



5.12.2025

Jakelussa mainituille

Selvityspyyntö hyvinvointialueiden rahoitusmallin tietopohjaan liittyvien ongelmien selvitystyötä varten

Valtiovarainministeriö on asettanut 1.12.2025 selvityshenkilöt selvittämään hyvinvointialueiden rahoitusmallin tietopohjaan liittyviä ongelmia.

Valtiovarainministeriö pyytää palvelunantajilta seuraavia selvityksiä ja asiakirjoja tätä selvitystyötä varten.

Valtiovarainministeriö pyytää toimittamaan selvitystehtävän suorittamista varten seuraavat selvitykset:

1. Selvitys, mistä tietojärjestelmistä palveluntaja toimittaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) diagnoositietoja hoitoilmoituksena? Milloin palveluntaja on ottanut THL:n Tiedontoimituspalvelun käyttöön tai milloin se on suunniteltu otettavan käyttöön? Millä tavalla hoitoilmoitustiedot on toimitettu THL:lle vuosina 2023–2025?
2. Selvitys, kuka kirjaa THL:lle toimitettavat diagnoositiedot ja onko tietojen kirjaaja sama terveydenhuollon ammattihenkilö kuin potilaskertomukseen tai muuhun potilasasiakirjaan kirjaava henkilö palvelutapahtuman yhteydessä. Milloin nämä tiedot kirjataan palvelutapahtuman aikana tai sen jälkeen palveluntajan antamien ohjeiden mukaan?
3. Selvitys siitä, kenen vastuulla THL:lle toimitettavien tietojen täydentäminen, jos diagnoositieto puuttuu ilmoituksesta? Jos hoitoilmoituksesta puuttuu tietoja THL:lle toimittamisen jälkeen, kenen vastuulla on täydentää ilmoitusta.
4. Selvitys siitä, onko hoitoilmoituksiin kirjaamisessa tai tietojen toimittamisessa käytäntöjä, joita ei ole palveluntajan tai THL:n antamissa ohjeissa sekä miten nämä käytännöt vaikuttavat tietojen kirjaamiseen tai toimittamiseen? Jos tällaisia käytäntöjä on, miksi ne ovat käytössä.

5. Selvitys siitä, mikä palvelutapahtumaan liittyvä diagnoositieto potilasasiakirjoista kirjataan hoitoilmoitukseen esimerkiksi hoitojaksolta?
6. Selvitys siitä, miten tietojärjestelmässä on kontrolloitu, että a) potilaskertomukseen tai muuhun vastaavaan asiakirjaan kirjattu diagnoositieto kirjautuu samanlaisena myös THL:lle toimitettaviin tietoihin sekä b) potilaskertomuksessa tai muussa vastaavassa asiakirjassa kirjatut tiedot siirtyvät THL:lle toimitettaviin tietoihin.
7. Selvitys siitä, mitä ongelmia organisaationne on havainnut THL:lle toimitettavien tietojen poiminnassa tai eheydessä suhteessa potilaskertomukseen tai muuhun vastaavaan asiakirjaan kirjattuihin diagnoositietoihin. Mistä syystä näitä ongelmia on ilmennyt ja miten ongelmat on havaittu?

Valtiovarainministeriö pyytää toimittamaan seuraavat asiakirjat:

8. Ote tietojärjestelmäkohtaisista kirjaamisohjeista, joilla on merkitystä diagnoositietojen kirjaamisessa potilaan asiakasasiakirjoihin sekä THL:lle toimitettaviin tietoihin. Mainitse myös THL:n ohjeen versio, johon kirjaaminen perustuu sekä Hilmo-ohjeen versio.
9. Vuosilta 2023–2025 asiakirjat, jotka koskevat valvontaa tai muuta vertailua potilaskertomuksessa tai muussa vastaavassa asiakirjassa olevien diagnoositietojen ja THL:lle toimitettujen tietojen väliltä sekä mahdollisesti muut auditointiasiakirjat, joista ilmenee laatuarviointi potilaskertomuksessa ilmenevien potilaan hoitoon liittyvien tietojen ja näitä koskevien diagnoositietojen välillä.

Asiakirjat ja selvitykset pyydetään toimittamaan **viimeistään 8.1.2026** osoitteeseen kirjaamo.vm@gov.fi. Sähköpostin otsikkoon toivotaan maininta "VN/35725/2025".

Tiedonsaannin säädösperusta: Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999) 9 §:n 1 momentti ja 28 §.

Lisätietoja antavat: selvityshenkilöt Ulla-Mari Kinnunen (etunimi.sukunimi@uef.fi) ja Tomi Voutilainen (etunimi.sukunimi@uef.fi).

Osastopäällikkö, ylijohtaja

Ville-Veikko Ahonen

Finanssineuvos, yksikön päällikkö

Tanja Rantanen

Jakelu

Helsingin kaupunki
HUS-hyvinvointiyhtymä
Etelä-Karjalan hyvinvointialue
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue
Etelä-Savon hyvinvointialue
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue
Kainuun hyvinvointialue
Kanta-Hämeen hyvinvointialue
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue
Keski-Suomen hyvinvointialue
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue
Kymenlaakson hyvinvointialue
Lapin hyvinvointialue
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue
Pirkanmaan hyvinvointialue
Pohjanmaan hyvinvointialue
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue
Pohjois-Savon hyvinvointialue
Päijät-Hämeen hyvinvointialue
Satakunnan hyvinvointialue
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue
Varsinais-Suomen hyvinvointialue

VN/35725/2025-VM-4

Seuraavat henkilöt ovat allekirjoittaneet tämän asiakirjan sähköisesti /

Följande personer har undertecknat denna handling elektroniskt /

This document has been signed electronically by the following persons:

8.1.2026

Valtiovarainministeriö
VN/35725/2025

Vastaus selvityspyyntöön hyvinvointialueiden rahoitusmallin tietopohjaan liittyvien ongelmien selvitystyötä varten

Taustaa

Valtiovarainministeriö on asettanut 1.12.2025 selvityshenkilöt selvittämään hyvinvointialueiden rahoitusmallin tietopohjaan liittyviä ongelmia. Valtiovarainministeriö pyytää palvelunantajilta seuraavia selvityksiä ja asiakirjoja tätä selvitystyötä varten.

Kysymykset ja vastaukset

Valtiovarainministeriö pyytää toimittamaan selvitystehtävän suorittamista varten seuraavat selvitykset:

- 1. Selvitys, mistä tietojärjestelmistä palvelunantaja toimittaa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitokselle (THL) diagnoositietoja hoitoilmoituksena? Milloin palvelunantaja on ottanut THL:n Tiedontoimituspalvelun käyttöön tai milloin se on suunniteltu otettavan käyttöön? Millä tavalla hoitoilmoitustiedot on toimitettu THL:lle vuosina 2023–2025?***

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella on käytössä Lifecare -potilastietojärjestelmä, mistä hoitoilmoitustiedot toimitetaan THL:lle. Vuosien 2023-2025 aikana on ollut käytössä kolme erillistä Lifecare -potilastietojärjestelmää

- Vuosina 2023-2024 on käytössä ollut kaksi Lifecare -instanssia:
 - o Forssan alueen Lifecare (Forssa, Tammela, Jokioinen, Humppila, Ypäjä)
 - o Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin Lifecare (Hämeenlinna, Hattula, Janakkala, Loppi, Riihimäki, Hausjärvi)
- Vuoden 2025 alusta on otettu käyttöön Oma Hämeen Lifecare, joka on alueen yhteinen potilastietojärjestelmä.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueen osalta potilastietojärjestelmästä toimitettavien ilmoitustietojen toimitus voi siirtyä THL:n tiedontoimituspalvelun (TTP) käyttöön potilastietojärjestelmän toimittajan aikataulun mukaisesti Lifecare-versiossa 30.2, minkä käyttöönotto ajoittunee vuodelle 2027. TTP toimitus ei siis ole ollut käytössä vuosina 2023-2025. Siirtymäaika TTP toimitukseen on 1.1.2028. TTP toimitus muuttaa tiedonsiirtomuotoa ja toimitusta tietoturvalisemmäksi aiempaan verrattuna, mutta se ei muuta tietojen poiminnan logiikkaa potilastietojärjestelmästä.

Vuoden 2026 aikana Kanta-Hämeen hyvinvointialue tulee siirtymään hoitoilmoitusten toimittamisessa portaittain henkilökeskeiseen tietomalliin pohjautuvaan

tietokantareplikointiin, jossa tiedonsiirto tapahtuu potilastietojärjestelmän sijaan hyvinvointialueen tietoaalta. Tämä on THL:n hyväksymä vaihtoehtoinen toimitustapa TTP-tiedonsiirrolle, siirtymäaika vastaavasti 1.1.2028 mennessä. Tässä toimitustavassa korjataan tietoturvallisen tiedonsiirron lisäksi tietojen poimintaa, eheyttä ja läpinäkyvyyttä.

HILMO-poiminta tapahtuu tällä hetkellä järjestelmätoimittajan ohjeen v14 mukaisesti. sovelluspalvelimelle asennettavalla Windows-servicellä. Palvelulle määritellään Lifecaren tuotanto- ja tilastointitietokannat ja –palvelimet sekä käynnistymisajat tietojen poiminnalle ja tietojen lähetykselle. Suoritettavat poiminnot määritellään työasemasovelluksella, joka vaatii toimiakseen webpalvelimelle asennettavan web-servicen. Työasemasovelluksella voidaan myös tarkastella poimintojen lokitietoja ja ajaa tarkistuspoimintoja näytöllä tarkasteltaviksi. Windows-servicen palvelimelta tarvitaan tietokantayhteyksien lisäksi yhteys Lifecaren LAspalvelimelle ja THL:n portaaliin.

HILMO-poiminta on ajastettu määrääjain ajettavaksi kerran vuorokaudessa Avohilmo- ja Terveyshilmo-tietojen osalta. Osastohilmo-tiedot siirretään THL:lle kerta-ajona kerran vuodessa. Mikäli päivittäiset ajot epäonnistuvat tai tietoja on tarpeen korjata, voi tiedot ajaa kertaluonteisina korjausajoina halutulta ajanjaksolta hyvinvointialueen sovellustuen pääkäyttäjien toimesta.

Hilmo-poiminnan hallinnassa hyvinvointialueen sovellustuen pääkäyttäjä määrittelee liittymien vastaavuudet -taulukkoon, miten Lifecaren koodit vastaavat THL:lla käytettäviä koodeja. Vastaavuudet -taulukkoon määritellään myös, millaisia tilastotapahtumia ei oteta mukaan Avohilmojen, Terveyshilmojen tai Osastohilmojen poiminnassa. Poiminnasta voi rajata pois toimintolajeja, alkuperiä, käyntityyppejä, kontaktilajeja, vastaanottolajeja, asiakasryhmiä.

2. *Selvitys, kuka kirjaa THL:lle toimitettavat diagnoositiedot ja onko tietojen kirjaaja sama terveydenhuollon ammattihenkilö kuin potilaskertomukseen tai muuhun potilasasiakirjaan kirjaava henkilö palvelutapahtuman yhteydessä. Milloin nämä tiedot kirjataan palvelutapahtuman aikana tai sen jälkeen palvelunantajan antamien ohjeiden mukaan?*

Diagnoositiedot kirjaa lääkäri potilaan palvelutapahtuman yhteydessä. Palvelunantajan ohjeen mukaan merkinnät tulee tehdä viivytyksettä, käytännössä palvelutapahtuman päätyttyä.

3. *Selvitys siitä, kenen vastuulla THL:lle toimitettavien tietojen täydentäminen, jos diagnoositieto puuttuu ilmoituksesta? Jos hoitoilmoituksesta puuttuu tietoja THL:lle toimittamisen jälkeen, kenen vastuulla on täydentää ilmoitusta.*

Hoitoilmoitus muodostuu palvelutapahtuman tilastoinnista. Terveysdenhuollon ammattilaiset kirjaavat palvelutapahtumalle päädiagnoosin sekä tarvittaessa sivudiagnoosin/-diagnooseja. Jos tilastointi jää kesken tai jos se on tallennettu puutteellisenä, on jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuutena korjata omat tilastointinsa. Potilastietojärjestelmä antaa käyttäjälle listauksen puutteellisista tilastoinneista. Vuodesta 2024 alkaen lähijohtajalla sekä muulla hyvinvointialueen johdolla on ollut mahdollista seurata sekä diagnosikirjauskattavuutta että puutteelliseksi tai keskeneräiseksi jääneitä tilastointeja.

Pää- ja sivudiagnoosien lisäksi hoitoilmoitukseen tulee aina liittää mukaan kaikki potilaan pitkäaikaisdiagnoosit, vaikka niitä ei olisi kirjattu palvelutapahtumalle. Lifecare -potilastietojärjestelmään tämä ominaisuus pitkäaikaisdiagnoosien automaattisesta

lisäyksestä on saatu käyttöön MP6 HF11 versiossa. Kanta-Hämeen hyvinvointialueelle kyseinen versio on asennettu marraskuussa 2025. Potilaiden pitkäaikaisdiagnooseja ei siis ole toimitettu hoitoilmoituksissa kattavasti ennen marraskuuta 2025. Näiden pitkäaikaisdiagnoosien automaattisesta täydennyksestä jälkikäteen on vastannut Kanta-Hämeen hyvinvointialueen tietojohdamisen yksikkö, joka on koordinoanut Tietoevryn tekemät jälkikäteiset täydennykset diagnoositietoihin vuosilta 2020-2025.

Hoitoilmoituksissa havaittavista virheistä THL on yhteydessä Kanta-Hämeen hyvinvointialueella tietojohdamisen yksikköön, joka selvittää mahdollisia tiedonsiirrossa tapahtuneita haasteita yhdessä sovellustuen pääkäyttäjien kanssa.

4. *Selvitys siitä, onko hoitoilmoituksiin kirjaamisessa tai tietojen toimittamisessa käytäntöjä, joita ei ole palvelunantajan tai THL:n antamissa ohjeissa sekä miten nämä käytännöt vaikuttavat tietojen kirjaamiseen tai toimittamiseen? Jos tällaisia käytäntöjä on, miksi ne ovat käytössä.*

Kirjaamisessa noudatetaan Potilastiedon kirjaamisen yleisopasta ja hyvinvointialueen sisäinen ohjeistus on tehty tämän ohjeistuksen perusteella. Tietojen toimituksissa noudatetaan vastaavasti Hilmo-oppaan ohjeita (ks. kohta 8).

Ohjeet ovat kuitenkin tulkinnanvaraisia ja THL onkin listannut hyvinvointialueille toimittamassaan aineistossa ” Infopaketti hyvinvointialueille pitkäaikaisdiagnooseista rahoitusmallissa” (toimitettu 26.11.2025) yleisiä väärinymmärryksiä, jotka ovat tulleet ilmi rahoitusmallin kautta.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella vallinnut väärinymmärrys on koskenut nimenomaan pitkäaikaisdiagnooseja ja niiden toimittamista hoitoilmoituksissa. Tulkinta ja ymmärrys on ollut, että pitkäaikaisdiagnoosit tulee kirjata palvelutapahtumalle, kun ne ovat olleet osaltaan myötävaikuttaneet tapahtumaan. Lifecare -potilastietojärjestelmässä kirjaaminen pää- tai sivudiagnoosiksi on ollut ainoa tapa saada diagnoositietoja siirtymään hilmoihin. Kuitenkin tarkoituksena on ollut, että pitkäaikaisdiagnooseja ei tule aina kirjata palvelutapahtumalle, vaan ne tulee automatiikalla lisätä jokaiselle palvelutapahtumalle, vaikka ne eivät liittyisi palvelutapahtumaan laisinkaan. Väärinymmärryksen tultua ilmi, on Hilmo-tietotoimitukset korjattu järjestelmätoimittajan toimesta marraskuussa 2025. Tästä johtuen jälkikäteisiä korjauksia ja tietojen täydennyksiä on tehty ja tehdään pitkäaikaisdiagnooseista vuosien 2020-2025 osalta.

5. *Selvitys siitä, mikä palvelutapahtumaan liittyvä diagnoositieto potilasasiakirjoista kirjataan hoitoilmoitukseen esimerkiksi hoitojaksolta?*

Hoitojakson päättyessä lääkäri sanelee tai tuottaa puheentunnistusteknologialla hoitoyhteenvedon, johon kirjataan päädiagnoosiksi hoitojakson aikana eniten voimavaroja vaatinut potilaan sairaus tai vamma. Lisäksi hoitoyhteenvedoon kirjataan potilaan hoidon kannalta ne diagnoosi-/it, joilla on ollut merkitystä potilaan tutkimiseen, hoitoon tai välittömään terveydentilaan, sivudiagnooseina. Pysyväisluontoiset sairaudet kirjataan pitkäaikaisdiagnooseiksi

6. *Selvitys siitä, miten tietojärjestelmässä on kontrolloitu, että a) potilaskertomukseen tai muuhun vastaavaan asiakirjaan kirjattu diagnoositieto kirjautuu samanlaisena myös THL:lle toimitettaviin tietoihin sekä b) potilaskertomuksessa tai muussa vastaavassa asiakirjassa kirjatut tiedot siirtyvät THL:lle toimitettaviin tietoihin.*

- a) Hilmo-tapahtuma muodostuu palvelutapahtuman tilastoinnista, ei suoraan potilaskertomuskirjauksesta. Terveystietojärjestelmän ammattilainen kirjaa ensin tiedot potilaskertomukseen asiakirjarakenteen muotoon (tiedot siirtyvät Kantaan). Tämän jälkeen potilastietojärjestelmässä avautuu tilastointi-ikkuna, johon vastaavat tiedot syötetään ja tallennetaan rakenteisessa muodossa. Tästä tilastoinnista tiedot siirtyvät Hilmo-tapahtumaan. Terveystietojärjestelmän ammattilainen vastaa siitä, että tiedot ovat yhtenevät potilaskertomustekstissä ja tilastoinnissa. Mikäli diagnoositieto on kirjattu potilaskertomustekstin rakenteeseen oikeassa muodossa, siirtyy tämä tieto automaattisesti tilastointiin oletusdiagnoosiksi.
- b) Terveystietojärjestelmän ammattilainen vastaa tilastoinnin tekemisestä potilaskertomuskirjauksen jälkeen. Tilastointi-ikkuna avautuu automaattisesti, kun potilaskertomuskirjaus pohjautuu ajanvaraukseen. Tilastoinnin tekeminen on mahdollista kuitenkin jättää kesken ja on myös mahdollista valita, että tilastointia ei tehdä (kaikissa tapauksissa tilastointia ei tarvita). THL:n hilmo-tapahtumiin tulee liittää myös tietoja, joita ei kirjata jokaisella palvelutapahtumalla potilaskertomukseen (mm. ajanvaustiedot, tieto raskaudesta, pitkäaikaisdiagnoosit). Näiden tietojen siirtymisestä hilmo-tapahtuman osana vastaa tietojärjestelmätoimittaja, tietojen liittäminen palvelutapahtumaan tehdään taustalla järjestelmän käyttäjälle näkymättömissä.

7. Selvitä siitä, mitä ongelmia organisaationne on havainnut THL:lle toimitettavien tietojen poiminnassa tai eheydessä suhteessa potilaskertomukseen tai muuhun vastaavaan asiakirjaan kirjattuihin diagnoositietoihin. Mistä syystä näitä ongelmia on ilmennyt ja miten ongelmat on havaittu?

Hyvinvointialueella ei ole ollut kattavaa mahdollisuutta vertailla potilaskertomukseen kirjattuja tietoja THL:lle toimitettuihin tietoihin. Potilaskertomustekstit tallentuvat tietojärjestelmään openEHR-muodossa. Kanta-Hämeen hyvinvointialueella on openEHR-muotoiset potilaskertomustekstit siirretty hyvinvointialueen tietoaaltalle vuoden 2025 aikana. Tietoaaltalla tekstit on tietosuojasäilytys PSI redaktointi -työkalun läpi (marraskuussa 2025), mikä poistaa teksteistä tunnistettavat tiedot (mm. henkilötunnus, nimet, osoitteet). Tämän käsittelyn jälkeen on ollut mahdollista tekstianalytiikkaa hyödyntäen irrottaa potilaskertomuksesta diagnoositieto vertailua varten, mutta tätä ei ole vielä tehty.

Vastaavasti hyvinvointialue on saanut vuoden 2024 lopulla THL:ltä avohilmo-tiedot tietoaaltalle. Tämä on mahdollistanut avohilmo-tietojen tarkastelua kokonaisuutena. Tiedoissa on kuitenkin toisistaan eriävät koodistot mm. yhteystavan ja toimipisteen osalta, mikä osaltaan hankaloittaa myös summatason vertailua. Myöskään yksityiskohtaista vertailua THL:n avohilmojen ja hyvinvointialueen tietojen välillä ei ole mahdollista tehdä kattavasti, koska palautuvissa tiedoissa ja hyvinvointialueen tiedoissa ei ole toisiaan yhdistävää tapahtumatunnistetta. Nämä rajoitteet huomioiden, on vertailua mahdollista tehdä yksittäisillä pistokokeilla.

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella suurin puute hilmo-tiedonsiirroissa on koskenut pitkäaikaisdiagnooseja. Tämä ongelma liittyy tiedonsiirron taustalla olevaan automatiikkaan, ei tapahtumien kirjaamiseen tietojärjestelmässä (ks. kohta 4). Hilmo-tiedonsiirrossa on huomattu aika ajoin myös ongelmia tietojen teknisessä siirtymisessä, nämä ovat osin johtuneet muutoksista hyvinvointialueen ohjaustiedoissa, joita ei ole päivitetty Hilmo-poiminnan taustoihin (ks. kohta 2). Ongelmat on havaittu osin THL:n toimesta ja osin hyvinvointialueen omassa seurannassa hilmo-tietojen raportoinnista.

Toimitettavat asiakirjat

Valtiovarainministeriö pyytää toimittamaan seuraavat asiakirjat:

8. Ote tietojärjestelmäkohtaisista kirjaamisohjeista, joilla on merkitystä diagnoositietojen kirjaamisessa potilaan asiakasasiakirjoihin sekä THL:lle toimitettaviin tietoihin. Mainitse myös THL:n ohjeen versio, johon kirjaaminen perustuu sekä Hilmo-ohjeen versio.

- Liite 1 HVA terveydenhuollon kirjaamisohjeistus 11.8.2023 päivitetty

THL:n kirjaamisohjeen ja Hilmo-ohjeen versiot, joihin hyvinvointialueen kirjaamisohje perustuu:

- Potilastiedon kirjaamisen yleisopas 5.0 2022
- Hoitoilmoitusopas terveydenhuollolle 2023

9. Vuosilta 2023–2025 asiakirjat, jotka koskevat valvontaa tai muuta vertailua potilaskertomuksessa tai muussa vastaavassa asiakirjassa olevien diagnoositietojen ja THL:lle toimitettujen tietojen väliltä sekä mahdollisesti muut auditointiasiakirjat, joista ilmenee laatuarviointi potilaskertomuksessa ilmenevien potilaan hoitoon liittyvien tietojen ja näitä koskevien diagnoositietojen välillä.

Hyvinvointialueella ei ole ollut kattavaa mahdollisuutta vertailla potilaskertomukseen kirjattuja tietoja THL:lle toimitettuihin tietoihin (ks. kohta 7).

Erillisenä auditointia on toteutettu päivityksen koodikirjaamisen auditointi Finnish Consulting Groupin (FCG) toimesta. FCG:n auditointi koski Kanta-Hämeen hyvinvointialueen osalta päivityksen 2023 vuoden tietoja (satunnaisotannalla 100 tapausta), auditoinnin tulokset on julkaistu joulukuussa 2025 (Liite 2). Tulosten mukaan päädiagnoosit oli kirjattu kaikissa tapauksissa. Oikea päädiagnoosi oli kirjattu 93% tapauksista.

- Liite 2 NordDRG_koodikirjaamisen auditoinnin tulokset_2025

Lisätietoja

Lisätietoja selvityksestä antaa: Katja Antikainen, tieto- ja vaikuttavuusjohtaja, katja.antikainen@omahame.fi, puh. 040 1274190

Korvaa aiemmat Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirissä ja Kanta-Hämeen perusterveydenhuollon yksiköissä annetut toimintaohjeet

KIRJAAMISOHJEISTUS

Kanta-Hämeen hyvinvointialueella terveydenhuollon toimipisteissä, sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa, tulee kiinnittää erityistä huomiota kirjaamiseen potilaskontakteissa. Mahdollisimman korkea kirjaamiskattavuus, erityisesti diagnoosien ja käyntisyiden osalta on kriittisen tärkeää, koska hyvinvointialueemme rahoitus määräytyy suurelta osin sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijöistä (79,5% rahoituksesta). Tarvetekijöitä määrittää aivan keskeisesti 123 sairausluokkaa / diagnoosia, jotka ainakin tässä vaiheessa pohjautuvat lääkäreiden tekemiin diagnooseihin. Myös hoitajien / erityistyöntekijöiden käyntisyiden kattava kirjaus on tärkeää, koska ne vaikuttavat edellä mainittujen sairausluokkien valtakunnallisiin kustannuspainoihin ja sitä kautta myös hyvinvointialuerahoitukseen. Mikäli potilaalla hoidetaan myös hänen sivudiagnoosisairauttaan /-sairauksiaan tai ne vaikuttavat / heijastuvat päädiagnoosisairauden hoitoon, niidenkin kirjaaminen on tärkeä.

Potilaskontaktien kattava kirjaaminen tuottaa tietoa potilaiden sairauksista, hoitojen sisällöistä ja mahdollistaa myös hoitotulosten seurannan. Tiedoilla voidaan kehittää potilaidemme saamaa hoitoa sekä ohjata ja kehittää palvelujamme vastaamaan entistä paremmin asukkaidemme tarpeita.

1.1 Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista

Potilasasiakirjamerkintöjä koskevat periaatteet ja vaatimukset (7§)

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

Potilasasiakirjamerkintöjen määrääjat ja eräiden asiakirjojen toimittaminen (8§)

Potilasasiakirjamerkinnät tulee tehdä viivytyksettä. Merkinnät tulee tehdä viimeistään viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun potilas poistuu vastaanotolta tai palvelutapahtuma muutoin päättyy. Läheteet tulee laatia ja toimittaa jatkohoitopaikkaan viipymättä. Lähete tulee myös kiireettömässä tapauksessa lähettää jatkohoitopaikkaan viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun sen tekemisen tarve on todettu. Yhteenveto potilaalle annetusta hoidosta jatkohoito-ohjeineen tulee toimittaa potilaalle sekä jatkohoitopaikkaan tai muuhun paikkaan, josta on potilaan kanssa sovittu, potilaan suostumuksen mukaisesti ja viipymättä. Yhteenveto tulee myös kiireettömässä tapauksessa lähettää viiden vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä.

1.2 Diagnoosien ja käyntisyiden kirjaaminen

Diagnoosien, käyntisyiden ja toimenpiteiden kirjaaminen on potilaan hoidon kannalta tärkeimpiä rakenteisia tietoja. Kaikki käynnin, hoitojakson tai kontaktin aikana hoidetut tai hoitoon vaikuttaneet diagnoosit ja käyntisyöt merkitään tilastoinnin yhteydessä LifeCareen (pakotettu tilastointi)

Lääkärin tulee kirjata diagnoosi ja tarvittaessa toimenpidekoodi kaikilla käynneillä, etäkontakteissa, digivastaanotoilla, kaikissa puheluissa ja hoitokirjeissä sekä hoitojaksoihin liittyen = siirtyy Kantaan ja viranomaisseurantaan.

Puheluiden ja hoitokirjeiden osalta diagnosikirjaus riittää tilastoinnin yhteydessä eli ei tarvitse sairauskertomukseen kirjata (siirtyy tilastoinnin kautta viranomaisseurantaan)

Hoitajat / erityistyöntekijät kirjaavat käyntisyy / lääkärin määrittämän diagnoosin itsenäisiin käynneihin liittyen, ennen tai jälkeen lääkärin käyntiä annettavaan merkittävään ohjaukseen liittyen tai hoidolliseen puhelinohjaukseen liittyen, joka korvaa käynnin.

Diagnoosi kirjataan tilastoinnin yhteydessä jatkuvan kertomuksen näkymään. Tällöin diagnoosi siirtyy myös Kantaan:

Kantaan / THL siirtyy diagnooseista seuraavat tiedot:

- Päädiagnoosi ja sivudiagnoosi(t)
- Pysyvyys (pakollinen tieto)
- Varmuusaste
- Päättämisen syy (diagnoosia päätettäessä)
- Alkupäivämäärä
- Loppupäivämäärä (vain diagnoosia päätettäessä)
- Toimenpidekoodi(t)

Diagnoosi = lääkärin tai hammaslääkärin arvioima hoitokontaktin syy. Tämä merkitään aina ICD-10- koodilla Diagnoosi-otsikon alle tai tietorakennekenttään.

Käyntisyys = muun terveydenhuollon ammattilaisen arvioima hoitokontaktin syy. Merkitään ICPC2- koodilla tai lääkärin aiemmin määrittelemällä ICD-10- koodilla Hoidon syy- otsikon alle tai tietorakennekenttään. Merkitään myös hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä!

Päädiagnoosi

Päädiagnoosiksi merkitään se sairaus (tauti, vika, vamma tai kemiallisen aineen haittavaikutus), joka on vaatinut eniten voimavaroja käynnin tai hoitojakson aikana. Hoitokontaktin päädiagnoosi ei ole välttämättä perussairaus. Perussairaus voi olla päädiagnoosi tai jokin sivudiagnooseista. Myös komplikaatio voi olla päädiagnoosi.

Diagnoosikoodit merkitään tarkimmalla mahdollisella tavalla: kirjain + 3 numeroa. Vältetään määrittelemättömiä .8 ja .9 – loppuisia diagnosikoodoja silloin, kun sairaus on määritetty. Mikäli päädiagnoosia ei ole määritetty, tulkitaan kontaktin ensimmäiseksi merkitty diagnoosi / käyntisyys päädiagnoosiksi ja muut sivudiagnoosiksi.



Sivudiagnoosi(t)

Sivudiagnoosit ovat muita potilaan hoidon kannalta kyseisessä hoitokontaktissa merkityksellisiä diagnooseja, joilla on merkitystä potilaan tutkimiseen, hoitoon, ennusteeseen tai välittömään terveydentilaan.

Sivudiagnoosina kirjataan (jos eivät ole päädiagnoosina) potilaan perussairaudet, muut liitännäissairaudet ja merkittävät myötävaikuttavat sairaudet sekä komplikaatiot. Avohoitokäynnillä kirjataan vähintään ne diagnoosit, joita on sillä kertaa hoidettu tai jotka ovat vaikuttaneet / heijastuneet hoitoratkaisuun.

Pysyvyys: määräaikainen tai pysyväisluonteinen

Määräaikainen: ei pitkäaikaista merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien kannalta.

Pysyväisluontoinen (pitkäaikainen): aiheuttaa pitkäaikaista hoidon tarvetta tai vaikuttaa potilaan terveyteen, hyvinvointiin ja hoitoon sairauden tai muun terveysongelman väistyttyäkin. Diagnoosi pysyvyyden kirjaaminen on pakollista. Pitkäaikaisdiagnoosi voidaan merkitä päättyneeksi tekemällä diagnoosista uusi merkintä ja antamalla sille päättymistiedot. Päättymisen syy tulee merkitä: parantunut, tarkentunut, muu syy.

Varmuusaste

Varmuusaste voi olla epäilty tai todennäköinen tai varma. Varmuusasteen ilmoittaminen ei ole pakollista, mutta sitä suositellaan käytettäväksi, kun se on potilaan sen hetkisen tai tulevan hoidon / tutkimusten kannalta perusteltua.

Epäilty: viittaa oletettuun diagnoosiin, riskiin tai hoidontarpeeseen, jonka todentamiseksi tarvitaan lisätietoja tai muiden mahdollisten diagnoosien poissulkemista.

Todennäköinen tai varma: voi perustua kliiniseen arvioon.

1.3 Toimenpiteiden kirjaaminen

Toimenpiteet luetellaan tärkeysjärjestyksessä ja ensimmäiseksi kirjattu toimenpide tulkitaan päätoimenpiteeksi. Ilmoitetaan myös ensimmäisen toimenpiteen kiireellisyyttä tai kestoa kuvaavat Z-koodit.

Jos potilas on ollut hoitojonossa, ensimmäiseksi toimenpiteeksi tulee kirjata toimenpide, johon potilas on jonottanut. Toimenpiteitä kirjatessa tulee varmistaa, että tehty päätoimenpide ja ilmoitettu päädiagnoosi ovat loogisessa yhteydessä keskenään.

Sytostaattihoito ja muut kalliit THL:n toimenpidetikoodistossa luokitellut lääkehoidot kirjataan toimenpiteiksi (näille koodit määriteltynä erikseen).

Toisen erikoisalan lääkärin osastohoidon aikana vuodeosastolla tekemät toimenpiteet esim. punktiot, kuten myös lääkärin itsensä tekemät kuvantamistutkimukset (esim. ultraäänitutkimukset) tulee kirjata toimenpiteiksi. Erikoisaloittain on suositeltavaa määrittää sellaiset toimenpiteet, jotka kirjataan tilastoinnin yhteydessä tehdyiksi toimenpiteiksi.

1.4 Riskitietojen kirjaaminen

Riskitiedot ovat kriittisiä tai hoidossa huomioitavia asioita. Riskitiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle. Tietoja käytetään huomauttamaan potilasta hoitavaa henkilökuntaa siitä, että hoitoa täytyy mahdollisesti toteuttaa tavanomaisesta poikkeavalla tavalla.

Riskitieto on myös tieto, joka tulee huomioida asianmukaisen hoidon toteuttamiseksi esim. hoitotahto ja hoidon rajaukset.

Potilaskertomuksessa riskitiedot jaetaan **kriittisiin ja hoidossa huomioitaviin** riskitietoihin. Riskitietoja ja niiden luokittelua ylläpitää THL.

Kriittiset tiedot ovat tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa potilaalle hengenvaaran tai muun huomattavan riskin (punainen kolmio LC näkymässä).

Hoidossa huomioitavat tiedot ovat taustatietoja, joiden huomioiminen vaikuttaa potilaan hoitoon, mutta niiden huomiotta jättäminen ei aiheuta hengenvaarallista riskiä potilaan tai henkilökunnan terveydelle tai ympäristölle (keltainen kolmio LC näkymässä).

Riskitiedosta on kirjattava vähintään **riskin nimi, tyyppi ja aste**. Tietoa voi tarkentaa muun muassa varmuusasteella ja pysyvyydestiedolla, tiedon lähteellä sekä vapaalla tekstillä. ACT-koodia käytetään, kun riski liittyy lääkeaineeseen esim. lääkeallergiaan.

Riskitietojen kirjaamiseen tulee suhtautua kriittisesti, ja ne arvioidaan aina potilaskohtaisesti. Tiedon kirjaamisesta kriittiseksi tai hoidossa huomioitavaksi riskitiedoksi päättää hoitava lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattilainen. Terveydenhuollon ammattilainen kirjaa riskitiedon. Jos epäilty riskitieto osoittautuu vääräksi tai päättyy, merkitään riskitieto päättyneeksi (pvm) tilanteen varmistuttua.

KANTA-HÄMEEN HYVINVOINTIALUE

Arja Tomminen
Johtajaylilääkäri



Koodikirjaamisen auditoinnin tulokset 2024-2025 (päivystyskäynnit)

Palautetilaisuus 10.12.2025

FCG lyhyesti



Koko maailma ja Suomi elää valtavien murrosten aikaa.

Murrosten keskellä punnitaan kyky tarttua muutoksiin ja halu tarkastella maailmaa eri näkökulmista.

FCG on suomalainen suunnittelu- ja konsultointiyritys, joka yhdistää usean eri alan erikoisosaajat aikamme ilmiöiden taakse.

Erikoisosaamistamme on ratkaista ratkaisematon ja kehittää paremmaksi palaset, joista rakentuu hyvä elämä.

Uniikki ymmärrys tulevastakin syntyy ihmisistämme, asiakkaistamme ja teknologiasta.

Tietoon pohjautuva suunnittelu ja vastuullisuuden edelläkävijyys kasvattavat ratkaisukykyämme ja auttavat meitä luomaan parempaa elämää Suomessa ja maailmalla.

2500

asiakasprojektia vuosittain

+700

osaajaa ympäri maailman

+ 4000

asiakasta

71 M€

liikevaihto (2021)

Johdanto

- Hyvinvointialueiden rahoitusmalli ja siihen liittyvät epäselvyydet ovat saaneet huomion kiinnittymään alueiden kirjaamiskäytäntöihin ja kirjaamisen laatuun.
 - Puutteelliset tai virheelliset diagnoositiedot ja niiden vaikutus rahoitukseen vaikuttavaan alueen sairastavuuteen
- Laadukas kirjaaminen on edellytys laadukkaalle terveydenhuollolle.
 - Palveluntarpeiden kartoitus
 - Toiminnan suunnittelu ja arviointi
- Laadukas kirjaaminen edellytys myös toimivalle potilasluokittelulle.
- Kirjaamisen laatua voidaan arvioida koodikirjaamisen auditoinnin avulla.

Auditoinnin tarkoitus

- Koodikirjaamisen auditoinnin tarkoitus on *arvioida potilaan hoitotapahtumien kirjaamiskäytäntöjä* tarkistamalla potilaasta hoitojakson aikana sairauskertomukseen tehtyjä merkintöjä ja vertaamalla niitä potilastietojärjestelmiin tallennettuihin tietoihin.
- Auditointi koskee diagnoosi-, käyntisyy-, toimenpide- ja tutkimus- (esim. kuvantamis-) tietoja.
- Auditoinnin aineistona käytetään hyvinvointialueen poimimia ja toimittamia tietoja, jotka vastaavat THL:lle toimitettavia Hilmo-tietoja.
- Auditoinnin tuloksena hyvinvointialue saa tietoa paitsi kirjaamisen laadusta, myös tiedonsiirron toimivuudesta.

Koodikirjaamisen auditointi 2024-2025

- Koodikirjaamisen auditointi on NordDRG-käyttöoikeussopimukseen kuuluva palvelu, joka toteutetaan NordDRG-johtoryhmän päätöksen mukaisesti.
- NordDRG-johtoryhmä päätti kokouksessaan 1.11.2023, että vuosien 2024-2025 aikana auditoidaan **päivystyksiköiden käyntien** diagnoosien, käyntisyiden ja toimenpiteiden kirjaamista.
- Kyseessä on seuranta-auditointi, sillä vastaava auditointi tehtiin myös vuonna 2018
- Yhteensä auditointiin 10 hyvinvointialueetta.
- Käyntien määrä 100/hva, yhteensä 1000 käyntiä.

Auditoinnin vaiheet

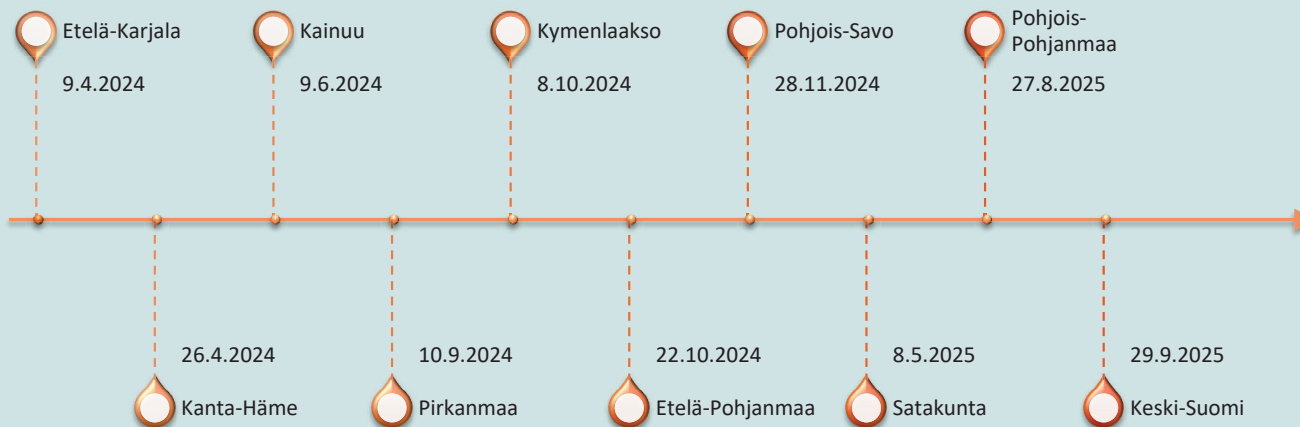


- Lupapyynnöt, protokolla, yhteyshenkilö
- Tilat, aikataulut
- Sopimukset, tunnukset
- Ohjeistus, aineiston poiminta
- Etäyhteyden testaaminen

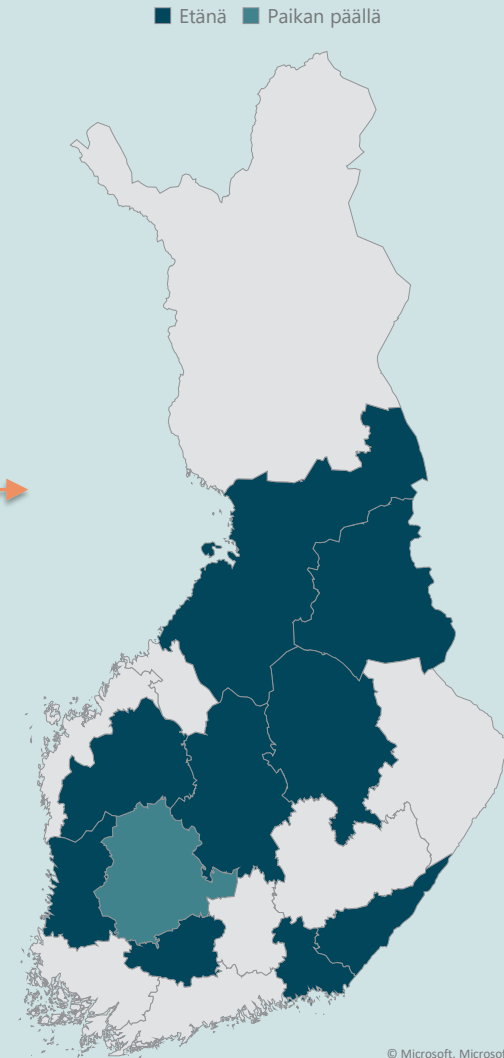
- Auditointi perustuu potilastietojärjestelmiin tallennettujen tietojen tarkastamiseen
- Auditoidut käyvät kaikki käynnit läpi itsenäisesti ja vertaavat aineistoon poimittuja tietoja sairauskertomusmerkintöihin
- Auditoinnin tietokantaan tehdään merkinnät diagnoosi- ja toimenpidekoodien oikeellisuudesta/virheellisyydestä sekä muut huomiot
- Auditoinnin päätteeksi auditoidut vertailevat tuloksiaan ja ratkaisevat mahdolliset erimielisyydet käyttäen apuna potilastietoja

- Väliraportti (huomiot)
- Auditoidun aineiston analyysi
- Loppuraportti
- Palautetilaisuus

Auditoinnin toteutus



Auditoijat: FCG Finnish Consulting Group Oy:n asiantuntijalääkärit
Emma Kajander ja Kristiina Kahur



Poiminnan ohjeet ja aineiston vuosi

- Aineistoon poimittiin **vain päivystysyksikön/päivystysyksiköiden vastaanottokäyntejä** joko HILMO rekisteristä tai muusta sairaalan tietojärjestelmästä satunnaisotoksena
- Poimintaan otettiin mukaan ne käynnit, joissa potilas oli ns. paikan päällä, ei muita yhteystapoja
 - Puhelut, kirjaukset ilman potilaskontaktia ja sähköiset yhteydet jätetiin poiminnan ulkopuolelle
- Vastaanottokäynnit koski kaikkien eri ammattiryhmien käyntejä

HVA	Aineiston vuosi
Etelä-Karjala	2023
Kanta-Häme	
Kainuu	
Pohjois-Savo	
Pirkanmaa	2024
Etelä-Pohjanmaa	
Satakunta	
Pohjois-Pohjanmaa	
Kymenlaakso	2024 (kaikki käynnit samalta päivältä)
Keski-Suomi	2024 (n 57) ja 2025 (n 43)

Esimerkkejä auditointitietokantaan ladattavista tiedoista

- Henkilötunnus
 - Hoitojakson alkamis- ja päättymisajankohta
 - Päädiagnoosi, sivudiagnoosit (THL-Tautiluokitus ICD10)
 - Päätoimenpide, sivutoimenpiteet (THL-Toimenpideluokitus)
 - Käynnit syyt (Kuntaliitto – ICPC2-Perusterveydenhuollon luokitus)
 - Radiologian koodit (THL-Toimenpideluokitus)
- Erikoisala (Hilmo-koodi)
 - Käynnin vastaanottaja (Hilmo-koodi)
 - Yhteystapa (Hilmo-koodi)
 - Hoidon kiireellisyys (Hilmo-koodi)
 - Asiointitapa (THL-koodi)
 - OID-koodi (organisaation yksikön yksilöivä OID-tunnus)

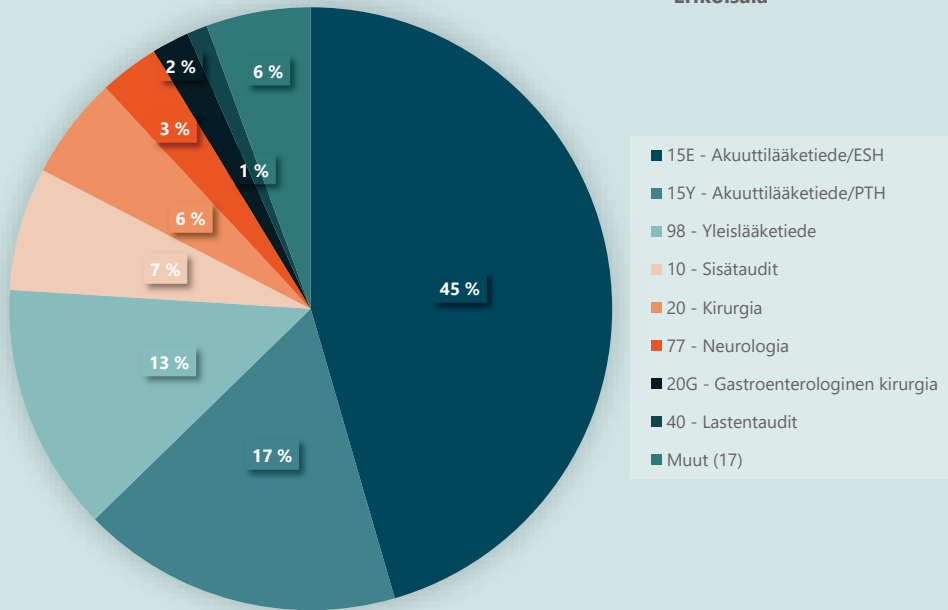
Esimerkkejä poimitusta tiedoista

HVA	Ulkoisen syyn ja tapaturma tyyppin koodit	Toimenpidekoodit	Radiologian koodit
Etelä-Karjala			
Kanta-Häme			
Kainuu			
Pirkanmaa			
Kymenlaakso			
Etelä-Pohjanmaa			
Pohjois-Savo			
Satakunta			
Pohjois-Pohjanmaa			
Keski-Suomi			

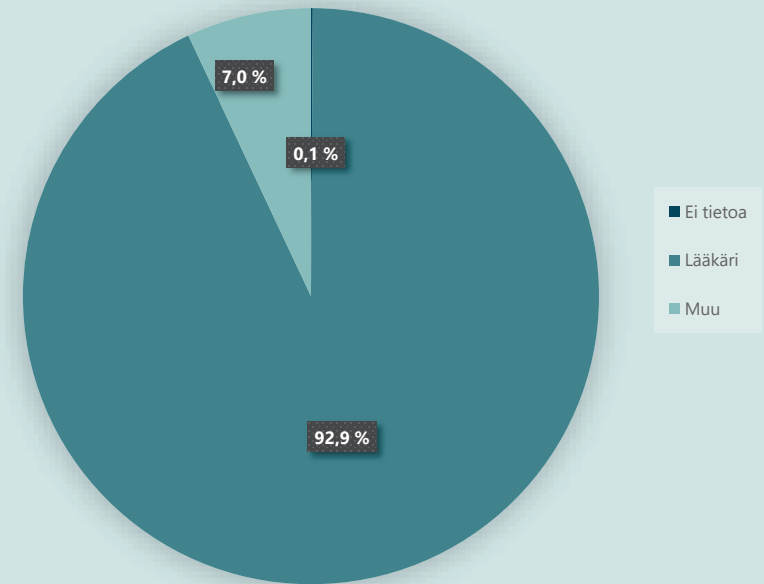
Poimittu aineistoon
Poimittu vain muutama
Ei oltu poimittu aineistoon

Poimitut tiedot erikoisalan ja käynnin vastaanottajan perustella (n=1000)

Erikoisala



Käynnin vastaanottaja



Kansallinen ohjeistus (diagnoosit/käyntisyyt)

Päädiagnoosi/käyntisyy

- Päädiagnoosi on potilaan hoidon kannalta kyseisen hoitotilanteen ensisijainen diagnoosi tai käyntisyy
- Käynnille, hoitajaksole tai muulle hoitotapahtumalle tulee määrittää päädiagnoosi tai pääasiallinen käyntisyy viimeistään tapahtuman päättyessä
- Kutakin käyntiä, hoitajaksoa tai muuta hoitotapahtumaa kohden voi olla vain yksi päädiagnoosi/ensisijainen käyntisyy
- Diagnoosi kirjataan tarkimmalla kliinisesti mielekkäällä tasolla

Sivudiagnoosit

- Sivudiagnoosit ovat muita potilaan hoidon kannalta toissijaisia diagnooseja tai käyntisyyitä, joilla on kyseisessä hoitotilanteessa vaikutusta potilaan tutkimiseen, hoitoon, ennusteeseen tai hänen välittömään terveydentilaansa
- Diagnooseiksi kirjataan vain ne aiemmat diagnoosit:
 - joilla on merkitystä ajankohtaisen terveysongelman tutkimisessa, hoidossa tai ennusteessa
 - tai
 - jotka kulloisellakin hetkellä vaikuttavat potilaan terveydentilaan

Tulokset

Ammattilaisten kirjaamisen laatu

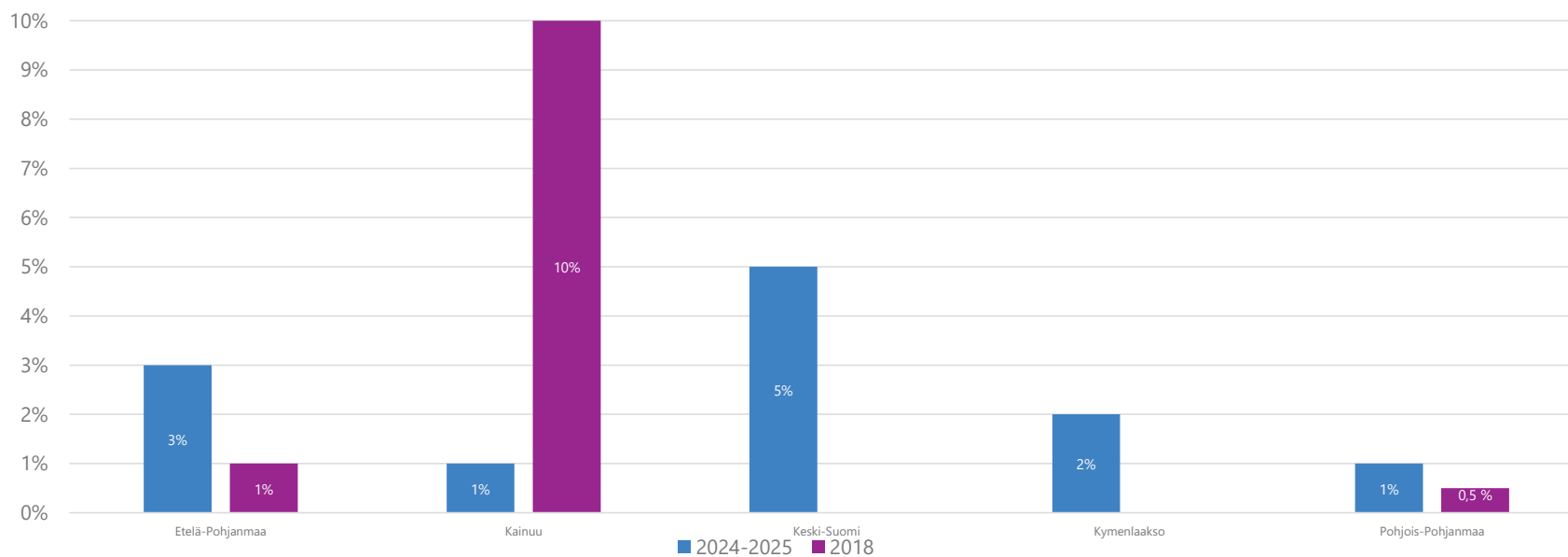
Päädiagnoosin kirjaaminen

- **Yleinen arvio:**
 - Päädiagnoosien kirjaaminen oli yleisesti laadukasta
 - Merkinnoista löytyi usein diagnoosin ensisijaisuus, pysyvyys, ja toteamispäivä
 - Tulokset olivat kuitenkin heikentyneet verrattuna vuoden 2018 tasoon
- **Havaitut puutteet:**
 - Päädiagnoosi puuttui joiltain käynneiltä
 - 9 %:ssa käynneistä oli väärä päädiagnoosi
 - Joissakin traumatapauksissa päädiagnoosiksi oli kirjattu oire (esim. raajakipu) tai sairaus, vaikka olisi ollut tarkoituksenmukaista käyttää S- tai T-alkuista traumadiagnoosia
 - Joissain tapauksissa päädiagnoosiksi oli kirjattu Z-alkuinen tarkastuskoodi tai W-alkuinen ulkoisen syyn koodi, vaikka selvä vamma oli todettavissa
 - Joissakin tapauksissa epäspesifisiä koodeja (8 tai 9 loppuinen) oli käytetty päädiagnoosina, vaikka tarkempi tieto oli saatavilla
 - Joissain tapauksissa oirekoodi (R-alkuinen) oli kirjattu päädiagnoosiksi, vaikka tarkka sairaus oli tiedossa

Puuttuva päädiagnoosi

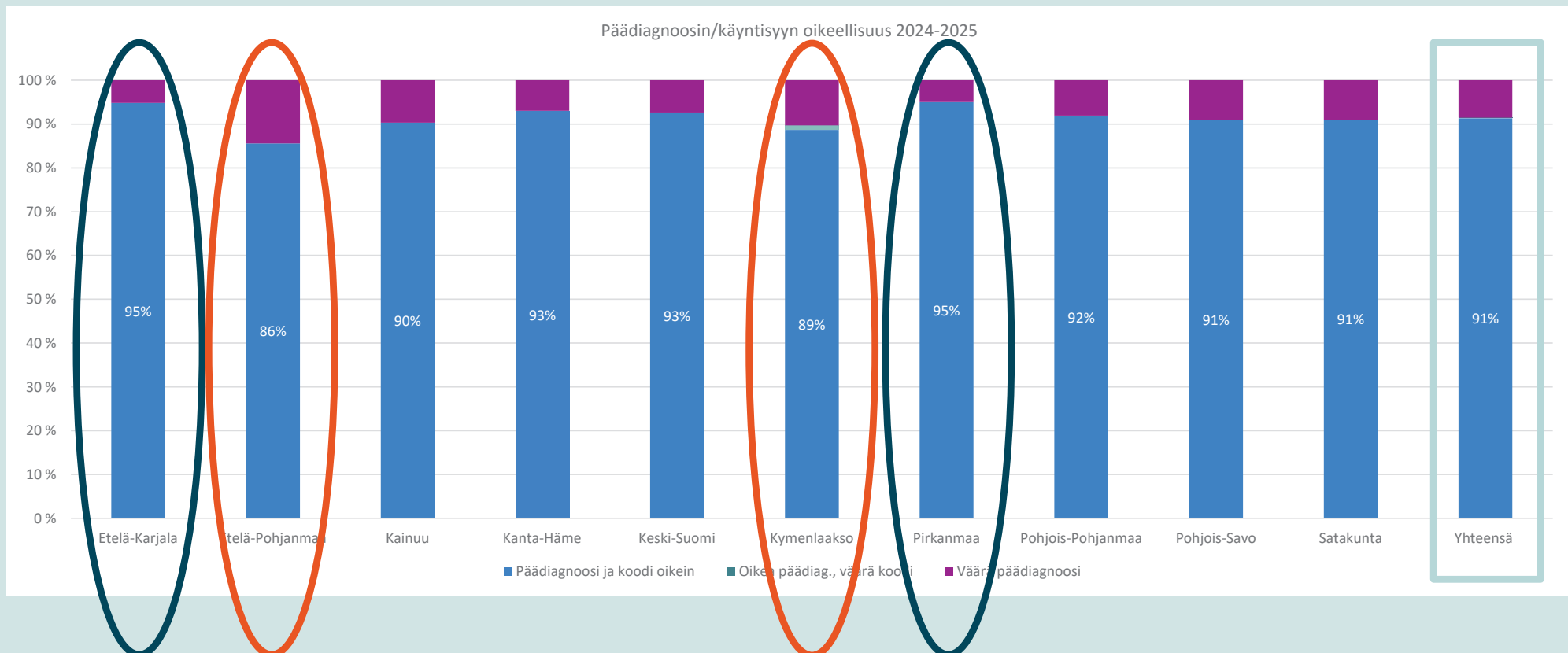
Ei puuttuvia päädiagnooseja: Etelä-Karjala, Kanta-Häme, Pirkanmaa, Pohjois-Savo ja Satakunta

Puuttuva päädiagnoosi verrattuna 2018 (ilman tiedonsiirtovirheitä 2024-2025)



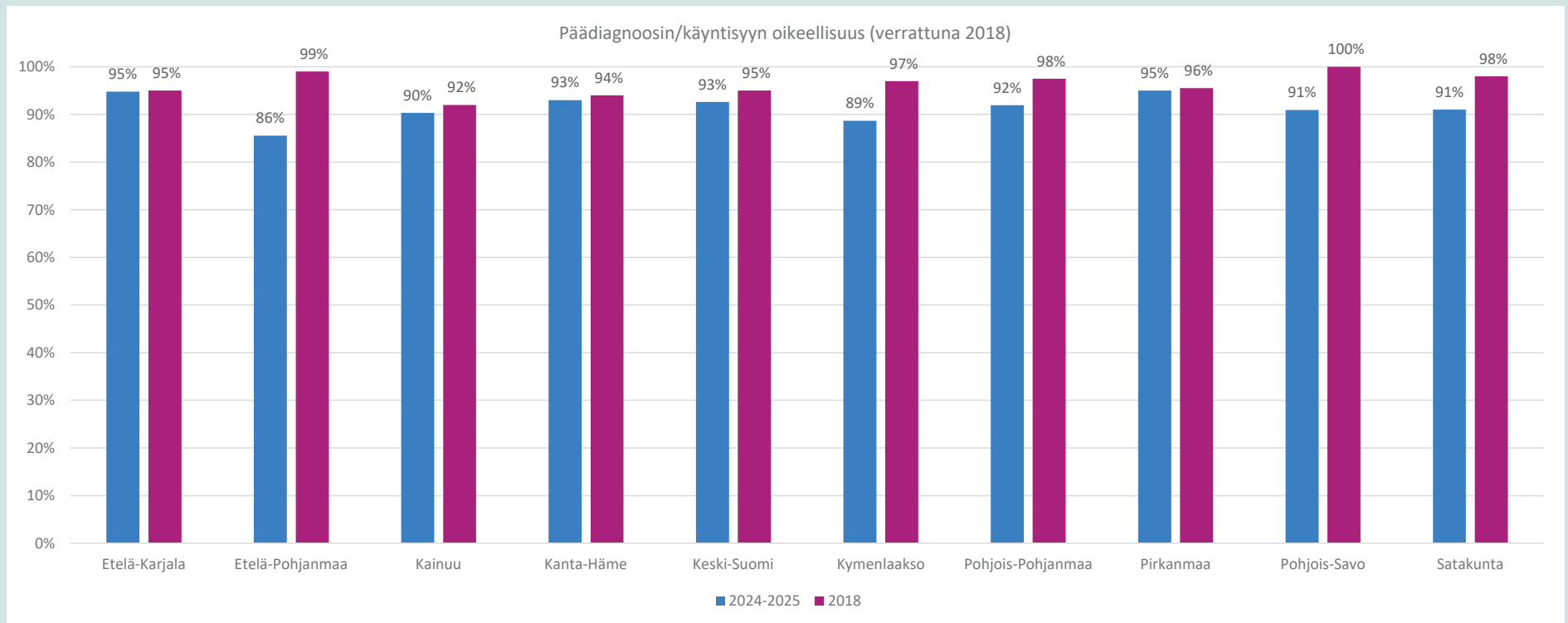
Päädiagnoosin/käyntisyyn oikeellisuus

- 91% (86-95%) käynneistä päädiagnoosi/käyntisyys kirjattu oikein

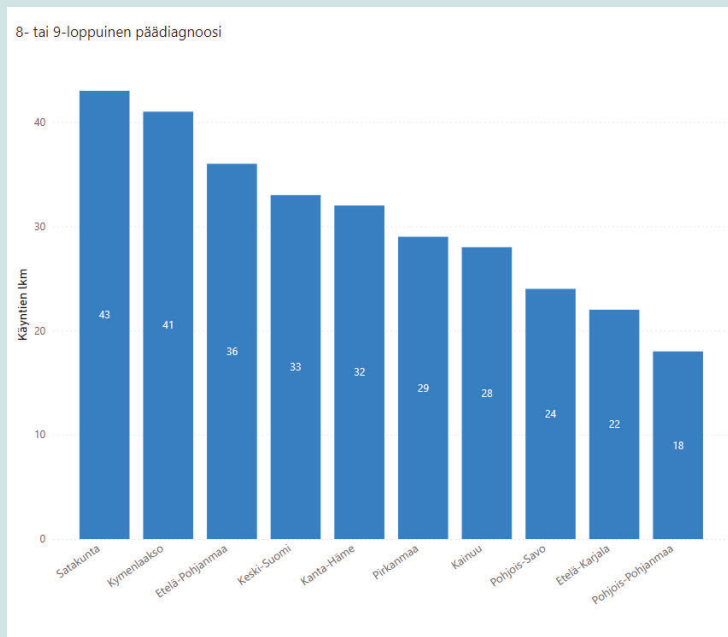


Päädiagnoosin/käyntisyyntä oikeellisuus verrattuna 2018

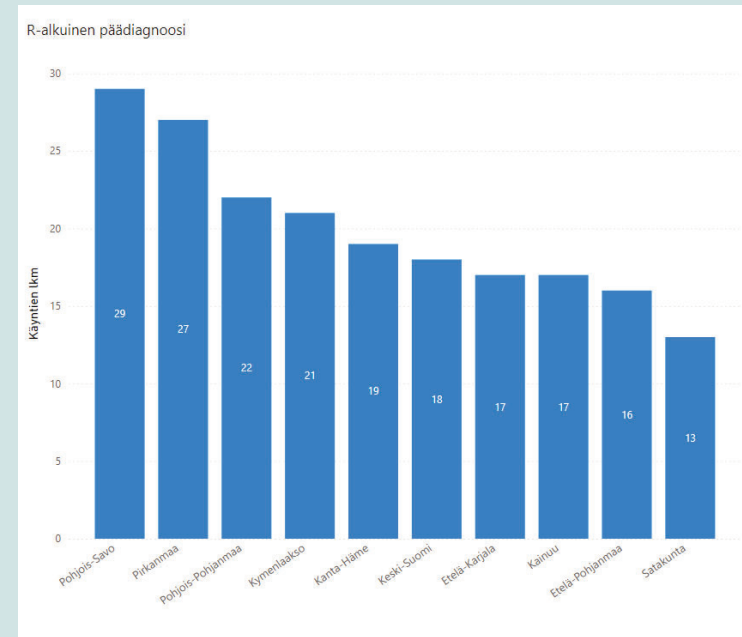
- Etelä-Karjalalla sama taso, muilla hva:lla kehitys heikentynyt



Käyntien määrä, joihin on kirjattu 8 tai 9 loppuinen tai R-alkuinen päädiagnoosi



Numero 8 tarkoittaa pääsääntöisesti muuta määriteltyä kyseistä tautitilaa
Numero 9 tarkoittaa tarkemmin määrittämätöntä kyseistä tautitilaa



R00-R99, muualla luokittamattomat oireet, sairaudenmerkit sekä poikkeavat kliiniset ja laboratoriolöydökset

Ulkoisten syiden ja tapaturmatyyppien koodien kirjaaminen

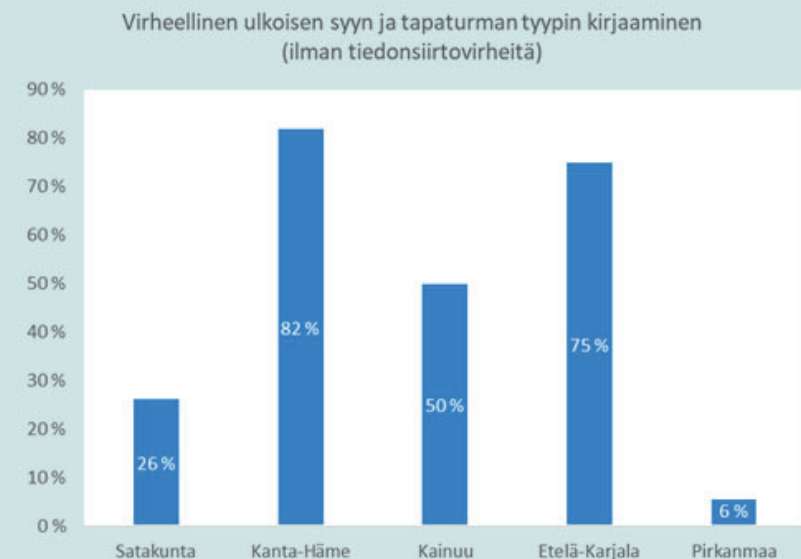
- **Yleinen arvio:**
 - Kirjaamisen laatu vaihteli merkittävästi - monissa tapauksissa kirjaaminen oli puutteellista tai epä johdonmukaista, ja joissakin tapauksissa erittäin laadukasta
- **Havaitut puutteet:**
 - Ulkoisen syyn ja/tai tapaturmatyyppin koodia ei usein ollut kirjattu, vaikka kyseessä oli tapaturma
 - Tieto oli monesti mainittu tekstissä, mutta ei tallennettu koodina
 - Joissakin tapauksissa koodi oli kirjattu virheellisesti, esim.
 - W- tai V-alkuinen koodi oli kirjattu päädiagnoosiksi
 - Tapaturmatyyppin koodi puuttui monessa tapauksessa, vaikka ulkoinen syy oli kirjattu

Ulkoisten syiden ja tapaturmatyyppien koodien kirjaamisen oikeellisuus

Kansallinen ohjeistus:

- Ohjeiden mukaan diagnoosin ulkoinen syy kirjataan tarkentimena diagnoosikoodeille S00-T98 käyttäen ICD-10 koodeja V01-Y89 (Vammojen, sairauksien ja kuoleman ulkoiset syyt)
- Diagnoosin tapaturmatyyppi kirjataan tarkentimena ulkoisille syille W00-X59 (Muut tapaturmat), käyttäen ICD-10 koodeja Y94.0-Y96.9 (Tapaturmatyyppi)

Kirjaamistapa aina oikein: Etelä-Pohjanmaa, Keski-Suomi, Kymenlaakso, Pohjois-Pohjanmaa, Pohjois-Savo,



Sivudiagnoosien kirjaaminen

- **Yleinen arvio:**
 - Yleensä laadukasta eli sivudiagnoosit kirjattu silloin, kun diagnoosit olivat olennaisia kyseisellä käynnillä
- **Havaitut puutteet:**
 - Liitännäis- ja pitkäaikaissairauksista oli usein maininta käyntimerkinnän tekstissä, mutta ne oli jätetty kirjaamatta koodilla käynnin sivudiagnoosiksi, vaikka ne olivat hoidon kannalta merkittäviä
 - Joissakin tapauksissa oli kirjattu sivudiagnoosiksi myös sellaisia diagnooseja, jotka eivät olleet olennaisia kyseisellä käynnillä

Toimenpide- ja radiologiakoodien kirjaaminen

Toimenpidekoodit

- **Yleinen arvio:**
 - Pääosin hyvä - kirjaukset olivat ohjeiden mukaisia silloin, kun toimenpide oli selkeästi suoritettu ja dokumentoitu potilaskertomukseen
- **Havaitut puutteet:**
 - Sydämen rytminsiirron kirjaamisessa havaittiin jonkin verran vaihtelua - koodi oli jäänyt kirjaamatta, vaikka toimenpide oli tehty
 - Joissakin tapauksissa toimenpiteestä oli maininta tekstissä, mutta ei toimenpidekoodia
 - Muutamilla käynneillä auditointiaineistossa esiintyi hallinnollisia toimenpidekoodeja (esim. WZC30 *Hoidon ohjaus*, WZC00 *Hoidon suunnittelu tai konsultaatio*), vaikka niitä ei ollut kirjattu käyntimerkintään

Radiologiakoodit

- **Yleinen arvio:**
 - Pääosin hyvä - käyntimerkinnöissä oli lähes aina maininta tehdystä kuvantamistutkimuksesta
 - Kaikissa tapauksissa radiologiakoodien auditointi ei ollut mahdollista, koska auditioijilla ei ollut pääsyä järjestelmiin, joissa tutkimukset oli kirjattu
- **Havaitut puutteet:**
 - Auditointi aineistossa esiintyi XX-alkuisia radiologisia koodeja (esim. XX2AV, XX5DW), jotka eivät kuulu toimenpideluokitukseen ja viittaavat todennäköisesti järjestelmä- tai hva:n kohtaisiin koodeihin

Muun tiedon kirjaaminen

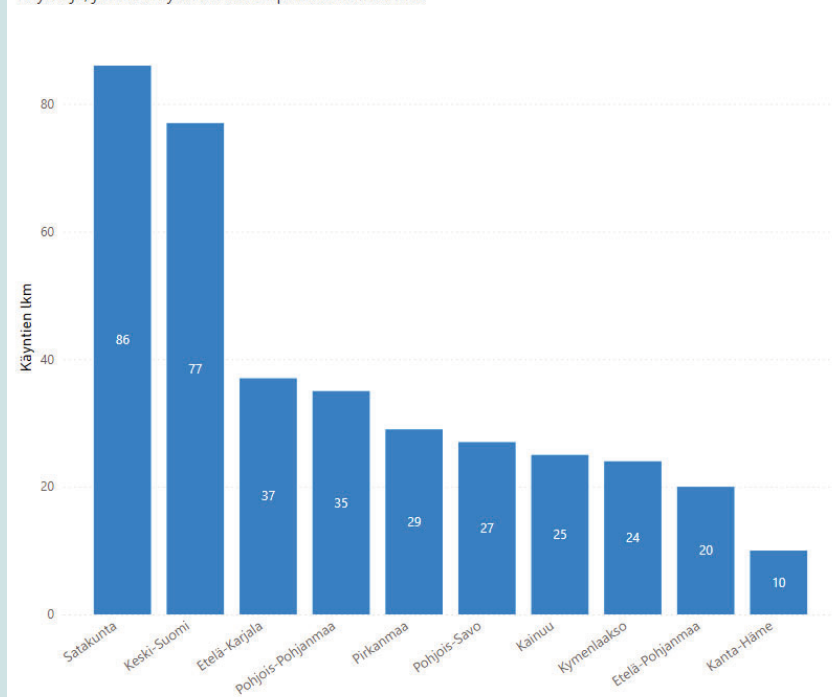
- Tulo- ja lähtöpäivän oikeellisuus
 - Yleensä kirjattu oikein
 - Tapauksissa, joissa potilas oli päivystyksessä yön yli, tulo- ja lähtöpäiväksi oli kirjattu joko päivystykseen saapumisen päivä tai lähtöpäiväksi oli kirjattu seuraava päivä
- Hoitajien kirjaaminen on pääosin laadukasta
 - Käyntimerkinnöissä esiintyy johdonmukaisesti sekä ICPC2- että ICD-10-koodit (usein Z-alkuiset, esim. Z008 Muu yleistarkastus)
 - Käyntisyy kirjataan ICPC2-koodilla, ja kirjaaminen on pääsääntöisesti laadukasta
- Kirjaukset (esim. esitiedot, anamneesi, status, lääkitys, suunnitelma, riskitiedot, lähetetiedot, fysiologiset mittaukset ym.) olivat yleensä laadukkaita

Tiedonsiirtovirheet

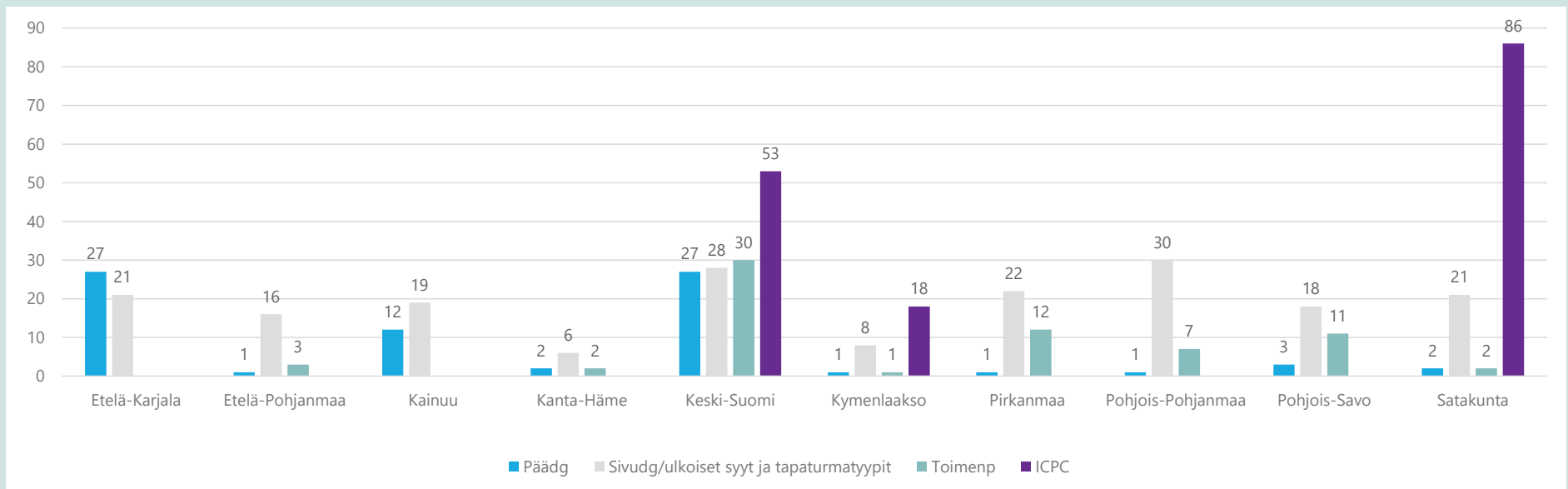
Tiedonsiirtovirheet

- Mahdollisia virheitä esiintyi kaikkien hyvinvointialueiden aineistossa
- Virheet koskevat seuraavia koodeja:
 - pää- ja sivudiagnoosit
 - ulkoiset syyt ja tapaturmatyypit
 - ICPC2
 - toimenpide- ja kuvantamistutkimukset

Käyntejä, joissa on yksi tai useampi tiedonsiirtovirhe



Tiedonsiirtovirheet



Yhteenveto tiedonsiirtovirheistä (1)

Virheen kuvaus	Kuvaus
Diagnoosikoodien siirtymisvirheet	Pää- ja sivudiagnoosikoodit eivät siirtyneet auditointiaineistoon, vaikka ne olivat kirjattuina kertomukseen. Sama koodi saattoi esiintyä pää- ja sivudiagnoosina, tai koodi poimittiin väärästä merkinnästä.
Usean saman päivän merkinnän aiheuttamat virheet	Samalta päivältä oli useita merkintöjä (tuloteksti, decursus, konsultaatio), joista poimittiin eri diagnoosikoodeja. Tulotekstin työdiagnoosi saattoi näkyä päädiagnoosina, vaikka potilaan hoidon edetessä oikea diagnoosi varmistuu ja täsmentyy, ja koko hoitotapahtuman oikea päädiagnoosi löytyy lääkärin viimeisestä kirjauksesta.
ICD-10 ja ICPC2 -koodien sekoittuminen	Saman käynnin aikana oli poimittu sekä ICD-10 että ICPC2 -koodeja, esimerkiksi kun sekä lääkäri että hoitaja olivat tehneet merkinnän. Joissakin tapauksissa ICPC2-koodi oli poimittu ilman, että sitä löytyi merkinnästä.

Yhteenveto tiedonsiirtovirheistä (2)

Virheen kuvaus	Kuvaus
Ulkoisten syiden ja tapaturmatyyppien virheet	Ulkoisen syyn ja tapaturmatyyppin koodit eivät siirtyneet auditointiaineistoon, vaikka ne oli kirjattu potilaskertomukseen.
Toimenpide- ja radiologiakoodien virheet	Toimenpide- ja radiologiakoodit eivät aina siirtyneet auditointiaineistoon, vaikka ne oli kirjattu potilaskertomukseen. Joissakin tapauksissa ne oli poimittu väärälle käynnille tai kahteen kertaan.
Muut tiedonsiirtovirheet	Yksittäisiä teknisiä virheitä, kuten hetun puuttuminen, tulopäivä myöhemmin kuin lähtöpäivä, tai diagnoosikoodi puuttui kokonaan.

Näiden mahdollisten tiedonsiirtovirheiden osalta olisi tärkeää selvittää, siirtyvätkö tällaisissa tapauksissa tiedot oikein esim. hyvinvointialueen sisäisesti raportointityökaluissa ja ulkoisesti esim. Hilmo-tietoihin

Tiedonsiirto virheiden mahdollinen vaikutus (1)

Diagnoosikoodien siirtymiseen liittyvät virheet

- Potilaan hoidon arviointi voi vääristyä, kun pää- tai sivudiagnoosit puuttuvat tai ovat virheellisiä, hoidon laadun seuranta ja tilastollinen luotettavuus heikentyy
- **Esimerkkejä:** Koodien kaksoiskirjaukset, väärästä merkinnästä poimiminen, vanhan käynnin tietojen siirtyminen

ICD-10 ja ICPC2 -koodien sekoittuminen

- Koodijärjestelmien sekoittuminen voi aiheuttaa virheitä raportoinnissa, tilastoinnissa ja hoidon seurannassa
- **Esimerkkejä:** Molempien koodien käyttö samalle käynnille

Tiedonsiirto virheiden mahdollinen vaikutus (2)

Ulkoisten syiden ja tapaturmatyyppin koodien virheet

- Tapaturmien ja vammojen syiden seuranta vaikeutuu, mikä voi vaikuttaa esimerkiksi turvallisuustyöhön ja epidemiologiseen analyysiin
- **Esimerkkejä:** Ulkoisen syyn koodit puuttuvat, tai ne kirjataan ilman tapaturmatyyppinkoodeja

Toimenpide- ja radiologiakoodien virheet

- Hoitotoimenpiteiden ja tutkimusten puutteellinen dokumentointi voi vaikuttaa hoidon vaikuttavuuden arviointiin ja kustannuslaskentaan.
- **Esimerkkejä:** Koodien puuttuminen, poiminta väärälle käynnille, kaksoiskirjaus

Suosituksset

Suosituksset

Yleiset

- Yhtenäinen ja päivitetty ohjeistus vastaamaan kansallisia kirjaamissuosituksia
 - Kaikki ammattilaiset ovat ajan tasalla ICD-10-, ICPC2- ja toimenpidekoodien käytöstä
 - Organisaatiokohtaiset ohjeet/protokollat, jotka ohjaavat yhdenmukaiseen kirjaamiseen
 - Selkeä tiedottaminen kirjaamiskäytäntöjen muutoksista
- Kirjaamisen laadun säännöllinen seuranta ja palaute
 - Sisäisen auditoinnin käyttöönotto
 - Yksilökohtaisen palautteen tarjoaminen kirjaajille toistuvista virheistä
- Tietojärjestelmän tuki ja tarkistusprosessit
 - Poimintalogiikan tarkistaminen
 - Automaattinen virheraportointi puuttuvista kirjauksista (esim. päädiagnoosi, ulkoinen syy)
 - Järjestelmämuutosten tekeminen, jotka tukevat diagnoosien ja muun rakenteisen tiedon kirjaamista

Suosituks Spesifit

Päädiagnoosi

- Päädiagnoosi kirjataan aina ja se on ja kyseisen hoitotilanteen ensisijainen syy
- Traumatapauksissa käytetään päädiagnoosin S- tai T-alkuista koodia (ei oire-, Z- tai W-koodeja)
- Vältetään epäspesifejä koodeja (8- tai 9-loppuiset), jos tarkempi tieto on saatavilla
- Oirekoodi (R-alkuinen) on päädiagnoosina niissä tapauksissa, jos varsinainen sairaus ei ole on tiedossa

Sivudiagnoosit

- Kirjataan koodilla, jos ne vaikuttavat hoitoon, vaikka ne eivät olisi käynnin pääsyy
- Vältetään epäolennaisten sairauksien kirjaamista sivudiagnoosiksi, jos ne eivät vaikuta kyseisen hoitotilanteen hoitoon

Suosituksset

Spesifit

Ulkoiset syyt ja tapaturmatyypit

- Ulkoisen syyn ja tapaturmatyyppin koodit tulee kirjata, jos tapahtuma liittyy tapaturmaan
- Ulkoisen syyn koodit eivät saa olla päädiagnooseja, vaan lisätietoa tapahtumasta

Toimenpiteet ja kuvantamistutkimukset

- Kaikista tehdyistä toimenpiteistä (esim. rytminsiirto) kirjataan asianmukainen toimenpidekoodi
- Varmistetaan, että käytetään virallisia radiologisia ym. koodeja, ei järjestelmäkohtaisia

Kiitos!

Lotta Sokka

johtava asiantuntija

lotta.sokka@fcg.fi

Emma Kajander

asiantuntijalääkäri

emma.kajander@fcg.fi

www.fcg.fi