

Suomen Fysioterapeutit

Ammattilaisen opas | 2015

FYSIOTERAPIAN RAKENTEINEN  
KIRJAAMINEN TERVEYDENHUOLLOSSA



# SISÄLTÖ

JOHDANTO .....	2
SÄHKÖINEN RAKENTEINEN POTILASKERTOMUS .....	3
POTILASKERTOMUKSEN RAKENNEKODIT .....	4
OTSIKOT .....	5
FYSIOTERAPIAN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN .....	8
TOIMINTAKYKY JA ICF RAKENTEISESSA KIRJAAMISESSA.....	9
RAKENTEISEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN .....	11
RAKENTEINEN KIRJAAMINEN KESKEISEN LAINSÄÄDÄNNÖN NÄKÖKULMASTA .....	12
POTILAAN OIKEUDET .....	13
LÄHTEET .....	14
LIITTEET	
TOP 10.....	15

## JOHDANTO

Fysioterapiapalvelujen tärkein tavoite on potilaan kokema, mahdollisimman hyvä toimintakyky ja terveyshyöty. Rakenteisen kirjaamisen avulla voidaan osoittaa fysioterapian tulokset myös muille terveydenhuollon ammattihenkilöille sekä palveluiden tilaajille ja maksajille.

Hyvä Fysioterapiakäytäntö on toimintaperiaate, jossa yhdistyvät näyttöön perustuva toiminta, organisaation toiminnan ja fysioterapeuttien osaamisen kehittäminen. Näyttöön perustuva työ tarkoittaa parhaan saatavissa olevan tutkimuksellisen tiedon yhdistämistä fysioterapeutin kliiniseen kokeemukseen ja potilaan näkemyksiin. Organisaation toiminnan kehittäminen tarkoittaa nykytilan arviointia, uusien työkäytäntöjen luomista ja oppimista sekä muutoksen hallinnan tukemista johtamisen avulla laadun ja tuloksellisuuden varmistamiseksi.

Rakenteinen kirjaaminen on kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden lakisääteistä toimintaa. Huolellisesti ja oikein laaditut potilasasiakirjat varmistavat potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan sekä myös fysioterapeuttien oikeusturvan toteutumisen.

Fysioterapia on osa kuntoutusta. Kuntoutusprosessin lähtökohtana on hyvin laadittu kuntoutussuunnitelma, joka perustuu potilaan oman arvion lisäksi objektiiviseen potilaan kokonaistilanteen arviointiin. Kuntoutuksen tavoitteiden tulee olla potilaalle merkityksellisiä ja edistymisen tulee näkyä arjen toiminnoissa.

Esimiehen tulee huolehtia kirjaamisen kehittämisestä. Kirjaamisen laatua tulee arvioida määräajoin ja kehittämistoimenpiteistä on sovittava yhdessä henkilöstön kanssa. Havaitut muutostarpeet perustuvat nykytilan arviointiin.

Suomalaisessa terveydenhuollossa ollaan siirtymässä valtakunnallisiin Kansallisen Terveysarkiston palveluihin (Kantapalvelut), johon kuuluvat sähköinen resepti, Lääketietokanta, Potilastiedon arkisto ja Tiedonhallintopalvelu sekä Omakanta. Ne muodostavat lainsäädäntöön perustuvan palvelukokonaisuuden, joka tulee kansalaisten, terveydenhuollon ja apteekkien käyttöön vaiheittain vuosina 2010–2016.

Tämän oppaan on laatinut **Suomen Fysioterapeuttien Rakenteisen kirjaamisen työryhmä**, johon kuuluvat koordinoiva osastonhoitaja, Tt **Marja Arkela, KM**, elv **Leena Noronen** ja kehittämisasiantuntija, YTM **Riitta Partia**.

# SÄHKÖINEN RAKENTEINEN POTILASKERTOMUS

Sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä varmistaa terveydenhuollon palvelujen tuottamisen potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä edistää potilaan tiedonsaantimahdollisuuksia. Potilasasiakirjojen sähköisessä käsittelyssä tulee turvata tietojen saatavuus ja käytettävyys. Potilastietojen tulee säilyä eheinä ja muuttumattomina koko niiden säilytysajan.

**LINKKI** | Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>

Keskeisten rakenteisten potilastietojen sekä erikoisala- ja ammattikohtaisten rakenteisten tietojen peruserätykset ovat seuraavat:

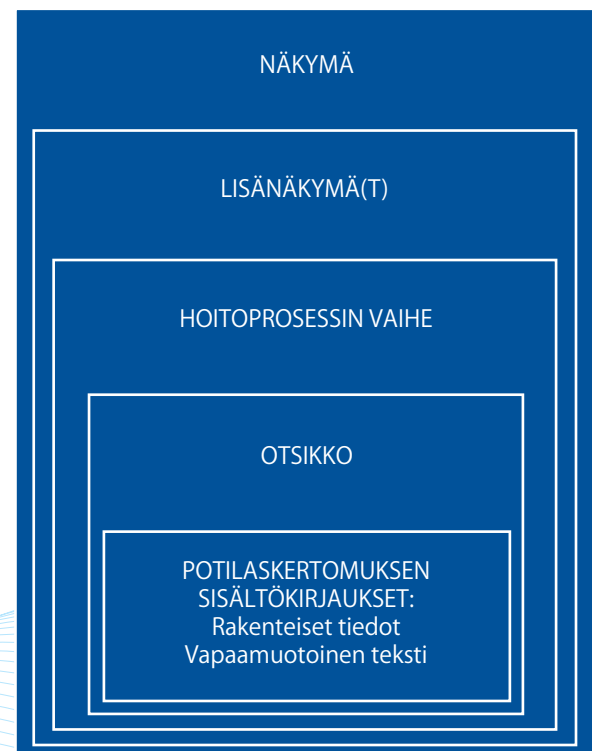
1. Rakenteiset tiedot ovat keskeisiltä osin yhteneviä sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon potilastietojärjestelmissä.
2. Tietosisällöt ovat yhtenevät sekä julkisilla että yksityisillä palvelun antajilla.
3. Potilaskertomus on moniammatillinen ja palvelee eri ammattiryhmien tarpeita.
4. Potilaskertomukseen kirjataan terveyden seurannan, hoidon toteutuksen ja arvioinnin kannalta kaikki tarpeellinen tieto. Kaikkiin rakenteisten tietojen tietokenttiin ei tule välttämättä kirjausta potilaan jokaisen hoitokontaktin yhteydessä. Rakenteista tietoa voidaan aina täydentää vapaamuotoisella tekstillä.
5. Valtakunnallisesti on määritelty yhtenäiset hoidon kannalta keskeiset tietosisällöt ja hoidon lisäksi potilashallintoon tai muuhun hoidon järjestämiseen, kuten ajanvaraukseen, liittyviä tietorakenteita.
6. Tarkoituksena on, että potilaskertomuksen tietosisältöä voidaan hyödyntää myös hoidon saatavuuden ja laadun seurannassa, toiminnan sujuvuuden, vaikuttavuuden ja vertailtavuuden arvioinnissa sekä muissa valtakunnallisissa tilastoinneissa ja tutkimuksissa.

7. Rakenteisten tietojen hyödyntämistä eri toimintatilan-teissa ja eri potilastietojärjestelmissä sekä niihin liitty-vissä ohjelmistoissa kehitetään valtakunnallisesti muun muassa osana Potilastiedon arkiston määrittelyä, ja niiden käyttöönottoa ja toimivuutta arvioidaan esimerkiksi alueellisissa pilottihankkeissa.

Sähköisen potilaskertomuksen tietosisältöjä jäsennetään hierarkkisesti mm. näkymien, hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla. Terveydenhuollon keskeisiin rakenteisiin potilastietoihin liittyvät luokitukset, termistöt ja koodistot on julkaistu THL:n koodistopalvelimella. Koodistopalvelimella julkaistut, ajantasaiset koodistot korvaavat aiemmat ydintie-tomääritykset. (THL 2014)

**LINKKI** | Koodistopalvelu

<https://www.thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/tiedon-ja-vaatimusten-yhdenmukaistaminen/koodistopalvelu/koodistot/potilas-ja-terveyskertomuksen-koodistot#potilaskertomuksen>



**KUVA 1** | Rakenteisen kirjaamisen malli (THL 2015)

# POTILASKERTOMUKSEN RAKENNEKODIT

## NÄKYMÄ

Näkymällä tarkoitetaan sellaista tietokokonaisuutta tai asia-yhteyttä, joka sitoo tiedon tiettyyn sisältö- tai hoitokokonaisuuteen. Näkymät -luokitusta käytetään terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä kokoamaan samaan näkymään sähköisen potilaskertomuksen eri tietokokonaisuuksia. Fysioterapia-

pialla on oma ammatillinen näkymä FYST.

## HOITOPROSESSIN VAIHE

Hoitoprosessilla tarkoitetaan saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuvien hoitotapahtumien suunnitelmallista kokonaisuutta, joka etenee ongelmien määrittelystä hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Vaiheet on kuvattu oheisessa taulukossa.

TULOTILANNE	Terveyden- ja sairaanhoidon vastaanotolle, poliklinikalle tai laitoshoitopaikalle saapumisen syyn selvittämistä sekä tilanteeseen liittyvien tutkimusten ja selvitysten suorittamista.
HOIDON SUUNNITTELU	Terveyden- ja sairaanhoitoon osallistuvien ammattihenkilöiden, potilaan ja tarvittaessa myös omaisten kanssa yhteistyössä suunnittelema potilaan hoito: hoidon tarve, hoidon tavoitteet ja niiden saavuttamiseksi suunnitellut toiminnot.
HOIDON TOTEUTUS	Hoidon toteuttaminen tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoidon toteutus -vaiheessa valitaan tavoitteiden saavuttamiseksi valitut keinot ja menetelmät.
HOIDON ARVIOINTI	Potilaan toimintakyvyssä tapahtuneiden muutosten ja toteutuneen hoidon arvioiminen suhteessa hoidon suunnitelmassa asetettuihin päätavoitteisiin.
MÄÄRITTÄMÄTÖN	Määrittämätön hoitoprosessin vaihe -luokkaa käytetään niissä tilanteissa joissa ei ole mielekästä hyödyntää mitään määritellyistä vaiheista, esimerkiksi todistuksen kirjoittaminen.

**KUVA 2** | Hoitoprosessin vaiheet (THL Koodistopalvelu),

[http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=224&versionKey=299 \(28.2.2015\)\)](http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=224&versionKey=299 (28.2.2015)))

# OTSIKOT

Kansallisesti yhdenmukainen kirjaamiskäytäntö edellyttää, että terveydenhuollon toimijat käyttävät teksteissään vain yhteisiä, Potilastiedon arkiston määrittelyjen mukaisia otsikoita. Otsikoilla jäsennetään potilaskertomuksen teksti asiaryhmiin ja sidotaan asiayhteyteen. Otsikoiden alle kirjataan kyseiseen asiayhteyteen liittyvää tietoa vapaamuotoisena tekstinä. Kansalliset otsikot on esitelty alla olevassa taulukossa.

DIAGNOOSI	Lääkäri kirjaa käynnillä tai hoitojaksolla todetut tai hoidetut sekä muut potilaan käynnillä tai hoitojaksolla hoitoon oleellisesti vaikuttaneet taudin tai tautien olemassaolon ja laadun määrittävät diagnoosit.
ESITIEDOT (ANAMNEESI)	Potilaan, hänen omaisensa tai saattajansa antamat tai aiemmista potilaskertomuksista kootut tiedot sairauden alkamisesta, kulusta ja saadusta hoidosta sekä hoitoon vaikuttavista muista oleellisista sairauksista ja ongelmista.
HOIDON TULOKSET	Potilaan tilassa tapahtuneet muutokset, joita arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, hoidon tavoitteisiin ja/tai toteutuneeseen hoitoon.
HOITOISUUS	Arvio potilaan tarvitseman tai saaman hoidon määrästä ja vaativuudesta.
HOIDON TARVE	Potilaan terveydentilaan liittyvät, jo olemassa olevat tai tulevaisuudessa mahdollisesti odotettavat ongelmat, joita pyritään ratkaisemaan tai lievittämään hoidon ja ohjauksen avulla, sekä voimavarat, jotka tukevat potilasta omahoidon hallinnassa.
KONSULTAATIO/LÄHETE	Sisäisten läheteiden, konsultaatiopyyntöjen ja -vastausten kirjaaminen. Otsikon alle kirjataan myös suunnitelma eri asiantuntijoilta pyydettävistä konsultaatioista.
KUNTOUTUS	Potilaan moniammatillisen kuntoutuksen ja terapia- ja erityispalveluiden toteutukseen, sisältöihin tai toimintoihin avo- ja laitoshoidossa liittyviä tietoja.
LOPPUARVIO (EPIKRIISI)	Potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon, esimerkiksi psykiatrisen päiväsaarialajakson tai kotihoitojakson, päättyessä yhteenvetomerkintöjen kirjaaminen. Huom. Loppuarvio sisältää kuvauksen hoidon kulusta ja hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta oleellisesta kehityksestä ja lopputuloksesta, tehdyt toimenpiteet, merkittävät tutkimustulokset ja niiden johtopäätökset, diagnoosit tai hoidon syyt, laaditut asiakirjat ja hoitosuunnitelman.
NYKYTILA (STATUS)	Terveydenhuollon ammattihenkilön kliinisissä tutkimuksissa toteamansa löydökset ja havainnot.

RISKITIEDOT	Tiedot, 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. Riskitiedot kirjataan rakenteisina tietoina Riskitieto-näkymälle.
TOIMENPITEET	Potilaalle tehdyt tai suunnitellut invasiiviset toimenpiteet, joilla on merkitystä potilaan hoidon kannalta, esimerkiksi leikkaukset. Otsikon alle kirjataan myös toimenpiteiden perustelut, toimenpidekertomus ja mahdolliset toimenpiteeseen liittyvät komplikaatiot.
TUTKIMUKSET	Elimistöstä otettuja näytteitä tutkimalla, biosignaaleja mittaamalla tai kuvantamismenetelmin saatu tieto potilaan terveydentilasta tai sairaudesta sekä näiden perusteella tehdyt johtopäätökset.
LÄÄKEHOITO	Potilaan lääkkeen määräämiseen, lääkkeenantoon ja lääkityksen tarkistamiseen liittyvät merkinnät sekä lääkehoitoon liittyviä arviointeja, kommentteja ja perusteluita tehdyille ratkaisuille. Rakenteiset lääkemerkinnät tehdään aina LÄÄ-näkymälle.
HOITOTOIMET	Potilaan toteutunut hoito, jolla vastataan potilaan hoidon tarpeisiin ja asetettuihin tavoitteisiin ja joita ei kirjata muiden hoidon toteutuksen otsikoiden, esimerkiksi Toimenpiteiden, Kuntoutuksen tai Lääkehoidon alle.
LAUSUNTO	Asiantuntemukseen nojautuvien kirjallisten kannanottojen tai selvitysten merkintöjen kirjaaminen. Otsikon alle kirjataan myös tieto tehdyistä erillisistä lausunnoista, joita ei tallenneta osana potilaskertomusta, esimerkiksi poliisille annettavista lausunnoista.
APUVÄLINEET JA HOITOTARVIKKEET	Tietoa toimintakykyrajoitteisen henkilön käytössä olevista, arjen selviytymistä ja osallistumista tukevista apuvälineistä sekä (pitkäaikaisten) sairauksien hoidon kannalta keskeisimmistä hoitotarvikkeista.
FYSIOLOGISET MITTAUKSET	Potilaan terveydentilaan liittyviä fysiologisia suureita kuten pituus, paino ja verenpaine sekä näiden perusteella tehdyt johtopäätökset.
HOIDON SYY	Muut terveydenhuollon ammattihenkilöt kuin lääkäri kirjaavat käynnillä tai hoitojaksolla arvioimansa käynnin tai hoitojakson kontaktin synn. Hoidon syy voidaan kirjata ICPC 2 -luokitusta tai lääkärin aiemmin potilaalle diagnosoimien tautitilojen ICD-10 -koodeja käyttäen.
ENNALTAEHKÄISY (PREVENTIO)	Rokotuksiin, terveyskasvatukseen, terveyden edistämisen ohjaukseen ja ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon tähtäävään toimintaan liittyvä tieto.
TERVEYSTARKASTUS	Potilaan yleisen terveydentilan toteamiseksi ja tiettyjen sairauksien poissulkemiseksi tehtävät tarkastukset ja tarkastukset, joissa pyritään varmentamaan, että terveydentila tai toimintakyky on riittävä johonkin tehtävään tai vaatimukseen, esimerkiksi ajokelpoisuus ajorttia varten
TERVEYTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	Potilaan terveyteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita tai muita terveyteen vaikuttavia tekijöitä, esimerkiksi tupakointi ja päihteiden käyttö.
TESTAUS- JA ARVIOINTITULOKSET	Terveydenhuollon ammattihenkilöiden potilaalle tekemät tutkimukset, testaukset ja haastattelut sekä niihin perustuvat johtopäätökset.

TOIMINTAKYKY	Potilaan kyky selviytyä arjen toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista sekä näihin liittyvä kehitys tai muutokset.
VÄLIARVIO	Potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon tai kuntoutuksen jatkuessa tehtävät yhteenvedotmerkinnät. Väliarvio sisältää kuvauksen hoidon aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta oleellisesta kehityksestä, merkittävät tutkimustulokset ja johtopäätökset sekä hoitosuunnitelman.
SUUNNITELMA	Potilaan terveydentilaa, tutkimusta, hoitoa, kuntoutusta ja niiden järjestämistä palvelutapahtuman yhteydessä käsittelevä suunnitelma sekä palvelutapahtuman jälkeen tapahtuvaksi suunniteltu jatkohoito. Hoitajaksojen välinen (avohoidon) potilaan ja terveydenhuollon eri toimijoiden yhteinen hoitosuunnitelma kirjataan ensisijaisesti erilliselle rakenteiselle ylläpidettävälle Terveys- ja hoitosuunnitelma asiakirjalle.
MUU MERKINTÄ	Tiedot, jotka eivät sovellu muiden otsikoiden alle.
PÄIVITTÄISMERKINTÄ (DECURSUS)	Potilaan osastohoidon tai sen kaltaisen hoidon aikaisten hoidon tai sairauden kulun lyhyet merkinnät.
ETÄKONTAKTI	Sähköisten ja kirjeitse tapahtuvien kontaktien, puhelinkontaktien sekä ilman potilaskontaktia tapahtuvien kontaktien merkintöjen kirjaaminen.
TULOSYY	Tieto potilaan hoitoon hakeutumisen syystä.
HOIDON TAVOITTEET	Hoidon suunnittelussa määritellyt potilaan hoidon kannalta oleelliset tavoitteet Huom. Hoidon tavoitteiden toteutuminen tulee olla arvioitavissa.

**KUVA 3** | Kansalliset otsikot (THL Koodistopalvelu)

<http://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=227&versionKey=302>

# FYSIOTERAPIAN RAKENTEINEN KIRJAAMINEN

Fysioterapian tarkoituksena on edistää, ylläpitää ja säilyttää mahdollisimman hyvää liikkumis- ja toimintakykyä ihmisen koko elämän ajan. Fysioterapiapalvelujen tarve syntyy, jos liikkumis- ja toimintakyky ovat uhattuina iän, vamman, kivun, sairauden, toimintarajoitteiden, tilanne- tai ympäristötekijöiden vuoksi. Fysioterapiapalveluja tuotetaan yksilöille ja yhteisöille. (WCPT 2015)

Hyvä kirjaamiskäytäntö on osa hyvää fysioterapiakäytäntöä ja se tukee potilaan kuntoutumista. Virheettömästi ja viivytyksettä laaditut potilasasiakirjat varmistavat fysioterapeutin oikeusturvan ja osoittavat potilaan saaman terveyshyödyn.

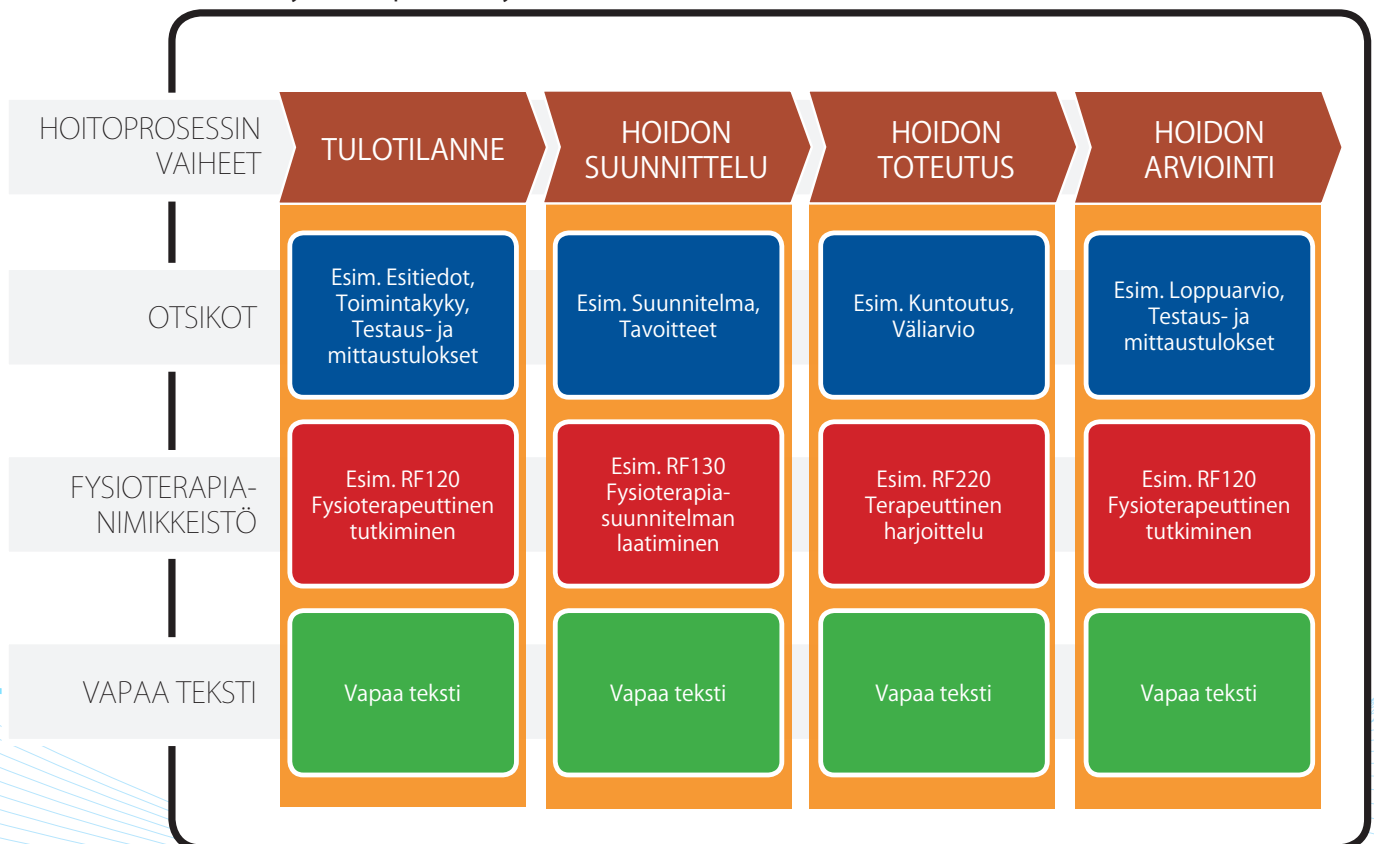
## KIRJAAMINEN FYSIOTERAPIAN AMMATILLISELLE NÄKYMÄLLE

Rakenteinen kirjaaminen koostuu näkymistä, hoitoprosessin vaiheista ja kansallisista otsikoista ja ammatti- ja erikoisala-kohtaisista luokituksista ja nimikkeistöistä. Fysioterapiapalvelua koskevat merkinnät kirjataan FYST-näkymälle, jonne kirjataan kansallisten otsikoiden ja Fysioterapianimikkeistön avulla. Fysioterapianimikkeistö on kuvaus fysioterapeutin työstä.

**LINKKI** | Fysioterapianimikkeistö

<http://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=45&versionKey=141>

Fysioterapian näkymä (FYST)



**KUVA 4** | Fysioterapian rakenteisen kirjaamisen malli (Suomen Fysioterapeutit 2015)

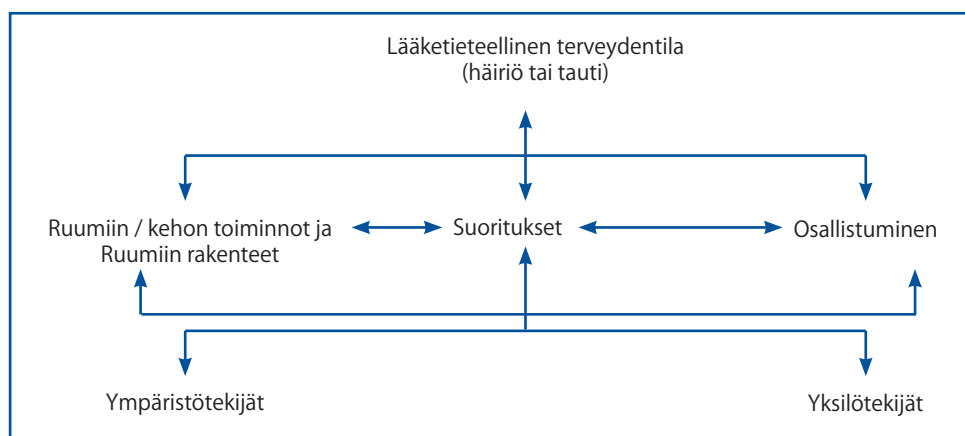


# TOIMINTAKYKY JA ICF RAKENTEISESSA KIRJAAMISESSA

Toimintakykyä tulee arvioida ja kuvata tarkoituksenmukaisesti ja riittävän laaja-alaisesti. Arvioinnissa käytetään tilanteeseen sopivia päteviä ja luotettavia arviointimenetelmiä. Asiakkaan näkökulma huomioidaan ja kirjataan arviointiprosessin eri vaiheissa. Fysioterapeutilla on oltava riittävä osaaminen arvioinnin tekemiseen ja tulosten tulkintaan. Arviointitulosten pohjalta suunnitellaan, seurataan ja kirjataan

tarvittavat toimenpiteet ja niiden vaikutukset. (THL 2015, <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky>)

ICF:n käsitelmä on monitasoinen lähestymistapa, jolla voi kuvata ihmisen toimintakykyä ja toimintarajoitteita. Samalla se on viitekehys, jonka avulla toimintakykyä ja toimintarajoitteita kuvaava tieto on järjestetty.



**KUVA 5** | ICF – luokituksen osa-alueiden vuorovaikutussuhteet (THL 2004)

Hyvään fysioterapiakäytäntöön kuuluu potilaan toimintakyvyn arviointi laaja-alaisesti ja kokonaisvaltaisesti. Arviointi sisältää aina kaikki ICF:n osa-alueet, osallistuminen, suoritukset, ruumiin kehon toiminnot ja rakenteet sekä ympäristö- ja yksilökijöiden vaikutukset. Toimintakyvyn arviointi ja tavoitteiden asettaminen tehdään aina yhteistyössä potilaan kanssa (esim. GAS).

**LINKKI** | Toimintakyvyn arviointi  
<http://www.toimia.fi>>suositukset

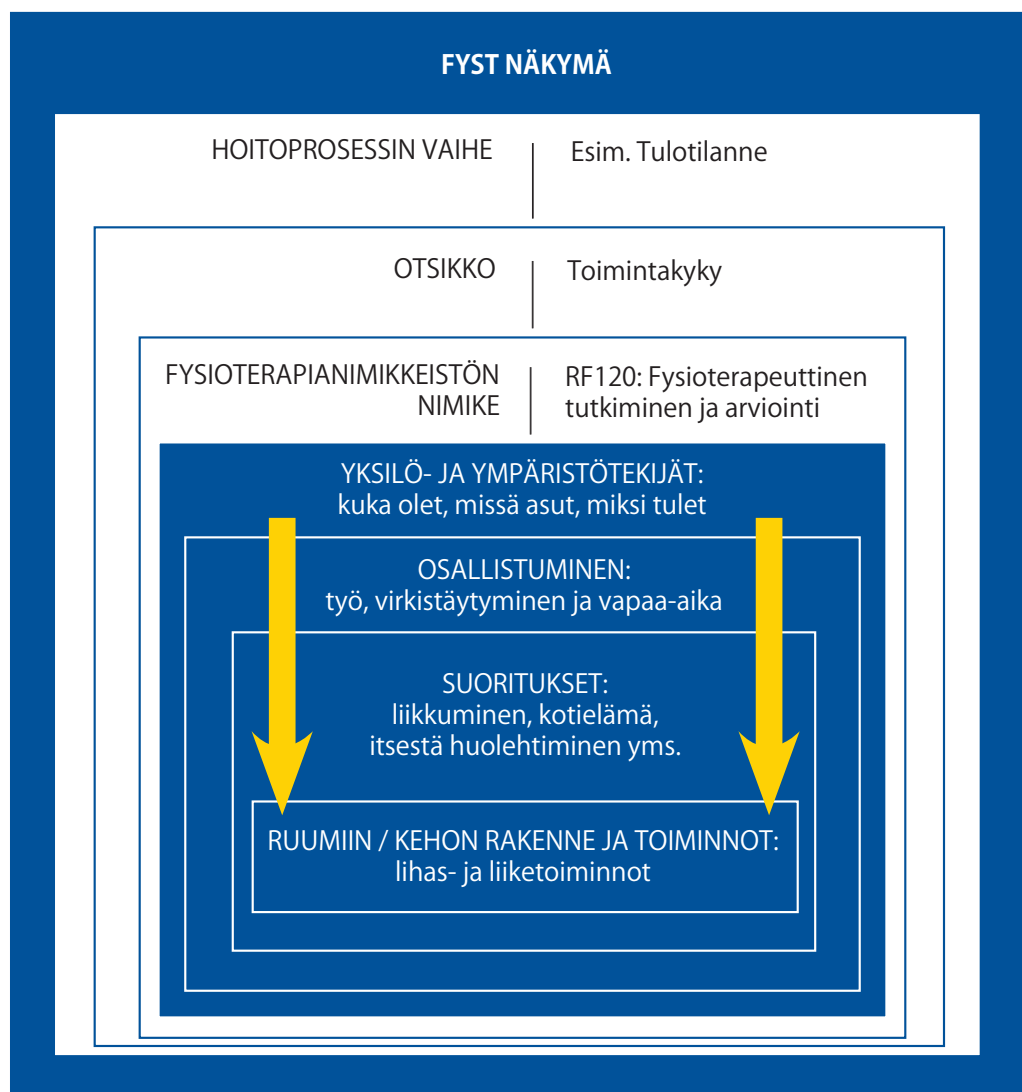
**LINKKI** | Tavoitteiden asettaminen  
<http://www.kela.fi/gas-menetelma>



**KUVA 6** | Toimintakyvyn arvioinnin ja ICF:n suhteet (Suomen Fysioterapeutit 2015)

## TOIMINTAKYVYN KUVAAMINEN RAKENTEISESSA KIRJAAMISESSA

Rakenteisessa kirjaamisessa toimintakyvyn kuvaamisen lähtökohtana on potilaan elämäntilanne, ympäristötekijät, suoritukset ja osallistuminen. Kahden erilaisen käsitejärjestelmän (rakenteinen kirjaaminen ja ICF) soveltaminen samanaikaisesti on vaativa tehtävä. Seuraavassa kuviossa on esimerkki siitä, miten ICF:n mukaista kirjaamista voidaan toteuttaa Fysioterapian rakenteisen kirjaamisen mallin Tulotilanteessa Toimintakyky-otsikon alla.



**KUVA 7** | Esimerkki potilaan toimintakyvyn kuvauksesta rakenteisessa kirjaamisessa ICF-mallin mukaan (Suomen Fysioterapeutit 2015)

## RAKENTEISEN KIRJAAMISEN KEHITTÄMINEN

Kirjaamisen kehittäminen on kaikkien fysioterapeuttien tehtävä ja lakisääteinen velvollisuus. Fysioterapiayhteisössä esimiehen tulee huolehtia siitä, että kirjaamisen laatua arvioidaan määräajoin ja kehittämistoimenpiteistä sovitaan yhdessä henkilöstön kanssa. Kehittämistyön perustana on lainsäädäntö, potilastiedon arkiston kansalliset määräykset sekä oman alan vallitsevat hyvät käytännöt. Lisäksi fysioterapiayhteisössä tulee pohtia kerätyn tiedon käyttötarkoitusta esimerkiksi hallinnon päätöksenteon tukena, palvelujen laadun arvioinnissa ja kustannusten seurannassa. Kehittämistyö käynnistyy muutostarpeen tunnistamisesta, joka johtaa nykytilan arviointiin.

1. nykytilanteen arviointi (esim. itsearviointi ja vertaisarviointi)
2. päättäminen kehittämiskohteista
3. priorisointi (haluttu tulos), aikataulu ja keinot
4. toteutus
5. arviointi ja johtopäätökset jatkokehittämisestä



Terveydenhuollossa organisaation strategiassa ja tavoitteissa tulee määritellä, mikä tieto on merkityksellistä ja tarpeellista. Tavoitteena on tiedon systemaattinen käyttö ja esimiehen tehtävä on ratkaista, miten kertaalleen tallennettua tietoa voidaan käyttää hyödyksi toiminnan kehittämisessä. Potilastietojärjestelmiin tallennetun tiedon aktiivinen hyödyntäminen on keskeinen osa terveydenhuollon strategista johtamista. Saranto (2007) painottaa, että muutoksessa ihmiset ovat keskeinen voimavara ja tekniikka on vain väline. Muutos käynnistyy organisaation nykytilan arvioinnista, ja myös organisaation toimintakulttuuria ja -tapoja tulee arvioida. Sarannon mukaan johtamisella on ratkaiseva merkitys, kun pohditaan, miten organisaatiossa hankittua tietoa jalostetaan osaamisen kehittämiseksi.

Fysioterapiapalvelujen tärkeimpänä tavoitteena on potilaalle koituvaa mahdollisimman suuri terveyshyöty. Tämä voidaan saavuttaa ammatillisen osaamisen, yhtenäisten fysioterapialinjausten, saumattomien hoitoketjujen sekä moniammatillisen yhteistyön keinoin. Kirjaaminen on osa kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja siten myös fysioterapeuttien lakisääteistä ammattitoimintaa. Huolellisesti ja oikein laaditut potilasasiakirjat varmistavat potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan ja samoin myös fysioterapeuttien oikeusturvan. Kirjaamisen laatua tulee arvioida määräajoin ja esimiehen tehtävä on huolehtia tarvittavista kehittämistoimenpiteistä sekä osaltaan vastata fysioterapiahenkilöstön osaamisen kehittämisestä.

# RAKENTEINEN KIRJAAMINEN KESKEISEN LAINSÄÄDÄNNÖN NÄKÖKULMASTA

Fysioterapeutti on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka toiminnan päämääränä tulee olla terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on toiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksytyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulu- tuksensa mukaisesti. Ammattiosaamista on pyrittävä jatkuvasti täydentämään ja toiminnassa tulee ottaa tasapuolisesti huomioon potilaalle koitua hyöty ja mahdolliset haitat.

» [Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä](#)

## JOKAISEN FYSIOTERAPEUTIN TEHTÄVÄ

Kaikkien fysioterapeuttien tulee pitää jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta. Tämä velvoite koskee kaikkia terveydenhuollon toimintayksiköitä ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavia fysioterapeutteja. Potilasasiakirjat tulee laatia ja säilyttää sekä pitää salassa niihin sisältyvät tiedot potilaslain säädösten mukaisesti. Salassapitovelvollisuus säilyy myös ammatinharjoittamisen päätymisen jälkeen.

» [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista](#)

Potilaskertomuksen lisäksi potilasasiakirjoja ovat muut potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat, esimerkiksi lähetteet ja ajanvarausdokumentit.

» [Potilasasiakirja-asetus](#)

## RIITTÄVÄT JA SELKEÄT MERKINNÄT

Potilasasiakirjoihin merkitään potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset ja laajuudeltaan riittävät tiedot.

Potilasasiakirjamerkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niissä tulee käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Virheellisiä tai vanhentuneita tietoja ei pidä käsitellä eikä arkaluonteisia henkilötietoja ole lupa käsitellä lainkaan. Arkaluonteisina tietoina pidetään mm. rotua tai etnistä alkuperää, yhteiskunnallista, poliittista tai uskonnollista vakau- musta tai seksuaalista suuntautumista koskevia tietoja.

» [Potilasasiakirja-asetus](#)

## MERKINNÄT VIIVYTYKSETTÄ JA JOKAISESTA PALVELUTAPAHTUMASTA

Potilasasiakirjamerkinnät tulee tehdä viivytyksettä ja viimeistään viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun palvelutapahtuma päättyy. Tämä koskee myös jatkohoitolähetteitä ja hoitokas- sasta tehdyä yhteenvetoja.

## Mikä on palvelutapahtuma

Potilaskertomukseen tehdään merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta.

Palvelutapahtumalla tarkoitetaan terveydenhuollon palvelujen antajan ja potilaan välistä yksittäisen palvelun järjestämistä tai toteuttamista. Palvelutapahtuma on esimerkiksi

- yksittäinen avohoitokäynti perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa siihen ajallisesti ja asiallisesti liittyvine tutkimuksineen, toimenpiteineen ja yhteydenottoineen, tai
- laitoshoitokas- soon liittyvine toimenpiteineen, tutkimuksineen ja konsultaatioineen, tai
- määritellystä syystä tapahtuva hoitosarja

Palvelutapahtumia koskevista tiedoista tulee käydä ilmi tulosy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveysriski, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto.

Valittujen menetelmien perustelut tulee selvittää potilasasiakirja- merkinnöissä. Niistä tulee käydä ilmi valitun hoidon ja fysioterapian sekä tehdyt ratkaisut. (THL 2014)

## POTILAAN OIKEUDET

Jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilansa edellyttämään terveyden- ja sairaanhoitoon niiden voimavarojen rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan.

» [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista](#)

Henkilötietoja tulee käsitellä laillisesti, noudattaen huolellisuutta ja hyvää tietojenkäsittelytapaa sekä toimia muutoinkin niin, ettei rekisteröidyn yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojan turvaavia perusoikeuksia rajoiteta ilman laissa säädettyä perustetta. Julkinen tai yksityinen terveydenhuollon toimintayksikkö ja myös itsenäinen ammatinharjoittaja on rekisterinpitäjä, jonka tulee laatia henkilörekisteristä rekisteriseloste, josta ilmenee mm. rekisterinpitäjän ja tarvittaessa tämän edustajan nimi ja yhteystiedot, henkilötietojen käsittelyn tarkoitus, kuvaus rekisteröityjen ryhmästä tai ryhmistä ja näihin liittyvistä tiedoista tai tietoryhmistä, mihin tietoja säännönmukaisesti luovutetaan sekä kuvaus rekisterin suojausten periaatteista. Rekisterinpitäjän on pidettävä rekisteriseloste potilaiden saatavilla.

» [Henkilötietolaki](#)

### INFORMOINTIVOLLISUUS

Rekisterinpitäjän tulee huolehtia siitä, että rekisteröity voi saada tietää itseään koskevien tietojen käsittelystä. Rekisteröidylle tulee kertoa ainakin tiedot:

- rekisterinpitäjistä (nimi ja yhteystiedot)
- kerättävien henkilötietojen käsittelyn tarkoituksesta
- säännönmukaisista henkilötietojen luovutuksista
- tiedot, jotka ovat tarpeen rekisteröidyn oikeuksien käyttämiseksi asianomaisessa henkilötietojen käsittelystä.

### POTILASIASIAKIRJOJEN TARKASTUSOIKEUS

Potilaalla on oikeus saada tietää, mitä häntä koskevia tietoja henkilörekisteriin on talletettu tai, ettei rekisterissä ole häntä koskevia tietoja. Henkilötietojen tarkistus voidaan tehdä maksuttomasti kerran vuodessa. Pyyntö tarkastusoikeuden käyttämisestä tulee tehdä lääkärille tai muulle terveydenhuollon ammattihenkilölle, joka huolehtii tietojen hankkimisesta rekisteröidyn suostumuksella ja antaa tälle tiedon rekisterissä olevista merkinnöistä.

### POTILASIASIAKIRJAMERKINTÖJEN KORJAAMINEN

Potilasasiakirjamerkintöjen korjaaminen tehdään siten, että alkuperäinen ja korjattu merkintä ovat myöhemmin luettavissa. Korjauksen tekijän nimi, ammatti/asema, korjauksentekopäivä ja korjauksen peruste tulee merkitä potilasasiakirjoihin. Jos potilasasiakirjoista poistetaan potilaanhoidon kannalta tarpeeton tieto, potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkintä siitä, sen tekijästä ja poistamisajankohdasta.

Jollei rekisterinpitäjä hyväksy rekisteröidyn vaatimusta tiedon korjaamisesta, hänen on annettava asiasta kirjallinen todistus. Todistuksessa on mainittava myös ne syyt, joiden vuoksi vaatimusta ei ole hyväksytty. Rekisterinpitäjän on ilmoitettava tiedon korjaamisesta myös sille, jolle rekisterinpitäjä on luovuttanut tai jolta rekisterinpitäjä on saanut virheellisen henkilötiedon. Tarvittaessa rekisteröity voi saattaa asian tietosuojavaltuutetun käsiteltäväksi.

### TIETOJEN LUOVUTTAMINEN

Potilastiedon arkistoon tallennetut potilastiedot ovat tiedon tallentaneen terveydenhuollon palvelujen antajan käytettävissä. Tietojen luovuttaminen muille terveydenhuollon palvelujenantajille edellyttää potilaan antamaa suostumusta. Yhteisrekisteri tarkoittaa yhden sairaanhoitopiirin alueella toimivien, julkisen terveydenhuollon toimijoiden rekistereistä muodostuvaa yhteistä potilastietorekisteriä. Potilaan antama suostumus on voimassa toistaiseksi ja käsittää kaikki järjestelmässä jo olevat ja myös siihen myöhemmin tallennettavat potilastiedot.

Potilas voi kuitenkin rajata suostumuksen laajuutta erikseen tekemällään kiellolla. Suostumusta ja kieltöjä voi hallita palveluun liittyneen terveydenhuollon palvelujen antajan luona ja tulevaisuudessa Omakanta-palvelussa.

Potilas voi käydä lukemassa ja kuittaamassa saamansa informoinnin Omakannassa. Asia voidaan myös kertoa potilaalle terveydenhuollon käynnin yhteydessä. Katseluyhteyden käyttö on mahdollinen vain 18 vuotta täyttäneiden tietoihin. Alaikäisiä koskevat suostumukset ja kiellot on tehtävä henkilökohtaisesti terveydenhuollon palvelujenantajalle. (www.kanta.fi)

Tarkoitus on, että potilas voi itse vaikuttaa siihen, miten häntä koskeva tieto rekisterissä liikkuu. Potilas voi asettaa kiellon yhteisrekisteriä koskien ja voi kieltää tietyn palvelunantajan, esimerkiksi terveyskeskuksen tietojen luovutukset muille palvelunantajille. Myöhemmin kiellot laajenevat koskemaan myös palvelutapahtumia, joka voi olla esim. tietty vastaanotokäynti. Poikkeuksena tästä ovat mm. tilanteet, joissa muun muassa turvattaisiin mahdollisuus antaa tajuttomalle potilaalle hänen välittömästi tarvitsemansa hoito.

#### SUOSTUMUKSET YKSITYISSEKTORILLA

Yksityissektorilla on edelleen voimassa asiakastietolain mukainen toiminta, jolloin kirjallinen suostumus tietojen hakeamiseen tai luovuttamiseen annetaan erikseen jokaisen palvelutapahtuman yhteydessä. Sitä ei voida antaa toistaiseksi voimassa olevana eikä määräaikaisena. Potilaan tai hänen laillisen edustajansa suullisella suostumuksella potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja voidaan luovuttaa toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi. Potilaan suullisella suostumuksella voidaan myös toimittaa yhteenveto annetusta hoidosta potilaan hoitoon lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle.

Potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja voidaan luovuttaa ilman potilaan suostumusta, jos tiedon antamisesta tai oikeudesta tiedon saamiseen on laissa erikseen säädetty, esimerkiksi kuntoutuslakien perusteella.

## LÄHTEET

Hyppönen H., Vuokko R., Doupi P., Mäkelä-Bengs P. (toim.) Sähköisen potilaskertomuksen rakenteistaminen. Menetelmät, arviointikäytännöt ja vaikutukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 31/2014. <https://www.julkari.fi/handle/10024/125442>

ICF : Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Sähköinen versio: <http://julkari.fi/handle/10024/77744>

ICF-verkosto: <https://www.innokyla.fi/web/verkosto567246/materiaalit>

Lehtovirta J & Vuokko R (toim.) Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas. THL 2014 <https://www.julkari.fi/handle/10024/110913>

Potilasasiakirjaopas. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. STM:n julkaisu 4/2012. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf)

Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. STM 2012, <http://www.julkari.fi/handle/10024/112073>

Saranto K. Tietojärjestelmät terveydenhuollon muutoksen johtamisessa. Kirjassa Vuori J. (toim.) Terveys ja johtaminen. Terveystieteiden tutkimuskeskus terveydenhuollon työyhteisöissä. WSOY 2007.

Suomen Fysioterapeutit: Dokumentointi-sivusto <http://www.suomenfysioterapeutit.fi/index.php/dokumentointi>  
THL Toimintakyky-sivusto <http://www.thl.fi/fi/web/toimintakyky>

THL - ICF - Toimintakykykäsitteiden luokitus <http://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=1743&VersionKey=1963>

Virkkunen H; Mäkelä-Bengs P; Vuokko R: Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas - Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen, Osa I, Versio 2015, <http://www.julkari.fi/handle/10024/126020>

WCPT Policy Statements [www.wcpt.org](http://www.wcpt.org)

# Dokumentoinnin TOP10

- 1** Kaikkien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee pitää potilasrekisteriä.
- 2** Jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta tulee tehdä merkintä. Kirjaamiseen käytettävä aika on osa palvelutapahtumaa.
- 3** Etene loogisesti ja jäsennellysti. Kirjaa lukijaystävällisesti ja rakenteisessa muodossa.
- 4** Käytä dokumentoinnissa kansallisia otsikoita ja Fysioterapianimikkeistöä.
- 5** Käytä arvioinnissa arvioinnissa luotettavia ja päteviä mittareita ja menetelmiä.
- 6** Dokumentoi vain hoidon kannalta olennaiset tiedot. Kirjaa merkittävät muutokset terapian kulussa sekä arvioi ja kirjaa fysioterapian tulos.
- 7** Noudata potilasrekisteripidon hyviä käytäntöjä ja ota huomioon henkilötietolain mukaiset velvoitteesi.
- 8** Tarkista, että potilaasi tietojen luovuttaminen on oman organisaatiosi/yrityksesi säädösten mukaista. Pyydä tarvittaessa suostumus.
- 9** Säilytä asiakirjat asianmukaisesti ja säädösten mukaisen ajan.
- 10** Arvioi määräajoin kirjaamisesi laatua ja huolehdi tarvittavista kehittämistoimenpiteistä ja osaamisesi kehittämisestä.