonmerkkejä ja jonka syntymätapahtuma täyttää synnytyksen määritelmän ( $\geq 22+0$  rvk tai  $\geq 500$  g). (vrt. synnytys, raskauden keskeyttäminen)

Huom!

Jos sikiön todetaan kuolleen kohtuun ennen 22+0 raskausviikkoa (< 22+0 rvk), mutta se syntyy vasta, kun raskauden kesto on vähintään 22+0 raskausviikkoa ( $\geq$  22+0 rvk), kyseessä on synnytys sikiön tai lapsen syntymäpainosta riippumatta.

Jos sikiö tai lapsi syntyy kuolleena ennen 22+0 raskausviikkoa (< 22+0 rvk), mutta painaa vähintään 500 grammaa ( $\geq$  500 g), kyseessä on kuolleena syntynyt riippumatta sikiön tai lapsen korkean painon syystä tai siitä, onko kuolema todettu ennen sikiön tai lapsen syntymää vai sen jälkeen. (vrt. osittainen keskenmeno monisikiöraskaudessa)

## Keskenmeno

Raskauden spontaani päättyminen, joka ei täytä synnytyksen määritelmää, tai luotettavalla tutkimusmenetelmällä todettu sikiön spontaani kohdunsisäinen kuolema ja siihen liittyvä toimenpiteillä aikaansaatu raskauden päättyminen ennen 22+0 raskausviikkoa (< 22+0 rvk), kun sikiö painaa alle 500 grammaa (< 500 g). (vrt. synnytys, osittainen keskenmeno)

Huom!

Epätäydellinen keskenmeno sisältää tilanteet, joissa kohtuun on keskenmenon jälkeen jäänyt osa kohdunsisältöä (istukan jäänteet, munapussi ja/tai eloton sikiö).

Tuulimunaraskaudessa (ovum abortivum, abortiivimuna) hedelmöityneestä munasolusta on kehittynyt vain istukka ja sikiökalvoja, mutta ei alkiota / sikiötä, tai alkion kehitys on päättynyt aivan raskauden alussa. Tuulimunaraskaus päättyy aina keskenmenoon.

Kohdunulkoisessa raskaudessa hedelmöitynyt munasolu on kiinnittynyt kohtuontelon ulkopuolelle, yleensä munanjohtimeen tai joskus harvoin esimerkiksi kohdun sarveen, munasarjaan tai vatsaonteloon. Kohdunulkoinen raskaus päättyy yleensä aina keskenmenoon: alkion / sikiön kehitys sammuu itsestään tai raskauskudoksen kehitys joudutaan lääkkeellisesti lopettamaan tai poistamaan raskauskudos leikkauksella. Toimenpiteillä aikaansaatu kohdunulkoisen raskauden päättyminen ei ole raskauden keskeyttäminen. Kohdunulkoinen raskaus tuskin koskaan päättyy elävän lapsen syntymään.

Rypäleraskaus (mola hydatidosa) on istukan sairaus, jossa kohdussa on rypälemäisesti turvonneita nesteitä täyttämiä istukan nukkalisäkkeitä, mutta alkiota ei ole kehittynyt tai se on kuollut ja hävinnyt aivan raskauden alussa. Osittainen rypäleraskaus voi joskus kehittyä myös synnytyksen, keskenmenon tai raskauden keskeyttämisen jälkeen.

## Kohdunsisäinen eli intrauteriininen kuolema

Sikiö on kuollut kohtuun, kun sikiön sydämen toiminta on lakannut. Sikiön sydämen toiminnan lakkaaminen todetaan luotettavalla tutkimusmenetelmällä, jolla voidaan

varmentaa sydämen liike liikkuvan kuvan avulla. Sydämen toiminta katsotaan lakanneeksi, kun syke on alle yksi minuutissa ( $< 1$  / minuutti).

#### Monisikiöinen raskaus

Raskautta pidetään monisikiöisenä, kun synnytyksen yhteydessä tai missä tahansa raskauden vaiheessa luotettavalla tutkimusmenetelmällä todetaan vähintään kaksi selvästi erillistä sikiötä tai lasta ( $\geq 2$ ), tai kun siamilaisilla kaksosilla on erotettavissa vähintään kahdet ( $\geq 2$ ) täydelliset tai lähes täydelliset aivorakenteet, vaikka muut elimet olisivat kokonaan tai osittain yhteiset. (vrt. raskauden osakeskeyttäminen, keskeyttämisspäivä)

#### Huom!

Syntyneiden lasten lukumäärää laskettaessa otetaan huomioon vain synnytyksen määritelmän täyttävät lapset (vrt. synnytys, osittainen keskenmeno).

Syntyneiden siamilaiden kaksosten lukumäärä lasketaan aivorakenteiden lukumäärän perusteella. Amorfinen acardiacus -sikiö (sikiölle ei ole kehittynyt sydäntä) lasketaan syntyneeksi lapseksi, jos se muuten täyttää synnytyksen määritelmän. (vrt. synnytys)

#### Osittainen keskenmeno

Monisikiöisessä raskaudessa yhden tai useamman ( $\geq 1$ ), mutta ei kaikkien sikiöiden raskauden spontaani päättyminen, joka ei täytä synnytyksen määritelmää ja jonka jälkeen raskaus jatkuu edelleen. Kuollut sikiö voi jäädä kohtuun ja sen jäänteet poistua aikanaan koko raskauden päättyessä. (vrt. keskenmeno, synnytys)

#### Huom!

Monisikiöisessä raskaudessa kohtuun kuolleen sikiön syntymää pidetään koko raskauden päättyessä synnytyksenä vain, kun sikiön on luotettavalla raskaudenaikaisella tutkimusmenetelmällä osoitettu olleen elossa raskauden keston ollessa vähintään 22+0 raskausviikkoa ( $\geq 22+0$  rvk) tai sikiö tai lapsi painaa syntyessään vähintään 500 grammaa ( $\geq 500$  g). Kun monisikiöisessä raskaudessa sikiön kohdunsisäisen kuoleman ajankohta ei ole tiedossa ja sikiö painaa syntyessään alle 500 grammaa ( $< 500$  g), kyseessä on keskenmeno.

Monisikiöisen raskauden aikana varhain spontaanisti kohtuun kuollutta sikiötä, jonka jäänteet yleensä joko häviävät raskauden aikana (katoava kaksonen eli ”vanishing twin”) tai muumioitunut pienikokoinen sikiö syntyy aikanaan koko raskauden päättyessä, ei lasketa syntyneeksi lapseksi raskauden kestosta tai sikiön painosta riippumatta, vaan kyseessä on keskenmeno.

## Katoava kaksonen (vanishing twin)

Monisikiöisen raskauden aikana varhain spontaanisti kohtuun kuollut sikiö, jonka jäänteet yleensä häviävät raskauden aikana. (vrt. osittainen keskenmeno)

## Raskaus

Raskaudessa nainen kantaa sisällään hedelmöittynyttä munasolua, josta kehittyy alkio ja myöhemmin sikiö. Raskaus alkaa, kun hedelmöittynyt munasolu kiinnittyy kohtuonteloon (joskus kohtuontelon ulkopuolelle = kohdunulkoinen raskaus). Hedelmöityshoidon yhteydessä raskaus alkaa, kun raskauden alkamiseksi koeputkihedelmöityshoidossa saatu, kohtuonteloon siirretty alkio kiinnittyy kohtuonteloon. Raskaus voi päättyä keskenmenoon, raskauden keskeyttämiseen tai synnytykseen. (vrt. alkionsiirto, raskauden kesto, keskenmeno, raskauden keskeyttäminen, synnytys)

## Raskauden kesto (gestaatioikä)

Raskauden kesto lasketaan viimeisen raskautta edeltäneen normaalin kuukautisvuodon ensimmäisestä päivästä ja ilmaistaan täysinä viikkoina ja päivinä (viikot + päivät) (ensimmäinen vuotopäivä on laskelmissa nollapäivä).

Raskauden kesto voidaan arvioida myös raskaudenaikaisen ultraäänitutkimuksen (kaikututkimuksen) avulla tai raskaudenaikaisen kliinisen tutkimuksen perusteella.

Alkionsiirron yhteydessä raskauden kesto lasketaan lisäämällä alkionsiirtopäivän ja tarkastelupäivän väliseen aikaan 14 vuorokautta ja vähentämällä tästä alkion ikä siirtopäivänä. Alkion ikä lasketaan hedelmöityspäivän perusteella (hedelmöityspäivä on laskelmissa nollapäivä). Alkion ikää laskettaessa mahdollista alkion pakastusaikaa ei oteta huomioon.

Hedelmöityshoidon yhteydessä raskauden kesto voidaan laskea myös suoraan hedelmöityspäivästä lisäämällä hedelmöityspäivän ja tarkastelupäivän väliseen aikaan 14 vuorokautta. Myös luonnollisesti alkaneissa raskauksissa anamnestista hedelmöitymispäivää voidaan käyttää apuna raskauden keston määrittämisessä.

Hedelmöityspäivä lasketaan luonnollisesti alkaneissa raskauksissa lisäämällä viimeisten kuukautisten alkamispäivään 14 vuorokautta. Koeputkihedelmöityshoidossa hedelmöityspäivä on päivä, jolloin munasolu hedelmöitetään (munasolujen keräyspäivä tai muu myöhempi) ja inseminaatiossa inseminaatiopäivä.

Raskauden kesto voidaan keskenmenon tai synnytyksen jälkeen arvioida myös kliinisesti sikiön tai vastasyntyneen lapsen statuksen perusteella, jos kesto ei pystytä muulla tavoin arvioimaan tai jos sikiön tai vastasyntyneen statuksen perusteella arvioitu raskauden kesto eroaa merkittävästi muulla tavalla arvioidusta.

Huom!

Kuukautisten perusteella laskettu raskauden kesto vastaa yleensä todellista raskauden kestoa, jos kuukautiskierto on säännöllinen 28 vuorokautta. Mikäli kuukautiskierto on epäsäännöllinen ja/tai erittäin lyhyt (< 21 vrk) tai pitkä (> 35 vrk), todellinen raskauden kesto voi erota kuukautisten perusteella lasketusta.

Raskauden keston paras arvio perustuu varhaisraskauden aikana tehtyyn ultraäänitutkimukseen niissä tapauksissa, joissa viimeisten kuukautisten alkamispäivämäärä ei ole tiedossa tai joissa ultraäänitutkimuksen perusteella arvioitu ja viimeisten kuukautisten alkamispäivämäärän perusteella tai muilla keinoin arvioitu raskauden kesto eroavat ensimmäisen (1.) trimesterin aikana vähintään 5 vuorokautta ( $\geq 5$  vrk). Vastaavasti jos raskauden kestoa ei ole aiemmin määritetty tai jos viimeisten kuukautisten alkamispäivämäärän ja ultraäänitutkimuksen perusteella arvioitu raskauden kesto eroavat 18+0 – 21+6 raskausviikoilla vähintään 14 vuorokautta ( $\geq 14$  vrk), raskauden kesto määritetään ultraäänitutkimuksen perusteella. Raskauden keston arviota ei enää muuteta, jos sitä on jo aiemman ultraäänitutkimuksen perusteella muutettu. Raskauden keston arviota ei ole syytä muuttaa enää 21+6 raskausviikon jälkeen (> 21+6 rvk) muutoin kuin erittäin painavista syistä.

Lopullinen raskauden kesto määräytyy sikiön tai lapsen syntymähetken mukaan siitä riippumatta, onko kyse spontaanista keskenmenosta vai synnytyksestä vai onko sikiön tai lapsen mahdollinen kuolema todettu ennen syntymää vai sen jälkeen. (vrt synnytys, keskenmeno, trimesteri)

Kliinistä tutkimusta ei tule käyttää ainoana raskauden keston arviointitapana ennen raskauden keskeyttämistä. Ennen raskauden keskeyttämistä raskauden kesto on määritettävä ainakin yhden ( $\geq 1$ ) raskaudenaikaisen ultraäänitutkimuksen perusteella. Kun raskaus keskeytetään, lopullinen raskauden kesto määräytyy keskeyttämispäivän mukaan riippumatta siitä, milloin sikiö syntyy. (vrt. keskeyttämispäivä)

## Syntymäpaino

Sikiön tai lapsen paino punnitaan mieluiten yhden (1), mutta viimeistään kolmen ( $\leq 3$ ) tunnin sisällä syntymähetkestä ja ilmaistaan täysinä grammoina (g).

Huom!

Siamilaisen kaksosen syntymäpaino lasketaan jakamalla yhteinen syntymäpaino kahdella.

## Pieni syntymäpaino

Vastasyntyneen lapsen tai sikiön paino, joka on alle 2500 grammaa (< 2500 g).

## Hyvin pieni syntymäpaino

Vastasyntyneen lapsen tai sikiön paino, joka on alle 1500 grammaa (< 1500 g).

### Erittäin pieni syntymäpaino

Vastasyntyneen lapsen tai sikiön paino, joka on alle 1000 grammaa ( $< 1000$  g).

### Ennenaikainen vastasyntynyt

Vastasyntynyt lapsi tai sikiö, jonka raskauden kesto syntymähetkellä on alle 37+0 raskausviikkoa eli enintään 258 vrk ( $< 37+0$  rvk tai  $< 259$  vrk).

### Täysiaikainen vastasyntynyt

Vastasyntynyt lapsi tai sikiö, jonka raskauden kesto syntymähetkellä on vähintään 37+0 raskausviikkoa, mutta alle 42+0 raskausviikkoa ( $37+0$  rvk  $\leq$  raskauden kesto  $< 42+0$  rvk tai  $259$  vrk  $\leq$  raskauden kesto  $< 294$  vrk).

### Yliaikainen vastasyntynyt

Vastasyntynyt lapsi tai sikiö, jonka raskauden kesto syntymähetkellä on vähintään 42+0 raskausviikkoa eli vähintään 294 vrk ( $\geq 42+0$  rvk tai  $\geq 294$  vrk).

### Trimesteri eli raskauskolmannes

Ensimmäinen (1.) trimesteri päättyy 12+0 raskausviikolla ( $\leq 12+0$  rvk, viimeisten kuukautisten ensimmäinen vuotopäivä on laskelmissa nollapäivä) (mahdollinen raskauden keskeyttämispäivä tai päivä, jolloin raskaus spontaanisti keskeytyi lasketaan mukaan ensimmäiseen (1.) trimesteriin).

Toinen (2.) trimesteri alkaa 12+1 raskausviikolla ja päättyy 26+0 raskausviikolla ( $12+1$  rvk  $\leq$  raskauden kesto  $\leq 26+0$  rvk) (mahdollinen lapsen tai sikiön syntymäpäivä tai raskauden keskeyttämispäivä lasketaan mukaan toiseen (2.) trimesteriin).

Kolmas (3.) trimesteri alkaa 26+1 raskausviikolla ( $> 26+0$  rvk) ja päättyy syntymäpäivään (syntymäpäivä lasketaan mukaan kolmanteen (3.) trimesteriin).

### Alkionsiirto

Koeputkiredelmöityshoidossa (kuten IVF-hoito, ICSI-hoito ja niihin liittyvä pakastetun alkion siirto, FET) saatu alkio siirretään kohtuonteloon raskauden aikaansaamiseksi.

### Inseminaatio (intrauteriininen, IUI)

Toimenpide, jossa käsitellyt siittiöt ruiskutetaan munasolun irtoamisen ajankohtana (ovulaatioaikana) ohuella katetrilla kohtuun raskauden aikaansaamiseksi.



## Raskauden keskeyttämiseen ja steriloimiseen liittyviä määritelmiä

### Raskauden keskeyttäminen

Toimenpiteillä käynnistetty raskauden päättyminen, joka ei ole synnytys ja joka johtaa yhden tai useamman sikiön ( $\geq 1$ ) kuolemaan ja jossa sikiön ei tiedetä kuolleen kohtuun ennen keskeyttämistoimenpidettä. (vrt. synnytys, raskauden osakeskeyttäminen)

Huom!

Synnytyksen määritelmän mukaisesti (toimenpiteillä) käynnistetty raskauden päättyminen on synnytys raskauden keston ollessa vähintään 22+0 raskausviikkoa ( $\geq 22+0$  rvk) lukuun ottamatta raskauden keskeyttämistä, joka on tehty raskauden keskeyttämisestä annetun lain nojalla. (vrt. synnytys)

Raskauden keskeyttäminen johtaa sikiön kuolemaan eikä sikiötä elvytetä raskauden kestosta ja/tai sikiön painosta riippumatta, vaikka se osoittaisi reflektorisia liikkeitä, sydämensykeä tai napanuoran sykintää.

Saman hoitojakson aikana tehdyt keskeyttämistoimenpiteet kuuluvat samaan raskauden keskeyttämiseen. (vrt. raskauden osakeskeyttäminen, keskeyttämispäivä)

### Raskauden epätäydellinen keskeytyminen

Raskauden epätäydellisellä keskeytymisellä tarkoitetaan tilannetta, jossa kohtuun on raskauden keskeyttämistoimenpiteen jälkeen jäänyt osa kohdunsisältöä (istukan jäänteet ja/tai munapussi ja eloton sikiö). Kohdun tyhjentäminen tässä tilanteessa ei ole uusi raskauden keskeyttäminen.

### Epäonnistunut raskauden keskeyttäminen

Epäonnistuneella raskauden keskeyttämisellä tarkoitetaan tilannetta, jossa saman hoitojakson aikana tehtyjen yhden tai useampien keskeyttämistoimenpiteiden jälkeen sikiön todetaan myöhemmässä tutkimuksessa olevan edelleen elossa ja raskaus jatkuu tarkasteluhetkellä (eikä kyseessä ole raskauden osakeskeyttäminen). (vrt. raskauden keskeyttäminen, raskauden osakeskeyttäminen, keskeyttämispäivä)

### Raskauden osakeskeyttäminen (osittainen raskauden keskeyttäminen)

Monisikiöisessä raskaudessa raskauden osakeskeyttämisellä tarkoitetaan yhden tai useamman ( $\geq 1$ ), mutta ei kaikkien sikiöiden kuolemaan johtavaa raskauden keskeyttämistoimenpidettä, jonka jälkeen raskaus jatkuu edelleen. Keskeytetty sikiö voi jäädä kohtuun ja sen jäänteet poistua aikanaan koko raskauden päättyessä, jolloin kyseessä ei ole synnytys tämän sikiön osalta. (vrt. raskauden keskeyttäminen)

Huom!

Samana hoitajakson aikana tehdyt useammat osakeskeyttämistoimenpiteet kuuluvat samaan raskauden keskeyttämiseen. (vrt. raskauden keskeyttäminen, keskeyttämispäivä)

### Keskeyttämispäivä

Toimenpidenäpäivä, jona raskauden keskeyttämistoimenpide aloitetaan tai kirurginen keskeyttäminen tehdään (kaavinta tai pikkusektio) riippumatta siitä, milloin sikiö syntyy. Kun kyseessä on lääkkeellinen raskauden keskeyttäminen, keskeyttämispäivä on se päivä, jolloin lääkitys eli ensimmäinen raskauden keskeyttämisessä käytettävä lääke aloitetaan. (raskauden keskeyttämistoimenpiteen aloittamispäivä, raskauden keskeyttämisen toimenpide-/suorituspäivä)

Huom!

Mikäli saman hoitajakson aikana joudutaan tekemään (keskeytettyjen sikiöiden lukumäärästä riippumatta) useampia raskauden keskeyttämistoimenpiteitä tai osakeskeyttämistoimenpiteitä, niiden kaikkien katsotaan kuuluvan samaan raskauden keskeyttämiseen raskauden kestosta riippumatta. Tällöin ensimmäisen keskeyttämistoimenpiteen tai osakeskeyttämistoimenpiteen aloittamispäivä on keskeyttämispäivä.

Epäonnistuneen raskauden keskeyttämisen toimenpidenäpäivä ei ole keskeyttämispäivä.

### Steriloiminen

Steriloimisella tarkoitetaan miehen tai naisen sukuelimiin kohdistuvaa toimenpidettä, joka johtaa pysyvään suvunjakamiskyvyttömyyteen. Steriloimiseksi ei katsota sellaista sukuelimiä koskevaa toimenpidettä, joka on tarpeellinen sukuelinten tai niihin liittyvän sairauden hoitamiseksi. (vrt. steriloinen toimenpidenäpäivä)

### Steriloimisen toimenpidenäpäivä (steriloimistoimenpiteen suorituspäivä)

Päivä, jolloin steriloinen toimenpide suoritetaan.

Huom!

Mikäli, poikkeuksellisesti, saman hoitajakson aikana joudutaan steriloinen toimenpide toistamaan, näiden toimenpiteiden katsotaan kuuluvan samaan sterilointiin. Tällöin ensimmäisen steriloinen toimenpiteen suorituspäivä on steriloinen päivä.

## **Sikiö- ja vastasyntyneisyysvaiheeseen ja kuolleisuuteen liittyviä määritelmiä**

### **Perinataalivaihe**

Perinataalivaihe alkaa kun raskaus on kestänyt vähintään 22+0 raskausviikkoa (raskauden kesto  $\geq 22+0$  vrk, jolloin sikiön / lapsen paino on tavallisesti noin 500 g) ja päättyy, kun syntymästä on kulunut enintään seitsemän täyttä vuorokautta (syntymästä 0 – 6 vrk tai lapsen ikä  $< 7$  vrk).

### **Neonataalivaihe**

Neonataalivaihe alkaa syntymästä ja päättyy 28 täyttä vuorokautta syntymän jälkeen (syntymästä 0 – 27 vrk tai lapsen ikä  $< 28$  vrk). Neonataalivaihe voidaan jakaa varhaiseen (syntymästä 0 – 6 vrk tai lapsen ikä  $< 7$  vrk) ja myöhäiseen (syntymästä 7 – 27 vrk tai  $7 \text{ vrk} \leq$  lapsen ikä  $< 28$  vrk).

### **Imeväisikä (imeväisvaihe)**

Imeväisikä alkaa syntymästä ja päättyy ennen ensimmäisen ikävuoden päättymistä (syntymästä 0 – 364 vrk, karkausvuonna syntymästä 0 – 365 vrk).

### **Kuolleenasyntyneisyys(luku) (Fetal death (rate))**

Kuolleena syntyneiden määrä 1000 kaikkia syntyneitä lapsia (elävänä ja kuolleena syntyneet) kohti.

### **Suhteellinen kuolleenasyntyneisyys (Fetal death ratio)**

Kuolleena syntyneiden määrä 1000 elävänä syntynyttä kohti.

### **Perinataalikuolleisuus(luku) (Perinatal mortality (rate))**

Kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana (syntymästä 0 – 6 vrk tai lapsen ikä  $< 7$  vrk) kuolleiden lasten määrä 1000 kaikkia syntyneitä lapsia (elävänä ja kuolleena syntyneet) kohti.

### **Suhteellinen perinataalikuolleisuus (Perinatal mortality ratio)**

Kuolleena syntyneiden ja ensimmäisen elinviikon aikana (syntymästä 0 – 6 vrk tai lapsen ikä  $< 7$  vrk) kuolleiden lasten määrä 1000 elävänä syntynyttä kohti.

**Varhaisneonataali kuolleisuus(luku) (Early neonatal mortality (rate))**

Alle 7 vuorokauden ikäisenä (syntymästä 0 – 6 vrk tai lapsen ikä < 7 vrk) ikäisenä eli ensimmäisen elinviikon aikana kuolleet lapset 1000 elävänä syntynyttä kohti.

**Neonataali kuolleisuus(luku) (Neonatal mortality (rate))**

Alle 28 vuorokauden (syntymästä 0 – 27 vrk tai lapsen ikä < 28 vrk) ikäisenä kuolleet lapset 1000 elävänä syntynyttä kohti.

**Imeväiskuolleisuus(luku) (Infant mortality (rate))**

Alle vuoden (lapsen ikä < 1 v tai < 365 vrk, karkausvuonna < 366 vrk tai syntymästä 0 – 364 vrk, karkausvuonna syntymästä 0 – 365 vrk) ikäisenä eli ensimmäisen elinvuoden aikana kuolleet lapset 1000 elävänä syntynyttä kohti.

**Äitiyskuolleisuuden liittyviä käsitteitä****Äitiyskuolema (Maternal death)**

Naisen kuolema raskausaikana tai enintään 42 vuorokauden kuluessa ( $\leq$  42 vrk tai 0 – 42 vrk) raskauden päättymisestä riippumatta raskauden kestosta tai sijainnista (synnytykset, raskauden keskeyttämiset ja keskenmenot). Mukaan lasketaan kaikki kuolemat, jotka johtuvat mistä tahansa raskauteen tai sen hoitoon liittyvästä tai raskauden tai sen hoidon pahentamasta välittömästä tai välillisestä syystä, mutta ei satunnaisesta, väkivaltaisesta eikä tapaturmaisesta syystä.

**Välitön (suora) obstetrinen kuolema (Direct obstetric death)**

Naisen kuolema seurauksena raskaudesta, synnytyksestä tai lapsivuoteudesta johtuvasta sairaudesta tai tilasta tai näihin liittyvästä toimenpiteestä, laiminlyönnistä, virheellisestä hoidosta tai mainittujen tekijöiden tapahtumaketjusta (synnytykset, raskauden keskeyttämiset ja keskenmenot).

**Välillinen (epäsuora) obstetrinen kuolema (Indirect obstetric death)**

Naisen kuolema seurauksena ennen raskautta esiintyneestä tai raskauden aikana kehittyneestä sairaudesta, joka ei johdu välittömistä raskauden hoitoon liittyvistä tekijöistä, mutta pahenee raskauden fysiologisten vaikutusten seurauksena (synnytykset, raskauden keskeyttämiset ja keskenmenot).

### Myöhäinen äitiyskuolema (Late maternal death)

Naisen raskauteen välittömästi tai välillisesti liittyvä raskaudesta, synnytyksestä tai lapsivuoteudesta johtuva (obstetrinen) kuolema, kun raskauden päättymisestä on kulunut vähintään 43 vuorokautta ( $\geq 43$  vrk) mutta vähemmän kuin yksi vuosi ( $< 1$  v tai  $< 365$  vrk, karkausvuonna  $< 366$  vrk).

### Raskauteen liittyvä kuolema (Pregnancy-related death)

Naisen kuolema raskauden aikana tai enintään 42 vuorokauden kuluessa ( $\leq 42$  vrk eli  $0 - 42$  vrk) raskauden päättymisestä riippumatta kuolemansyystä.

### Äitiyskuolleisuus(luku) (Maternal mortality (rate))

Välittömien tai välillisten äitiyskuolemien määrä tietyn ajan kuluessa 100 000 fertiilistä naista (15 – 49 v) kohti samana ajanjaksona.

### Suhteellinen äitiyskuolleisuus (Maternal mortality ratio)

Välittömien tai välillisten äitiyskuolemien määrä tietyn ajan kuluessa 100 000 elävänä syntynyttä lasta kohti samana ajanjaksona.

### Suhteellinen välitön obstetrinen äitiyskuolleisuus (Direct obstetric mortality ratio)

Välittömien obstetristen äitiyskuolemien määrä tietyn ajan kuluessa 100 000 elävänä syntynyttä lasta kohti samana ajanjaksona.

### Suhteellinen elinikäinen äitiyskuolleisuus (Lifetime maternal mortality ratio)

Lasketaan seuraavasti:  $[1 - (1 - \text{äitiyskuolleisuus})^{35}]$ .

### Raskauteen liittyvä kuolleisuus (Pregnancy-related mortality ratio)

Raskauteen liittyvien kuolemien määrä tietyn ajanjaksona 100 000 elävänä syntynyttä lasta kohti samana ajanjaksona.