

RAKENTEINEN KIRJAAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA

Päivystyksen kirjaamisopas



Sairaanhoitaja [ylempi AMK] opinnäytetyö

Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen, Visamäki

kevät 2021

Laura Okunoye

Tekijä	Laura Okunoye	Vuosi 2021
Työn nimi	Rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollossa – Päivystyksen kirjaamisopas	
Ohjaaja	Ulla Peltonen	

TIIVISTELMÄ

Terveydenhuollon ammattilaisen työkuvaan kuuluu oleellisena osana potilastyön lisäksi kirjaaminen. Kirjaamisen avulla saadaan tehty työ näkyväksi ja välitetään potilaan hoitoon liittyvä tieto muille terveydenhuollon ammattilaisille. Sähköiset palvelut ovat nykypäivää ja terveydenhuollossa sähköinen potilastietojärjestelmä edustaa tätä. Rakenteinen kirjaaminen on oleellinen osa sähköistä kirjaamista. Rakenteinen kirjaaminen antaa uusia mahdollisuuksia tiedon välittämiseen sekä yhdenmukaistaa ja selkeyttää kirjaamista. Rakenteinen kirjaaminen myös ohjaa noudattamaan hoitosuosituksia ja parantaa kirjaamisen laatua ja luotettavuutta. Lainsäädäntö asettaa kirjaamiselle selkeät ohjeet. Lainsäädännössä määritellään muun muassa potilasasiakirjoihin kirjattavat asiat, salassa pidettävyys sekä ketkä saavat käsitellä potilasasiakirjoja.

Opinnäytetyöni tavoitteena oli tehdä päivystykseen lyhyt ja selkeä opas kirjaamisesta. Päivystystyön kiireisen luonteen takia pyrin tekemään oppaan nopeasti luettavaksi ja helposti ymmärrettäväksi. Opinnäytetyö on toteutettu toiminnallisena opinnäytetyönä. Opinnäytetyössäni olen käsitellyt sähköisestä kirjaamisesta päivystyksissä tehtyjä tutkimuksia sekä suomalaista lainsäädäntöä kirjaamisen taustalla. Tekemäni kirjaamisopas on työn liitteenä.

Avainsanat Rakenteinen kirjaaminen, sähköinen kirjaaminen, sähköinen potilastietojärjestelmä, potilaskertomus, päivystys

Sivut 27 sivua ja liitteitä 5 sivua

Author	Laura Okunoye	Year 2021
Subject	Structural Electronic Health Record in Health Care – A Guide for Emergency Department	
Supervisor	Ulla Peltonen	

ABSTRACT

For health care professional crucial part of job description is keeping records of patient information. The work is made visible through it. It is a way to forward the information regarding patient care to the other health care professionals. Electronic services are part of modern life and in health care electronic health records are representing that. Structural records are an important part of electronic health records. Structural electronic health records give new possibilities process patient information and unifies and clarifies it. It also guides professionals to follow recommendations and improves quality and reliability of the health records. Legislation sets clear directions for health records, rules about health record's secrecy and how to use them.

The aim of my thesis was to make a short and clear guide for Emergency Department about keeping health records electronically. Emergency care is busy by its nature, so I made the guide quick to read and easy to understand. This thesis is practice based. I have covered in it both some studies about electronical medical records in Emergency Department, and Finnish legislation, which gives guidelines to medical records. The guide I made as a part of my thesis is in appendix.

Keywords Structural electronic health record, electronic medical record, patient record, patient information

Pages 27 pages and appendices 5 pages

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tavoite ja toteutus	2
3	Potilasasiakirjat.....	4
3.1	Potilaskertomus	4
3.2	Muut potilasasiakirjat	5
3.3	Muut potilastietoja sisältävät asiakirjat.....	5
3.4	Potilasasiakirjojen laatimisen periaatteet	6
4	Rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollossa	8
4.1	Rakenteisen kirjaamisen hyödyt	9
4.2	Rakenteisen tiedon perusteet.....	10
5	Sähköinen potilaskertomus	11
5.1	Potilaskertomuksen rakenne	11
5.2	Potilaskertomukseen merkittävät tiedot	14
5.3	Potilasasiakirjamerkintöjen määräajat ja merkintöjen korjaaminen	17
5.4	Potilaan oikeus omiin potilastietoihinsa ja tietojen luovutus	18
5.5	Sähköinen lääkemääräys.....	20
6	Aikaisempia tutkimuksia.....	21
7	Pohdinta	23
	Lähteet.....	26

Kuvat, taulukot ja kaavat

Kuva 1 Potilaskertomustekstin rakenne	13
---	----

Liitteet

Liite 1	Päivystyksen lyhyt kirjaamisopas
---------	----------------------------------

1 Johdanto

Terveyden- ja sairaanhoidon parissa työskentelevien työ ei ole pelkkää välitöntä potilastyötä vaan työhön liittyy olennaisesti kirjaaminen. Kirjaamisella tehdään näkyväksi tehty työ sekä välitetään potilaan hoitoon liittyvää tietoa muille terveydenhuollon ammattihenkilöille.

Potilaskertomuksen tiedot ovat aina niiden sisältämän tiedon arkaluontoisuuden takia salassa pidettäviä ja niitä on käsiteltävä erityisellä huolellisuudella (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785).

Maailman muuttuessa yhä elektronisempaan suuntaan on myös terveydenhuollon muututtava. Mitä ennen kirjattiin käsin paperille, kirjataan nykyisin tietokoneella sähköiseen potilastietojärjestelmään. Sähköinen kirjaaminen avaa uusia mahdollisuuksia muun muassa saman tiedon hyödynnettävyyteen useissa eri toimintayksiköissä käytettävästä potilastietojärjestelmästä riippumatta ja parantaa potilasturvallisuutta mahdollistaen tietojen käytön aiempaa tehokkaamman seurannan (Jokinen & Virkkunen 2018, 15).

Opinnäytetyöni sai alkusysäyksensä kirjaamisen muutoksesta työpaikallani Hyvinkään sairaalan päivystyksessä. Aloitin työskentelyn päivystyksessä valmistuessani sairaanhoitajaksi vuonna 2009. Ihmettelin tällöin aloittaessani, kuinka päivystyksessä edelleen kirjattiin paperille sekä tehty hoitotyö kuin mm. lääkärin määräykset. Ainoastaan lääkäreiden sanelut purettiin sähköisiksi potilaskertomusteksteiksi, jotka kylläkin tulostettiin edelleen paperikertomukseen. En ollut missään aikaisemmassa työ- tai harjoittelupaikassani kirjannut paperille vaan aina sähköiseen potilastietojärjestelmään. Vuonna 2012 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä alkoi Uranus-projekti, jonka tarkoituksena oli sähköisen kirjaamisen käyttöönotto eri yksiköissä. Olin tällöin irrotettuna omasta työstäni ja mukana projektissa kouluttamassa työntekijöitä tietojärjestelmän käyttöön sekä käyttöönoton tukena sairaalan eri osastoilla muutamana ensimmäisenä viikkona.

Päivystyksessä käyttöönotto ei ensimmäisellä kerralla onnistunut. Sitä yritettiin noin viikon ajan ja kokeilu lopetettiin epäonnistuneena. Vuonna 2014 olin mukana suunnittelemassa ja toteuttamassa uutta sähköisen kirjaamisen käyttöönottoa päivystyksessä sekä kouluttamassa tietojärjestelmän muutoksissa. Tällöin kirjaamisen käyttöönotto onnistui

rajatun pilotin ja rauhallisen käytön laajentamisen avulla. Päivystysalue on jälleen ollut uusien haasteiden edessä uuden Apotti-potilastietojärjestelmän käyttöönotossa alkuvuodesta 2020. Tälläkin kertaa pääsin omalta osaltani vaikuttamaan käyttöönoton sujuvuuteen kouluttamalla henkilökunnalle uutta tietojärjestelmää.

Päivystystyön kiireisen luonteen takia ylimääräistä aikaa uuden opetteluun ei ole, vaan tarvittava tieto on saatava kompaktissa ja helposti ymmärrettävässä muodossa.

Opinnäytetyöni alussa perehdytään kirjaamista ohjaavaan lainsäädäntöön sekä eri termien määrittelyyn. Tämän jälkeen esittelen eri tutkimuksia aiheesta. Osana opinnäytetyötäni olen tehnyt lyhyen oppaan kirjaamisen pääkohdista päivystystä ajatellen, mikä löytyy liitteestä 1. Oppaasta on hyötyä myös muille toimintayksiköille mm. perehdytyksen aikana.

2 Opinnäytetyön tavoite ja toteutus

Opinnäytetyöni tavoitteena on ollut tehdä lyhyt ja selkeä opas kirjaamisesta päivystystä ajatellen. Päivystyksessä työskenteleminen on monipuolista ja vaihtelevaa sekä välillä hyvinkin kiireistä. Kirjaaminen on tärkeässä osassa potilaan hoitoa, jotta potilaan hyvä hoito voidaan taata. Potilaan hoitoon päivystyksessä ottaa osaa yleensä useita eri ammattilaisia alkaen aina hoidontarpeen alkuarvioinnin tekevästä sairaanhoitajasta päättyen sihteeriin, joka uloskirjaa potilaan tämän siirtyessä jatkohoitoon muualle sairaalaan tai terveyskeskukseen sekä potilaan kotiutuessa. Potilaan hoidossa ovat mukana myös päivystykseen hakeutumisen syistä riippuen mahdollisesti useampi eri erikoisalan lääkäri, sairaanhoitaja, lähihoitaja, fysioterapeutti sekä muiden tukipalveluiden tuottajat. Tiedon on liikuttava eri toimijoiden välillä sujuvasti ja mahdollisimman reaaliaikaisesti, jotta potilasturvallisuus säilyy. Koska päivystyksessä työskennellessä tilanteet vaihtelevat nopeasti, on kirjaamisen oltava myös mahdollisimman sujuvaa. Täten myös oppaan on oltava yksinkertainen ja helposti sisäistettävissä.

Toteutin opinnäytetyöni toiminnallisena opinnäytetyönä. Toimintatutkimus ei ole varsinainen tutkimusmenetelmä vaan lähestymismenetelmä, jossa yhdistetään käytännön kehittämistyö ja tutkimus. Toimintatutkimuksessa halutaan tietää, miten asiat voitaisiin tehdä paremmin ja löytää tietoa, jolla parantaa käytäntöjen kehittämistä. Toimintatutkimus

on tutkimusta toiminnan sisällä toiminnan kehittämistä varten, missä teoriaa ja käytäntöä ei käsitellä toisistaan erillisinä vaan saman asian eri puolina. (Heikkinen 2015)

Toimintatutkimuksen tavoitteena voidaan pitää sekä toiminnan kehittämistä että ongelmalliseksi koettuun tilanteeseen vaikuttamista (Suojanen, 2004). Opinnäytetyössäni on ollut tarkoituksena kehittää päivystyksen kirjaamiskäytäntöjä tarjoamalla avuksi opasta, johon on koottu yhteen tärkeimpiä asioita kirjaamiseen liittyen. Suojasen (2004) mukaan toimintatutkimukseen kuuluu toiminnan jatkuva reflektointi. Myös Heikkinen (2015) kertoo reflektiivisen ajattelun olevan yksi toimintatutkimuksen lähtökohdista, minkä avulla pyritään pääsemään uudenlaiseen toiminnan ymmärtämiseen ja siten sen kehittämiseen. Olenkin tätä toteuttanut niin alkutilanteen arvioinnilla, kuin pohtimalla muiden tutkimusten merkitystä omalle työlleni.

Heikkisen (2015) mukaan toimintatutkimuksessa tutkimuskysymyksen muotoilu ei välttämättä ala tutkimuskysymyksistä vaan tutkimuksen tehtävän määrittelystä. Oman tutkimukseni tehtävänä olikin tehdä päivystykseen kirjaamisopas, jonka avulla voidaan parantaa kirjaamisen laatua sähköisessä potilaskertomuksessa. Tästä olen muotoillut tutkimuskysymykset, jotka ovat seuraavat:

1. Miksi kirjataan?
2. Mitä kirjataan?
3. Minne kirjataan?
4. Miten kirjataan?

Näihin kysymyksiin vastataan tarkemmin liitteessä 1 olevassa kirjaamisoppaassa. Luvussa 3 määritellään keskeisiä termejä potilasasiakirjoihin liittyen ja luvussa 4 kerrotaan rakenteisesta kirjaamisesta terveydenhuollossa. Luvussa 5 paneudutaan taustalla olevaan lainsäädäntöön ennen luvussa 6 esiteltäviä tutkimustuloksia.

Aloitin opinnäytetyön teon joitakin vuosia sitten, jolloin työpaikallani Hyvinkään sairaalan päivystyksessä oltiin ottamassa sähköistä kirjaamista laajempaan käyttöön. Useiden eri muuttujien takia työni teko viivästyi ja tilanteet muuttuivat sen jälkeen myös työpaikallani. Tarkoituksenani oli tehdä opas silloiseen tilanteeseen ja käytettävään potilastietojärjestelmään, mutta tämä suunnitelma ei enää palvele ketään, sillä Helsingin ja

Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on siirrytty täysin uudenlaiseen potilastietojärjestelmä Apottiin. Opinnäytetyöni onkin siis muuttunut vastaamaan vallitsevaa tilannetta ja työni tarkoituksena ei enää ole ”käyttöopas” päivystyksen kirjaamiseen tietyssä potilastietojärjestelmässä vaan yleisempi katsaus kirjaamisesta terveydenhoidossa sekä kohdennetumpi opas kirjaamisesta päivystyksessä, jossa asiat esitetään kuitenkin hyvin yleisellä tasolla. Opas on tiivis tietopaketti kirjaamisesta, jotta se olisi hyödynnettävissä mahdollisimman monelle päivystyksessä työskentelevälle eri ammattilaiselle. Opasta on mahdollista hyödyntää myös muissa toimintayksiköissä mm. perehdytyksessä. Päivystystyön luonteen takia oppaan on oltava nopeasti luettavissa ja helposti ymmärrettävissä.

3 Potilasasiakirjat

Potilastietoja on käsiteltävä erityisellä huolella, jotta luottamuksellinen hoitosuhde voi syntyä ja säilyä. Jokaisella on lakiin perustuva yksityiselämän suoja, minkä piiriin myös potilastiedot kuuluvat. Lakien lisäksi sitä turvaavat myös kansainväliset ihmisoikeussopimukset ja Euroopan unionin direktiivit. Potilaan hoitoon ja tutkimuksiin liittyviä tietoja tallennetaan potilasasiakirjoihin, jotka sisältävät siis potilastietoja. Myös potilashallinnon asiakirjoihin esimerkiksi potilaslaskuihin voi sisältyä potilastietoja. (STM 2012, 15)

Potilaan hoidon järjestämiseksi ja toteuttamiseksi käytetään potilaan terveydentilaa ja muita henkilökohtaisia tietoja sisältäviä asiakirjoja sekä teknisiä tallenteita. Näitä kutsutaan potilasasiakirjoiksi. Potilasasiakirjoja voi syntyä potilaan hoidon aikana mutta niitä voidaan saada myös muualta. Potilasasiakirjoja ovat potilaskertomuksen lisäksi potilastiedot sekä asiakirjat, mitkä liittyvät potilaskertomukseen mutta myös lääketieteelliseen kuolemansyy selvittämiseen liittyvät asiakirjat. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, § 2; Valvira 2018)

3.1 Potilaskertomus

Potilasasiakirjoihin kuuluva potilaskertomus on jatkuvamuotoinen ja etenee aikajärjestyksessä. Jokaisella potilaalla on oltava potilaskertomus. Lakiin perustuva velvoite koskee terveydenhuollon toimintayksiköjä, itsenäisiä ammatinharjoittajia sekä terveyden-

tai sairaanhoidon tehtävissä muualla kuin terveydenhuollon toimintayksiköissä työskenteleviä terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Potilaskertomukseen kirjataan potilaan ja hoitavan tahon yksilöivät perustiedot. Jokaisesta hoitotapahtumasta on myös kirjattava merkinnät. Lisäksi potilaskertomukseen kirjataan potilaalle tai muille tahoille annetut hoitotapahtumiin ja tietoihin liittyvät lausunnot, todistukset, lääkemääräykset ja tietojen luovutukset. Potilaalta tai esimerkiksi lähetteestä tai ensihoidosta saadut esitiedot potilaan sairaudesta, terveydentilasta sekä vammoista ja vastaavista kirjataan myös potilaskertomukseen. Potilaskertomukseen kirjataan myös hoidon aikana tehdyt havainnot, laboratoriotutkimusten tulokset ja röntgenkuvat sekä tehdyt toimenpiteet. Näiden on liityttävä potilaan terveydentilan määrittämiseen, terveyden palauttamiseen ja ylläpitämiseen tai kärsimysten lievittämiseen. (STM 2012, 25–26)

3.2 Muut potilasasiakirjat

Asiakirjoja, jossa käsitellään potilasta ja hänen terveydentilaansa ja hoitoaan, laaditaan myös muuta kuin hoitoa varten. Näitä ovat mm. erilaiset todistukset, lausunnot sekä muut vastaavat asiakirjat, joita laaditaan viranomaisten tai potilaan pyynnöstä. Ne voivat perustua potilaskertomuksen tietoihin tai potilaan käyntiin terveydenhuollossa ja siihen liittyviin tutkimuksiin. Tällaisia potilasasiakirjoja ovat esimerkiksi Kelalle ja vakuutusyhtiöille annettavat lausunnot korvauksia ja tukia varten, poliisille annettavat todistukset ajokorttia tai aselupaa varten sekä työnantajalle annettavat sairauslomatodistukset. Näistä kaikista pyytäjälle annetaan alkuperäinen asiakirja ja kopio tallennetaan potilasasiakirjoihin. Potilaskertomukseen kirjataan tieto luovutuksesta. (STM 2012, 26)

3.3 Muut potilastietoja sisältävät asiakirjat

Potilashallintoon tai toiminnan kehittämiseen liittyvät asiakirjat kuten potilas- tai kuntalaskut, potilaiden tekemät kantelut ja muistutukset sekä niihin annetut lausunnot ja selvitykset sekä erilaiset tilastot ja tutkimusluvut eivät kuulu potilasasiakirjoihin, vaikka yksittäiset potilaat olisivat niistä tunnistettavissa. Arkaluonteisten potilastietojen sisältyessä tällaisiin asiakirjoihin, on niiden käsittelystä huolehdittava samoin kuin potilasasiakirjoista. Tiettyjen tutkimusten ja hoitojen yhteydessä voi syntyä biologista materiaalia sisältäviä näytteitä ja elinmalleja kuten veri-, plasma tai veren soluista valmistetut näytteet, solu-,

kudos- ja elinnäytteet, DNA:ta sisältävät näytteet ja kipsi-, muovi- ja muut vastaavat mallit. Asetukseen potilasasiakirjoista sisältyy säännöksiä myös edellä mainittujen säilytysajoista. (STM 2012, 27)

Hoidollisten tarkoitusten lisäksi terveydenhuollon potilastietoja voidaan luovuttaa myös muuhin tarkoituksiin lain perusteella tai potilaan suostumuksella. Potilastietoja saavat siten muutkin kuin terveydenhuollon toimijat. Lakeihin perustuen potilastietoja voivat saada terveydenhuollon toimintaa valvovat viranomaiset, poliisi, Kansaneläkelaitos, sosiaalitoimi sekä opetustoimi. Potilastietoja sisältäviä asiakirjoja luovutettaessa viranomaisille tulee niistä viranomaisten asiakirjoja. Viranomaisten edellytetään tietävän salassapitovelvoitteensa virkansa puolesta ja huolehtivan tietojen asianmukaisesta käsittelystä. Siksi terveydenhuollon ei ole velvoitettua tehdä viranomaisille luovutettaviin potilasasiakirjoihin salassapitomerkintää. Yksityinen henkilö voi myös saada lain nojalla toista henkilöä koskevia potilastietoja ollessaan asianosaisen asemassa. Myös asianosaista koskee salassapitovelvollisuus. Tietojen hyväksikäyttö muihin tarkoituksiin on myös kielletty. Salassa pidettävään viranomaisen asiakirjaan, joka luovutetaan asianosaiselle, on tehtävä salassapitomerkintä. Jos salassa pidettäviä tietoja ilmaistaan suullisesti, on asianosaiselle kerrottava salassapitovelvollisuudesta. (STM 2012, 27–28)

3.4 Potilasasiakirjojen laatimisen periaatteet

Potilastietojen käsittelystä ja niiden salassa pidettävyydestä säädetään useissa eri laeissa. Ne eivät sulje toisiaan pois, vaan toimivat täydentävästi ja niitä sovelletaan rinnakkain. Tärkeimpinä ovat laki potilaan asemasta ja oikeuksista, henkilötietolaki sekä laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta. Myös monet asetukset kuten sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista sekä sosiaali- ja terveysministeriön asetus lääkkeen määräämisestä ohjaavat kirjaamista. Potilaslaki on terveydenhuollon erityislainsäädäntöä. Yksittäisen potilaan tutkimuksia, hoitoa ja ehkäisevän terveydenhuollon toimenpiteitä koskeviin tietoihin sovelletaan potilaslakia riippumatta siitä, ovatko tiedot potilasasiakirjoissa vai koskeeko niitä tietojen ollessa kirjaamattomina vain vaitiolovelvollisuus. Potilaslain lisäksi laissa yksityisestä terveydenhuollosta säädetään vaitiolovelvollisuuden koskevan kaikkia toimintayksikössä ja sen tiloissa toimivia henkilöitä, riippumatta heidän asemastaan tai ammatistaan. Tämän lisäksi terveydenhuollon

ammattihenkilöitä koskee myös erikseen laissa säädetty salassapitovelvollisuus. (THL 2016; STM 2012, 15–16)

Viranomaisten toiminnassa saatuja, syntyneitä tai tallennettuja potilastietoja koskee myös laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta. Sitä sovelletaan sekä asiakirjoihin sisältyviin tietoihin, mutta myös tallentamattomiin vaihtolovelvollisuuden piiriin kuuluviin potilastietoihin. Laissa viranomaisten toiminnan julkisuudesta säädetään myös mitkä viranomaisen asiakirjat ovat julkisia ja mitkä salaisia ja kenellä niihin on tiedonsaantioikeus. Salassa pidettäviäkin tietoja voidaan luovuttaa toiselle viranomaiselle, jos laissa niin on säädetty tai asianomaisen suostumuksella. (STM 2012, 16; Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621)

Terveystieteiden ammattihenkilöiden ja kunkin terveystieteiden toimintayksikön on laadittava ja säilytettävä potilasasiakirjat sosiaali- ja terveysministeriön määräysten mukaisesti. Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat aina salassa pidettäviä.

Potilasasiakirjojen tietoja ei saa luovuttaa sivullisille ilman potilaan kirjallista suostumusta. Tämä koskee nii terveystieteiden ammattihenkilöitä kuin muitakin terveystieteiden toimintayksikössä työskenteleviä henkilöitä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785 § 12 ja 13)

Sähköisiin henkilörekistereihin tai muihin rekistereihin tallennettuja yksittäistä potilasta koskevia tietoja käsitellessä sovelletaan henkilötietolakea (STM 2012, 15). Henkilötietolaki määrää pääsääntöisesti arkaluonteisten henkilötietojen käsittelyn kielletyksi. Poikkeuksena tähän terveystieteiden toimintayksikkö ja terveystieteiden ammattihenkilöt saavat käsitellä näiden toiminnassaan saamia tietoja henkilön terveydentilasta, sairaudesta tai vammaisuudesta sekä häneen kohdistetuista toimenpiteistä. Lisäksi sallitaan muiden tietojen käsittely, mitkä ovat henkilön hoidon kannalta välttämättömiä. Henkilötietolaki määrää myös rekisterinpitäjän toteuttamaan tarpeelliset tekniset ja organisatoriset toimenpiteet henkilötietojen suojaamiseksi asiattomien pääsylvä tietoihin sekä vahingossa tai laittomasti tapahtuvalta tietojen hävittämiseltä, muuttamiselta, luovuttamiselta, siirtämiseltä ja muulta laittomalta käsittelyltä. (Henkilötietolaki 1999/523)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista säädetään tarkemmin ketkä saavat käsitellä potilasasiakirjoja ja missä laajuudessa. Potilasasiakirjoja saavat käsitellä vain potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt siinä laajuudessa, mikä heidän työtehtävänsä suorittamiseksi on välttämätöntä. Sähköisissä potilastietojärjestelmissä käyttöoikeuksia on voitava hallita siten, että jokaisen käyttäjän työtehtävät määrittävät, missä laajuudessa käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin sekä potilastietojärjestelmän eri toimintoihin voidaan myöntää. Vain potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt saavat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin. Myös muut potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt voivat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin terveydenhuollon ammattihenkilöiden ohjeiden mukaisesti. Potilasasiakirjoihin ohjeistetaan kirjattavan potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan vaatimia tietoja. Tiedot on merkittävä riittävän laajasti ja niiden on oltava johdonmukaisia ja ymmärrettäviä. Merkinnoissa käytettävien käsitteiden ja lyhenteiden on oltava yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä. Mikäli tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimuksiin tai havaintoihin, on tietojen lähde myös kirjattava potilasasiakirjamerkintöihin. Lähde on merkittävä myös, jos potilasasiakirjoihin merkitään muuta, kuin potilasta itseään koskevaa tietoa. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, § 4-7)

4 Rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollossa

Sosiaali- ja terveydenhuollossa rakenteinen tieto tarkoittaa tiedon kirjaamista ja tallentamista yhteisten, ennalta sovittujen rakenteiden avulla potilas- ja asiakastietojärjestelmiin sekä valtakunnallisiin sähköisiin tietojärjestelmäpalveluihin. Tiedon rakenteisuus tehostaa tiedon käsittelyä ja vaihtamista eri organisaatioiden ja järjestelmien välillä. Rakenteinen tieto koostuu potilas- ja asiakastiedoista, jotka ovat rakenteistettu eri tavoin. Terveydenhuollossa potilaskertomuksen kertomusrakenteita on rakenteistettu useammalla eri tavalla. Vapaamuotoisesti kirjattavaa tekstiä voidaan rakenteistaa jakamalla sitä eri näkymien ja otsikoiden alle. Kirjaamisessa käytetään apuna yhteisesti sovittuja koodistoja, luokituksia ja termistöjä. Potilaan hoidossa tarvittavat keskeiset tiedot ovat kokonaan määritelty rakenteisina sisältöinä, mikä tarkoittaa sitä, että potilaasta kirjattavat tiedot kirjataan määriteltyyn tietokenttään, jossa käytetään siihen valittua koodistoa tai luokitusta tietotyyppin eri kriteerit huomioiden. (THL 2018)

4.1 Rakenteisen kirjaamisen hyödyt

Rakenteisen tiedon hyöty perustuu siihen, että tieto on helposti tunnistettavissa ja sitä voidaan käsitellä myös koneellisesti. Ammattihenkilöille yhdenmukainen kirjaaminen varmistaa käytössä olevan asiakas- ja potilastiedon olevan laadukasta ja kattavaa. Tietoa on helppo hakea ja hyödyntää mm. uusien asiakirjojen laatimisen avuksi sekä yhteenvetoihin, lausuntoihin ja todistuksiin. Rakenteinen tieto mahdollistaa myös erilaisten ammattilaisten työtä tukevien varmistusten tuottamisen tietojärjestelmästä. Potilaan sähköiseen potilaskertomukseen voidaan esimerkiksi liittää potilaan hoitosuosituksiin tai riskitietoihin perustuvia tietoja. Terveystieteiden huollossa rakenteisuus parantaa potilaan hoidon laatua tukemalla hoitosuositusten noudattamista ja hoidon jatkuvuutta. Rakenteisessa muodossa potilaan tiedot ovat yhteisesti käytettävissä organisaatiosta ja tietojärjestelmästä riippumatta. Potilaan näkökulmasta rakenteinen tieto vähentää myös tulkintaepäselvyyksiä potilaan ja ammattihenkilön välillä. Rakenteisuudesta saadaan hyötyä myös toisiokäytössä, kun tieto on jo kertaalleen kirjattu. Jatkossa tämä merkitsee myös mahdollisuutta automatisoida mm. tilasto- ja rekisteritietojen poimintaa. (THL 2018)

Potilaskertomuksen rakenteistaminen helpottaa potilastiedon käyttöä, ja hakua sekä hoidon seuranta. Lisäksi se yhtenäistää kirjaamista. Vapaamuotoisesti tekstinä kirjattu tieto ei ole yhtä helposti hyödynnettävissä kuin rakenteisesti kirjattu tieto. Tämä ilmenee erityisesti silloin, kun tietoa halutaan hakea nopeasti ja tarkasti tai tietoa yhdistettäisiin esimerkiksi yhteenvetoon. Suurin hyöty rakenteisesta kirjaamisesta tulee siitä, että tieto tarvitsee kirjata vain kerran, minkä jälkeen se on käytettävissä uudelleen niin omassa kuin toisissakin organisaatioissa sekä tietojärjestelmissä riippumatta siitä, kuka tiedon on tuottanut. Potilasturvallisuus myös lisääntyy tämän avulla. Lisäksi ammattilaisen päätöksenteon tueksi on monissa sähköisissä potilastietojärjestelmissä saatavilla erilaisia muistutuksia sekä virhe- ja vaarailmoituksia. Näiden toimintaa varten tiedon on oltava rakenteisesti kirjattuna. Potilastiedon laadun on myös todettu paranevan, kun tietoja kirjataan yhteneväisellä tavalla. (Jokinen & Virkkunen 2018, 14)

Potilastietojen hyödynnettävyyttä ja yhteiskäyttöä ovat aiemmin vaikeuttaneet useiden eri potilastietojärjestelmien lisäksi saman potilastietojärjestelmän eri versiot. Pääasiallisesti vapaana tekstinä kirjatun tiedon sekä vain vähän rakenteistetun tiedon yhteiskäyttö- sekä

jatkokäyttömahdollisuudet ovat niukempia. Päivittäisen potilastyön lisäksi rakenteisesti kirjattua tietoa voidaan hyödyntää myös laajemmassa yhteydessä niin sähköisissä lääkemääräyksissä, läheteissä kuin hoitopalautteissakin. Sähköiseen potilaskertomukseen voidaan liittää myös hoito-ohjeita tarjoavaa ja mahdollisista virhe- ja vaaratilanteista varoittavaa tuke päätöksenteolle. Tätä varten tarvitaan tieto rakenteisesti. Rakenteisessa muodossa olevaa potilastietoa voidaan käyttää organisaatioissa myös toissijaisissa tarkoituksissa, kuten palveluiden toteutumisen arvioinnissa ja toiminnan ohjauksessa sekä seurannassa. Sitä voidaan käyttää myös kliiniseen tutkimukseen, laadun arviointiin ja kustannusten seurantaan. (Jokinen & Virkkunen 2018, 14)

Potilaan hoidon laatu paranee sähköisen potilaskertomuksen avulla, erityisesti kun merkinnät tehdään rakenteisesti. Tiedot ovat tällöin yhtenäisempiä ja vertailukelpoisempia. Rakenteisuus myös helpottaa tiedon hakemista ja löytämistä. Hoidon laatua parantaa myös hoitoprosesseja tai -suosituksia noudattamaan ohjaava kirjaaminen. Ajantasaisen tiedon saaminen hoitavasta organisaatiosta riippumatta lisää potilasturvallisuutta. Myös potilaan oikeusturva paranee potilastietojen ollessa sähköisessä muodossa, sillä tietojen käyttöä voidaan seurata paperikertomusta tarkemmin. Myös yhteinen käsitteistö tiedon kirjaajilla ja käyttäjillä vähentää tulkintaepäselvyyksiä. Rakenteisesti kirjatusta tiedosta voidaan tuottaa tiivistetympää tietoa yhteenvedoina myös potilaalle itselleen. Potilas voi lisäksi katsella omia potilastietojaan sekä reseptejään Omakanta-palvelussa varmistuen samalla kirjattujen tietojen oikeellisuudesta. Tulevaisuudessa potilas voi sähköisen asioinnin avulla osallistua terveystietojen tuottamiseen, mitkä terveydenhuollon ammattihenkilö hyväksyy potilaskertomukseen. Osallistuminen voi sitouttaa potilasta paremmin hoitoon sekä parantaa hoitoprosessien joustavuutta sekä välillisesti myös terveydenhuollon tuottavuutta. (Jokinen & Virkkunen 2018, 15)

4.2 Rakenteisen tiedon perusteet

Keskeisten rakenteisten potilastietojen ja erikoisala- ja ammattikohtaisten rakenteisten tietojen on oltava yhteneviä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä. Potilaskertomuksen tietosisältöjen on oltava yhtenevät sekä julkisilla että yksityisillä terveys- ja sairaanhoidon palveluiden tuottajilla. Potilaskertomus edistää potilaan hoito- ja palveluprosessin asianmukaista toteutusta. Lisäksi se tukee hoitoon

ja palveluiden tuottamiseen osallistuvien eri ammattiryhmien tarpeita. Potilaskertomus onkin moniammatillinen. Siihen kirjataan potilaan terveyden seurannan ja hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin kannalta tarpeellinen tieto. Rakenteisten tietojen jokaiseen tietokenttään ei välttämättä kirjata tietoa, vain tarpeellisiin kenttiin. Vapaamuotoisella tekstillä voidaan lisäksi täydentää rakenteista tietoa. Hoidon kannalta keskeiset tietosisällöt on määritelty valtakunnallisesti samoin kuin potilashallintoon ja muuhun hoidon järjestämiseen liittyvät tietorakenteet. Potilaskertomuksen sisältöä voidaan hyödyntää myös hoidon saatavuuden sekä laadun seurannassa mutta myös toiminnan sujuvuuden, vaikuttavuuden ja vertailtavuuden arvioinnissa. Tietosisältöjä voidaan hyödyntää myös muissa valtakunnallisissa tilastoinneissa ja tutkimuksissa. Rakenteisten tietojen hyödyntämistä eri tilanteissa ja eri potilastietojärjestelmissä kehitetään valtakunnallisesti mm. Kanta-palveluiden joukossa. (Jokinen & Virkkunen 2018, 21)

5 Sähköinen potilaskertomus

5.1 Potilaskertomuksen rakenne

Terveydenhuollon ammattihenkilö kirjaa tietoa sähköiseen potilastietojärjestelmään sekä rakenteisesti että vapaamuotoisesti. Kirjaaja voi myös täydentää rakenteisia tietoja vapaasti kirjatulla tekstillä. Merkinnät voidaan tehdä myös ainoastaan rakenteisten kenttien kautta täydennettyinä. Sähköinen potilaskertomus rakentuu eritasoisista kokonaisuuksista, mitkä on ryhmitelty ja jäsennelty näkymien ja lisänäkymien sekä hoitoprosessin vaiheiden ja eri otsikoiden avulla. (Jokinen & Virkkunen 2018, 21)

Sähköisen potilaskertomuksen merkintöjä kootaan asiakokonaisuuksiksi eri näkymiä käyttäen. Lääkärit käyttävät päänäkyminään lähinnä erikoisalakohtaisia näkymiä ja muut terveydenhuollon ammattihenkilöt palvelukohtaisia tai ammatillisia näkymiä. Sama merkintä voidaan liittää useampaan lisänäkymään, millä mahdollistetaan merkinnän näkyminen kaikkien valittujen näkymien tiedoissa. Lisäksi organisaatiolla voi olla käytössä omia näkymiään, mutta niille kirjattu tieto on liitettävä potilastietojärjestelmissä valtakunnallisiin näkymiin ennen tiedon lähetystä valtakunnalliseen Potilastiedon arkistoon. (Jokinen & Virkkunen 2018, 22)

Merkinnässä oleva hoitoprosessin vaihe kertoo, mihin potilaan hoidon vaiheeseen kirjaus liittyy; tulotilanteeseen, hoidon suunnitteluun, toteutukseen vai arviointiin. Merkintä kirjataan yleensä yhteen hoitoprosessin vaiheeseen, mutta merkinnässä voi tarvittaessa eritellä tiedot, jotka liittyvät eri hoitoprosessin vaiheisiin. Tietojärjestelmä voi luoda hoitoprosessin vaiheen itsestään käytettyjen otsikoiden perusteella. Teksti ryhmitellään asiakokonaisuuksiin eri otsikoilla ja tarvittaessa vapaamuotoisilla lisäotsikoilla. Valtakunnallisesti on määritelty tietorakenteita, luokituksia ja koodistoja, joiden avulla tekstiä voidaan rakenteistaa. Rakenteiset kirjaukset potilaskertomukseen tehdään määriteltyjä rakenteita käyttäen, jotta kirjatut tiedot ovat yhteisesti käytössä potilastietojärjestelmästä huolimatta. Tietojärjestelmä voi myös tuottaa automaattisesti osan yksityiskohtaisesta tiedosta ja käyttäjä kirjaa vain hoidollisesti merkittävän tiedon. Keskeiset rakenteiset tiedot kirjataan otsikoiden alle ja niitä voidaan täydentää vapaalla tekstillä. Osa rakenteisista tiedoista, kuten lääkitys ja riskitiedot, kirjataan omille alustoilleen. Tiedot eivät kuitenkaan ole sidotut otsikoihin vaan kirjauksia voidaan tehdä minkä tahansa otsikon alle. Ne ohjeistetaan silti kirjaamaan tiettyjen otsikoiden alle, sillä sisällöllisesti ne kuitenkin kuuluvat tiettyihin otsikoihin. Rakenteiset tiedot ja vapaa teksti voivat olla otsikoiden alla missä tahansa järjestyksessä. Kuva 1 on esimerkki potilaskertomustekstin rakenteesta. (Jokinen & Virkkunen 2018, 22)

Potilaskertomuksessa toisiinsa voidaan kytkeä tiettyyn sisältö- ja hoitokokonaisuuteen kuten lääketieteen erikoisalaan, ammattialaan tai palveluun kuuluvia tietoja. Näitä asiayhteyksiä ja tietokokonaisuuksia kutsutaan terveydenhuollossa näkymiksi. Sähköisessä potilaskertomuksen näkymät jaetaan jatkuvan potilaskertomuksen, lomaketyyppisten, kooste- ja teknisiin näkymiin. Lääketieteen erikoisalakohdaiset, palvelukohtaiset ja ammatilliset näkymät ovat jatkuvan potilaskertomuksen näkymiä. Lomaketyyppisiä näkymiä ovat esimerkiksi todistukset. Tiedonhallintapalvelun koosteiden näyttämiseen tarkoitetut näkymät ovat koostenäkymiä ja näkymät, joita käytetään asiakirjateknisten tietojen välittämiseen Potilastiedon arkistoon ovat puolestaan teknisiä näkymiä. (Jokinen & Virkkunen 2018, 25)

Kuva 1 Potilaskertomustekstin rakenne

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

Potilaskertomusmerkinnät on perinteisesti kirjattu yksittäisille tietyille näkymille. Jos kirjattu tieto on haluttu näkyviin useammalle näkymälle, on se kopioitu muille näkymille.

Sähköisessä potilastietojärjestelmässä vastaava toiminnallisuus toteutetaan käyttämällä lisänäkymiä. Jatkuvan potilaskertomuksen näkymät muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta (mm. lomaketyyppiset näkymät) voivat olla sekä päänäkymiä että lisänäkymiä. Jos tiedon halutaan näkyvän usealla erikoisalakohtaisella, palvelukohtaisella tai ammatillisella näkymällä, merkitään ensisijainen näkymä päänäkymäksi ja muut halutut näkymät lisänäkymiksi. Esimerkiksi konsultaatiota pyytävä merkitsee pyyntöön oman näkymänsä päänäkymäksi ja vastaajan lisänäkymäksi ja pyyntöön vastatessa konsultoitava merkitsee puolestaan oman näkymänsä päänäkymäksi ja pyytäjän näkymän lisänäkymäksi. Tiedot näkyvät silloin molemmilla näkymillä samalla tavalla, vaikka niiden päänäkymät ovat eri. (Jokinen & Virkkunen 2018, 26)

5.2 Potilaskertomukseen merkittävät tiedot

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista ohjeistetaan potilasasiakirjoihin merkittävistä tiedoista. Perustiedot ovat sekä potilasta että hoidon antajaa ja hoitoajankohtaa koskevia luonteeltaan hallinnollisia tietoja. Potilaskertomuksesta on löydyttävä potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta sekä yhteystiedot. Lisäksi merkitään terveydenhuollon toimintayksikön tai terveydenhuollon itsenäisen ammatinharjoittajan nimi. Potilaskertomukseen on myös kirjattava ylös merkinnän tekijän nimi, asema ja merkinnän ajankohta. Jos tiedon ovat saapuneet muualta, merkitään saapumisajankohta ja lähde. Alaikäisen potilaan osalta potilaskertomukseen kirjataan huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. Täysi-ikäisen potilaan ollessa kyseessä, merkitään mahdollisesti määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot. Potilasasiakirjoihin on merkittävä tarvittaessa myös potilaan ilmoittaman lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot. Muita kirjattavia tietoja ovat potilaan äidinkieli tai asiantikieli ja ammatti. Kertomukseen on merkittävä potilaan työnantajan vakuutusyhtiö, jos kyseessä saattaa olla työtapaturma tai ammattitauti. Vakuutusyhtiö on merkittävä myös, jos se maksaa mahdollisesti potilaan hoidon. Potilaskertomukseen merkitään myös potilaan tietojen luovuttamista koskevat suostumukset. Lisäksi potilaskertomuksesta tulee ilmetä myös merkinnän teknisen kirjaajan tiedot, mikäli merkinnän kirjaaja on eri, kuin merkinnän sisällöstä vastaava tekijä. Sähköiseen potilasasiakirjaan monet näistä tiedoista kirjataan automaattisesti potilastietojärjestelmän käyttäjätiedoista. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, § 10; STM 2012, 55)

Jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta on tehtävä merkinnät potilaskertomukseen. Merkinnät tehdään niin avohoitokäynneistä, osastohoitojaksoista kuin ammattilaisen käynneistä potilaan kotona. Muistakin hoitoon liittyvistä tapahtumista on tehtävä vastaavat merkinnät. Tiedoista on löydyttävä riittävän laajasti potilaan hoitoontulon syy, hänen esitetonsa sekä nykytilansa. Lisäksi tehdään merkinnät terveydenhuollon ammattihenkilön tekemistä havainnoista, tutkimustuloksista, ongelmista sekä mahdollinen taudinmääritys. Ammattihenkilön tekemistä johtopäätöksistä, hoidon suunnittelusta, toteutuksesta ja seurannasta sekä sairauden kulusta ja loppulausunnosta tehdään myös merkinnät potilaskertomukseen. Ammattihenkilöiden tekemien potilasta koskevien merkintöjen ja

potilaan hoidosta tehtyjen havaintojen, arvioiden ja johtopäätösten osuus on oleellinen potilaskertomuksessa. Merkinnoista on käytävä ilmi tarvittavan laajasti taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen ratkaisujen perusteet. Potilaan tutkimuksiin ja hoitoon on usein eri vaihtoehtoja, joilla on erilaisia vaikutuksia ja riskejä. Kirjauksista onkin käytävä ilmi perusteet valituille menetelmille. Jokaiselle toimenpiteelle on erikseen oltava selkeästi määritelty peruste. Kertomukseen on myös kirjattava hoidon toteutus, mahdolliset poikkeavuudet hoidon aikana sekä erilaiset ratkaisut, mihin hoidon kuluessa on päädytty. Tarvittaessa kaikki hoitoon osaa ottaneet on saatava selville. Jos potilaalle on suoritettu leikkaus tai muu toimenpide, on siitä laadittava leikkaus- tai toimenpiderekordti, jossa kuvaillaan riittävässä laajuudessa toimenpiteen suorittaminen ja sen aikana tehdyt havainnot sekä perustelut ratkaisuille, joihin on toimenpiteen aikana päädytty. Jos potilaalle asennetaan pysyvästi proteesi, implantti tai muuta materiaalia, on niistä tehtävä merkinnät kertomukseen tunnistettavasti. Myös potilaalle annetut lääkemääräykset, sairaustodistukset, työkyvyttömyystodistukset ja muut todistukset ja kuntoutussuunnitelma on merkittävä potilaskertomukseen antoajankohdan perusteella. Sähköisessä potilastietojärjestelmässä merkinnät liitetään kyseiseen palvelutapahtumaan. Jouduttaessa rajoittamaan potilaan itsemääräämisoikeutta lain nojalla, on siitä tehtävä potilaskertomukseen asianmukainen merkintä, missä selvitetään syy toimenpiteelle, sen luonne ja kesto sekä arvio toimenpiteen vaikutuksista potilaan hoitoon. Lisäksi toimenpiteen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet on merkittävä potilaskertomukseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, § 10–12; STM 2012, 56–57)

Jos potilaalla on lääkeaineallergioita, materiaaliallergioita, yliherkkyyksiä tai muita vastaavia hoidossa huomioitavia seikkoja, jotka ovat tiedossa, on näistä tehtävä merkinnät potilaskertomukseen. Potilaskertomukseen on merkittävä myös tiedot todetuista haitallisista vaikutuksista tutkimus- tai hoitotoimenpiteessä tai hoidon tehottomuudesta.

Korvausoikeudelliset ja viranomaisvalvontaan liittyvät seikat edellyttävät hoidollisten seikkojen lisäksi epäillyistä potilas-, laite- ja lääkevahingoista tehtävän potilaskertomukseen perusteelliset kirjaukset. Potilaskertomukseen kuvaillaan vahingon lisäksi selostus hoidossa mukana olleista terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä laite- ja lääkevahinkojen ollessa kyseessä kuvaus epäilyistä syystä. Lääkkeistä ja laitteista kirjataan myös yksilöidyt tunnistetiedot potilaskertomukseen. Nämä merkinnät on tehtävä välittömästi epäillyn

vahingon jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, § 13; STM 2012, 58)

Potilaan ollessa osastohoidossa, on hänen potilaskertomukseensa tehtävä aikajärjestyksessä merkinnät potilaan tilan muutoksista, tehdyistä tutkimuksista ja annetusta hoidosta. Huomioista potilaan tilassa, hoitotoimista sekä muista vastaavista seikoista tehdään merkinnät päivittäin hoitajaksokohtaisesti. Pitkäaikaishoidossa olevasta potilaasta on tehtävä yhteenveto riippumatta potilaan tilan mahdollisista muutoksista minimissään kolmen kuukauden välein. Seurantayhteenvedon tarkoituksena on arvioida potilaan senhetkinen terveydentila ja hoidon jatkotarve, mikä on avuksi potilaan hoidossa. Seurantayhteenveto suositellaan laatimaan myös mm. potilaan lähtiessä kotilomalle tai jos potilas on muuten lyhytaikaisesti poissa pitkäaikaisesta osasto- tai laitoshoidosta ja hoitoa aiotaan jatkaa poissaolon jälkeen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, § 14; STM 2012, 58)

Potilaskertomukseen on tehtävä merkinnät taudinmäärityksen tai hoidon suhteen merkityksellisistä puhelinneuvotteluista ja muista samantyyppisistä konsultaatioista sekä hoitoneuvotteluista. Merkinnät tekee potilaan hoidosta vastuussa oleva terveydenhuollon ammattihenkilö. Niistä on käytävä ilmi milloin konsultaatio on tapahtunut, asiaa käsitelleet ammattilaiset sekä tehdyt hoitoratkaisut ja kuinka ne on toteutettu. Konsultaation tapahtuessa potilaan ollessa tunnistettavissa, on myös konsultaation antajan tehtävä potilaskertomukseen merkintä antamastaan konsultaatiovastauksesta tai hänelle on muuten jätävä antamansa vastuksen tiedot. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, § 15; STM 2012, 59)

Potilaalle annetusta ensihoidosta ja sairaankuljetukseen liittyvästä hoidosta ja seurannasta on myös tehtävä tarvittavat merkinnät potilasasiakirjoihin. Lääkärin osallistuessa ensihoitoon tai sairaankuljetukseen henkilökohtaisesti tai konsultaation perusteella, on tämä kirjattava potilasasiakirjoihin. Potilaan hyvä hoito edellyttää jo ensihoidon ja sairaankuljetuksen aikana tehtäviä tarvittavia merkintöjä potilaan hoidosta ja seurannasta. Nämä asiakirjat liitetään potilaan vastaanottavan yksikön potilasasiakirjoihin. Potilas saa vastaavan asiakirjan itselleen, ellei häntä ole tarve kuljettaa hoitoon. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen

järjestämällä taholla on velvollisuus säilyttää jäljennökset näistä asiakirjoista. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, § 16; STM 2012, 59)

Potilaan hoidon päättyessä potilaasta on laadittava hoidon loppulausunto eli epikriisi. Se laaditaan jokaisen osasto- tai laitoshoidojakson sekä poliklinisen hoitojakson lopuksi, milloin potilaan hoito päättyy tai hoitovastuu siirretään toiseen terveydenhuollon yksikköön tai terveydenhuollon ammattihenkilölle, joka harjoittaa ammattiaan itsenäisesti. Epikriisin voi jättää laatimatta vain erityisestä syystä. Loppulausunnossa on yhteenveto annetusta hoidosta sekä perinpohjaiset ja selkeät ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamisesta. Loppulausunnossa kuvataan lisäksi potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa havaitut poikkeamat sekä mikä potilaan tila on hoidon päättyessä kyseisessä yksikössä. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009, § 17; STM 2012, 59–60)

5.3 Potilasasiakirjamerkintöjen määräajat ja merkintöjen korjaaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa potilasasiakirjoista ohjeistetaan tekemään potilasasiakirjamerkinnät viivytyksettä. Tämä ollessa mahdollonta, on niiden valmistuttava viimeistään viidessä vuorokaudessa potilaan poistuttua vastaanotolta tai palvelutapahtuman muuten päättyessä. Edellä mainittu takaraja koskee niin avo- kuin osastohoidon päättymistä. Osastohoidojakson aikaiset merkinnät on tehtävä viipymättä. Myös jatkohoitopaikkoihin tehtävät lähetteet on laadittava ja toimitettava perille viivastelemättä. Kiireettömissäkin tapauksissa lähete on toimitettava jatkohoitopaikkaan viiden päivän kuluessa siitä, kun tarve läheteelle on todettu. Jos dokumentit lähetetään postitse, on niiden oltava kuljetuksessa viiden vuorokauden kuluessa. Yhteenveto potilaalle annetusta hoidosta ja jatkohoido- ohjeista annetaan potilaalle ja hänen jatkohoitopaikkaansa tai muuhun potilaan kanssa sovittuun paikkaan potilaan suostumuksella viipymättä. Kiireettömissäkin tapauksissa yhteenveto on lähetettävä viiden päivän sisällä hoidon päättyttyä. Määräaikoja voidaan jättää noudattamatta vain erityisen painavista syistä, joita ei ole resurssipula, jos puute on luonteeltaan enemmän pysyvä kuin tilapäinen ja se olisi voitu estää toiminnan tarkoituksenmukaisella suunnittelemisella. (STM 2012, 66)

Potilasasiakirjojen virheelliset sekä turhat merkinnät on korjattava, poistettava tai täydennettävä viivyttelämättä omatoimisesti tai potilaan tätä perustellusti vaatien. Kirjauksia, jotka vastaavat merkinnän tekohetkellä vallinnutta ymmärrystä, ei katsota virheellisiksi, vaikka tieto myöhemmin osoittautuisikin vääräksi. Terveydenhuollon toimintayksiköllä on oltava ohjeistus potilasasiakirjamerkintöjen korjaamisesta sekä sen toteuttajista. Lähtökohtaisesti alkuperäisen merkinnän tekijä tekee tarvittavat korjaukset. Jos tämä ei ole mahdollista esimerkiksi siksi, ettei merkinnän tekijä enää työskentele toimintayksikössä, merkinnän korjaa silloin yksikön terveydenhuollosta vastaava henkilö tai toinen henkilö hänen valtuutuksellaan. Korjauksia tehdessä on huomioitava, että korjatun merkinnän lisäksi myös alkuperäinen merkintä on oltava myöhemminkin luettavissa. Virheellinen tieto siirretään sähköisissä potilastietojärjestelmissä taustatiedostoon. Merkintöjen muutosten on aina oltava jäljitettävissä ja myöhemmin todennettavissa. Potilasasiakirjoihin merkitään korjauksen tekijän nimi, virka-asema, korjauksen tekopäivä sekä korjausperuste. Hoidon kannalta tarpeetonta tietoa poistettaessa potilasasiakirjoista, on tehtävä merkintä poistosta, sen tekijästä sekä poistamisajankohdasta. Virheellisten tietojen leviäminen on myös estettävä, jos tieto voi vaarantaa potilaan yksityisyyden suojaa tai hänen oikeuksiaan. Tieto merkintöjen korjaamisesta on siis ilmoitettava niille, joille virheellistä tietoa on luovutettu tai jolta sitä on saatu, ellei ilmoittaminen katsota mahdottomaksi tai vaivaa kohtuuttomasti aiheuttavaksi. (STM 2012, 66–67)

Potilaan vaatiessa korjattavaksi merkintöjä omissa potilasasiakirjoissaan siten, etteivät korjaukset ole niistä vastaavan henkilön mielestä toteutettavissa, on asia saatettava toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan henkilön päätettäväksi. Jos tämä henkilö ei hyväksy potilaan vaatimusta tiedon korjaamisesta, on tästä annettava potilaalle kirjallinen selvitys, mistä ilmenevät korjausvaatimuksen hylkäämisen syyt. Potilasasiakirjoihin voidaan kuitenkin liittää potilaan oma selostus asioista, jos merkintää ei voida korjata. Halutessaan potilas voi myös viedä asian eteenpäin tietosuojavaltuutetulle. (STM 2012, 67)

5.4 Potilaan oikeus omiin potilastietoihinsa ja tietojen luovutus

Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen luovutuksiin liittyviä ohjeistuksia säännellään useissa eri laeissa. Ensisijaisena käytetään lakia potilaan asemasta ja oikeuksista. Tässä ei kuitenkaan säädetä potilaan oikeudesta saada itseään koskevia potilastietoja eikä asianosaisena olevan

oikeudesta saada toisen henkilön potilastietoja. Näissä tapauksissa sovelletaan henkilötietolakia ja lakia viranomaisten toiminnan julkisuudesta. (STM 2012, 68)

Potilaalla on oikeus omiin potilasasiakirjoihinsa. Hän on oikeutettu saamaan tiedon siitä, mitä tietoja hänestä on tallennettu potilaskertomukseen. Viranomaisten järjestämässä terveydenhuollossa potilaan tiedonsaantioikeuteen voidaan soveltaa sekä henkilötietolakia että julkisuuslakia, mutta yksityisessä terveydenhuollossa ainoastaan henkilötietolakia. Siksi onkin tärkeää erottaa, onko pyydetyt potilastiedon rekisterinpitäjä viranomainen vai yksityinen palveluntuottaja. Viranomaisen potilasrekisteriin kuuluvien potilasasiakirjojen ollessa kyseessä on päätettävä, kumman lain mukaisesti asia ratkaistaan. Pyytjä harvoin osaa asiaa itse arvioida, joten viranomaisella onkin hallintolakiin perustuva neuvontavelvollisuus. Henkilötietolaissa säädetään, miten henkilön tarkastusoikeutta omiin potilasasiakirjoihinsa toteutetaan. Julkisuuslaissa taas säännellään päätöksentekomenettelyä ja päätöspäätösteita tilanteissa, joissa potilaan pyytämiä tietoja ei voida antaa hänelle. (STM 2012, 68–69)

Potilaalla on tarkastusoikeus omiin potilastietoihinsa. Täysi-ikäinen henkilö käyttää aina itse tarkastusoikeuttaan. Valtuutettu edustaja ei voi käyttää tarkastusoikeutta mutta laillisella edustajalla on rajoitettu tarkastusoikeus. Jos alaikäisen potilaan katsotaan kykenevän ikänsä ja kehitystasonsa perusteella tekemään itse päätöksiä hoidostaan ja häntä hoidettaessa yhteisymmärryksessä alaikäisen itsensä kanssa, on hänellä itsellään tarkastusoikeus hoitoaan koskeviin potilastietoihin. Tarkastusoikeutta voi käyttää alaikäisen lisäksi myös hänen huoltajansa tai muu laillinen edustaja, ellei hoidostaan päättämään kykenevä alaikäinen ole kieltänyt antamasta tälle tietojään. Omien tietojen tarkastuspyyntö lähetetään toimintayksikön lääkärille tai muulle tähän tehtävään nimetylle terveydenhuollon ammattihenkilölle. Pyydetyt tiedot kootaan potilaan suostumuksen perusteella ja annetaan tarkastusoikeutta käyttävälle ilman aiheetonta viivytystä. Tiedot voidaan antaa niitä pyytävälle järjestämällä hänelle tilaisuus tutustua potilasasiakirjoihin ammattihenkilön ollessa paikalla. Tietojen antajan on oltava varma, että potilas ymmärtää hänelle annetut tiedot. Tämä edellyttää usein ammattihenkilön tulkitsevan potilaalle kirjattujen diagnoosien, johtopäätösten ja ammattisanastoon kuuluvien termien merkitykset. Potilastiedot on annettava kirjallisena potilaan niin pyytäessä, mutta ne voidaan lähettää potilaalle postitse vain silloin, jos potilaan voidaan aiheellisesti uskoa ymmärtävän niiden merkityksen.

Potilasasiakirjojen sisältämiä arkaluontoisia tietoja, jotka eivät ole potilaan tiedossa tai jotka koskevat muita henkilöitä kuin potilasta itseään, ei tule näyttää tarkastusoikeutta käyttävälle. Potilaskertomuksen lisälehdille kirjattuja muiden henkilöiden kertomia arkaluontoisia tietoja ei anneta potilaalle. Tietojen pyytäminen on maksutonta kerran vuodessa. (STM 2012, 69–71)

Henkilötietolain mukaisesti tarkastusoikeus voidaan evätä poikkeuksellisesti muun muassa, jos tiedon antamisesta voisi aiheutua kriittisiä uhkia potilaan terveydelle tai hoidolle tai jos tiedon antamisesta saattaisi aiheutua vaara jonkun toisen oikeuksille. Jos vain osa tiedoista on sellaisia, jotka jäävät tarkastusoikeuden ulkopuolelle, on tarkastusoikeutta käyttävä oikeutettu saada tietoonsa muut hänestä kirjatut tiedot. Tarkastusoikeuden kieltäminen on annettava kirjallisesti. Todistuksessa on mainittava syyt, joiden vuoksi tarkastusoikeus on kielletty. Potilaalla on oikeus saattaa tarkastusoikeuden kieltäminen tietosuojeluvaltuutetun käsiteltäväksi, mistä häntä tulee informoida. (STM 2012, 71)

Lähtökohtaisesti riittää suullinen pyyntö saada itseään koskevat tiedot. Pyytäjän on kuitenkin osoitettava henkilöllisyytensä sekä laillisen edustajan suhteensa potilaaseen, ellei tietojen antajalla ole täyttä varmuutta niistä. Tiedon pyytäjää on autettava yksilöimään tarvitsemansa asiakirjat. (STM 2012, 72)

5.5 Sähköinen lääkemääräys

Suomessa on siirrytty asteittain myös sähköiseen lääkemääräykseen. Tämän edellytyksenä on ollut eri toimijoiden liittyminen valtakunnalliseen reseptikeskukseen. Lääkkeen määrääjä allekirjoittaa ja lähettää reseptit reseptikeskukseen elektronisesti. Potilaalle ei kirjoiteta lääkemääräystä paperireseptille vaan lääkkeen määrääjä tekee potilastietojärjestelmässä sähköisen reseptin ja lähettää sen reseptikeskukseen. Läkemääräys on reseptikeskuksessa kaikkien mukaan liittyneiden apteekkien saatavilla. Potilaalle tulostetaan tarvittaessa potilasohje, josta löytyy lääkkeen nimi, sen käyttötarkoitus sekä annostus. Resepti kirjoitetaan aina sähköisesti, ellei potilas ole kieltänyt sähköistä lääkemääräystä tai jos tekniset ongelmat estävät sen lähettämisen. Jos sähköistä lääkemääräystä ei voida tehdä, annetaan alkuperäinen lääkemääräys potilaalle paperisena reseptinä. Jos potilas on kieltänyt sähköisen reseptin, hänelle annetaan paperinen resepti tai tehdään lääkemääräys

puhelinreseptinä. Ennen ensimmäistä sähköistä lääkemääräystä on potilasta informoitava sähköisestä reseptistä ja siihen liittyvistä potilaan oikeuksista. Potilaalle annettusta informaatioista on tehtävä merkintä potilaskertomukseen ja se on annettava potilaalle myös kirjallisesti. Alaikäisen potilaan ollessa kyseessä informaatio annetaan hänen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalle tai alaikäiselle potilaalle itselleen, jos häntä hoidetaan yhteisymmärryksessä hänen itsensä kanssa. (STM 2012, 98–99)

6 Aikaisempia tutkimuksia

Handel ja Hackman (2010) ovat tutkineet sähköisten potilaskertomusten käyttöönottoa päivystyspoliklinikoilla. Heidän mukaansa sähköisen potilaskertomuksen käytöllä on päivystyksissä omia erityispiirteitään. Päivystyksissä potilasmääriin ei voida vaikuttaa, kuten ajanvarauspoliklinikoilla tai osastoilla, joten sähköisen potilaskertomuksen vaikutus työn sujuvuuteen on merkittävässä roolissa. Sähköisten potilaskertomusten käytön on kuitenkin todettu vähentävän lääkevirheitä sekä parantavan hoidon laatua. Sähköinen potilaskertomus voi myös parantaa hoidon jatkuvuutta, säästää aikaa sekä lisätä potilasturvallisuutta. Sähköisessä potilaskertomuksessa voidaan mm. tarkistaa lääkeaineinteraktioita automaattisesti, mikä vähentää sairastuvuutta sekä kuolleisuutta. Hoidon laatua sähköiset potilastietojärjestelmät voivat puolestaan parantaa tarjoamalla mm. tukea päätöksen tekoon erilaisilla suosituksilla. (Handel & Hackman, 2010)

Reed ym. (2013) ovat puolestaan tutkineet sähköisten potilastietojärjestelmien käytön vaikutusta diabetes mellitusta sairaustavien potilaiden päivystyskäyntien, sairaalahoidon sekä muiden terveydenhuollon palveluiden käyttöön. Heidän tutkimuksessaan huomattiin diabetespotilaiden päivystyskäyntien määrän sekä sairaalahoidon tarpeen vähentyneen tilastollisesti merkittävästi sähköisen potilaskertomuksen ollessa käytössä. Toisaalta eroa ei ollut huomattavissa muiden terveydenhuollon palveluiden käytössä. Sähköiset potilastietojärjestelmät parantavat tiedon ajantasaisuutta sekä kokonaisuutta, mikä voi osaltaan parantaa hoidon laatua ja tehokkuutta. Kroonisten sairauksien paremmalla hoitotasapainolla hoidon laadun parantuessa voi olla myös kuluja laskevia vaikutuksia. (Reed ym., 2013)

Wretborn ym. (2019) toteavat päivystyspoliklinikoiden olevan nykyisin suurelta osin riippuvaisia sähköisistä potilaskertomuksista ja niihin liittyvistä tukitoiminnoista. Sähköisten potilastietojärjestelmien päivitysten tiedetään heidän mukaansa lisäävän haittatapahtumia. He tutkivat päivystyspoliklinikan työmäärää, täyttöastetta sekä potilaiden päivystyskäynnin pituutta sekä sairaalahoitoon ottamista sähköisen potilastietojärjestelmän käyttökatkon aikana. Työmäärän he toteavat nousseen huomattavasti niissä päivystyksissä, missä asiaa voitiin luotettavasti tutkia. Päivystyksen täyttöaste sekä potilaiden päivystyskäynnin pituudet nousivat myös mutta sairaalahoitoon otetuiden potilaiden määrä pysyi muuttumattomana. Käyttökatkoon varautumisella sekä rutiineilla voidaan hallita myös ennakoimattoman käyttökatkon vaikutuksia. (Wretborn ym., 2019)

Johnson ym. (2008) ovat tutkineet sähköisten potilastietojärjestelmien kehittämistä, jotta ne mahdollistaisivat nopean ja yksityiskohtaisen kirjaamisen kertovassa muodossa sekä tiedon osittaisen rakenteistamisen, jotta sitä olisi mahdollista käyttää uudelleen sekä yhdistää muihin tietoihin. Sähköisissä potilastietojärjestelmissä on ollut kaksi toisiaan tukevaa pääasiallista tapaa esittää kliinistä tietoa. Narratiivista tietoa esitetään kirjoittaen, sanelutoiminnoilla tai puheentunnistusteknologian avulla. Se on joustavaa ja ilmaisullista mutta sitä ei voida hyödyntää muissa tietokonepohjaisissa tarkoituksissa. Koodattu tieto, mikä tallennetaan mm. erilaisilta lomakkeilta tai saadaan automaattisesti laitteista, mahdollistaa myöhemmän prosessoinnin mutta on usein vaikeakäyttöistä. Tieto voi myös jäädä vajaaksi mm. taustoituksen osalta. Tutkijat esittävätkin rakenteista narratiivista mallia, mikä yhdistäisi nämä kaksi lähestymistapaa. Tässä mallissa rakenteistamaton teksti sekä koodattu tieto yhdistettäisiin samaan esitystapaan yhdistäen molempien hyödyt mahdollistaen tiedon myöhempi käyttö. (Johnson ym., 2008)

Farley ym. (2013) ovat tarkastelleet sähköisten potilastietojärjestelmien käytön tuomia etuja, mutta myös potentiaalisia uhkia potilasturvallisuudelle sekä hoidon laadulle. He keskittyivät sähköisten potilastietojärjestelmien turvallisuuden suhteen kommunikaation epäonnistumiseen, väärä määräys väärälle potilaalle virheisiin, huonoon tiedon esittämiseen ja varoituసుupumukseen. Sähköisten potilastietojärjestelmien toiminnallisuuksien vaihtelut vaikuttavat päätöksentekoon, työnkulkuihin, kommunikaatioon ja ennen kaikkea hoidon laatuun sekä potilasturvallisuuteen. Päivystyspoliklinikoiden erityispiirteet kuten tilanteiden nopea vaihtelu, jatkuvat keskeytykset, potilasmäärien suuret vaihtelut sekä ennalta

tuntemattomat potilaat, tekevät päivystyksen ympäristönä erityisen alttiiksi virheille. Terveystieteiden laatu ja turvallisuutta voidaan parantaa vähentämällä käytäntöjen vaihtelevuutta ja toteuttamalla kliinistä hoitoa luotettavasti. Sähköisten potilastietojärjestelmien tarkoituksena on vaikuttaa näihin mm. helposti luettavassa muodossa olevalla kommunikaatiolla, helpottamalla aikaisemman tiedon hakua ja mahdollistamalla sähköisten määräysten teon sekä päätöksen teon tuen lääkäreille. Monista hyödyistä huolimatta sähköiset potilastietojärjestelmät voivat myös myötävaikuttaa lääkevirheisiin sekä herättää huolta potilasturvallisuudesta ja hoidon laadusta. Moniin sähköisiin potilastietojärjestelmiin liittyviin virheisiin on liittynyt myös käyttäjän käyttökokemattomuus sekä saatu koulutus mutta myös tietojärjestelmän käytettävyydellä on ollut vaikutusta esiintyneissä haittatapahtumissa. Tutkijat suosittavatkin mm. raportointijärjestelmää, jossa ilmoitetaan sähköiseen potilasjärjestelmään liittyvistä haittatapahtumista. Lisäksi tapahtumat on tutkittava ja juurisyitä selvitettävä, jotta niihin voidaan puuttua. (Farley ym., 2013)

7 Pohdinta

Opinnäytetyöni tavoitteena oli tehdä päivystykseen lyhyt ja selkeä opas kirjaamisesta. Halusin korostaa oppaassa, miksi kirjaaminen on tärkeää sekä mitä tietoja potilaskertomukseen on kirjattava. Lainsäädäntö asettaa selkeät raamit kirjaamiselle, joita terveydenhuollon ammattilaisten on noudatettava. Päivystystyön kiireydessä ei kirjaaminen ole aina ensimmäisenä mielessä, vaikka se onkin oleellinen osa potilastyötä. Toivon tämän opinnäytetyön osaltaan auttavan eri alojen ammattilaisia huomioimaan kirjaamisen tärkeyden osana työtään. Laadukas kirjaaminen parantaa osaltaan myös potilasturvallisuutta ja rakenteinen kirjaaminen antaa siihen hyvät työkalut. Potilaan oikeusturva on myös tärkeä huomioonotettava seikka nykyisessä sähköisessä maailmassa. Sähköinen potilastietojärjestelmä tarjoaa aiempaa paremmat mahdollisuudet tiedon hallintaan sekä sen käytön valvontaan. Potilaan itsensä käytössä olevat sähköiset palvelut parantavat potilaan osallistumista omaan hoitoonsa mutta myös antavat potilaalle paremmat mahdollisuudet tarkastaa hänestä kirjattujen potilastietojen oikeellisuuden.

Käydessäni läpi eri tutkimuksia opinnäytetyötäni varten, ne vahvistivat omaa tietämystäni rakenteisesta kirjaamisesta sekä sähköisestä kirjaamisesta päivystyksessä. Päivystys on

toimintaympäristönä hyvin erilainen kuin moni muu terveydenhuollon yksikkö, mikä asettaa kirjaamiselle ja kirjaamisalustalle erilaisia vaatimuksia, mitkä on pyrittävä ottamaan huomioon. Kuten Handel ja Hackman (2010) toteavat sähköisen potilaskertomuksen vähentävän lääkevirheitä, olen itsekin saanut huomata potilasturvallisuuden ja erityisesti lääkitysturvallisuuden parantuneen sähköisen potilastietojärjestelmän käyttöönoton jälkeen. Toisaalta Farleyn ym. (2013) huomio mm. varoitusväsymyksestä on yhtä paikkansapitävä. Erityisesti tämä on tullut esille uutta Apotti-järjestelmää kouluttaessani; moni ohittaa useat esille tulevat varoitukset niitä lukematta väsyessään jatkuviin varoituksiin. Keskityin aiempia tutkimuksia etsiessäni erityisesti ulkomaalaisiin tutkimuksiin, sillä halusin etsiä tietoa sähköisestä kirjaamisesta terveydenhuollossa yleensä enkä pelkästään Suomessa. Löydökset ovat silti hyvin samanlaisia kuin tilanne Suomessa niin sähköisen potilaskertomuksen hyödyissä ja mahdollisuuksissa kuin päivystyspoliklinikoiden erityispiirteissä.

Kirjaaminen osana hoitotyötä on aina ollut yksi ammatillisen mielenkiintoni kohteista. Opinnäytetyöprosessin aikana syvensin omaa tietoani ja osaamistani kirjaamisesta. Erityisesti rakenteisen kirjaamisen käsiteet sekä kirjaamisen taustalla vaikuttava lainsäädäntö avautuivat uudella tavalla. Usein kirjaaminen on viimeisenä hoidettava asia, jos tehtävää on paljon. Opinnäytetyötä tehdessäni innostuin taas uudelleen kirjaamisen tärkeydestä ja huomasin paremmin, kuinka sähköisen potilastietojärjestelmän ominaisuudet tukevat kirjaamista, mutta myös auttavat noudattamaan lain eri säädöksiä kirjaamisesta.

Rakenteisen kirjaamisen avulla potilaskertomustieto on aiempaa yhtenäisempää ja helpommin ymmärrettävissä ja hyödynnettävissä tarvittavan tiedon siirtyessä helposti esimerkiksi eri näkymille. Ajantasainen potilastieto on oleellinen osa potilasturvallisuutta. Rakenteinen kirjaaminen antaa mahdollisuuden eri potilastietojärjestelmiin kirjattujen potilastietojen hyödyntämiseen ja täten uusimman tiedon hakemiseen potilastietojärjestelmästä riippumatta. (THL 2018)

Toimintatutkimus opinnäytetyön toteutustapana oli minulle uusi mutta mielenkiintoinen lähestymistapa. Opinnäytetyön kirjoitusprosessin aikana sain vastattua alussa esitettyihin tutkimuskysymyksiin samalla, kun tein kehittämistyönäni kirjaamisoppaan.

Toimintatutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida pohtimalla tutkimuksen vaikutuksia ja sen aiheuttamia muutoksia kehitettävänä oleviin toimintoihin tai toimijoihin (Suojanen

2004). Tekemäni kirjaamisoppaan tarkoituksena on olla avuksi, kun tehtyä työtä kirjataan näkyväksi. Sitä voidaan käyttää niin perehtymisessä kuin itse työnkin ohessa. Kirjaamisopas voi osaltaan olla selkeyttämässä kirjaamisprosessia ja siten myös kehittää itse kirjaamista terveydenhuollon toimintayksikössä.

Toimintatutkimuksen prosessi on usein kuvattu spiraalimaisesti etenevänä toiminta- ja tutkimusvaiheiden vuorotteluna, jossa yhteen kierrokseen kuuluu suunnittelua, toimintaa, havaintoja ja reflektointia. Kierros toimii perustana seuraavalle ja tarkoituksena onkin jatkuvasti kehittää toimintaa. (Suojanen 2004) Opinnäytetyössäni olen toteuttanut tätä prosessia suunnittelemalla ensin opinnäytetyöni aiheita. Tämän jälkeen toimintana on ollut tiedonkeruuta aiheesta ja opinnäytetyön kirjoittamista. Havaintoina ja reflektointina ovat toimineet niin omat huomiot opinnäytetyöni etenemisestä kuin työn arviointi. Nämä toimivat pohjana seuraavalle kierrokselle, missä työn suunnittelun jälkeen olen toteuttanut itse kirjaamisoppaan ja opinnäytetyön. Havainnot ja työn reflektointi ovat osa opinnäytetyötä. Spiraalimainen edistyminen ja työn kehittäminen on jatkunut tämänkin jälkeen hiomalla niin itse kirjaamisopasta kuin opinnäytetyöni raportointia.

Vaikka rakenteinen kirjaaminen voi vaikuttaa aikaa vievältä ja jopa hankalalta, on siitä hyötyä erityisesti paremman yleiskuvan luomisessa potilaan terveydentilasta ja hoidosta sekä tietoa kootessa yhteenvetoihin. Uudet potilastietojärjestelmät myös tukevat ja ohjaavat ammattilaista rakenteisessa kirjaamisessa. Toivon opinnäytetyöni innostavan myös muita terveydenhuollon ammattilaisia kirjaamisen tärkeydestä sekä avaavan rakenteisen kirjaamisen mahdollisuuksia ja hyötyjä hoitotyölle entistä paremmin.

Lähteet

- Farley, H. L.;Baumlin, K. M.;Hamedani, A. G.;Shapiro, J. S.;Stone-Griffith, S.;& Pines, J. M. (2013). Quality and Safety Implications of Emergency Department Information Systems. *Annals of Emergency Medicine*, 64(4), 399-407.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2013.05.019>
- Handel, D. A.;& Hackman, J. L. (2010). Implementing Electronic Health Records in the Emergency Department. *The Journal of Emergency Medicine*, 38(2), 257-263.
doi:<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2008.01.020>
- Heikkinen, H. L. (2015). Toimintatutkimus: Kun käytäntö ja tutkimus kohtaavat. Teoksessa R. Valli;& J. Aaltola, *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle* (4. p., ss. 204-219). Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Henkilötietolaki 1999/523. (ei pvm). Haettu 8. 5 2019 osoitteesta
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1999/19990523>
- Johnson, S. B.;Bakken, S.;Dine, D.;Hyun, S.;Mendonca, E.;Morrison, F.;. . . Stetson, P. (2008). An Electronic Health Record Based on Stuctured Narrative. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 15(1), 54-64.
doi:<https://doi.org/10.1197/jamia.M2131>
- Jokinen, T.;& Virkkunen, H. (2018). Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas osa 1. THL.
Haettu 8. 5 2019 osoitteesta
https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018____.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. (ei pvm). Haettu 8. 5 2019 osoitteesta
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>
- Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 1999/621. (ei pvm). Haettu 8. 5 2019 osoitteesta
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990621>
- Reed, M.;Huang, J.;& Brand, R. (2013). Implementation of an Outpatient Electronic Health Record and Emergency Department Visits, Hospitalizations, and Office Visits Among Patients With Diabetes. *Jama*, 310(10), 1060-1065.
doi:<https://doi.org/10.1001/jama.2013.276733>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 298/2009. (ei pvm). Haettu 8. 5 2019 osoitteesta <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
- STM. (2012). Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Helsinki: Sosiaali-ja terveysministeriö. Haettu 8. 5 2019 osoitteesta

<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72897/URN%3aNBN%3afi-fe201504225719.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Suojanen, U. (2004). Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. Metodix-metoditietämystä kaikille. Haettu 26. 11 2020 osoitteesta
<https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>

THL. (2016). Rakenteinen kirjaaminen terveydenhuollossa. Haettu 31. 10 2017 osoitteesta
<https://www.slideshare.net/THLfi/rakenteinen-kirjaaminen-271016>

THL. (2018). Rakenteinen kirjaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Haettu 17. 4 2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa>

Valvira. (2018). Potilasasiakirjoista. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Haettu 8. 5 2019 osoitteesta
<https://www.valvira.fi/documents/14444/50159/Potilasasiakirjoista.pdf>

Wrethborn, J.;Ekelund, U.;& Wilhelms, D. B. (2019). Emergency Department Workload and Crowding During a Major Electronic Health Record Breakdown. *Frontiers in Public Health. Disaster and Emergency Medicine*.
 doi:<https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00267>

Liite 1: Päivystyksen lyhyt kirjaamisopas

Miksi kirjataan?

- Laki velvoittaa laatimaan jokaisesta potilaasta potilaskertomuksen.
- Potilastietoja on käsiteltävä erityisellä huolella.
- Tiedot ovat lähtökohtaisesti salassa pidettäviä.
- Potilasturvallisuus paranee erityisesti rakenteista kirjaamista käytettäessä, jolloin tiedot ovat helposti käytettävissä ja haettavissa.
- Potilasturvallisuus paranee myös siten, että ajantasainen tieto on saatavissa hoitavasta organisaatioista riippumatta.
- Hoidon laatu paranee tietojen ollessa yhtenäisempiä ja keskenään paremmin vertailtavissa.
- Potilaan oikeusturva paranee sähköisessä kirjaamisessa, jolloin tietojen käyttöä on helpompi seurata.

Mitä kirjataan?

- Potilaskertomuksessa on oltava perustiedot:
 - Nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot
 - Terveystieteiden toimintayksikön nimi
 - Merkinnän tekijän nimi ja asema sekä milloin merkintä on tehty
 - Saapuneiden tietojen osalta saapumisajankohta ja tietojen lähde
 - Alaikäisen potilaan osalta huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot
 - Täysi-ikäiselle potilaalle mahdollisesti määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot
- Potilasasiakirjoista on käytävä ilmi tarvittaessa myös seuraavat tiedot:
 - Potilaan ilmoittaman lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot
 - Potilaan äidinkieli tai asiointikieli
 - Potilaan ammatti

- Työtapaturman tai ammattitaudin ollessa mahdollisesti kyseessä; potilaan työnantajan vakuutusyhtiö
- Hoidon mahdollisesti maksavan vakuutusyhtiön nimi
- Tietojen luovuttamista koskevat potilaan suostumukset
- Potilaskertomukseen tehdään merkinnät jokaisesta palvelutapahtumasta:
- Avohoitokäynnit
- Osastohoitojaksot
- Terveystenhuollon ammattihenkilön käynnit potilaan luona
- Tiedoista tulee tarpeellisessa laajuudessa käydä ilmi:
 - Tulosity
 - Esitiedot
 - Nykytila
 - Havainnot
 - Tutkimustulokset
 - Ongelmat
 - Taudinmääritys tai terveysriski
 - Johtopäätökset
 - Hoidon suunnittelu
 - Toteutus ja seuranta
 - Sairausten kulku
 - Loppulausunto
- Terveystenhuollon ammattihenkilöiden tekemät merkinnät potilaasta ja hänen hoidostaan tehdyt havainnot ovat olennainen osa potilaskertomusta.
- Merkinnöistä on käytävä ilmi tarvittavan laajasti taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen ratkaisujen perusteet.
- Jokaiselle tehdyille toimenpiteelle on oltava erikseen määritelty peruste.
- Kertomukseen on kirjattava myös, kuinka hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotain erityistä ja millaisia ratkaisuja hoidon aikana on tehty.
- Kaikki hoitoon osallistuneet on kyettävä selvittämään.
- Jos potilaalle on suoritettu leikkaus tai muu toimenpide, on siitä laadittava leikkaus- tai toimenpiderekertomus, josta ilmenee riittävässä laajuudessa kuvaus toimenpiteen

suorittamisesta sekä sen aikana tehdyistä havainnoista sekä perustelut toimenpiteen aikana tehdyille ratkaisuille.

- Potilaskertomukseen on merkittävä myös tiedot potilaaseen pysyvästi asetetuista proteeseista, implanteista ja muista materiaaleista.
- Antoajankohdan mukaisesti merkitään myös potilaalle annetut lääkemääräykset, sairaustodistukset, työkyvyttömyystodistukset ja muut todistukset sekä kuntoutussuunnitelma.
- Jos potilaan itsemääräämisoikeutta joudutan rajoittamaan lain nojalla, siitä on tehtävä potilaskertomukseen erillinen merkintä, mistä käy ilmi toimenpiteen syy, luonne ja kesto sekä arvio sen vaikutuksesta hoitoon. Toimenpiteen määränneen lääkärin ja toimenpiteen suorittajien nimet merkitään myös potilaskertomukseen.
- Potilaskertomukseen kirjataan myös tiedossa olevat, hoidossa huomioon otettavat seikat kuten
 - Lääkeaineallergiat
 - Materiaaliallergiat
 - Yliherkkyydet
 - Muut hoidossa huomioitavat asiat
- Lisäksi kirjataan todetut haitalliset vaikutukset tutkimus- tai hoitotoimenpiteessä tai hoidon tehottomuus. Myös epäillyt potilas-, laite- ja lääkevahingot merkitään potilaskertomukseen yksityiskohtaisesti.
- Potilaskertomukseen kirjataan myös konsultaatiot sekä hoitoneuvottelut.
- Osastohoidossa olevan potilaan kertomukseen tehdään aikajärjestyksessä merkinnät potilaan tilan muutoksissa, tehdyistä tutkimuksista ja annetusta hoidosta. Merkinnät tehdään päivittäin välittömästi tiedon synnyttyä.
- Potilaan hoidon päättyessä laaditaan hoidon loppulausunto eli epikriisi, jossa on annetun hoidon yhteenvedon lisäksi ohjeet potilaan seurantaan ja jatkohoidon toteuttamiseen. Loppulausunnossa kuvataan myös mahdolliset poikkeamat potilaan toipumisessa toimenpiteen jälkeen sekä potilaan tila hoidon päättyessä kyseisessä yksikössä.

Miten kirjataan?

- Potilasasiakirjamerkinnät on tehtävä viivytyksettä.
- Jos tämä on mahdotonta, on niiden valmistuttava viimeistään viidessä vuorokaudessa potilaan poistuttua vastaanotolta tai palvelutapahtuman muuten päättyessä. Tämä koskee niin avo- kuin osastohoidon päättymistä.
- Osastohoitojaksojen aikaiset merkinnät on tehtävä heti merkinnän kohteena olevan tiedon synnyttyä.
- Lähetteet jatkohoitopaikkoihin on laadittava ja toimitettava perille viivyttelämättä. Myös kiireettömissä tapauksissa lähete on toimitettava jatkohoitopaikkaan viiden päivän aikana lähetteen tarpeen toteamisesta.
- Epikriisi jatkohoito-ohjeineen annetaan potilaalle ja hänen jatkohoitopaikkaansa tai muuhun potilaan kanssa sovittuun paikkaan viipymättä. Kiireettömissäkin tapauksissa on yhteenveto lähetettävä viiden vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä.
- Terveystieteiden ammattihenkilöt, jotka osallistuvat potilaan hoitoon, saavat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin. Heidän lisäksi muut potilaan hoitoon osallistuvat henkilöt voivat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin ammattihenkilöiden ohjeiden mukaisesti.
- Merkintöjen on oltava selkeitä, ymmärrettäviä ja niissä on käytettävä yleisesti tiedettyjä ja hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä.
- Merkinnöistä on aina käytävä ilmi tiedon lähde, ellei se perustu kirjaajan itse suorittaman tutkimukseen, mittaukseen tms.
- Virheelliset sekä turhat tiedot on korjattava, poistettava tai täydennettävä viivyttelämättä oma-aloitteisesti tai potilaan aiheellisesta vaatimuksesta. Alkuperäisen merkinnän tekijä tekee tarvittavat korjaukset. Jos tämä ei ole mahdollista, merkinnän korjaa toimintayksiköstä vastaava henkilö tai hänen valtuuttamansa henkilö. Korjausmerkinnät on tehtävä niin, että alkuperäinenkin merkintä on myöhemmin luettavissa. Potilasasiakirjoihin merkitään korjauksen tekijän nimi, virka-asema, korjauksen tekopäivä sekä peruste.

Minne kirjataan?

- Tiedot kirjataan sähköiseen potilastietojärjestelmään. Tietoa voidaan kirjata sekä rakenteisesti että vapaamuotoisesti. Rakenteisia tietoja voidaan myös täydentää vapaamuotoisella tekstillä tai tieto voi muodostua pelkästään rakenteisiin kenttiin tehdyistä merkinnöistä.
- Merkinnot kootaan asiakokonaisuuksiksi eri näkymiä käyttäen. Lääkärit käyttävät päänäkyminään erikoisalakohtaisia näkymiä. Muut terveydenhuollon ammattihenkilöt käyttävät palvelukohtaisia tai ammatillisia näkymiä. Saman merkinnän voi liittää useampaan lisänäkymään, jolloin kirjaus näkyy kaikkien valittujen näkymien tiedoissa.
- Merkintä kirjataan yhden hoitoprosessin vaiheen (tulotilanne, hoidon suunnittelu, toteutus, arviointi) alle, mutta merkinnässä voi tarvittaessa eritellä tiedot, jotka liittyvät eri hoitoprosessin vaiheisiin.
- Teksti ryhmitellään asiakokonaisuuksiin eri otsikoilla ja tarvittaessa vapaamuotoisilla lisäotsikoilla.
- Tietojärjestelmä tuottaa automaattisesti osan yksityiskohtaisesta tiedosta, kuten kirjaajan nimen, virka-aseman, toimintayksikön sekä ajankohdan. Käyttäjä kirjaa täten vain hoidollisesti merkittävän tiedon.
- Osa tiedoista kirjataan omille alustoilleen, kuten lääkitys ja riskitiedot.