

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2001:3 fin, swe

*Potilasasiakirjojen laatiminen*

---

sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän  
materiaalin säilyttäminen

*Opas terveydenhuollon henkilöstölle*

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖ  
Helsinki 2001

ISSN 1236-116X  
ISBN 952-00-0966-3

Oy Edita Ab, Helsinki 2001

## TIIVISTELMÄ

Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Helsinki, 2001. 112 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita, ISSN 1236-116X; 2001:3.) ISBN 952-00-0966-3.

Sosiaali- ja terveysministeriö on 19.1.2001 antanut asetuksen potilasasiakirjojen laamisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001). Asetukseen sisältyvät velvoittavat potilasasiakirjojen laatimista sekä potilasasiakirjojen ja muun hoidon yhteydessä syntyvän materiaalin säilyttämistä koskevat säännökset.

Oppaassa ohjataan tarkemmin potilasasiakirjojen laatimista ja muuta potilastietojen käsittelyä ottaen huomioon edellä mainittu asetus sekä eri lakien, muun muassa potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) ja henkilötietolain (523/1999) säännökset.

**Asiasanat:** potilasasiakirja, laatiminen, säilyttäminen



## SUMMARY

Drawing up of patient documents and retention of them and other material related to care and treatment. A guide for health care staff. Helsinki 2001. 112 p. (Handbooks of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-116X; 2001:3.) ISBN 952-00-0966-3.

The Ministry of Social Affairs and Health issued on 19 January 2001 a Decree on drawing up of patient documents and retention of them and other material related to care (99/2001). The Decree contains obligatory rules concerning the drawing up of patient documents and the retention of them and other material produced in the context of care and treatment.

The handbook serves as a guide for drawing up patient documents and other handling of patient data taking into account the Decree referred to above and relevant provisions of various acts, for instance the Act on the Status and Rights of Patients (785/1992) and the Personal Data File Act (523/1999).

**Keywords:** Patient documents, drawing up, retention



## SISÄLLYSLUETTELO:

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>1.</b>  | <b>JOHDANTO</b> .....   | <b>9</b>  |
| <b>2.</b>  | <b>POTILASASIAKIRJOJEN KÄYTTÖTARKOITUS JA MERKITYS</b> .....  | <b>10</b> |
| <b>3.</b>  | <b>POTILASASIAKIRJOJA KOSKEVIA PERIAATTEITA JA REKISTERINPITÄJÄN VELVOLLISUUKSIA</b> .....                          | <b>10</b> |
| <b>4.</b>  | <b>POTILASASIAKIRJAT JA NIIDEN LAATIMINEN</b> .....   | <b>12</b> |
| 4.1.       | Potilasasiakirjat.....  | 12        |
| 4.2.       | Oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin .....  | 13        |
| 4.3.       | Potilaskertomus ja siihen tehtävät merkinnät .....  | 13        |
| 4.4.       | Yleiset periaatteet merkintöjen tekemisessä .....   | 15        |
| 4.5.       | Sairauden kulkua ja hoitoa koskevat merkinnät .....   | 16        |
| 4.6.       | Merkinnät riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista sekä epäillyistä potilas-, laite- ja lääkevahingoista ..... | 17        |
| 4.7.       | Potilaan tiedonsaantia ja hoitoon liittyviä kannanottoja sekä muuta hoitoon osallistumista koskevat merkinnät ..... | 18        |
| <b>5.</b>  | <b>POTILASASIAKIRJAMERKINTÖJEN KORJAAMINEN</b> .....  | <b>19</b> |
| <b>6.</b>  | <b>POTILASASIAKIRJOJEN TARKASTUSOIKEUS</b> .....  | <b>20</b> |
| <b>7.</b>  | <b>POTILASASIAKIRJOIHIN SISÄLTYVIEN TIETOJEN LUOVUTTAMINEN</b> .....  | <b>21</b> |
| 7.1.       | Potilasasiakirjatietojen luovuttaminen ja sitä koskevat merkinnät .....   | 21        |
| 7.2.       | Kuolleen henkilön potilasasiakirjatietojen luovuttaminen .....  | 23        |
| <b>8.</b>  | <b>POTILASASIAKIRJOJEN SÄILYTTÄMINEN</b> .....  | <b>24</b> |
| 8.1.       | Julkisen terveydenhuollon potilasasiakirjojen säilyttäminen .....   | 24        |
| 8.2.       | Yksityisen terveydenhuollon ja itsenäisten ammatinharjoittajien potilasasiakirjojen säilyttäminen.....              | 25        |
| <b>9.</b>  | <b>POTILASASIAKIRJOJEN JA MUUN HOITOON LIITTYVÄN MATERIAALIN SÄILYTTÄMISAJAT</b> .....                              | <b>25</b> |
| <b>10.</b> | <b>KESKEISET KÄSITTEET</b> .....  | <b>27</b> |

**LIITE:** Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjojen laatisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä





## 1. JOHDANTO

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 16 §:n mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudesta laatia ja säilyttää potilasasiakirjat sekä pitää salassa niihin sisältyvät tiedot on voimassa, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (785/1992), jäljempänä potilaslaki, säädetään. Potilaslain 12 §:ssä todetaan, että terveydenhuollon ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot sekä että terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee säilyttää potilasasiakirjat sekä tutkimuksessa ja hoidossa syntyvät biologista materiaalia sisältävät näytteet ja elinmallit potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen, hoitoon liittyvien mahdollisten korvausvaatimusten ja tieteellisen tutkimuksen edellyttämä aika. Samalla sosiaali- ja terveysministeriö on valtuutettu säätämään potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja edellä mainittujen näytteiden ja mallien säilyttämisestä tarkemmin asetuksella. Sosiaali- ja terveysministeriö on tämän nojalla antanut 19.1.2001 asetuksen potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä (99/2001).

Potilasasiakirjojen laatimisesta ja säilyttämisestä annetut säännökset ja tarkempi ohjeistus koskevat kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöitä julkisessa ja yksityisessä terveydenhuollossa. Näin ollen myös jokaisen itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön ja esimerkiksi sosiaalitoimen, koulutoimen yms. yksiköissä terveyden- ja sairaanhoitoa antavan terveydenhuollon ammattihenkilön on noudatettava kyseisiä säännöksiä. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa ja asetuksessa (564/1994) määritellyt laillistetut, luvan saaneet ja nimikesuojatut ammattihenkilöt.

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja, taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja (PotL 2 §).

Potilasasiakirjoja ovat toisin sanoen kaikki potilasrekisterinpitäjän hallussa olevat potilaan hoitoon liittyvät tallenteet, kortistot, paperitulosteet, käsintehty asiakirjat jne., jotka sisältävät potilaan terveydentilaa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja riippumatta siitä, ovatko ne syntyneet rekisterinpitäjän toiminnan seurauksena tai saapuneet muualta.

Terveydenhuollossa ollaan siirtymässä organisaatiokeskeisestä toimintatavasta kokonaisvaltaisiin potilaan hoito- ja palveluketjuihin, jolloin potilaskertomustiedon dokumentointia ja käyttöä on kehitettävä palvelemaan paremmin hoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia. Toimiva palveluketju edellyttää, että kulloinkin tarpeellinen tieto on viiveettä potilasta hoitavan ammattihenkilön käytössä.

**Hyvän hoidon, potilaan turvallisuuden ja henkilökunnan oikeusturvan takaamiseksi potilasasiakirjatietojen tulee olla oikeita, virheettömiä ja laajuudeltaan riittäviä. Potilassuhteen luottamuksellisuus ja potilaan yksityisyyden suoja edellyttävät huolellisuutta potilasasiakirjojen laatimisessa ja säilyttämisessä.**

Potilasasiakirjoista muodostuu henkilötietolaissa tarkoitettuja henkilörekistereitä. Rekisterinpitäjänä toimii potilaslain 2 §:ssä määritelty terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka käyttöä varten potilasasiakirjatiedoista koostuva henkilörekisteri perustetaan, ja jolla on oikeus määrätä rekisterin käytöstä.

Potilaalla tarkoitetaan kaikkia terveydenhuollon ammattihenkilöiden terveyden- tai sairaanhoitopalvelujen käyttäjiä tai muuten niiden kohteena olevia henkilöitä (PotL 2 §).

Oppaassa käytetyt keskeiset käsitteet on määritelty sivulla 27 – 29.

## 2. POTILASASIAKIRJOJEN KÄYTTÖTARKOITUS JA MERKITYS

Potilasasiakirjojen tehtävänä on palvella potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta sekä edistää hoidon jatkuvuutta. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden velvollisuus on merkitä potilasasiakirjoihin niiden käyttötarkoituksen kannalta tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjoja ei saa myöskään myöhemmin, esimerkiksi terveydenhuollon toimintayksikön lopetettua toimintansa, käyttää taikka muutoin käsitellä vastoin alkuperäistä käyttötarkoitusta (HetiL 7 ja 9 §).

Asianmukaisesti laaditut potilasasiakirjat ovat lisäksi tärkeitä potilaan tiedonsaantioikeuden ja oikeusturvan kannalta sekä vastaavasti henkilökunnan oikeusturvan toteuttamisessa. Niiden tietoja käytetään mm. potilaan muistutuksia, kanteluja ja vakuutusyms. etuuksia koskevissa asioissa. Potilasasiakirjatietojen perusteella selvitetään tarvittaessa hoitoon osallistuneiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden menettelyä ja arvioidaan tällöin heidän ammattitoimintansa asianmukaisuutta.

Potilasasiakirjoilla on merkitystä myös terveydenhuollon tutkimuksessa, hallinnossa, suunnittelussa ja opetuksessa.

## 3. POTILASASIAKIRJOJA KOSKEVIA PERIAATTEITA JA REKISTERINPITÄJÄN VELVOLLISUUKSIA

Potilasasiakirjat muodostavat henkilötietolaissa tarkoitetun (**loogisen**) **henkilörekisterin**. Tällä tarkoitetaan sitä, että samaan henkilörekisteriin kuuluvat kaikki ne potilasta koskevat tiedot, jotka ovat rekisterinpitäjän hallussa, ja joita käytetään samaan käyttötarkoitukseen (terveyden ylläpito sekä hoidon suunnittelu, toteuttaminen ja seuranta) riippumatta tietojen tallentamistavasta, -ajankohdasta tai -paikasta.

**Rekisterinpitäjän** velvollisuuksista säädetään tarkemmin henkilötietolaissa. Rekisterinpitäjän velvollisuus on mm.:

- suunnitella potilasrekisteriin liittyvä henkilötietojen käsittely ottaen huomioon sekä toiminnalliset (hoidon järjestämisen ja toteuttamisen) tarpeet että lainsäädännössä asetetut vaatimukset
- määritellä rekisterin käyttötarkoitus
- laatia potilasrekisteristä henkilötietolain 10 §:ssä edellytetty rekisteriseloste ja pitää se jokaisen saatavilla
- vastata potilasrekisterin ylläpidosta, suojaamisesta ja säilyttämisestä
- määritellä terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja muun hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvan henkilökunnan käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin
- huolehtia siitä, että potilaita informoidaan henkilötietolain 24 §:ssä edellytetyllä tavalla heitä koskevien tietojen käsittelystä, t.s., että he saavat esimerkiksi tätä varten laaditulla informointilomakkeella tiedot rekisterinpitäjästä ja tarvittaessa tämän edustajasta, henkilötietojen käsittelyn tarkoituksesta, siitä, mihin tietoja luovutetaan säännönmukaisesti sekä rekisteröidyn oikeuksien käyttämiseksi tarvittavat tiedot
- huolehtia potilasasiakirjoja käsittelevän henkilökunnan ohjaamisesta asianmukaisiin menettelytapoihin; toiminnan tulee olla säännöllistä ja eri ammattiryhmien työtehtävien mukaista.

Terveydenhuollon toimintayksikön **terveydenhuollosta vastaavan johtajan** tulee rekisterinpitäjän edustajana antaa kirjallinen ohjeistus potilastietojen käsittelyyn liittyvistä seikoista ja menettelytavoista omassa yksikössään mm.:

- potilasasiakirjamerkintöjen korjaamisesta
- potilaan informoinnin toteuttamisessa noudatettavasta menettelystä
- potilaan tarkastusoikeuden käytännön toteuttamisesta
- potilasasiakirjojen salassapidossa, käytössä ja suojaamisessa noudatettavista periaatteista
- potilasasiakirjatietojen luovuttamisesta
- sekä toimintayksikössään em. tehtävistä vastaavista henkilöistä.

**Potilasasiakirjoissa olevat tiedot ovat arkaluonteisia ja salassa pidettäviä.** Potilasasiakirjojen käsittelyssä (mm. laatimisessa, käytössä, säilyttämisessä, luovuttamisessa, hävittämisessä) on noudatettava **huolellisuutta ja hyvää tietojenkäsittelytapaa** sekä huolehdittava siitä, että potilasasiakirjoihin merkityt tiedot ovat käyttötarkoituksensa kannalta tarpeellisia. Merkintöjen on oltava **ymmärrettäviä ja virheettömiä**. Velvoitteet koskevat kaikkia potilasasiakirjoihin merkintöjä tekeviä sekä niitä käyttäviä ja luovuttavia.

Terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevien **käyttöoikeudet** potilasasiakirjoihin tulee määritellä yksityiskohtaisesti. Tietoja saavat ilman potilaan suostumusta käyttää vain asianomaisessa toimintayksikössä potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt. Hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat henkilöt saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa edellyttävät.

Käyttöoikeudet ja tietojen luovuttaminen tulee huomioida jo suunniteltaessa potilasasiakirjojen rakennetta ja säilytystä. ATK-pohjaisten potilasasiakirjojen käyttöä on voitava seurata ("sormenjäljet", loki-tiedosto) ja sitä on myös valvottava.

Rekisterinpitäjän tulee varmistaa, että ATK-pohjaiset asiakirjatiedot ovat tiedostomuodosta riippumatta käytettävissä niille säädetyn säilytysajan ja myös ATK-ohjelmien ja -järjestelmien uusimisen jälkeen.

Ostopalveluista ja muista toimeksiantotehtävistä sovittaessa on sopimusehdoin varmistettava sopimusosapuolten rekisterinpidon vastuut ja tietosuojasta huolehtiminen. Toiminnassa syntyvien tietojen rekisterinpitäjänä toimii yleensä palveluja tilaava terveydenhuollon toimintayksikkö. Rekisterinpitäjän vastuu potilasasiakirjojen laatimisen ja muun käsittelyn lainmukaisuudesta on tällöin palvelujen tilaajalla ja palvelujen tuottaja toimii ns. teknisenä rekisterinpitäjänä tämän lukuun. Sitä vastoin palvelujen tuottaja toimii henkilötietolaissa tarkoitettuna rekisterinpitäjänä omassa toiminnassaan syntyvien tietojen osalta.

Silloin kun yksityinen tuottaa toimeksiantosopimuksen perusteella julkiselle sektorille kuuluvia tehtäviä, toiminnassa syntyviin asiakirjatietoihin sovelletaan myös viranomaisen toiminnan julkisuudesta annettua lakia (621/1999).

## 4. POTILASASIAKIRJAT JA NIIDEN LAATIMINEN

### 4.1. Potilasasiakirjat

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja.

**Potilasasiakirjoja** ovat mm.:

- jatkuva **potilaskertomus** siihen liittyvine asiakirjoineen
- elintoimintoja tai anatomisia rakenteita kuvaavat tekniset tallenteet, kuten röntgen- ja magneettikuvat, ultraäänikuvat, EEG- ja muut neurofysiologiset tallenteet, EKG-nauhat, ääni-, filmi- ja video- ym. tallenteet
- ajanvaraus- ja potilaspäiväkirjat

Jokaisesta potilaasta on laadittava jatkuva, aikajärjestyksessä etenevä potilaskertomus, jonka tietosisältöä ja laatimista koskevat, sosiaali- ja terveysministeriön asetukseen perustuvat tarkemmat vaatimukset ovat jäljempänä.

Erityislainsäädännössä (mm. mielenterveyslaki, laki raskauden keskeyttämisestä, sterilöimislaki, laki kuolemansyyn selvittämisestä) edellytetyt vahvistetut lomakkeet ovat potilasasiakirjoja.

Potilasasiakirjoina ei sen sijaan pidetä veri-, plasma- tai veren soluista tai ainesosista valmistettuja näytteitä, ei myöskään solu-, kudus- ja elinnäytteitä, DNA:ta sisältäviä näytteitä eikä kipsi-, muovi- tai muita vastaavia malleja. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa on kuitenkin potilaslain 12 §:ään sisältyvän valtuutuksen nojalla säädetty

eräiden tutkimuksen ja hoidon yhteydessä syntyneiden biologista materiaalia sisältävien näytteiden ja elinmallien säilytysajoista.

Rekisterinpitäjän tulee suunnitella ja toteuttaa potilasasiakirjajärjestelmänsä siten, että sen rakenne ja tietosisältö vastaavat käyttötarkoitusta sekä hoitoon osallistuvien henkilöiden tehtäviä ja vastuita.

#### **4.2. Oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin**

Potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaan muut hoitoon osallistuvat henkilöt saavat tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Terveydenhuollon opiskelijat voivat tehdä merkintöjä silloin kun he osallistuvat potilaan hoitoon toimiessaan terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 3 §:n mukaisesti sen 1 momentissa tarkoitettussa toimintayksikössä. Opiskelijan tekemät merkinnät hyväksyy esimies tai ohjaaja taikka hänen valtuuttamansa henkilö. Sairaankuljetukseen osallistuvilla muilla kuin terveydenhuollon ammattihenkilöillä on oikeus tehdä potilasasiakirjamerkintöjä toiminnasta vastaavan terveydenhuollon ammattihenkilön ohjeita noudattaen.

Potilaskertomuksessa tulee näkyä merkinnät tehneen nimi ja asema.

Potilasasiakirjamerkinnät voidaan tehdä myös terveydenhuollon ammattihenkilön sanellun perusteella. Vastuu merkinnöistä on sanelijalla.

#### **4.3. Potilaskertomus ja siihen tehtävät merkinnät**

Jatkuvaan muotoon laadittu potilaskertomus on potilasasiakirjojen keskeisin osa. Terveydenhuollon toimintayksikön/itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus on pitää jatkuvaa potilaskertomusta jokaisesta potilaastaan.

Potilaskertomuksessa tulee olla seuraavat perustiedot:

- potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot
- toimintayksikön/itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön nimi
- merkinnän tehneen henkilön nimi, asema ja merkinnän ajankohta
- saapuneissa asiakirjoissa saapumisajankohta ja alkuperä.

Tarvittaessa, tilanteesta riippuen, myös seuraavat tiedot merkitään potilasasiakirjoihin:

- potilaan ilmoittaman lähiomaisen/muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot
- alaikäisen huoltajan tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot
- potilaan äidinkieli/asointikieli

- potilaan ammatti (pääsääntöisesti tarpeen työikäisten potilaiden kohdalla)
- potilaan työnantajan vakuutusyhtiö
- omalääkäri
- tietojen luovuttamiseen liittyvät potilaan suostumukset.

Potilaskertomukseen tulee tehdä merkintä jokaisesta potilaan avohoito- ja kotihoito-käynnistä sekä hoidon kannalta merkittävästä puhelinyhteydestä ja muusta konsultaatiosta, jokaisesta osastohoitojaksosta, toimenpiteistä, diagnoosin asettamisesta ja hoitoon liittyvästä päätöksenteosta, lähetteistä sekä kaikista lääkemääräyksistä ja sairauslomista sekä muista vastaavista hoitoon liittyvistä asioista. Merkintöjen tekemisessä noudatettava periaatteita käsitellään tarkemmin jäljempänä.

Käyntejä ja hoitajaksoja koskevista tiedoista tulee käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot/tutkimustulokset ja ongelmat, taudinmääritys/terveysriski (diagnoosi), johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulause.

Potilaskertomuksen oleellinen osa ovat terveydenhuollon ammattihenkilön tekemät merkinnät havainnoistaan, arvioistaan ja johtopäätöksistään potilaasta ja hänen hoidostaan, sekä seikat, joihin arviot perustuvat. Kertomukseen tulee kirjata riittävästi tietoja, joiden avulla perustellaan taudinmääritys, valitut hoidot tai toimenpiteen tarpeellisuus. Myös vaikutuksiltaan ja riskeiltään erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valinnasta tulee tehdä merkinnät, joista ilmenee, millaisin perustein valittuun menetelmään päädyttiin.

Itse potilaskertomuksen tulee olla **alkuperäinen**. Kertomusta tai sen osia ei saa uudelleen kirjoittaa eikä käyttää esimerkiksi valokopiota korvaamaan alkuperäistä sivua. Automaattista tietojenkäsittelyä käytettäessä tulee asianmukaisten ohjelmistojen ja järjestelmien avulla varmistaa alkuperäisen tiedon säilyminen muuttumattomana.

#### **Potilaskertomukseen liittyvät mm.:**

- lähetteet
- konsultaatiovastaukset
- laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja –lausunnot
- erilaiset todistukset ja lausunnot, esimerkiksi todistukset ja lausunnot terveystarkastuksista, kuntoutuksesta, eläkkeistä ja muista etuuksista, sairauslomatodistukset, kuolintodistus
- saapuneet hoitopalautteet yms. esimerkiksi muista terveydenhuollon yksiköistä
- lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat

#### 4.4. Yleiset periaatteet merkintöjen tekemisessä

Potilasasiakirjoihin saa merkitä vain niiden **käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia** tietoja. Tarpeellisten tietojen laajuus, tarkkuus ja yksityiskohtaisuus voivat vaihdella tilanteen mukaisesti; esimerkiksi mitä vaikeampi ja kriittisempi potilaan tilanne on tai mitä merkittävämmästä hoitopäätöksestä on kyse, sitä tarkemmin ja yksityiskohtaisemmin tiedot tulee kirjata.

Hoidon kannalta tarpeelliset tiedot tulee kirjata potilasasiakirjoihin siinäkin tapauksessa, että potilas kieltää niiden merkitsemisen. HIV-infektion varhaistoteamisessa voidaan kuitenkin poikkeuksellisesti käyttää koodia **näytteen tunnistena** sosiaali- ja terveysministeriön tartuntatautilain mukaisia yleisiä terveystarkastuksia koskevan määräyksen (1993:26) mukaisesti.

Potilasasiakirjamerkintöjä tekevä terveydenhuollon ammattihenkilö on velvollinen huolehtimaan tekemiensä merkintöjen **oikeellisuudesta** ja **virheettömyydestä**. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä; niissä voidaan käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä termejä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjaan tulee merkitä tietojen lähde, jos tieto ei ole perustunut ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin.

Potilaan tai hänen omaisensa tekemään **muistutukseen, kanteluun ja potilasvahinko-asiaan liittyviä tietoja** saa kirjata potilasasiakirjoihin vain silloin ja siltä osin kuin tiedot ovat tarpeellisia hoidon kannalta. Itse asiakirjat säilytetään erillisinä.

**Muita henkilöitä kuin potilasta itseään koskevia tietoja** saa merkitä potilasasiakirjoihin vain, jos ne ovat potilaan hoidon kannalta välttämättömiä. Tietojen lähde tulee kirjata.

Henkilötietolain 11 §:ssä mainittuja **arkaluonteisia tietoja** (rotu, etninen alkuperä, henkilön yhteiskunnallinen, poliittinen tai uskonnollinen vakaumus, ammattiliittoon kuuluminen, rikollinen teko, rangaistus tai muu rikoksen seuraamus, vammaisuus, seksuaalinen suuntautuneisuus tai käyttäytyminen, sosiaalihuollon palveluiden käyttö, sosiaalietuudet) saadaan potilasasiakirjoihin merkitä vain, jos ne ovat potilaan hoidon kannalta välttämättömiä.

Potilasasiakirjamerkinnät tulee tehdä **viivytyksettä**:

- **Avohoitokäynnin merkinnät** tulee tehdä välittömästi tai viimeistään neljän vuorokauden kuluttua käynnistä ja **laitushoitajakson loppulausunto** (epicrisis) tulee tehdä viimeistään viikon kuluttua potilaan uloskirjoittamisesta. Määräajoista voidaan poiketa vain erityisestä syystä.
- **Lähetteet** tulee tehdä ja toimittaa jatkohoitopaikkoihin potilaan tilan edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen, kuitenkin siten, että myös kiireettömissä tapauksissa lähete tulee lähettää jatkohoitopaikkaan viikon kuluttua siitä kun sen tekemisen tarve on todettu, jollei määräajasta poikkeamiseen ole erityistä syytä.
- **Yhteenvedo potilaalle annetusta (avo- tai laitos)hoidosta** tulee toimittaa aina potilaan suullisen tai asiayhteydestä selkeästi ilmenevän suostumuksen perusteella myös potilaan lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksikölle tai ammattihenkilölle.

le ja terveyskeskuksessa hänen hoidostaan vastaavaksi lääkäriksi mahdollisesti nimetyille (omalääkärille). Suullinen tai asiayhteydestä muuten ilmenevä potilaan suostumus on riittävä myös niissä tapauksissa, joissa hoito ei jatku lähettäneessä toimintayksikössä tai ammattihenkilön luona. On suositeltavaa toimittaa yhteenveto myös potilaalle itselleen.

Yhteenveto tulee toimittaa vastaanottajalle potilaan hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen, kuitenkin siten, että se lähetetään kiireettömissäkin tapauksissa 10 vuorokauden kuluttua hoidon päättymisestä, jollei määräajasta poikkeamiseen ole erityistä syytä.

#### **4.5. Sairauden kulkua ja hoitoa koskevat merkinnät**

Potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät, joista ilmenee, kuinka hoito toteutettiin ja ilmenikö hoidon aikana erityistä sekä millaisia hoitoa koskevia päätöksiä tehtiin. Lisäksi on tarvittaessa voitava selvittää hoitoon osallistuneet.

Kaikki lääkemääräykset, annetut lääkärinlausunnot ja muut todistukset tulee kirjata potilaskertomukseen antamispäivämäärän mukaisesti.

**Osastohoidossa** olevasta potilaasta tehdään potilaskertomukseen merkinnät (decursus) riittävän usein potilaan tilan muutoksista, tutkimuksista ja annetusta hoidosta aikajärjestyksessä. Osastopotilaasta tehdään lisäksi erilliseen hoitajaksokohtaiseen seurantaasiakirjaan päivittäin merkinnät potilaan tilaan liittyvistä huomioista, hoitotoimista yms.

Lääkärin on tehtävä sairaalahoidossa olevan **pitkäaikaispotilaan** potilasasiakirjoihin vähintään kahdesti vuodessa seurantayhteenveto siinäkin tapauksessa, ettei potilaan tilassa tapahdu oleellisia muutoksia.

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä **toimenpiteen** indikaatio ja päätösten perusteet. Jokaisen toimenpiteen tulee perustua selkeästi määriteltyyn indikaatioon. Potilaan kannalta merkittävistä vaihtoehtoisista hoitomenetelmistä tulee esittää perusteet, miksi päädyttiin valittuun ratkaisuun.

Toimenpiteestä laaditaan toimenpidekertomus/leikkauskertomus, jossa tulee olla riittävän yksityiskohtainen kuvaus toimenpiteen suorittamisesta ja sen aikana tehdyistä havainnoista. Kertomuksessa tulee esittää perustelut toimenpiteen aikana tehdyille ratkaisuille uusissa tilanteissa.

**Potilaaseen pysyvästi asetetut materiaalit** (esim. proteesit, implantit, hammaspaikka-aineet) tulee merkitä potilasasiakirjoihin sellaisella tarkkuudella, että ne ovat myöhemmin tunnistettavissa.

Jos **psykiatrisessa hoidossa** olevalle potilaalle joudutaan antamaan lääkkeitä hänen kieltäytymisestään huolimatta tai jos häneen joudutaan kohdistamaan muutoin mielen-terveyslain (1116/1990) perusteella hänen itsemääräämisoikeuttaan rajoittavia toimenpiteitä, tulee niistä tehdä erikseen potilasasiakirjoihin merkinnät, joista käy ilmi toimenpi-



teen syy, luonne, kesto, arvio vaikutuksesta potilaan hoitoon sekä toimenpiteen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet.

Potilaan hoidosta ja seurannasta **ensihoidon ja sairaankuljetuksen** aikana ja siihen liittyen tehdään tarvittavat merkinnät. Asiakirjat liitetään potilaan vastaanottavan terveydenhuoltoyksikön potilasasiakirjoihin. Jos potilasta ei kuljeteta, asiakirja annetaan potilaalle itselleen. Ensihoidon ja sairaankuljetuksen asiakirjojen jäljennöksiä säilytyksestä vastaa palvelujen järjestämisestä vastaava terveyskeskus. Mikäli lääkäri osallistuu ensihoitoon/sairaan kuljetukseen mukana ollen tai konsultaation kautta, tulee tämä käydä ilmi potilasasiakirjoista.

Taudinmäärityksen tai hoidon kannalta **merkittävistä konsultaatioista ja hoitoneuvotteluista** tulee hoitavan lääkärin tehdä potilaskertomusmerkinnät, joista ilmenee konsultaation/neuvottelun ajankohta, ketkä ovat osallistuneet asian käsittelyyn, tehdyt päätökset ja niiden toteuttaminen. Myös konsultoidun lääkärin tulee tehdä edellä mainituissa konsultaatio-tilanteissa merkinnät antamastaan konsultaatiovastauksesta tai hänelle tulee jäädä jäljennös antamastaan konsultaatiovastauksesta. Toisessa terveydenhuollon toimintayksikössä toimivan ammattihenkilön konsultointi sellaisessa muodossa, että potilas on tunnistettavissa, edellyttää potilaan suostumusta, jollei kysymys ole tilanteesta, jossa tietoja voidaan potilaslain 13 §:n 3 momentin 3 kohdan nojalla luovuttaa potilaan suostumusta edellyttämättä.

Ammattitaudin tai ammattitautiepäilyn vuoksi tutkimuksissa tai hoidossa olleiden henkilöiden potilasasiakirjoihin tehdään merkintä työperäisyyden selvittämisestä säilytysajan määrittämiseksi ja sen varmistamiseksi, että potilasasiakirjat ovat tunnistettavissa työperäisen sairastumisriskin selvittämiseksi.

Ainakin seuraavissa potilasasiakirjoissa tulee olla laatijan **omakätinen tai sähköinen (varmennettu) allekirjoitus**: läheteet, hoidon loppulausunto (epicrisis), yhteenveto annetusta hoidosta, leikkaus- ja muu toimenpidekertomus, lomake- ja vapaamuotoiset lausunnot ja todistukset.

**Hoidon loppulausunto (epicrisis)** tulee laatia jokaisesta osasto- tai laitoshoidojaksosta sekä pääsääntöisesti myös sellaisesta polikliinisestä hoitajaksosta, jonka loputtua hoito päättyy tai hoitovastuu siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Loppulausunnossa tulee annettua hoitoa koskevan tiivistelmän ohella esittää selkeät, yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi sekä kuvata mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa ja tila hänen poistuessaan hoitoyksiköstä.

#### **4.6. Merkinnät riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista sekä epäillyistä potilas-, laite- ja lääkevahingoista**

Potilaskertomukseen tulee merkitä tiedot lääkeaineallergioista, materiaaliallergioista ja yliherkkyyksistä sekä muista hoidossa huomioon otettavista seikoista.

Työterveyshuollossa työntekijään kohdistuvat työstä aiheutuvia terveyden vaaroja koskevat tiedot tulee säilyttää osana häntä koskevia asiakirjoja sen lisäksi, että edellä mainitut työpaikkakohtaiset tiedot ovat talletettuna työnantajakohtaiseen rekisteriin.

Potilaskertomukseen tulee merkitä tiedot todetuista tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden haitallisista vaikutuksista ja hoidon tehottomuudesta.

Epäiltäessä potilas-, laite- tai lääkevahinkoa tulee potilaskertomukseen tehdä yksityiskohtaiset merkinnät asiasta. Nämä tulee tehdä välittömästi kun vahinkoepäily on syntynyt. Merkinnöistä tulee ilmetä kuvaus vahingosta, selvitys hoidossa mukana olleista terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä laite- ja lääkevahinkojen osalta tarkka kuvaus, mistä vahingon epäillään johtuneen. Lääkkeiden ja laitteiden tunnistetiedot tulee merkitä yksilöiden.

#### ***4.7. Potilaan tiedonsaantia ja hoitoon liittyviä kannanottoja sekä muuta hoitoon osallistumista koskevat merkinnät***

Potilasasiakirjoista tulee käydä ilmi, että potilaalle on olosuhteet huomioiden ymmärrettävällä tavalla annettu **potilaslain 5 §:ssä tarkoitettu selvitys** hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista, yleisimmistä riskitekijöistä ja komplikaatiomahdollisuuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hoidosta. Jos näin ei ole menetelty, merkitään peruste potilasasiakirjoihin.

Potilasasiakirjoihin tehdään merkintä siitä, onko potilasta epäillyssä potilasvahinkotapauksessa informoitu siitä, miten asiassa menetellään.

Potilasasiakirjoihin tehdään aina merkintä, jos potilas kieltäytyy tutkimuksesta tai hoidosta. Merkintä vahvistetaan potilaan allekirjoituksella tai muulla luotettavalla tavalla, esimerkiksi varmentamalla kahden muun henkilön nimikirjoituksella.

Jos potilas haluaa vakaasti ilmaista hoitoa koskevan tahtonsa tulevaisuuden varalle, on asiasta tehtävä selkeä ja potilaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai liitettävä niihin erillinen asiaa koskeva asiakirja. Merkinnöistä tulee ilmetä, että potilaalle on annettu riittävä selvitys niistä vaikutuksista, joita potilaan tahdon noudattamisella on. Hoitotahdon muuttamisesta ja peruuttamisesta tehdään merkinnät vastaavalla tavalla kuin virheen korjaamisesta.

Jos potilaalle ei voida viivytyksettä antaa terveydenhuollon ammattihenkilön sairauden luonteen huomioon ottaen tarpeelliseksi katsomaa hoitoa, merkitään potilasasiakirjoihin peruste hoidon lykkäytymiselle, arvioitu hoitopääsyaika ja että potilasta on informoitu näistä seikoista. Myös tiedot mahdollisesta ohjaamisesta muuhun hoitopaikkaan merkitään potilasasiakirjoihin.

Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi pysty päättämään hoidostaan, on potilaan laillista edustajaa (esim. holhous-toimilaissa tarkoitettu edunvalvoja) tai lähiomaista tai muuta läheistä kuultava ennen tärkeän hoitopäätöksen tekemistä sen selvittämiseksi, millainen hoito parhaiten vastaisi

potilaan tahtoa, ja hoidettava potilasta yhteisymmärryksessä hänen/heidän kanssaan (PotL 6 §). Asiasta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin.

Vastaavasti, jos alaikäinen potilas ikänsä ja kehitystasonsa perusteella kykenee päättämään hoidostaan, häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (PotL 7 §) ja tehtävä tästä merkinnät potilasasiakirjoihin. Silloin kun alaikäinen katsotaan kykeneväksi päättämään itse hoidostaan, hänellä on potilaslain 9 §:n 2 momentin perusteella oikeus kieltää terveydentilaansa ja hoitoansa koskevien tietojen antaminen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen. Potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä koskevassa sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa edellytetään, että hoidettaessa alaikäistä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, tästä tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi myös se, salliiko alaikäinen potilas terveydentilaansa tai asianomaista hoitoa koskevien tietojen antamisen hänen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen vai onko hän kieltänyt tietojen antamisen. Tietojen antamisesta tulisi näin ollen keskustella hoitotilanteessa alaikäisen kanssa ja tehdä tämän perusteella edellä tarkoitettut merkinnät.

## 5. POTILASASIAKIRJAMERKINTÖJEN KORJAAMINEN

Potilasasiakirjojen **virheelliset ja tarpeettomat tiedot on** ilman aiheetonta viivytystä potilasrekisterinpitäjän omasta aloitteesta tai potilaan perustellusta vaatimuksesta **oikaistava, poistettava tai täydennettävä**. Rekisterinpitäjän on henkilötietolain perusteella myös estettävä tällaisten tietojen leviäminen, jos tieto voi vaarantaa rekisteröidyn yksityisyyden suojaan tai hänen oikeuksiaan (HetiL 29 § 1 mom.).

Potilasasiakirjoissa olevat virheelliset ja tarpeettomat tiedot saattavat johtaa vääriin hoitopäätöksiin. Potilaan vaatiessa potilasasiakirjamerkintöjen korjaamista on terveydenhuollon toimintayksikössä arvioitava, ovatko tiedot hoidon kannalta tarpeellisia, ja onko perusteita niiden korjaamiseen tai poistamiseen. Esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilön perusteltuun hoitoon liittyviä johtopäätöksiä ei tule muuttaa, vaikka potilas itse olisikin niistä eri mieltä.

Terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan tulee antaa ohjeistus potilasasiakirjamerkintöjen korjaamisesta ja siitä vastaavista henkilöistä. Korjauksen tekee lähtökohtaisesti alkuperäisen merkinnän tehnyt henkilö taikka, jos tämä ei tule kysymykseen esimerkiksi sen vuoksi, että hän ei ole enää toimintayksikön palveluksessa, terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaava johtaja tai hänen kirjallisesti valtuuttamansa henkilö. Jos alkuperäisen merkinnän tehnyt henkilö ei hyväksy potilaan vaatimusta merkinnän korjaamisesta, asia tulee saattaa terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan tai hänen valtuuttamansa potilasasiakirjoista vastaavan henkilön ratkaistavaksi.

Potilasasiakirjamerkintöjen korjaukset tehdään siten, että sekä alkuperäinen että korjattu merkintä ovat myöhemmin luettavissa; virheellinen tieto esimerkiksi ylivivataan tai siirretään taustatiedostoon. ATK-pohjaisen järjestelmän on oltava sellainen, että merkintöjen muuttaminen ei ole mahdollista niin, ettei alkuperäinen merkintä olisi myöhemmin todennettavissa. Korjauksen tekijän nimi, virka-asema, korjauksentekopäivä ja

peruste korjaukselle tulee merkitä potilasasiakirjoihin. Potilaan hoidon kannalta tarpeeton tieto tulee poistaa potilasasiakirjoista. Potilasasiakirjoihin tehdään merkintä tiedon poistamisesta, sen tekijästä ja poistamisajankohdasta. Tiedon poistamiseen johtaneita asiakirjoja ja poistettuja tietoja on tarpeen säilyttää erillään potilasasiakirjoista henkilökunnan oikeusturvan edellyttämän ajan.

Tieto korjaamisesta on ilmoitettava sille, jolle potilasrekisterinpitäjä on luovuttanut virheellisen tiedon tai jolta hän on sen saanut, ellei ilmoittaminen ole mahdotonta tai vaadi kohtuutonta vaivaa (HetiL 29 § 3 mom.).

Mikäli tietoa ei katsota voitavan korjata, voidaan potilasasiakirjoihin liittää potilaan oma asiaa koskeva selvitys.

Ellei terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaava johtaja tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö taikka heidän valtuuttamansa potilasasiakirjoista vastaava henkilö hyväksy potilaan vaatimusta tiedon korjaamisesta, hänen on annettava asiasta kirjallinen ratkaisu. Siinä on esitettävä ne syyt, joiden vuoksi vaatimusta ei hyväksytty. Potilas voi halutessaan saattaa asian tietosuojavaltuutetun käsiteltäväksi (HetiL 29 § 2 mom.).

## 6. POTILASASIAKIRJOJEN TARKASTUSOIKEUS

**Potilaalla on oikeus tarkastaa, mitä tietoja hänestä on merkitty potilasasiakirjoihin.** Tarkastusoikeudella tarkoitetaan henkilökohtaista potilasasiakirjatietojen tarkastamista. Tarkastusoikeus voidaan henkilötietolain mukaisesti evätä vain, jos tiedon antamisesta saattaisi aiheutua vakavaa vaaraa rekisteröidyn terveydelle tai hoidolle. Joissakin erityistapauksissa saatetaan joutua harkitsemaan oikeuden eväämistä jonkun muun oikeuksien vaarantumisen vuoksi (HetiL 27 §).

Alaikäisen kohdalla tarkastusoikeutta voi käyttää hänen huoltajansa tai muu laillinen edustajansa. Jos hoidostaan päättämään kykenevä alaikäinen kieltää tietojen antamisen huoltajalle tai muulle lailliselle edustajalle, ei tällä myöskään ole tarkastusoikeutta potilasasiakirjoihin (PotL 9 § 2 mom.).

Sen, joka haluaa tietää, mitä häntä koskevia tietoja on talletettu terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön potilasasiakirjoihin, tulee tehdä tarkastusoikeutensa käyttämisestä pyyntö lääkärille/hammaslääkärille tai muulle häntä hoitaneelle terveydenhuollon ammattihenkilölle, joka huolehtii tietojen hankkimisesta ja antaa tiedon asiakirjoissa olevista merkinnöistä (HetiL 28 § 3 mom.).

Potilasasiakirjojen tarkastamisen tulisi tapahtua ensisijaisesti henkilökohtaisella käynnillä. Potilaalle on ilman aiheutonta viivytystä varattava tilaisuus tutustua potilasasiakirjojensa tai pyydettyä annettava tiedot kirjallisesti. Tietojen antamisesta saa periä korvauksen vain, jos edellisestä tarkastusoikeuden käytöstä on kulunut vähemmän kuin

yksi vuosi. Tietojen antajan on syytä tarjota potilaalle asiantuntija-apua tietojen tulkitsemiseksi ja selvittämiseksi hänelle ymmärrettävässä muodossa.

Mahdolliset potilasasiakirjojen sisältämät sivullisia koskevat tiedot peitetään ennen kuin potilaan annetaan käyttää tarkastusoikeuttaan.

Henkilötietolakiin perustuvasta tarkastusoikeuden epäämisestä on annettava kirjallinen ratkaisu, jossa on mainittava myös ne syyt, joiden vuoksi tarkastusoikeus on evätty. Tarkastusoikeuden epäämisen veroisena pidetään sitä, jos rekisterinpitäjä ei ole kolmen kuukauden kuluessa pyynnön esittämisestä antanut kirjallista vastausta. Potilas voi saattaa asian tietosuojavaltuutetun käsiteltäväksi (HetiL 28 § 2 mom.).

Potilasasiakirjoista on oikeus saada tietoja myös viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetun lain 11 ja 12 §:n mukaisesti.

## **7. POTILASASIAKIRJOIHIN SISÄLTYVIEN TIETOJEN LUOVUTTAMINEN**

### ***7.1. Potilasasiakirjatietojen luovuttaminen ja sitä koskevat merkinnät***

Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat **salassa pidettäviä**. Potilaslain mukaan terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu terveydenhuollon toimintayksikössä työskentelevä taikka sen tehtäviä suorittava henkilö **ei saa ilman potilaan kirjallista suostumusta antaa sivulliselle** potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja. Jos potilaalla ei ole edellytyksiä arvioida annettavan suostumuksen merkitystä, tietoja saa antaa hänen laillisen edustajansa (esim. holhoustoimilaissa tarkoitettu edunvalvoja tai alaikäisen huoltaja) kirjallisella suostumuksella, jos potilaalla on laillinen edustaja. On huomioitava, että sivullisia ovat myös samassa terveydenhuoltoyksikössä kaikki muut kuin potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin henkilökohtaisesti osallistuvat. Hoitoon henkilökohtaisesti osallistuvatkin ovat oikeutettuja potilastietoihin vain siinä laajuudessa kuin työtehtävät edellyttävät (PotL 13 § 2 mom.).

Poikkeuksena edelliseen saadaan antaa potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tarpeellisia tietoja toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle sekä yhteenveto annetusta hoidosta potilaan hoitoon lähettäneelle terveydenhuollon toimintayksikölle tai terveydenhuollon ammattihenkilölle ja potilaan hoidosta vastaavaksi lääkäriksi mahdollisesti nimetylle lääkärille (omalääkärille) potilaan suullisen suostumuksen tai asiayhteydestä muuten ilmenevän suostumuksen mukaisesti (PotL 13 § 3 mom. 2 k.).

Asiayhteydestä ilmenevällä suostumuksella tarkoitetaan muuta kuin kirjallisesti tai suullisesti annettua suostumusta, jonka potilas on antanut vapaaehtoisesti tietoisena tietojen luovuttamisesta, luovutuksensaajasta, luovutettavista tiedoista sekä luovutettavien tietojen käyttötarkoituksesta ja luovuttamisen merkityksestä (PotL 13 § 5 mom.). Esim. päännökyky voidaan em. edellytyksin katsoa asiayhteydestä ilmeneväksi suos-

tumukseksi. Sen sijaan pelkkää hoitoon hakeutumista ei voida pitää asiayhteydestä ilmenevänä suostumuksena hoidon yhteydessä syntyneiden tietojen luovuttamiseen.

Samoin voidaan antaa potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi tai toteuttamiseksi välttämättömiä tietoja toiselle suomalaiselle tai ulkomaiselle terveydenhuollon toimintayksikölle tai ammattihenkilölle, jos potilas tajuttomuuden tai muun siihen verrattavan syyn vuoksi on estynyt antamasta suostumustaan taikka jos hänellä mielenterveydenhäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun vastaavan syyn (esim. dementian) vuoksi ei ole edellytyksiä arvioida suostumuksen merkitystä eikä hänellä ole laillista edustajaa (PotL 13 § 3 mom. 3 k.). Tietojen luovuttamisen tulee olla potilaan edun mukaista.

Tajuttomuuden tai muun siihen verrattavan syyn vuoksi hoidettavana olevan potilaan lähiomaiselle tai muulle hänen läheiselleen on annettava tieto potilaan henkilöstä ja hänen terveydentilastaan, jollei ole syytä olettaa, että potilas kieltäisi näin menettelemästä (PotL 13 § 3 mom. 4 k.).

Hoidostaan päättämään kykenevä alaikäinen voi kieltää terveydentilaansa ja hoitoaan koskevien tietojen luovuttamisen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen (PotL 9 § 2 mom.).

Sairaanhoitopiirin tuottaessa alueensa terveyskeskuksille, sairaanhoitopiirin muille toimintayksiköille tai erityishuoltopiirin yksiköille laboratorio-, röntgen-, lääkinnällisen kuntoutuksen tai muita vastaavia erityispalveluja, on palveluja tilaavalla toimintayksiköllä ja palveluja tuottavalla toimintayksiköllä oikeus salassapitosäännösten estämättä luovuttaa toisilleen ko. palveluja koskevia tarpeellisia tietoja (EshL 10 b §).

Salassapitosäännösten estämättä on velvollisuus potilasasiakirjojen ja niihin sisältyvien tietojen antamiseen tilanteissa, joissa tiedon antamisesta tai oikeudesta tiedon saamiseen on laissa erikseen nimenomaisesti säädetty. Tietojen luovuttamista koskevia säännöksiä on mm. useissa vakuutusta ja eläkkeitä koskevissa laeissa, terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa, sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (812/2000), terveydenhuollon valtakunnallista henkilörekistereistä annetussa laissa (556/1989) jne. Tällöin myöskään potilas itse ei voi kieltää tietojen luovuttamista. Tietojen luovutusta pyytävän on selvitettävä perusteet ja oikeutensa tietojen saamiseen, sekä yksilöitävä ne potilasasiakirjat, joita luovutuspyyntö koskee.

Tietojen luovuttaja vastaa luovutuksen laillisuudesta ja riittävästä tietosuojasta.

Tietojen luovutusta pyydetään pääsääntöisesti kirjallisesti. Pyyntö osoitetaan rekisterinpitäjälle tai tämän valtuuttamalle. Terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan tulee antaa tarkempi ohjeistus potilasasiakirjojen luovuttamisesta ja siitä vastaavista henkilöistä.

Potilasasiakirjatiedot luovutetaan pääsääntöisesti kopioina tai lausuntoina. Alkuperäisiä potilasasiakirjoja voidaan antaa tilapäiseen käyttöön tiedon saantiin oikeutetulle viranomaiselle pyynnöstä (esim. Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja lääninhallitukset).

Potilasasiakirjoihin tehdään merkintä potilaslain 13 §:n 2 ja 3 momentin perusteella tapahtuneesta tietojen luovuttamisesta (mitä tietoja, milloin, kenelle, kuka luovutti) ja luovutuksen peruste (laki, potilaan kirjallinen tai suullinen suostumus tai asiayhteydestä

ilmenevä suostumus). Merkintä tehdään myös siitä, jos potilas on kieltänyt tietojensa luovuttamisen tai jos alaikäinen potilas, joka kykenee päättämään hoidostaan, on kieltänyt tietojen antamisen.

Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen luovuttamisesta tieteellistä tutkimusta ja tilastointia varten säädetään viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa laissa, terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annetussa laissa ja henkilötietolaissa.

Telefaxia tulisi käyttää potilasasiakirjatietojen luovuttamisessa vain poikkeuksellisesti silloin kun asian kiireellisyys sitä edellyttää. Näissä tapauksissa on huolella varmistettava tietosuojan säilymisestä. Sähköpostin yleiset tietosuojaominaisuudet eivät ole riittävät potilasasiakirjojen luovuttamiselle. Tietojen luovuttaminen sähköpostilla tai muutoin elektronisesti edellyttää niiden salaamista riittävällä tavalla.

## **7.2. Kuolleen henkilön potilasasiakirjatietojen luovuttaminen**

Kuolleen henkilön elinaikana annettua hoitoa koskevat potilastiedot ovat pääsääntöisesti samalla tavoin **salassa pidettäviä** kuin elävän henkilön.

Kuolleen henkilön elinaikaista hoitoa koskeviin potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja saadaan antaa perustellusta kirjallisesta hakemuksesta sille, joka tarvitsee tietoja tärkeiden etujensa tai etujensa selvittämistä tai toteuttamista varten siltä osin kuin tiedot ovat välttämättömiä etujen tai oikeuksien selvittämiseksi tai toteuttamiseksi (PotL 13 § 3 mom. 5 k.). Tietojen luovuttaminen voi tulla kyseeseen esimerkiksi, jos lähiomainen haluaa selvittää, liittyykö vainajan kuolemaa edeltäneeseen hoitoon hoitovirhettä, tai jos tietoja tarvitaan vainajan eläessään tekemän testamentin tai muun oikeustoimen pätevyuden selvittämiseksi. Luovutus voi tulla kysymykseen myös esimerkiksi vainajan eläessään sairastaman perinnöllisen sairauden tai muun vastaavan ominaisuuden ilmenemismahdollisuuden selvittämistä varten. Vainajan elinaikaisia potilastietoja voidaan em. tapauksissa luovuttaa vain siinä määrin kuin se on kyseisen käyttötarkoituksen kannalta välttämätöntä. Vainajan omaisella tai em. oikeuksiaan tai etujaan selvittävällä henkilöllä ei ole siten oikeutta saada nähtäväkseen rajoituksetta vainajan koko potilaskertomusta.

Kuolemansyyn selvittämiseen liittyvien asiakirjatietojen luovuttamisesta säädetään kuolemansyyn selvittämisestä annetussa laissa (459/1973). Sen mukaan mm. vainajan lähiomaisilla ja muilla läheisillä (esim. avopuolisolla tai henkilöllä, jonka vainaja on eläessään nimennyt läheisekseen) on oikeus saada tieto kuolemansyyn selvittämistä koskevista asiakirjoista (esim. kuolintodistus, ruumiinavauspöytäkirja ja ruumiinavauslausunto). Lääketieteellisessä kuolemansyyn selvityksessä syntyvien tietojen antamisesta vastaa yleensä potilasta hoitanut lääkäri. Tietojen antamisessa noudatetaan terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan ohjeistusta potilasasiakirjojen luovuttamisesta ja siitä vastaavista henkilöistä.

Kuolleen henkilön potilasasiakirjatietojen luovuttamisesta tehdään merkintä potilasasiakirjoihin vastaavalla tavalla kuin elävän henkilön potilasasiakirjatietojen luovutuksesta.

Oikeuslääketieteellisestä kuolemansyyn selvittämisestä vastaa poliisi, eivätkä siinä syntyneet asiakirjat ole potilasasiakirjoja. Niiden sisältämien tietojen luovuttamisesta päättää yleensä kuolemansyyn selvityksestä vastaava poliisi. Lääninhallitus tai yliopiston oikeuslääketieteen laitos, joka vastaa oikeuslääketieteellisten ruumiinavausten suorittamisesta voi, mikäli menettelytavoista on erikseen yksityiskohtaisesti sovittu poliisiviranomaisten kanssa, antaa oikeuslääketieteellisiin kuolemansyyn selvityksiin liittyviä tietoja vainajan lähiomaisille ja muille läheisille sekä vainajaa hoitaneille terveydenhuollon ammattihenkilöille.

## **8. POTILASASIAKIRJOJEN SÄILYTTÄMINEN**

### ***8.1. Julkisen terveydenhuollon potilasasiakirjojen säilyttäminen***

Potilasasiakirjat tulee säilyttää huolellisesti niille säädetyn tai määrätyn säilytysajan. Potilasrekisterinpitäjä (terveydenhuollon toimintayksikkö) vastaa potilasasiakirjojen säilyttämisestä.

Julkisen terveydenhuollon potilasasiakirjojen säilyttämisessä noudatetaan arkistolakia (831/1994) ja lisäksi Arkistolaitoksen (aikaisemmin Valtionarkisto) päätöksiä niiltä osin kun ne koskevat pysyvästi säilytettäviä asiakirjoja. Määräaikaisesti säilytettävien potilasasiakirjojen osalta noudatetaan sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetuksessa 99/2001 annettuja säännöksiä.

Potilasasiakirjojen säilyttämisestä vastaa pääsääntöisesti se terveydenhuollon toimintayksikkö, jossa asiakirjat ovat syntyneet. Jos potilas esimerkiksi muuttaa siten, että hoitovastuu siirtyy toiselle terveydenhuollon toimintayksikölle ja asiakirjoja tarvitaan potilaan hoidossa, asiakirjoista voidaan potilaan suostumuksella toimittaa jäljennöksiä tai, jos jäljennösten ottaminen ei ole mahdollista tai tarkoituksenmukaista, antaa niitä lainaksi tälle toimintayksikölle. Jos asiakirja kuitenkin on luonteeltaan sellainen, että potilaan terveyden- tai sairaanhoidolle on haittaa merkintöjen tekemisestä kussakin terveydenhuollon toimintayksikössä erikseen, potilasasiakirja voidaan potilaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella siirtää alkuperäisenä toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön. Edellä mainittuja asiakirjoja ovat esim. neuvola- ja kouluterveydenhuollossa sekä hammashuollossa syntyvät lasten ja nuorten kasvuun ja kehitykseen liittyvät asiakirjat. Lähettävän terveydenhuollon toimintayksikön tiedostoihin tulee tällöin merkitä, mihin alkuperäiset asiakirjat on siirretty.



## **8.2. Yksityisen terveydenhuollon ja itsenäisten ammatinharjoittajien potilasasiakirjojen säilyttäminen**

Yksityiset terveydenhuollon palveluja tuottavat toimintayksiköt ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt vastaavat rekisterinpitäjinä siitä, että potilasasiakirjat säilytetään huolella niille säädetyn säilytysajan. Myös yksityisessä terveydenhuollossa on noudatettava määräaikaisesti säilytettävien potilasasiakirjojen säilytysajoista sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella annettuja säännöksiä.

Itsenäisesti ammattiaan harjoittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt, esimerkiksi lääkärit, jotka toimivat lääkäriasemalta vuokraamissaan tiloissa, voivat kirjallisen sopimuksen perusteella antaa potilasasiakirjojen säilyttämisen ja arkistoinnin lääkäriaseman toiminnan järjestämisestä vastaavan hoidettavaksi. Tällainen sopimus ei muuta rekisterinpitäjää eikä vähennä itsenäisen ammatinharjoittajan vastuuta asiakirjojen käsittelystä. Tämä merkitsee myös sitä, että potilasasiakirjoja ei voi antaa ilman potilaan suostumusta esimerkiksi lääkäriasemalla työskentelevän toisen terveydenhuollon ammatinharjoittajan käyttöön. Jos itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö antaa yllä mainitun kaltaisella sopimuksella potilasasiakirjansa säilyttämisen ja arkistoinnin esim. lääkäriaseman hoidettavaksi, on hänen informoitava siitä potilaitaan (He-tiL 24 §).

Potilasasiakirjojen käsittelystä ja säilytyksestä julkisen ja yksityisen terveydenhuollon rekisterinpitäjän toiminnan loppumisen jälkeen säädetään erikseen.

## **9. POTILASASIAKIRJOJEN JA MUUN HOITON LIITTYVÄN MATERIAALIN SÄILYTTÄMISAJAT**

Potilasasiakirjojen ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisaajat on vahvistettu sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen 99/2001 liitteessä. Taulukossa käsitellään ensin potilaskertomusta ja sen jälkeen siihen liittyviä asiakirjoja/tietoja sekä muita potilasasiakirjoja. Tämä jälkeen käsitellään erikseen eräitä säilytysajaltaan muista poikkeavia asiakirjoja tai asiakirjaryhmiä. Taulukkoon sisältyvät säilytysajat myös potilaan tutkimuksessa ja hoidossa syntyville biologista materiaalia sisältäville näytteille ja hampaiden kipsimalleille, joita ei voida pitää potilasasiakirjoina, mutta joiden säilyttämisestä on katsottu tarpeelliseksi säätää. Kuolemansyyn selvittämisen osalta noudatettaviksi vahvistetut säilytysaikavelvoitteet koskevat lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyviä asiakirjoja ja näytteitä, eivät sen sijaan oikeuslääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyviä asiakirjoja ja näytteitä.

Potilaskertomuksen tiedoissa erotetaan jatkuvakäyttöiset tiedot/asiakirjat ja hoitajaksokohtaiset tiedot/asiakirjat. Jatkuvakäyttöisissä tiedoissa/asiakirjoissa puolestaan erotetaan yhdistelmätason tiedot, tiivistelmätason tiedot ja muut jatkuvakäyttöiset tiedot/asiakirjat.

Yhdistelmä sisältää ydinosaat potilaan terveys- ja sairaushistoriasta. Siihen kirjataan merkittävät seurantaan vaativat terveyden- ja sairaanhoidon ongelmat, sairaudet ja niihin liittyvät merkittävät taudinkuvan muutokset ja hoitotapahtumat, riskitiedot ja sosiaaliset tiedot.

Tiivistelmä on keskeinen yhteenveto niistä potilaan hoitoprosessia koskevista tiedoista, jotka kuvaavat neuvonnan, hoidon tai kuntoutuksen sisältöä tai kulkua ja jotka ovat ohjanneet hoitopäätöksiä tai palvelevat jatkohoitoa. Tiivistelmään kirjataan kaikki avohoitto- ja vuodeosastohoitojaksot sekä organisaation sisäiset konsultaatiopyynnöt ja vastaukset. Avohoittojaksoilla tarkoitetaan myös yksittäistä käyntiä. Tiivistelmä toimii siten myös itsenäisten hoitotapahtumien tapahtumatiedostona.

Potilaskertomuksen niin sanottu perustaso sisältää muun muassa perustietoa ja havainnot potilaasta, hoito- ja tutkimussuunnitelmia, tutkimustuloksia ja eri ammattiryhmien lausuntoja, päivittäistä seurantatietoa ja pohdiskelevaa yksityiskohtaista tietoa. Perustason jatkuvakäyttöisistä tiedoista/asiakirjoista käytetään taulukossa nimitystä muut jatkuvakäyttöiset tiedot/asiakirjat. Niihin kuuluvat lääketieteellisten tai terveyden- ja sairaanhoidollisten palvelujen yhteydessä tehdyt toimenpiteet, lausunnot, yhteenvedot hoidoista jne. Muu tieto on useimmiten sidoksissa tiettyyn hoitojaksoon (tai hoito-ohjelmaan). Jos sellaisista hoitojaksokohtaisista (tai hoito-ohjelmakohtaisista) tiedoista, joilla on pitkäaikaista merkitystä oireen ja diagnoosin sekä hoidon kannalta, tehdään tiivistelmä, hoitojakso- ja hoito-ohjelmakohtaiset tiedot/asiakirjat voidaan hävittää suhteellisen lyhyen ajan kuluttua. Jos tiivistelmää ei tehdä, tiedot/asiakirjat tulee säilyttää kuten tiivistelmätason tietoja/asiakirjoja.

Taulukossa esitetyn edellä mainitun ryhmittelyn tarkoituksena on edistää sitä, että hoidon ja palvelun yhteydessä syntyvä tieto koottaisiin tiivistettynä potilaskertomukseen. Mitä enemmän tieto kyetään kokoamaan tiivistelmämuotoon, sitä selkeämpi potilaskertomuksesta muodostuu.

Taulukossa on ilmaistu ajat, joita tietoja/asiakirjoja tulee vähintään säilyttää. Tietoja/asiakirjoja voidaan potilaslain 12 §:n 2 momentin perusteella säilyttää tämän jälkeen ainoastaan, jos se on välttämätöntä potilaan hoidon järjestämisen tai toteuttamisen kannalta. Potilasasiakirjoja pitävän terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön (rekisterinpitäjä) tulee tällöin arvioida säilyttämisen tarvetta vähintään viiden vuoden välein, jollei laista tai henkilötietolain 43 §:n 2 momentissa tarkoitettua tietosuojalautakunnan luvasta muuta johdu. Rekisterinpitäjä on henkilötietolain ja potilaslain 12 §:n perusteella velvollinen huolehtimaan siitä, että tiedot, jotka enää eivät ole rekisterin käyttötarkoituksen kannalta tarpeellisia, hävitetään. Arkistolain 13 §:ssä puolestaan todetaan, että asiakirjat, joita ei ole määrätty säilytettäväksi pysyvästi, tulee hävittää niille määrätyn säilytysajan jälkeen siten, että tietosuojat on varmistettu. Kun taulukossa ilmoitettu säilytysaika on kulunut tai - jos tietoja/asiakirjoja on säilytetty tämän jälkeen sillä perusteella, että potilaan hoidon järjestämisen tai toteuttamisen on katsottu sitä edellyttävän - tämä vaatimus ei enää täyty, terveydenhuollon toimintayksiköiden ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden tulee siksi huolehtia siitä, että tiedot/asiakirjat hävitetään niin pian kuin mahdollista tietosuojat varmistaen.

Asiakirjojen säilyttämisestä pysyvästi määrää arkistolain 8 §:n 3 momentin perusteella Arkistolaitos. Arkistolaitoksen 22.12.2000 tekemän päätöksen perusteella pysyvästi

säilytettävät tiedot/asiakirjat on sijoitettu näkyviin taulukkoon. Jos rekisterinpitäjä haluaa lisäksi säilyttää joitakin taulukossa määrääjän säilytettäväksi määrättyjä asiakirjoja pysyvästi, tähän tulee hakea lupa Arkistolaitokselta.

Arkistolain 11 §:n mukaan pysyvään säilytykseen määrätty asiakirjat on laadittava ja tiedot tallennettava pitkäaikaista säilytystä kestäviä materiaaleja ja säilyvyyden turvaavia menetelmiä käyttäen siten kuin Arkistolaitos erikseen määrää. Lain 12 §:ssä veloitetaan säilyttämään asiakirjoja siten, että ne ovat turvassa tuhoutumiselta, vahingoittumiselta ja asiattomalta käytöltä. Pysyvästi säilytettäviä asiakirjoja on säilytettävä sellaisissa arkistotiloissa kuin Arkistolaitos erikseen määrää. Arkistolaitos julkaisee vuosittain päätöksen arkistokelpoisista materiaaleista ja menetelmistä. Se on myös antanut mm. määräykset pysyvästi säilytettävien alkuperäisasiakirjojen ja atk-aineistojen korvaamisesta mikrofilmillä (Määräys 2/06/96) sekä papereiden ja kirjoitustarvikkeiden käyttämisestä pysyvästi säilytettävien asiakirjojen valmistuksessa (Määräys 1/62/97). Lisäksi se on antanut ohjeita ja suosituksia mm. arkistotiloista (Yleinen ohje n:o 4, 3.2.1984), arkistotoimen vaatimuksista automaattisessa tietojenkäsittelyssä (Yleinen ohje n:o 14, 26.3.1987) ja atk-aineistojen säilytysarvon määrittelystä (Ohje 3/31/92, 19.8.1992).

Taulukossa ilmaistuja säilytysaikoja sovelletaan asiakirjoihin, jotka on laadittu tai jotka ovat saapuneet 1.5.1999 tai sen jälkeen. Tapauksissa, joissa asiakirjan säilytysaika laskeaan potilaan kuolemasta, taulukossa ilmaistuja säilytysaikoja sovelletaan kuitenkin sellaisia henkilöitä koskeviin asiakirjoihin, jotka ovat kuolleet 1.5.1999 tai sen jälkeen. Aikaisemmin laadittuihin/saapuneisiin asiakirjoihin sovelletaan kunnallisen ja yksityisen sekä vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollon asiakirjojen osalta vastaavia säilytysaikoja kuin mitä Valtionarkisto on määrännyt 14.4.1989 antamassaan päätöksessä (Valtionarkiston päätös kunnallisten asiakirjojen hävittämisestä; Osa 2. Terveydenhuollon asiakirjat). Sen lisäksi sovelletaan, mitä Valtionarkisto tai Arkistolaitos on erikseen määrännyt asiakirjojen pysyvästä säilyttämisestä.

## 10. KESKEISET KÄSITTEET

**Käytetyt lyhenteet:** Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, potilaslaki (PotL), Henkilötietolaki (Hetil), Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (AmhL), Erikoissairaanhoitolaki (EshL)

**Potilasasiakirjoilla** tarkoitetaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja taikka teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja (PotL 2 § 5 k).

**Looginen henkilörekisteri:** "Looginen rekisterikäsité merkitsee, että samaan henkilörekisteriin luetaan kuuluviksi kaikki ne tiedot, joita käytetään samaan käyttötarkoitukseen riippumatta siitä, miten ja mihin ne on talletettu. Looginen rekisterikäsité merkitsee myös sitä, että tietojenkäsittelyssä syntyviä lyhytaikaisia tiedostoja ja tallenteiden eri sukupolvia ei pidetä eri henkilörekistereinä silloin, kun ne ovat rekisterinpitäjän hallussa ja niitä käytetään määriteltäviin henkilötietojen käsittelyn tarkoituksiin" (Hallituksen esitys henkilötietolaiksi 96/1998). Terveydenhuollon toimintayksikön taikka itse-

näisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön (ks. rekisterinpitäjä) hallussa olevat potilasasiakirjat muodostavat loogisen henkilörepositorin. Saman potilaan loogiseen potilasrekisteriin eli potilasasiakirjoihin kuuluvat esim. potilaskertomus, ajanvarauspäiväkirjat, laboratorioon saapuneet lähetteet jne.

**Potilasasiakirjojen/potilasrekisterin rekisterinpitäjä** on itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö taikka potilaslain 2 §:n 4 kohdassa tarkoitettu terveydenhuollon toimintayksikkö, jonka toimintaa varten potilasasiakirjoja pidetään, ja jolla on oikeus määrätä niiden käytöstä.

**Potilaskertomus** on potilasasiakirjojen keskeisin asiakirja. Käsite kattaa aikaisemmat terveyst- ja sairauskertomukset. Jokaisesta potilaasta tulee laatia jatkuva, aikajärjestyksessä etenevä potilaskertomus, johon tehdään merkinnät jokaisesta potilaan avohoito- ja kotihoitokäynnistä, osastohoitojaksosta jne. Jatkuva potilaskertomus voi koostua myös erilaisille lomakkeille tai tiedostoihin tehdyistä, erilaisten ammattiryhmien tekemistä merkinnöistä. Potilaskertomuksen sisäinen rakenne voi siis olla samaan tapaan järjestetty kuin aikaisemmin sairauskertomuksissa. Potilaskertomukseen liitetään myös muut hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa syntyneet asiakirjat taikka tiedostot, kuten lähetteet, laboratorio- ja röntgenlausunnot jne.

**Terveyden- ja sairaanhoito** on potilaan terveydentilan määrittämiseksi taikka hänen terveytensä palauttamiseksi tai ylläpitämiseksi tehtäviä toimenpiteitä, joita suorittavat terveydenhuollon ammattihenkilöt tai joita suoritetaan terveydenhuollon toimintayksikössä (PotL 2 § 2 k).

**Potilas** on terveyden- ja sairaanhoitopalveluita käyttävä tai muuten niiden kohteena oleva henkilö (PotL 2 § 1 k).

**Terveydenhuollon toimintayksiköllä** tarkoitetaan kansanterveyslaissa (66/1972) tarkoitettua terveyskeskusta, erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) tarkoitettua sairaalaa ja siitä erillään olevaa sairaanhoidon toimintayksikköä sekä sairaanhoitopiirin kuntayhtymän päättämää muuta hoitovastuussa olevaa kokonaisuutta, yksityisestä terveydenhuollosta annetussa laissa (152/1990) tarkoitettua terveydenhuollon palveluita tuottavaa yksikköä, työterveyslaitosta siltä osin kuin se tuottaa työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta annetussa laissa (159/1978) tarkoitettuja terveyden- ja sairaanhoidon palveluita, valtion mielisairaaloista annetussa laissa (1292/1987) tarkoitettuja valtion mielisairaaloita, terveydenhuollon järjestämisessä puolustusvoimissa annetussa laissa (322/1987) tarkoitettuja sairaanhoitolaitoksia ja vankeinhoitolaitoksesta annetussa asetuksessa (134/1986) tarkoitettua vankimielisairaalaa ja psykiatrista osastoa sekä muita laitossairaaloita, sairasosastoja ja vankiloitten poliklinikoita (PotL 2 § 4 k).

**Terveydenhuollon ammattihenkilö** on terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2 §:ssä tarkoitettu henkilö. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä ovat laillistetut, luvan saaneet ja nimikesuojatut ammattihenkilöt.

**Sivullinen** on muu kuin potilaan hoitoon tai siihen liittyvien tehtävien hoitoon asianomaisessa terveydenhuollon toimintayksikössä tai sen toimeksiannosta osallistuva henkilö.

**Potilaan tiedonsaantioikeuteen** kuuluu, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksesta sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan (PotL 5 §). Potilasta on myös informoitava hänen henkilötietojensa käsittelystä (Hetil 24 §).

Terveydenhuollon ammattihenkilön **käyttöoikeudella** potilasasiakirjoihin tarkoitetaan ammattihenkilön oikeutta **käsitellä** asiakirjoja rekisterinpitäjän toiminnassa. Käyttöoikeudet määrittelee yksityiskohtaisesti rekisterinpitäjä ottaen huomioon ammattihenkilöiden työtehtävät ja vastuut potilaan hoidossa.

Potilasasiakirjojen **käsittelyllä** tarkoitetaan mm. asiakirjojen laatimista, käyttöä, säilyttämistä ja tietojen luovuttamista sekä muita niiden sisältämiin tietoihin kohdistuvia toimenpiteitä.



LIITE

99/2001

## Sosiaali- ja terveysministeriön asetus

### potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä

Annettu Helsingissä 19 päivänä tammikuuta 2001

Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen mukaisesti säädetään potilaan asemasta ja oikeuksista 17 päivänä elokuuta 1992 annetun lain (785/1992) 12 §:n 2 momentin nojalla, sellaisena kuin se on laissa 653/2000:

#### Yleiset säännökset

##### 1 §

#### *Asetuksen soveltamisala*

Tätä asetusta sovelletaan potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettävien asiakirjojen laatimiseen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämiseen. Asetus koskee potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 2 §:n 4 kohdassa tarkoitettuja terveydenhuollon toimintayksiköitä niiden antaessa lain 2 §:n 2 kohdassa tarkoitettua terveyden- ja sairaanhoitoa. Asetus koskee myös terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa (559/1994) tarkoitettuja terveydenhuollon ammattihenkilöitä heidän antaessaan edellä tarkoitettua terveyden- ja sairaanhoitoa riippumatta siitä, kenen palveluksessa ammattihenkilö on tai harjoittaako hän ammattiaan itsenäisesti.

Potilasasiakirjojen laatimisessa ja säilyttämisessä noudatetaan lisäksi, mitä potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa, henkilötietolaissa (523/1999) tai muualla laissa säädetään.

##### 2 §

#### *Potilasasiakirjat*

Potilasasiakirjoilla tarkoitetaan tässä ase-

tuksessa potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 2 §:n 5 kohdassa tarkoitettuja potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja sekä teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tietoja tai muita henkilökohtaisia tietoja.

Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät asiakirjat kuten läheteet, laboratorio-, röntgen- ja muut tutkimusasiakirjat ja -lausunnot, konsultaatiovastaukset, tutkimuksen tai hoidon perusteella annetut todistukset ja lausunnot sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat.

#### **Potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämisestä koskevat yleiset periaatteet ja vaatimukset**

##### 3 §

*Potilasasiakirjajärjestelmän suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä henkilötietojen käsittelyyn liittyvät yleiset rekisterinpitäjän velvoitteet*

Terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee rekisterinpitäjänä suunnitella ja toteuttaa potilasasia-

kirjajärjestelmänsä siten, että sen rakenne ja tietosisältö vastaavat potilasasiakirjojen käytötarkoitusta sekä hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvien henkilöiden tehtäviä ja vastuita. Potilasasiakirjojen rakennetta ja säilytystä suunniteltaessa on muun ohella otettava huomioon tietoihin liittyvät käyttöoikeudet sekä tietojen siirtämis- ja luovuttamistarpeet.

Terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan tulee rekisterinpitäjän edustajana antaa kirjalliset ohjeet potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen käsittelystä ja menettelytavoista toimintayksikössä.

Potilasasiakirjojen käsittelyssä tulee noudattaa henkilötietolain 5 §:ssä säädettyä huolellisuusvelvoitetta siten, että potilassuhteen luottamuksellisuus ja potilaan yksityisyyden suoja turvataan.

Potilasasiakirjat tulee laatia ja säilyttää sellaisia välineitä ja menetelmiä käyttäen, että asiakirjoihin sisältyvien tietojen eheys ja käytettävyys voidaan turvata tietojen säilytysaikana.

#### 4 §

##### *Potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen käyttöoikeudet*

Potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvat saavat käsitellä potilasasiakirjoja vain siinä laajuudessa kuin heidän työtehtävänsä ja vastuunsa sitä edellyttävät. Terveydenhuollon toimintayksikössä työkentelevien käyttöoikeudet potilasasiakirjoihin sisältyviin tietoihin tulee määritellä yksityiskohtaisesti.

Automaattisen tietojenkäsittelyn avulla pidettävien potilasasiakirjojen käyttöä tulee valvoa käytettävissä olevin riittävin teknisin menetelmin.

#### 5 §

##### *Palvelujen hankkiminen toiselta*

Hankkiessaan palveluita toiselta palvelujen tuottajalta terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee sopia

tämän kanssa tehtävällä sopimuksella potilasasiakirjatietojen rekisterinpitoon ja tietojen käsittelyyn liittyvistä tehtävistä ja vastuusta sekä varmistua siitä, että potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitoa ja vaitiolovelvollisuutta koskevia säännöksiä noudatetaan.

### **Potilasasiakirjojen laatiminen**

#### 6 §

##### *Oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin*

Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti muut hoitoon osallistuvat henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon opiskelijat saavat tehdä merkintöjä toimiesaan laillistetun ammattihenkilön tehtävässä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) 3 §:n mukaisesti. Terveydenhuollon opiskelijan tekemät merkinnät hyväksyy hänen esimiehensä, ohjaajansa tai tämän valtuuttama henkilö.

Sairaankuljetukseen osallistuvilla muilla kuin terveydenhuollon ammattihenkilöillä on oikeus tehdä potilasasiakirjamerkintöjä toiminnasta vastaavan terveydenhuollon ammattihenkilön ohjeita noudattaen.

Terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa sanelunsa perusteella tehdyistä potilasasiakirjamerkinnöistä.

#### 7 §

##### *Potilasasiakirjamerkintöjä koskevat keskeiset periaatteet ja vaatimukset*

Potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Merkintöjen tulee olla selkeitä ja ymmärrettäviä ja niitä tehtäessä saa käyttää vain yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjaan tulee merkitä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin.

Potilasasiakirjoihin tehtävien merkintöjen



tulee olla virheettömiä siten kuin henkilötietolain 9 §:ssä säädetään.

Henkilötietolain 11 §:n 1—3 sekä 5 ja 6 kohdassa tarkoitettuja arkaluonteisia tietoja sekä muita henkilöitä kuin potilasta itseään koskevia tietoja saa merkitä potilasasiakirjoihin vain, jos ne ovat potilaan hoidon kannalta välttämättömiä. Jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja, tietojen lähde tulee kirjata.

Lähetteessä, hoidon loppulausunnossa, potilaalle annettusta avo- tai laitoshoidosta laaditussa yhteenvedossa, leikkaus- ja muussa toimenpidekertomuksessa, lausunnossa ja todistuksessa sekä muissa vastaavissa asiakirjoissa tulee olla asiakirjan laatijan allekirjoitus. Allekirjoitukseksi hyväksytään sähköinen allekirjoitus, jos se täyttää hallinnon sähköistä asiointia koskevassa lainsäädännössä asetetut vaatimukset.

#### 8 §

##### *Potilasasiakirjamerkintöjen tekemisajan-kohta ja eräiden asiakirjojen toimittaminen*

Potilasasiakirjamerkinnät tulee tehdä viivytyksettä.

Avohoitokäyntiä koskevat merkinnät tulee tehdä välittömästi ja viimeistään neljän vuorokauden kuluessa käynnistä. Laitoshoitojakson loppulausunto tulee laatia viikon kuluessa potilaan uloskirjoittamisesta.

Lähteet tulee laatia ja toimittaa jatkohoitopaikkaan viipymättä. Lähetä tulee myös kiireettömässä tapauksessa lähettää jatkohoitopaikkaan viikon kuluessa siitä kun sen tekemisen tarve on todettu.

Yhteenvedo potilaalle annettusta hoidosta tulee toimittaa potilaan suostumuksen mukaisesti ja viipymättä. Yhteenvedo tulee myös kiireettömässä tapauksessa lähettää kymmenen vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä.

Tässä pykälässä säädetyistä määräajoista voidaan poiketa vain erityisestä syystä.

#### 9 §

##### *Potilaskertomus*

Kunkin terveydenhuollon toimintayksikön

ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee pitää jokaisesta potilaastaan jatkuvaan muotoon laadittua, aikajärjestyksessä etenevää potilaskertomusta.

Potilaskertomuksen tulee olla alkuperäinen. Kertomusta tai sen osia ei saa kirjoittaa uudelleen eikä alkuperäistä sivua korvata valokopiolla tai muulla vastaavalla tavoin.

#### **Potilasasiakirjoihin merkittävät tiedot**

#### 10 §

##### *Potilasasiakirjoihin merkittävät perustiedot*

Potilaskertomuksessa tulee olla seuraavat perustiedot:

1) potilaan nimi, syntymäaika, henkilötunnus, kotikunta ja yhteystiedot;

2) terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön nimi;

3) merkinnän tekijän nimi, asema ja merkinnän ajankohta;

4) saapuneiden asiakirjojen osalta saapumisajankohta ja lähde.

Potilasasiakirjoihin merkitään tarvittaessa myös seuraavat tiedot:

1) potilaan ilmoittaman lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot;

2) alaikäisen huoltajan tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot;

3) potilaan äidinkieli tai asiointikieli;

4) potilaan ammatti;

5) potilaan työnantajan vakuutusyhtiö;

6) potilaan hoidosta vastaavaksi lääkäriksi terveyskeskuksessa nimetty lääkäri (omalääkäri);

7) tietojen luovuttamista koskevat potilaan suostumukset.

#### 11 §

##### *Potilaskertomukseen merkittävät keskeiset hoitotiedot*

Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan avohoito- ja kotihoitokäynnistä sekä osastohoitojaksosta. Käyntejä ja hoitajaksoja koskevista tiedoista tulee

käydä ilmi tulosyy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystarve, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto.

## 12 §

### *Sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät*

Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee käydä ilmi, miten hoito on toteutettu, onko hoidon aikana ilmennyt jotakin erityistä ja millaisia hoitoa koskevia päätöksiä sen kuluessa on tehty. Hoitoon osallistuneet on tarvittaessa kyettävä selvittämään.

Potilaskertomukseen tehtävistä merkinnöistä tulee riittävällä laajuudella käydä ilmi taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen päätösten perusteet. Vaikutuksiltaan ja riskeiltään erilaisten tutkimus- ja hoitomenetelmien valinnasta tulee tehdä merkinnät, joista ilmenee, millaisin perustein valittuun menetelmään on päädytty. Jokaisen toimenpiteen peruste tulee määritellä selkeästi potilasasiakirjoissa.

Potilaalle suoritusta leikkauksesta ja muusta toimenpiteestä tulee laatia leikkaus- tai toimenpidekertomus, joka sisältää riittävän yksityiskohtaisen kuvauksen toimenpiteen suorittamisesta ja sen aikana tehdyistä havainnoista. Kertomuksessa tulee esittää perustelut toimenpiteen aikana tehdyille ratkaisuille.

Tiedot potilaaseen pysyvästi asetetuista materiaaleista kuten proteeseista, implanteista ja hammaspaikka-aineista tulee merkitä potilasasiakirjoihin sellaisella tarkkuudella, että ne ovat myöhemmin tunnistettavissa.

Kaikki annetut lääkemääräykset, sairauslomat sekä lääkärinlausunnot ja muut todistukset tulee merkitä potilaskertomukseen niiden antamisajankohdan mukaisesti.

## 13 §

### *Riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista ja epäillyistä vahingoista tehtävät merkinnät*

Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät tiedossa olevasta potilaan lääkeaineallergi-

asta, materiaali-allergiasta, yliherkkyyksistä sekä muista vastaavista hoidossa huomioon otettavista seikoista.

Työntekijälle työstä aiheutuvia terveysvaaroja koskevat tiedot tulee merkitä tai liittää häntä koskeviin työterveyshuollon potilasasiakirjoihin sen lisäksi, että ne merkitään tai liitetään asianomaista työpaikkaa koskeviin työnantajakohtaisiin asiakirjoihin.

Potilaskertomukseen tulee merkitä tiedot todetuista tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden haitallisista vaikutuksista ja hoidon tehottomuudesta.

Epäillyistä potilas-, laite- ja lääkevahingoista tulee tehdä potilaskertomukseen yksityiskohtaiset merkinnät, joista käy ilmi kuvaus vahingosta, selvitys hoidossa mukana olleista terveydenhuollon ammattihenkilöistä sekä laite- ja lääkevahinkojen osalta kuvaus vahingon epäilyistä syystä. Lääkkeiden ja laitteiden tunnistetiedot tulee merkitä yksilöidysti. Merkinnät tulee tehdä välittömästi sen jälkeen, kun vahinkoepäily on syntynyt.

## 14 §

### *Osastohoitoa koskevat merkinnät*

Osastohoidossa olevasta potilaasta tulee tehdä potilaskertomukseen riittävän usein aikajärjestyksessä merkinnät hänen tilansa muutoksista, hänelle tehdyistä tutkimuksista ja hänelle annetusta hoidosta. Lisäksi potilaasta tehdään erilliseen hoitajakohtaiseen seuranta-asiakirjaan päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista.

Lääkärin tulee tehdä sairaalahoidossa olevan pitkäaikaispotilaan potilasasiakirjoihin vähintään kahdesti vuodessa seurantayhteyden veto riippumatta siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut olennaisia muutoksia.

Jos psykiatrisessa hoidossa olevan potilaan itsemääräämisoikeutta joudutaan mielen-terveyslain (1116/1990) nojalla rajoittamaan, siitä tulee tehdä potilasasiakirjoihin erillinen merkintä, josta käy ilmi toimenpiteen syy, luonne ja kesto sekä arvio sen vaikutuksesta potilaan hoitoon samoin kuin toimenpiteen määränneen lääkärin ja suorittajien nimet.

## 15 §

*Konsultaatioista ja hoitoneuvotteluista tehtävät merkinnät*

Hoitavan lääkärin tulee tehdä potilaskertomukseen merkinnät potilaan taudinmäärityksen tai hoidon kannalta merkittävästä puhe-lynteystä sekä muusta vastaavasta konsultaatiosta ja hoitoneuvottelusta. Merkinnöistä tulee käydä ilmi konsultaation tai neuvottelun ajankohta, asian käsittelyyn osallistuneet henkilöt sekä tehdyt päätökset ja niiden toteuttaminen.

Jos konsultaatio tapahtuu potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:ssä säädetyn edellytyksin potilaan tunnistamisen mahdollistavalla tavalla, myös lääkärin, jolta konsultaatiota on pyydetty, tulee 1 momentissa tarkoitetuissa tilanteissa tehdä potilasasiakirjoihin merkinnät antamastaan konsultaatiovastauksesta tai hänelle tulee jäädä siitä jäljennös.

Mitä 1 ja 2 momentissa säädetään lääkäristä, koskee soveltuvin osin myös muuta terveydenhuollon ammattihenkilöä.

## 16 §

*Ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta tehtävät merkinnät*

Potilasasiakirjoihin on tehtävä tarvittavat merkinnät potilaalle annetusta ensihoidosta ja sairaankuljetukseen liittyvästä hoidosta ja seurannasta. Jos lääkäri osallistuu ensihoidon tai sairaankuljetukseen henkilökohtaisesti tai konsultaation perusteella, tämä tulee käydä ilmi potilasasiakirjoista.

## 17 §

*Hoidon loppulausunto*

Jokaisesta osasto- tai laitoshoidojaksosta tulee laatia loppulausunto. Hoidon loppulausunto on vastaavasti laadittava sellaisesta polikliinisesta hoitojaksosta, jonka loputtua hoito päättyy tai hoitovastuu siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön, jollei tätä poikkeamiseen ole erityisiä syitä.

Loppulausuntoon tulee annettua hoitoa

koskevan tiivistelmän lisäksi sisällyttää selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Loppulausunnossa tulee lisäksi kuvata mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa ja potilaan tila hänen poistuessaan hoitoyksiköstä.

## 18 §

*Potilaan tiedonsaantia ja hoitoon liittyviä kannanottoja koskevat merkinnät*

Jos potilas potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 4 §:n 1 momentissa tarkoitetussa tilanteessa joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät hoidon viivytyksen syystä, arvioidusta hoitopääsystä ja siitä, että mainitut tiedot on ilmoitettu potilaalle. Potilasasiakirjoihin merkitään myös tieto potilaan ohjaamisesta muuhun hoitopaikkaan.

Potilasasiakirjoihin tulee tehdä merkinnät potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 5 §:ssä tarkoitetun potilaan hoitoon liittyviä seikkoja koskevan selvityksen antamisesta. Jos selvitystä ei ole annettu, menettelyn peruste tulee merkitä potilasasiakirjoihin.

Jos potilas kieltäytyy tutkimuksesta tai hoidosta, kieltäytymisestä tulee tehdä luotettavalla tavalla vahvistettu merkintä potilasasiakirjoihin.

Jos potilas haluaa ilmaista hoitoa koskevan vakaan tahtonsa tulevaisuuden varalle, tästä on tehtävä selkeä, potilaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai liitettävä niihin erillinen potilaan tahdon ilmaiseva asiakirja. Potilasasiakirjoihin tulee lisäksi tehdä merkinnät siitä, että potilaalle on annettu riittävä selvitys hänen tahtonsa noudattamisen vaikutuksista. Hoitotahdon muuttamista ja peruuttamista koskeviin merkintöihin sovelletaan, mitä potilasasiakirjoissa olevan virheen korjaamisesta 20 §:ssä säädetään.

## 19 §

*Merkinnät hoitoon osallistumisesta erityistilanteissa*

Silloin kun alaikäistä potilasta hoidetaan

potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 7 §:n 1 momentissa tarkoitettussa tilanteessa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, tästä tulee tehdä merkinnät potilasasiakirjoihin. Merkinnöistä tulee käydä ilmi myös se, salliiko alaikäinen potilas terveydentilaansa tai kyseistä hoitoa koskevien tietojen antamisen hänen huoltajalleen tai muulle lailliselle edustajalleen vai onko hän potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 9 §:n 2 momentin mukaisesti kieltänyt tietojen antamisen.

Jos täysi-ikäistä potilasta hoidetaan potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 6 §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettussa tilanteessa yhteisymmärryksessä hänen laillisen edustajansa, lähiomaisensa tai muun läheisensä kanssa, tästä tulee tehdä merkintä potilasasiakirjoihin.

## 20 §

### *Potilasasiakirjamerkintöjen korjaaminen*

Potilasasiakirjoissa olevien tietojen korjaamiseen sovelletaan, mitä henkilötietolain 29 §:ssä säädetään.

Potilasasiakirjamerkintöjen korjaaminen tulee tehdä siten, että sekä alkuperäinen että korjattu merkintä ovat myöhemmin luettavissa. Korjauksen tekijän nimi, virka-asema, korjauksentekopäivä ja korjauksen peruste tulee merkitä potilasasiakirjoihin.

Kun potilasasiakirjoista poistetaan potilaan hoidon kannalta tarpeeton tieto, tulee potilasasiakirjoihin tehdä merkintä siitä, sen tekijästä ja poistamisajankohdasta.

## 21 §

### *Tietojen luovuttamisesta tehtävät merkinnät*

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n 2 ja 3 momentissa tarkoitettusta potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen luovuttamisesta tulee tehdä potilasasiakirjoihin merkintä. Merkinnästä tulee käydä ilmi, milloin ja mitä tietoja on luovutettu, kenelle tiedot on luovutettu, kuka tiedot on luovuttanut sekä, onko luovutus perustunut potilaan kirjalliseen, suulliseen tai asiayhteydestä ilmenevään suostumukseen vai lakiin. Potilasasiakirjoihin tehdään merkintä myös potilaan

tahtonilmauksesta, jolla hän on kieltänyt tietojensa luovuttamisen.

### **Potilasasiakirjojen ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen**

## 22 §

### *Vastuu säilyttämisestä*

Potilasasiakirjojen ja hoitoon liittyvän muun materiaalin säilyttämisestä vastaa se terveydenhuollon toimintayksikkö tai itsenäisesti ammattiaan harjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka toiminnassa ne ovat syntyneet. Jos potilasasiakirja on luonteeltaan sellainen, että potilaan terveyden- tai sairaanhoidolle on haittaa merkintöjen tekemisestä erikseen kussakin toimintayksikössä, potilasasiakirja voidaan potilaan hoitovastuun siirtyessä toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön kuitenkin siirtää potilaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella alkuperäisenä mainitulle toimintayksikölle. Terveydenhuollon toimintayksikköön tulee jäädä tieto siitä, mihin alkuperäiset asiakirjat on siirretty.

## 23 §

### *Potilasasiakirjojen ja hoitoon liittyvän muun materiaalin säilyttämisajat*

Terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee säilyttää potilasasiakirjoja sekä tutkimuksessa ja hoidossa syntyviä biologista materiaalia sisältäviä näytteitä ja elinmalleja vähintään tämän asetuksen liitteessä tarkoitettu aika. Potilasasiakirjojen, näytteiden ja mallien säilyttämisestä säilytysajan päätyttyä säädetään potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 12 §:n 2 momentissa.

Kun tämän asetuksen liitteessä tarkoitettu säilytysaika on päättynyt tai kun sen jälkeen säilytetyt potilasasiakirjat, näytteet ja elinmallit eivät enää ole välttämättömiä potilaan hoidon järjestämisen tai toteuttamisen kannalta, terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön on huolehditta-

va siitä, että potilasasiakirjat ja muu edellä tarkoitettu materiaali hävitetään välittömästi ja siten, että sivulliset eivät saa niistä tietoa.

### **Voimaantulo**

#### 24 §

#### *Voimaantulo*

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä maaliskuuta 2001.

Tämän asetuksen liitteessä tarkoitettuja säilytysaikoja sovelletaan sellaisiin potilasasiakirjoihin, jotka on laadittu tai saatu 1 päivänä toukokuuta 1999 tai sen jälkeen. Kun asiakirjan säilytysaika lasketaan potilaan kuolemasta, liitteessä tarkoitettuja säilytysaikoja sovel-

letaan kuitenkin sellaisiin asiakirjoihin, jotka koskevat henkilöä, joka on kuollut 1 päivänä toukokuuta 1999 tai sen jälkeen.

Potilasasiakirjoihin, jotka on laadittu tai saatu ennen 1 päivää toukokuuta 1999, taikka jos asiakirjan säilytysaika lasketaan potilaan kuolemasta, jotka koskevat henkilöä, joka on kuollut ennen 1 päivää toukokuuta 1999, sovelletaan kunnallisen ja yksityisen sekä vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollossa laadittujen potilasasiakirjojen osalta valtionarkiston kunnallisten asiakirjojen hävittämisestä 14 päivänä huhtikuuta 1989 antamassa päätöksessä säädettyjä säilytysaikoja. Sen lisäksi sovelletaan, mitä valtionarkisto ja arkistolaitos ovat erikseen määränneet asiakirjojen säilyttämisestä pysyvästi.

Helsingissä 19 päivänä tammikuuta 2001

Peruspalveluministeri *Osmo Soininvaara*

Hallitussihteeri Arja Myllynpää

POTILASASIAKIRJOJEN JA MUUN HOITOON LIITTYVÄN MATERIAALIN

SÄILYTTÄMISAJAT

I. POTILASKERTOMUS JA SIIHEN LIITTYVÄT ASIAKIRJAT/TIEDOT

IA. POTILASKERTOMUS

| Asiakirjaryhmä  | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä   | Säilytysaika   | Huomautuksia  |
|---|---|--|---|
| <p><b>Jatkuvakäyttöiset tiedot/asiakirjat</b></p> <p><i>Yhdistelmätason tiedot</i><sup>1)</sup></p>     | <p>Potilaskertomuksen yhdistelmä</p>  | <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.<sup>2)</sup></p> | <p><sup>1)</sup>Yhdistelmä sisältää ydinosat potilaan terveys- ja sairaushistoriasta ja hoidon kannalta keskeisistä sosiaalisista tiedoista.</p> <p><sup>2)</sup>Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.</p> |
| <p><i>Tiivistelmätason tiedot</i><sup>3)</sup></p> <p>Palvelun suunnittelu, toteutus ja päättäminen</p> | <p>Kumulatiivinen yhteenveto terveyden- ja sairaanhoidon ohjaus- ja hoitoprosessin (avohoitto- ja/tai laitoshoitokaksot) aikana tapahtuneesta ohjaus- ja hoitotarpeen määrittämisestä, toteutuksesta, arvioinnista ja päättämisestä, esim.:</p> | <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>Imeväisikäisinä kuolleita koskevat asiakirjat säilytetään kuitenkin 100 vuotta lapsen syntymästä.</p>  | <p><sup>3)</sup>Tiivistelmä on keskeinen yhteenveto niistä potilaan hoitoprosessia koskevista tiedoista, jotka kuvaavat neuvonnan, hoidon tai kuntoutuksen sisältöä tai kulua ja jotka ovat ohjanneet hoitopäätöksiä tai palvelevat jatkohoitoa.</p>              |

## IA. POTILASKERTOMUS (JATKOA)

| Asiakirjaryhmä   | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä  | Säilytysaika  | Huomautuksia   |
|--|--|---|--|
| <p><i>Muut jatkuvakäyttöiset tiedot/asiakirjat<sup>4</sup></i></p> | <p>- potilaskertomuksen erikoisalalehdet/-tiedostot<br/> - neuvola-, koulu- ja aikuisiän ehkäisevän terveydenhuollon tiivistämätason asiakirjat<br/> - hoidon loppulausunnot (jollei loppulausunto sisälly erikoisalalehden merkintöihin)</p> <p>Esim.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- kuulon, näön ja rokotusten seurantalomakkeet<sup>5</sup></li> <li>- kasvukäyrät</li> <li>- yhteenvedot erityistyöntekijöiden antamasta hoidosta (esim. fysioterapian, toimintaterapian ja sosiaalityön jatkuvakäyttöiset lomakkeet)</li> <li>- leikkaus- ja muut toimintakertomukset</li> </ul> | <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti<sup>2</sup></p> <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.<sup>2</sup></p> | <p><sup>4</sup>Vastaa pääosin julkaisussa ”Terveys- ja sairauskertomus erikoissairaanhoidossa” (Sairaaliitto, 1993) käytettyä käsitettä ”Perustason jatkuvakäyttöiset asiakirjat”.</p> <p><sup>5</sup>Koskee sekä aikuisten että lasten tietoja.</p> |

## IA. POTILASKERTOMUS (JATKOA)

| Asiakirjaryhmä   | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä   | Säilytysaika   | Huomautuksia  |
|--|---|--|---|
| <b>Hoitojaksokohtaiset tiedot/asiakirjat<sup>6</sup></b> | <p>Esim:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eri ammattiryhmien hoitosuunnitelmat</li> <li>- muut hoidon välittömään seurantaan liittyvät asiakirjat kuten fysiologiset tilannearviot, päivittäiset seurantatiedot, fysioterapian, toimintaterapian ja sosiaaliryhmien työkortit, optikkoalan asiakirjat, sairaankuljetuksen asiakirjat, hoitojaksokohtaiset diabetes- ja verenpaineseuranta-asiakirjat, lastenneuvolan ja koulu-terveydenhuollon päivittäiset merkinnät, jne.</li> <li>- synnytyskertomukset, anestesiakertomukset</li> </ul> | <p>10 vuotta ko. hoidon päättymisestä, edellyttäen, että tiivistelmä on tehty. Jollei tiivistelmää ole tehty, tietoja säilytetään 10 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.<sup>7</sup></p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.<sup>8</sup></p> | <p><sup>6</sup>Perustason hoitojaksokohtaiset asiakirjat sisältävät merkintöjä potilaasta, ammattiryhmien hoito- ja tutkimussuunnitelmia, tutkimustuloksia ja lausuntoja sekä pohdiskelevaa päivittäistä seurantatietoa. Tiedolla ei yleensä ole pitkäaikaista merkitystä.</p> <p><sup>7</sup>Tiedonkeruulomakkeet, kuten toimintakymä-, hoitoisuusluokitus- ja potilaan itsensä täyttämät esitietolomakkeet voidaan hävittää heti kun käyttötarkoitus on saavutettu ja kun keskeinen tieto on siirretty hoitosuunnitelmaan.</p> <p><sup>8</sup> Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.</p> |



**IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT**

| Asiakirja/Asiakirja-ryhmä  | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä | Säilytysaika   | Huomautuksia   |
|--|---|--|--|
| <b>Lähteasiakirjat</b>   | Lähete/hoitoyhteenvedo, läheteen liiteasiakirjat    | <p>10 vuotta ko. hoidon päättymisestä. Saapumatta jääneiden potilaiden erilliset läheteasiakirjat kuitenkin joko palautetaan lähettäjälle tai säilytetään 2 vuotta läheteen saapumisesta. Tieto muualle ohjaamisesta ja saapumatta jäämisestä säilytetään 10 vuotta läheteen saapumisesta.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.<sup>9)</sup></p> | <sup>9)</sup> Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa. |
| <b>Jäljennökset toisten terveydenhuollon toimintayksiköiden potilasasiakirjoista</b> |   | 10 vuotta ko. hoidon päättymisestä. Säilytysajasta voidaan poiketa, jos asiakirjojen sisällöstä on laadittu yhteenvedo oman hoitosuunnitelman pohjaksi.  |  |

**IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)**

| <b>Asiakirja/Asiakirja-ryhmä</b>                        | <b>Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä</b>   | <b>Säilytysaika</b>  | <b>Huomautuksia</b>  |
|---|--|--|--|
| <b>Hoidon aloittamiseen/hoitoon liittyvät päätökset</b> | Esim. päätös tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon ottamisesta, sen jatkamisesta tai lopettamisesta | 10 vuotta ko. hoidon päättymisestä.<br>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti. <sup>(10)</sup> | Tarkoittaa säännösten perusteella tehtäviä kirjallisia päätöksiä. Potilaskertomuksessa tulee olla riittävän tarkat merkinnät hoidosta, mm. sen perusteista.<br><sup>10)</sup> Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa. |
| <b>Hoidon tueksi laaditut videot ja äänitteet</b>       | Esim. potilaan seurantaan liittyvät äänitteet<br><br>Puheterapian äänitteet                                  | Hoidon kannalta tarpeelliseksi arvioidut säilytetään 10 vuotta hoitojakson päättymisestä. Muut hävitetään hoitojakson päättyessä.<br><br>2 vuotta hoitojakson päättymisestä.                                       |  |

**IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)**

| Asiakirja/Asiakirjaryhmä  | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä   | Säilytysaika   | Huomautuksia   |
|---|---|--|--|
| <b>Diagnostiikkaan liittyvät tekniset (mukaan lukien digitaaliset) tallenteet</b> | Röntgenkuvat (lukuun ottamatta hammaslääketieteellisiä röntgenkuvia), isotooppi- ja ultraäänikuvat sekä vastaavat | 20 vuotta kuvauksesta <sup>(11)</sup>  | <sup>11)</sup> Teknisesti epäonnistuneet tallenteet hävitetään välittömästi. |
|   | Valokuvat, diakuvat, kardiologian ja gastroskopian videot ja vastaavat  | 10 vuotta kuvauksesta <sup>(11)</sup>  |  |
|   | Tutkimuksen ja hoidon aikana syntyneet erilaiset käyrästöt  | 10 vuotta tutkimuksesta edellyttäen, että siitä on laadittu lausunto, joka säilytetään kuten jatkuvakäyttöiset asiakirjat. Jollei lausuntoa ole laadittu, käyrästö säilytetään 20 vuotta tutkimuksesta. <sup>(11)</sup>  |  |
|   | Hammaslääketieteelliset röntgenkuvat  | 20 vuotta hoidon päättymisestä <sup>(11)</sup><br>Hammaslääkärin/lääkärin oikeuslääketieteellisesti tai hoidon kannalta merkitykselliseksi arvioimat röntgenkuvat säilytetään kuitenkin pääsääntöisesti 10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä. |  |

**IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)**

| Asiakirja/Asiakirjaryhmä  | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä   | Säilytysaika  | Huomautuksia   |
|---------------------------|---|---|--|
| <b>Tutkimusvastaukset</b> | <p>Laboratoriotulokset</p> <p>Laboratoriotuloksista laaditut lausunnot</p> <p>Röntgenlausunnot</p> <p>Patologin lausunnot</p> | <p>10 vuotta tutkimuksesta.</p> <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.<sup>(12)</sup></p> | <p>Kliinisten lääketutkimusten sekä terveydenhuollon laitteilla ja tarvikkeilla tehtävien tutkimusten aineistoista muodostetaan erillisrekistereitä ja näitä asiakirjoja säilytetään lääkelaitoksen määräysten mukaisesti.</p> <p><sup>12)</sup>Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.</p> |

**IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)**

| <b>Asiakirja/Asiakirja-ryhmä</b>   | <b>Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä</b>   | <b>Säilytysaika</b>   | <b>Huomautuksia</b>   |
|--|--|---|---|
| <b>Erityistyöntekijöiden testaus- ja laskenta-aineistot</b>  | <p>Puheterapian testiaineistot</p> <p>Psykologin testausasiakirjat</p> <p>Ravitsemusterapian ateriasuunnitelmat ja laskelmat</p> | <p>10 vuotta ko. hoidon päättymisestä.</p> <p>10 vuotta testauksesta.</p> <p>Voidaan hävittää, kun tarkoitus on saavutettu ja kun tarvittavat tiedot on siirretty palvelualan erikoislehdelle tai hoitosuunnitelmaan.</p> |   |
| <b>Konsultaation antajalle jäävä jäljennös/tiedot vastauksesta</b>                                   |  | 10 vuotta vastauksen antamisesta.   |   |
| <b>Perinnöllisyyslääketieteellisten yksiköiden tutkimuksissa ja hoidoissa muodostuvat asiakirjat</b> | Tietoja potilaan ja hänen omaistensa perinnöllisistä sairauksista.   | Säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.   | <p>Pysyvästi säilytettävät asiakirjat säilytetään joko paperi- tai mikrofilmimuodossa taikka arkistolaitoksen luvalla muussa muodossa.</p> <p>Atk:lla ylläpidettävät asiakirjat on tulostettava paperille tai mikrofilmille viimeistään potilaan kuoltua.</p> |

**IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)**

| Asiakirja/Asiakirja-ryhmä                                | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä   | Säilytysaika  | Huomautuksia   |
|--|---|---|--|
| <b>Lääkärintlausuntojen ja -todistusten jäljennökset</b> | <p>Eläke- ja työkyvyttömyysasioissa annettujen B-lausuntojen jäljennökset</p> <p>Muut lausunto- ja todistusjäljennökset</p> | <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai, jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päätymisestä.</p> <p>10 vuotta lausunnon/todistuksen antamisesta.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.<sup>(13)</sup></p> | <p>Jos vastaava tieto on kirjattu tarkasti potilaskertomukseen, jäljennös voidaan hävittää, kun tarkoitus on saavutettu.</p> <p><sup>13)</sup>Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.</p> |
| <b>Potilaskohtainen hoitoon liittyvä kirjeenvaihto</b>   |   | <p>10 vuotta kirjeen päiväyksestä.</p> <p>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.<sup>(14)</sup></p>  | <p>Ei tarkoiteta kantelu-, muistutus-, potilasvahinko- tai vastaavien asioiden kirjeenvaihtoa.</p> <p><sup>14)</sup>Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa.</p>                           |

**IB. POTILASKERTOMUKSEEN LIITTYVÄT TIEDOT/ASIAKIRJAT (JATKOA)**

| Asiakirja/Asiakirja-ryhmä   | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä | Säilytysaika   | Huomautuksia  |
|---|---|--|---|
| <b>Lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät ruumiinavauspöytäkirjat ja -lausunnot</b> |   | 10 vuotta kuolemasta.<br><br>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti. <sup>(15)</sup> | <sup>15)</sup> Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa. |
| <b>Potilasasiakirjoihin liitettävä jäljennös kuolintodistuksesta</b>                                  |   | 10 vuotta kuolemasta.<br><br>18. ja 28. päivinä syntyneitä koskevat tiedot julkisessa terveydenhuollossa säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti. <sup>(16)</sup> | <sup>16)</sup> Ks. osa III: 18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa. |

**II. MUU POTILASASIAKIRJA-AINEISTO**

| <b>Asiakirja/Asiakirja-ryhmä</b>  | <b>Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä</b>                                     | <b>Säilytysaika</b>   | <b>Huomautuksia</b>   |
|---|--|---|---|
| <b>Ajan- ja hoidonvarauspäiväkirjat, uloskirjaus, poliklinikkapäiväkirjat</b> | Hoidon varaustiedot  | Ajanvaraustiedot 2 vuotta käynnin toteutumisesta/avo-hoitajakson päättymisestä, hoidonvaraustiedot 2 vuotta sisäänkirjauksesta, sisään- ja uloskirjaustiedot 2 vuotta uloskirjauksesta. | Ajanvarausasiakirjoihin ei sisällytetä hoitotietoja.          |
| <b>Toimenpidepäiväkirjat ja vastaavat</b>                                     | Esim. leikkauspäiväkirjat, synnytyspäiväkirjat ym.<br>Sisältävät ajan- ja resursivaraustietoja | 10 vuotta toimenpiteestä tai (manuaalisessa järjestelmässä) viimeisestä merkinnästä.  | Ei tarkoiteta leikkaus-, toimenpide- tai synnytyskertomuksia. |
| <b>Joukkotarkastus- ja seulonnututkimuksissa muodostuvat asiakirjat</b>       | Esim.:<br>- papaseulonnat ja vastaukset,<br>- mammografiaseulonnat ja vastaukset               | 10 vuotta tutkimuksesta.  |   |
| <b>Sädehoidon kenttäkuvat ja kortistot</b>                                    |  | 10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.  |   |
| <b>Potilasasiakirjojen hakemistot</b>   |  | Säilytetään kuten asiakirjat, joihin ne liittyvät.  | Otanta-aineistoja koskevat hakemistot säilytetään pysyvästi.  |



**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/  
ASIAKIRJARYHMIÄ**

| Asiakirja/Asiakirjaryhmä  | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä   | Säilytysaika   | Huomautuksia   |
|---|---|--|--|
| <p><b>Ammattitauti- ja ammattitautiepäilytutkimuksissa ja hoidossa olleita henkilöitä koskevat asiakirjat</b></p> | <p>Potilaskertomus ja siihen liittyvät lausunnot, röntgenkuvat, käyrästöt, kuvat ja laboratoriotulokset sekä potilaan tutkimukseen tai hoitoon liittyvät altistumisasiakirjat</p> | <p>20 vuotta potilaan kuolemasta, tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> | <p>Tiivistelmätason tietoihin tehdään merkintä ”työperäisyyden selvittäminen”, josta ilmenee, että henkilö on käynyt tutkimuksissa tai hoidossa ammattitaudin tai sen epäilyn vuoksi.</p>  |
| <p><b>Työterveyshuollon asiakirjat:</b></p> <p>Potilaskertomus</p>  | <p>Esim. aikuisiän terveydenhoitolomake ja, kun työterveyshuollossa annetaan sairaanhoidon palveluja, yleislääketieteen lomake</p>  | <p>10 vuotta potilaan kuolemasta, tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä.</p> | <p>Ammattitauti- ja ammattitautiepäilytutkimuksissa ja hoidossa olleita henkilöitä koskevat asiakirjat ks. edellä.</p> <p>Olellaiset altistumistiedot (esim. altistuminen ASA-aineille, säteilylle, liuottimille jne.) kirjataan työterveyshuoltolain mukaisen työhönsijoitus- ja määräaikaistarkastusten yhteydessä työpaikkaselvityksestä potilaskertomukseen.</p> |

**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/  
ASIAKIRJARYHMIÄ (JATKOA)**

| Asiakirja/Asiakirja-ryhmä  | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä                                 | Säilytysaika                                      | Huomautuksia   |
|--|---|---|--|
| Työntekijöiden yleisen työkyvyn ylläpitoon liittyvät yksilöasiakirjat                      | Esim. työkykyindeksilomakkeet, työstressikyselyn ja työkuuntoprofiilin tiedot       | 10 vuotta tietojen keräämisestä. <sup>(17)</sup>  | <sup>17)</sup> Tiivistelmä yksilöasiakirjan tiedoista kirjataan potilaskertomukseen siten kuin kussakin lomakkeessa on ohjeistettu. Itse yksilöasiakirjat säilytetään erillään potilaskertomuksesta. |
| Työterveyshuoltolainsäädännössä edellytettyjen erillisten lääkärintodistusten jäljennökset | Lääkärintodistusten jäljennökset työhönsijoitus, alku- ja määräaikaistarkastuksista | 5 vuotta todistuksen antamisesta. <sup>(18)</sup> | <sup>18)</sup> Tiedot todistuksesta kirjataan potilaskertomukseen.   |
| Potilaan tutkimukseen tai hoitoon liittyvät altistumisasiakirjat                           | Esim. työpaikkaselvitystiedot   | Säilytetään kuten potilaskertomus.                |  |

**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/  
ASIAKIRJARYHMIÄ (JATKOA)**

| Asiakirja/Asiakirja-ryhmä   | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä | Säilytysaika  | Huomautuksia  |
|---|---|---|---|
| <b>Valtion mielisairaaloiden potilasasiakirjat</b>  |   | Säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti. | Pysyvästi säilytettävät asiakirjat säilytetään joko paperi- tai mikrofilmi-muodossa taikka arkistolaitoksen luvalla muussa muodossa.<br><br>Atk:lla ylläpidettävät asiakirjat on tulostettava paperille tai mikrofilmille viimeistään potilaan kuoltua. |
| <b>Puolustusvoimien terveydenhuollon asiakirjat:</b><br><br>Varusmiespalveluksen ja kertausharjoitusten aikana syntyvät puolustusvoimien potilasasiakirjat lukuun ottamatta keskus-sotilassairaalan asiakirjoja |   | Säilytetään pysyvästi kuten sotilasasiakirjat (kantakortit).                    | Pysyvästi säilytettävät asiakirjat säilytetään joko paperi- tai mikrofilmi-muodossa taikka arkistolaitoksen luvalla muussa muodossa.  |

**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/  
ASIAKIRJARYHMIÄ (JATKOA)**

| Asiakirja/Asiakirja-ryhmä  | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä | Säilytysaika  | Huomautuksia  |
|--|---|---|---|
| Ulkomaan kansalaisten ja kansanterveystyössä toisen kotikunnan asukkaiden kertaluonteisia käyntejä koskevat merkinnät/asiakirjat   |   | 10 vuotta hoidon/hoitjakson päättymisestä.  |   |
| Ennen 1.5.1999 laaditut tai saadut potilasasiakirjat/ennen 1.5.1999 kuolleita koskevat potilasasiakirjat kunnallisessa ja yksityisessä sekä vankeinhoitolaitoksen terveydenhuollossa |   | Säilytysajat määräytyvät valtionarkiston 14.4.1989 antaman kunnallisten asiakirjojen hävittämistä koskevan päätöksen ja valtionarkiston/arkistolaitoksen mahdollisten erillisten päätösten perusteella. | Ajankohta johtuu potilasturvallisuuslain muuttamisesta annetusta laista (879/1998), jolla on muutettu mm. korvausvastuun esittämisaikaa koskevia säännöksiä lain voimaantulon (1.5.1999) jälkeen tapahtuneiden vahinkojen osalta. |

**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/  
ASIAKIRJARYHMIÄ (JATKOA)**

| Asiakirja/Asiakirja-ryhmä  | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä | Säilytysaika   | Huomautuksia  |
|--|---|--|---|
| <p><b>18. ja 28. päivinä syntyneiden potilasasiakirjat julkisessa terveydenhuollossa</b></p> |   | <p>Säilytetään pysyvästi arkistolaitoksen 22.12.2000 antaman päätöksen mukaisesti.</p> | <p>Koskee ko. päivinä syntyneiden potilaskertomusaineistoa (osa IA) sekä niitä potilaskertomukseen liittyviä (osa IB) asiakirjoja, joiden kohdalla on maininta otannasta.</p> <p>Jos asiakirjat on arkistoitu jotakin muuta periaatetta noudattaen, voidaan noin 5 %:n suuruisen pysyvästi säilytettävä otanta ottaa jollakin muulla otantamenetelmällä, jonka käyttöön tulee saada kussakin tapauksessa arkistolaitoksen hyväksyminen.</p> <p>Pysyvästi säilytettävät asiakirjat säilytetään joko paperi- tai mikrofilmi-muodossa taikka arkistolaitoksen luvalla muussa muodossa.</p> <p>Atk:lla ylläpidettävistä asiakirjoista on pysyvästi säilytettävät otanta-asiakirjat tulostettava paperille tai mikrofilmille viimeistään potilaan kuoltua.</p> |

**III. ERÄITÄ SÄILYTYSAJALTAAN MUISTA POIKKEAVIA ASIAKIRJOJA/  
ASIAKIRJARYHMIÄ (JATKOA)**

| Asiakirja/Asiakirja-ryhmä  | Esimerkkejä asiakirjoista ja niiden tietosisällöstä | Säilytysaika   | Huomautuksia |
|--|---|--|--------------|
| <p><b>Mikrokuvatut potilasasiakirjat, joiden säilyttämistä pysyvästi terveydenhuollon toimintayksikkö pitää tärkeänä tieteellisen tutkimuksen vuoksi</b></p> |   | <p>Voidaan säilyttää pysyvästi, jos arkistolaitos on myöntänyt siihen terveydenhuollon toimintayksikön hakemuksesta luvan.</p> |              |

**IV. BIOLOGISTA MATERIAALIA SISÄLTÄVÄT NÄYTTEET JA ELINMALLIT**

| Hoidossa syntyvä materiaali                              | Näyte-/mallityyppi   | Säilytysaika   | Huomautuksia  |
|--|--|--|---|
| <p><b>Biologista materiaalia sisältävät näytteet</b></p> | <p>Kudosblokit</p> <p>Ruumiinavausnäytteistä otetut blokit</p> <p>Histologiset lasit</p> <p>Patologian ja hematologian sytologiset näytelasit sekä ruumiinavausnäytteistä otetut lasit</p> <p>Muut sytologiset näytelasit<sup>(20)</sup></p> | <p>10 vuotta potilaan kuolemasta tai jos siitä ei ole tietoa, 100 vuotta potilaan syntymästä ja 10 vuotta hoidon päättymisestä<sup>(19)</sup></p> <p>20 vuotta.<sup>(19)</sup></p> <p>20 vuotta.<sup>(19)</sup></p> <p>10 vuotta.<sup>(19)</sup></p> <p>Hävitetään kun käyttötarkoitus on saavutettu.<sup>(19)</sup></p> | <p><sup>19)</sup>Jos näytteiden edustavuus on merkityksellistä tieteellisen tutkimuksen kannalta, niitä voidaan säilyttää terveydenhuollon toimintayksikön terveydenhuollosta vastaavan johtajan tämän tarpeen mukaisesti päättämä, em. säilytysaikaa pidempi aika (sen lisäksi, että niitä voidaan säilyttää potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen edellyttämä em. säilytysaikaa pidempi aika).</p> <p><sup>20)</sup>Pääsääntöisesti kliinisen kemian laboratoriossa syntyneitä laseja.</p> |
| <p><b>Hampaiden kipsimallit</b></p>                      |  | <p>Voidaan antaa potilaalle tai hävittää hoidon päättyttyä.</p>  |   |





Social- och hälsovårdsministeriets handböcker 2001:3 fin, swe

*Upprättande av journalhandlingar*  

---

**samt förvaring av dem och annat ma-  
terial som hänför sig till vård**

*En guide för hälso- och sjukvårdspersonalen*

SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET  
Helsingfors 2001



## **SAMMANDRAG**

Upprättande av journalhandlingar samt förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård. En guide för personalen inom hälso- och sjukvården. Helsingfors 2001, 112 s. (Social- och hälsovårdsministeriets handböcker, ISSN 1236-116X; 2001:3.) ISBN 952-00-0966-3.

Social- och hälsovårdsministeriet gav 19.1.2001 en förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård (99/2001). Förordningen innehåller förpliktande bestämmelser om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som uppkommer i samband med vård och behandling.

Handboken ger närmare vägledning beträffande upprättandet av journalhandlingar samt annan behandling av patientuppgifter, med beaktande av bestämmelserna i ovan nämnda förordning samt bestämmelserna i olika lagar, t.ex. lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) samt personuppgiftslagen (523/1999).

**Nyckelord:** journalhandling, upprättande, förvaring



## INNEHÅLLSFÖRTECKNING:

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>1.</b>  | <b>INLEDNING .....</b>  | <b>63</b> |
| <b>2.</b>  | <b>JOURNALHANDLINGARNAS ÄNDAMÅL OCH BETYDELSE .....</b>   | <b>64</b> |
| <b>3.</b>  | <b>PRINCIPERNA SOM GÄLLER JOURNALHANDLINGAR SAMT DEN REGISTERANSVARIGES SKYLDIGHETER.....</b>   | <b>65</b> |
| <b>4.</b>  | <b>JOURNALHANDLINGAR OCH UPPRÄTTANDE AV DEM.....</b>  | <b>66</b> |
| 4.1.       | Journalhandlingar .....   | 66        |
| 4.2.       | Rätt att göra anteckningar i journalhandlingar .....  | 67        |
| 4.3.       | Patientjournalen och anteckningar som görs i den .....  | 68        |
| 4.4.       | Allmänna principer för anteckningar.....  | 69        |
| 4.5.       | Anteckningar om sjukdomsförloppet och om vården.....  | 70        |
| 4.6.       | Anteckningar om risker, skadliga verkningar av vård samt misstänkta patient-, apparat- eller läkemedelsskador .....                   | 72        |
| 4.7.       | Anteckningar om information till patienten och ställningstaganden i fråga om vården samt anteckningar om annat deltagande i vård..... | 73        |
| <b>5.</b>  | <b>RÄTTELSE AV ANTECKNINGAR I JOURNALHANDLINGAR .....</b>   | <b>74</b> |
| <b>6.</b>  | <b>RÄTT TILL INSYN I JOURNALHANDLINGAR .....</b>  | <b>75</b> |
| <b>7.</b>  | <b>UTLÄMNANDE AV UPPGIFTER I JOURNALHANDLINGAR .....</b>  | <b>76</b> |
| 7.1.       | Utlämnande av uppgifter i journalhandlingar samt anteckningar om detta.....   | 76        |
| 7.2.       | Utlämnande av uppgifter i journalhandlingar när det är fråga om en avliden person .....   | 78        |
| <b>8.</b>  | <b>FÖRVARING AV JOURNALHANDLINGAR .....</b>   | <b>79</b> |
| 8.1.       | Förvaring av journalhandlingar inom den offentliga hälso- och sjukvården....  | 79        |
| 8.2.       | Förvaring av journalhandlingar inom den privata hälso- och sjukvården samt hos personer som självständigt utövar sitt yrke.....       | 80        |
| <b>9.</b>  | <b>FÖRVARINGSTIDERNÄ FÖR JOURNALHANDLINGAR OCH ANNAT MATERIAL SOM HAR SAMBAND MED VÅRD OCH BEHANDLING.....</b>                        | <b>80</b> |
| <b>10.</b> | <b>CENTRALA BEGREPP.....</b>  | <b>82</b> |

BILAGA: Social- och hälsovårdsministeriets förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård



## 1. INLEDNING

Enligt 16 § lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) gäller om skyldigheten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården att föra och förvara journalhandlingar samt om tystnadsplikten i fråga om uppgifterna i dem vad som stadgas i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), nedan patientlagen. I 12 § patientlagen konstateras att en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården skall anteckna sådana uppgifter i journalhandlingar som behövs för att ordna, planera, tillhandahålla och följa upp vården och behandlingen av en patient och att en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke skall förvara journalhandlingarna samt vid forskning och vård uppkommande prov innehållande biologiskt material och modeller av organ den tid som behövs för att ordna och tillhandahålla vård och behandling för patienten, behandla eventuella ersättningsanspråk i anknytning till vården och behandlingen och bedriva vetenskaplig forskning. Samtidigt har social- och hälsovårdsministeriet getts befogenhet att genom förordning utfärda närmare bestämmelser om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och ovan nämnda prov och modeller. Social- och hälsovårdsministeriet har med stöd av detta gett 19.1.2001 en förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård (99/2001).

De bestämmelser och närmare anvisningar som gäller upprättande och förvaring av journalhandlingar gäller alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården inom den offentliga och den privata hälso- och sjukvården. Sålunda skall också varje yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke, och t.ex. en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, som har hand om hälso- eller sjukvård t.ex. inom socialväsendet, skolväsendet m.fl. enheter, efterfölja ifrågavarande bestämmelser. Med yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården avses de legitimerade yrkesutbildade personer, yrkesutbildade personer som beviljats tillstånd och de yrkesutbildade personer med skyddad yrkesbeteckning, som definierats i lagen och förordningen (564/1994) om yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården.

Med journalhandlingar avses sådana handlingar eller tekniska upptagningar som används, uppgörs eller inkommer i samband med att en patients vård ordnas eller genomförs och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga uppgifter (PatientL 2 §).

Journalhandlingar är med andra ord alla de i den registeransvariges besittning varande tekniska dokument, kartotek, pappersutskrifter, handskrivna dokument osv., vilka innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga uppgifter oberoende av om dessa har uppkommit till följd av den registeransvariges verksamhet eller inkommit från annat håll.

Inom hälso- och sjukvården håller man på att övergå från en organisationscentrerad verksamhetsmetod till övergripande vård- och servicekedjor för patienterna, varvid dokumenteringen och användningen av uppgifter i journalhandlingar skall utvecklas så att de bättre betjänar planering, genomförande och uppföljning av vården. En fungerade

servicekedja förutsätter att de uppgifter som behövs vid den aktuella tidpunkten utan dröjsmål står till förfogande för den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som vårdar patienten.

**För att garantera en god vård, patientens säkerhet och personalens rättsskydd skall uppgifter i journalhandlingar vara riktiga, felfria och tillräckligt omfattande. Förtroligheten i patientförhållandet och patientens integritetsskydd förutsätter omsorgsfullhet när det gäller att upprätta och förvara journalhandlingar.**

Journalhandlingarna bildar ett personregister som avses i personuppgiftslagen (523/1999). Registeransvarig är den i 2 § patientlagen definierade verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke, för vars bruk det personregister som utgörs av uppgifter i journalhandlingar inrättas, och som har rätt att bestämma om användningen av registret.

Med patient avses alla de som anlitar hälso- och sjukvårdstjänster eller som annars är föremål för sådana tjänster (PatientL 2 §).

De centrala begrepp som används i denna guide har definierats på sid. 82 – 84.

## **2. JOURNALHANDLINGARNAS ÄNDAMÅL OCH BETYDELSE**

Journalhandlingarnas uppgift är att tjäna planeringen och genomförandet av en patients vård samt främja kontinuiteten i vården. Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är skyldiga att i journalhandlingarna anteckna de uppgifter som är nödvändiga med tanke på handlingarnas ändamål. Journalhandlingarna får inte heller senare, t.ex. när en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård upphört med sin verksamhet, användas eller på annat sätt behandlas i strid med det ursprungliga ändamålet (PersonuppgL 7 och 9 §).

På behörigt sätt upprättade journalhandlingar är dessutom viktiga när det gäller patientens rätt till information och patientens rättsskydd samt också med tanke på personalens rättsskydd. Uppgifterna i jourhandlingarna används bl.a. i ärenden som gäller anmärkningar, klagan, försäkringar m.fl. förmåner som patienten anför eller som gäller honom. På grundval av uppgifterna i journalhandlingarna utreds vid behov förfarandet hos de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som medverkat i vården varvid behörigheten i deras yrkesverksamhet utvärderas.

Journalhandlingarna spelar en viktig roll också för forskningen, administrationen, planeringen och undervisningen inom hälso- och sjukvården.



### 3. PRINCIPERNA SOM GÄLLER JOURNALHANDLINGAR SAMT DEN REGISTERANSVARIGES SKYLDIGHETER

Journalhandlingarna bildar ett sådant (**logiskt**) **personregister** som avses i personuppgiftslagen. Detta innebär att till ett och samma personregister räknas alla de uppgifter som gäller patienten, som är i den registeransvariges besittning och som används för samma ändamål (främja hälsan samt planera, genomföra och följa upp vården), oberoende av sätt, tidpunkt eller plats för registrering av uppgifter.

Om den **registeransvariges** skyldigheter bestäms närmare i personuppgiftslagen. Den registeransvarige är skyldig att bl.a.:

- planera den behandling av personuppgifter som hör samman med patientregistret med beaktande av både de behov som verksamheten förutsätter (ordnande och genomförande av vården) och de krav som lagstiftningen uppställer
- definiera ändamålet med registret
- göra upp en registerbeskrivning som 10 § personuppgiftslagen förutsätter samt hålla den allmänt tillgänglig
- ansvara för att patientregistret upprätthålls, skyddas och förvaras
- definiera rätten att använda journalhandlingar när det gäller yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt annan personal som deltar i vården eller i uppgifter i anslutning till denna
- se till att patienterna på det sätt som förutsätts i 24 § personuppgiftslagen får uppgifter om behandlingen av personuppgifterna som gäller dem, m.a.o. att de t.ex. på en informationsblankett som utarbetats för detta ändamål får uppgifter om den registeransvarige och vid behov om dennes företrädare, ändamålet med behandlingen av personuppgifterna, vart uppgifterna i regel lämnas ut samt om de uppgifter som behövs för att utöva den registrerades rättigheter
- ombesörja att personalen som handskas med journalhandlingarna ges vägledning i behörigt förfaringssätt; verksamheten skall vara regelbunden och stämma överens med de olika yrkesgruppernas arbetsuppgifter.

Den chef som **ansvarar för hälso- och sjukvården** vid verksamhetsenheten skall i egenskap av representant för den registeransvarige meddela skriftliga anvisningar om omständigheter och förfaringssätt i anslutning till hanteringen av patientuppgifter vid sin egen enhet bl.a. när det gäller:

- rättelse av anteckningar i journalhandlingarna
- förfarandet som skall iaktas när det gäller att informera patienten
- det praktiska genomförandet av patientens rätt till insyn
- principerna som skall iaktas vid hemlighållande, användning och skydd av journalhandlingar
- överlåtelse av uppgifter i journalhandlingar, samt
- de personer som inom verksamhetsenheten ansvarar för de ovannämnda uppgifterna.

**Uppgifterna i journalhandlingar är känsliga och sekretessbelagda.** Vid hanteringen av journalhandlingar (bl.a. uppgörande, användning, förvaring, överlåtande, förstöran-

de) skall iakttas **omsorg och god databehandlingssed** samt ombesörjas att de uppgifter som antecknats i journalhandlingarna är nödvändiga med tanke på ändamålet. Anteckningarna skall vara **begripliga och felfria**. Förpliktelserna gäller alla dem som för in anteckningar i journalhandlingarna samt dem som använder och överlåter sådana.

**Rätten** för dem som arbetar vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård **att använda** uppgifterna i journalhandlingar skall anges detaljerat. Endast de personer som vid ifrågavarande verksamhetsenhet deltar i vården av en patient eller i anslutande uppgifter får utan patientens samtycke använda uppgifter. De som deltar i vården av en patient eller i anslutande uppgifter får hantera journalhandlingar endast i den omfattning som deras arbetsuppgifter och ansvar förutsätter.

Rätten att använda uppgifter samt överlåtelse av uppgifter skall beaktas redan när man planerar journalhandlingarnas struktur och förvaring. Användningen av de journalhandlingar som har upprättats med hjälp av automatisk databehandling skall kunna följas upp ("fingeravtryck", loggfil) och även övervakas.

Den registeransvarige skall säkerställa att uppgifterna i de handlingar som har upprättats med hjälp av automatisk databehandling, oberoende av filernas form, står till förfogande under den fastställda förvaringstiden och också efter att ADB-programmen och –systemen har förnyats.

Vid avtal om köp av service och andra uppdrag skall man i avtalsvillkoren säkerställa avtalsparternas ansvar som sammanhänger med registerföringen, likaså att dataskyddet ombesörjs. Registeransvarig för de uppgifter som uppkommer vid verksamheten är i allmänhet den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård, som beställer servicen. Den registeransvariges ansvar för lagligheten vid upprättandet och den övriga hanteringen av journalhandlingar vilar härvid på servicebeställaren och serviceproducenten verkar som en s.k. teknisk registeransvarig för dennas räkning. Däremot verkar serviceproducenten som registeransvarig enligt personuppgiftslagen när det gäller de uppgifter som uppkommit vid hans egen verksamhet.

När en privat på basis av ett uppdragsavtal har hand om sådana uppgifter som ankommer på den offentliga sektorn, tillämpas på uppgifterna i de handlingar som uppkommit vid verksamheten dessutom lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999).

## **4. JOURNALHANDLINGAR OCH UPPRÄTTANDE AV DEM**

### **4.1. Journalhandlingar**

Med journalhandlingar avses sådana handlingar och tekniska upptagningar som används, upprättas eller inkommer i samband med att en patients vård ordnas eller genomförs och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga uppgifter.

**Journalhandlingar** är bl.a.:

- en fortlöpande **patientjournal** och till den hörande handlingar
- tekniska upptagningar som beskriver livsfunktioner eller anatomiska strukturer, såsom röntgen- och magnetbilder, ultraljudsbilder, EEG- och andra neurofysiologiska upptagningar, EKG-band, ljud-, film- och video- m.fl. upptagningar
- tidsbeställningsböcker och patientdagböcker

För varje patient skall upprättas en fortlöpande, kronologisk patientjournal, vars datainnehåll och upprättande skall uppfylla de närmare, nedan angivna villkor som baserar sig på social- och hälsovårdsministeriets förordning.

De fastställda blanketter som speciallagstiftningen förutsätter (bl.a. mentalvårdslagen, lagen om avbrytande av havandeskap, steriliseringslagen, lagen om utredande av dödsorsak) är journalhandlingar.

Som journalhandlingar betraktas däremot inte av blod-, plasma- eller blodceller eller ämnen framställda prover, inte heller cell-, vävnads- eller organprover, prov som innehåller DNA, inte heller gips-, plast- eller andra motsvarande modeller. I social- och hälsovårdsministeriets förordning har dock med stöd av fullmakten i 12 § patientlagen bestämts om förvaringstiderna för vissa modeller av organ som innehåller biologiskt material och uppkommit i samband med undersökning och vård.

Den registeransvarige skall planera och verkställa sitt system för journalhandlingar så att dess struktur och datainnehåll motsvarar ändamålet med journalhandlingarna samt de personers åligganden och ansvar som deltar i vården.

#### ***4.2. Rätt att göra anteckningar i journalhandlingar***

Anteckningar i journalhandlingarna får göras av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt i enlighet med deras anvisningar annan personal som deltar i vården, till den del de deltar i vården av patienten. Studerande inom hälso- och sjukvården får göra anteckningar när de deltar i vården av en patient i enlighet med 3 § förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården vid en verksamhetsenhet som åsyftas i paragrafens 1 mom. Anteckningar som gjorts av en studerande inom hälso- och sjukvården godkänns av dennes förman eller handledare eller av en person som befullmäktigats av någondera. Sådana andra än yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltar i en sjuktransport har rätt att göra anteckningar i journalhandlingarna med iakttagande av de anvisningar som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som ansvarar för verksamheten ger.

Av patientjournalen skall framgå namnet på och ställningen hos den som gjort anteckningarna.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården kan också diktera anteckningar i journalhandlingar. Den som dikterat anteckningarna bär ansvaret för dem.

### 4.3. *Patientjournalen och anteckningar som görs i den*

Patientjournalen som förts i fortlöpande och kronologisk form utgör den centrala delen i journalhandlingarna. Varje verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård /varje yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke är skyldig att föra en fortlöpande patientjournal över varje patient.

Patientjournalen skall innehålla följande basuppgifter:

- patientens namn, födelsedatum, personbeteckning, hemkommun och kontaktinformation
- namnet på verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller på den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvård som självständigt utövar sitt yrke
- namnet på den som gjort anteckningen samt dennes ställning och när anteckningen gjorts
- i fråga om inkommande handlingar när och varifrån de inkommit.

I journalhandlingarna antecknas vid behov även följande uppgifter:

- namnet på en nära anhörig eller någon annan kontaktperson som patienten uppgett samt eventuellt släktskapsförhållande och kontaktinformation
- namnet på vårdnadshavaren eller en annan laglig företrädare för en minderårig samt kontaktinformation
- patientens modersmål eller kontaktspråk
- patientens yrke (i regel nödvändigt i fråga om en patient i arbetsför ålder)
- det försäkringsbolag som patientens arbetsgivare anlitar
- patientens husläkare
- patientens samtycke till att uppgifter lämnas ut.

I patientjournalen skall beträffande patienten göras anteckningar om varje besök inom öppenvården och hemvården samt om telefonkontakt och annan konsultation som är relevant med tanke på vården, om varje vårdperiod på avdelning, åtgärder, ställande av diagnoser samt beslutsfattande i anslutning till vården, remisser samt alla recept och sjukledigheter och om andra, motsvarande omständigheter som är förknippade med vården. Principerna som skall iakttas när det gäller att göra anteckningar behandlas närmare nedan.

Av uppgifterna om besök och vårdperioder skall framgå orsaken, förhandsuppgifter, status, observationer, undersökningsresultat, problem, diagnos eller hälsorisk, slutsatser samt planering, genomförande och uppföljning av vården, sjukdomsförloppet samt slututlåtande.

Anteckningarna som yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården gjort beträffande sina observationer, bedömningar och slutsatser om patienten och hans vård samt de omständigheter på vilka bedömningarna grundar sig utgör en väsentlig del av patientjournalen. I journalen skall registreras tillräckligt med uppgifter på vilka man baserar diagnostiseringen, den vård som valts eller nödvändigheten hos åtgärden. Också beträffande valet mellan undersöknings- och vårdmetoder som är förbundna med olika verk-

ningar och risker skall göras anteckningar av vilka framgår på vilka grunder man beslutat sig för den valda metoden.

Själva patientjournalen skall föras **i original**. Journalen eller delar av den får inte skrivas på nytt eller ursprungliga sidor får inte ersättas med t.ex. fotokopior. När automatisk databehandling används skall med hjälp av vederbörliga programvaror och system säkerställas att den ursprungliga informationen bibehålls oförändrad.

**Till patientjournalen ansluter sig bl.a.:**

- remisser
- konsultationssvar
- laboratorie-, röntgen- och andra undersökningshandlingar och –utlåtanden
- olika intyg och utlåtanden, t.ex. intyg och utlåtanden över hälsokontroller, rehabilitering, pensioner och andra förmåner, sjukledighetsintyg, dödsattest
- inkomna sammanfattningar av vården m.m., exempelvis från andra enheter inom hälso- och sjukvården
- handlingar som ansluter sig till medicinsk undersökning av dödsorsak

#### **4.4. Allmänna principer för anteckningar**

I journalhandlingarna får antecknas endast sådana uppgifter som är **nödvändiga med avseende på ändamålet** med journalhandlingarna. Omfattningen, noggrannheten och utförligheten kan variera enligt situationen: t.ex. ju svårare och mer kritiskt patientens tillstånd är eller ett ju mer betydelsefullt vårdbeslut det är fråga om, desto noggrannare och mer detaljerat skall uppgifterna införas.

De uppgifter som är nödvändiga med tanke på vården skall antecknas i journalhandlingarna också i det fall att patienten förbjuder införandet. När det gäller tidig diagnostisering av HIV-infektion kan man dock undantagsvis använda kod för **identifikation av provet** i enlighet med social- och hälsovårdsministeriets bestämmelse (1993:26) om allmänna hälsokontroller enligt lagen om smittsamma sjukdomar.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvård som gör anteckningar i journalhandlingar är skyldig att se till att de anteckningar som han gjort är **riktiga** och **felfria**. Anteckningarna skall vara tydliga och begripliga; i dem kan användas endast allmänt kända och godtagna begrepp och förkortningar. I patientjournalen skall antecknas källan till uppgifterna, om uppgifterna inte baserar sig på sådana observationer som en yrkesutbildad person själv har gjort vid en undersökning.

**Uppgifter i anslutning till anmärkning, klagomål och ärende som gäller patient-skada** får antecknas i journalhandlingarna endast och till den del som uppgifterna är nödvändiga med tanke på vården. Själva handlingarna förvaras separat.

**Uppgifter som gäller andra personer än patienten själv** får antecknas i journalhandlingarna endast om de är nödvändiga med tanke på vården av patienten. Källan till uppgifterna skall antecknas.

Sådana **känsliga uppgifter** som nämns i 11 § personuppgiftslagen (ras, etniskt ursprung, någons samhälleliga eller politiska uppfattning eller religiösa övertygelse, medlemskap i ett fackförbund, en brottslig gärning, ett straff eller någon annan påföljd av en brottslig gärning, handikapp, sexuell inriktning eller beteende, utnyttjande av socialvårdstjänster) får antecknas i journalhandlingar endast om de är nödvändiga med tanke på vården av patienten.

Anteckningar i journalhandlingar skall göras **utan dröjsmål**:

- **Anteckningar som gäller öppenvårdsbesök** skall göras omedelbart och inom fyra dygn efter besöket och **slututlåtandet om en vårdperiod vid en institution** (epicrisis) skall upprättas inom en vecka efter att patienten skrivits ut. Avvikelser från dessa tidsfrister kan göras endast av särskilda skäl.
- **Remisser** skall **upprättas och sändas** till de fortsatta vårdplatserna med beaktande av den brådska som patientens tillstånd kräver, dock så att remissen även i icke-brådskande fall skall sändas till den fortsatta vårdplatsen inom en vecka efter att man konstaterat behovet att upprätta den, om inte särskilda skäl föreligger för avvikelser från tidsfristen.
- **En sammanfattning av den (öppen- eller institutions-) vård som patienten fått** skall alltid med patientens muntliga eller av sammanhanget klart framgående samtycke **sändas** också till den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som har remitterat patienten och till den läkare vid hälsovårdscentralen som eventuellt utsetts till ansvarig läkare för vården av patienten (husläkare). Patientens muntliga eller annars av sammanhanget framgående samtycke är tillräckligt också i de fall, där vården inte fortsätter vid den verksamhetsenhet eller hos den yrkesutbildade person som har remitterat patienten. Det rekommenderas att sammanfattningen också sänds till patienten själv. Sammanfattningen skall sändas till mottagaren med iakttagande av den brådska som vården av patienten kräver, dock med beaktande av att den också i icke-brådskande fall sänds inom 10 dygn efter att vården avslutats, om inte särskilda skäl föreligger för avvikelser från tidsfristen.

#### **4.5. Anteckningar om sjukdomsförloppet och om vården**

I journalhandlingarna skall göras anteckningar av vilka framgår hur vården har genomförts, om någonting särskilt inträffat under vården och vilka beslut som fattats om vården. Vid behov skall man dessutom kunna få reda på vilka personer som deltagit i vården.

Alla recept, läkarutlåtanden och andra intyg skall antecknas i patientjournalen enligt det datum då de utfärdades.

I patientjournalen för en patient som **vårdas på avdelning** skall tillräckligt ofta göras anteckningar (decursus) i kronologisk ordning om förändringar i patientens tillstånd, de undersökningar som gjorts och den vård som getts. Dessutom antecknas i en särskild

uppföljningshandling för varje vårdperiod dagligen observationer om patientens tillstånd, vårdåtgärder m.m.

I journalhandlingarna för en **långtidssjuk patient** i sjukhusvård skall läkaren minst två gånger om året göra ett uppföljningssammandrag oberoende av om väsentliga förändringar har inträffat i patientens tillstånd.

I journalhandlingarna skall antecknas indikationerna för **åtgärden** och grunderna för besluten. Varje åtgärd skall grunda sig på en klart definierad indikation. Beträffande alternativa vårdmetoder som är av betydelse för patienten skall anges grunderna på vilka man beslutat sig för det avgörande som valts.

Över en åtgärd skall avfattas en åtgärdsberättelse/operationsbeskrivning, som skall innehålla en tillräckligt detaljerad beskrivning av hur åtgärden utförts och de observationer som gjorts under åtgärden. Berättelsen skall innehålla motiveringar till de avgöranden i nya situationer, som träffats under åtgärden.

**Material som permanent lagts in i patienten** (t.ex. proteser, implantat, tandfyllningsämnen) skall antecknas i journalhandlingarna med en sådan noggrannhet att de kan identifieras senare.

Om man blir tvungen att ge en patient **i psykiatrisk vård** mediciner trots hans vägran eller vidta andra sådana åtgärder med stöd av mentalvårdslagen (1116/1990) som begränsar hans självbestämmanderätt, skall om detta i journalhandlingarna göras särskilda anteckningar, av vilka framgår orsaken till åtgärden, dess art och längd, en bedömning av hur åtgärden inverkar på vården samt den läkares namn som ordinerat åtgärden och de personers namn som vidtagit åtgärden.

Om vård och observation av patienten **under akutvård och sjuktransport** samt i anslutning härtill görs behövliga anteckningar. Handlingarna fogas till journalhandlingarna vid den enhet för hälso- och sjukvård som tar emot patienten. Om patienten inte transporteras, ges handlingarna till patienten själv. Den hälsovårdscentral som svarar för ordnandet av servicen ansvarar för förvaringen av kopiorna av de handlingar som gäller akutvården och sjuktransporten. Om en läkare deltar i akutvård/sjuktransport personligen eller genom konsultation, skall detta framgå av journalhandlingarna.

Den behandlande läkaren skall göra anteckningar i patientjournalen om sådana **konsultationer och vårdförhandlingar som är av betydelse** för patientens diagnos eller vård. Av anteckningarna skall framgå tidpunkten för konsultationen/förhandlingen, de personer som deltagit i behandlingen av ärendet samt de beslut som fattats och hur de verkställts. Också den läkare som konsulterats skall i situationer som avses ovan göra anteckningar om sitt konsultationssvar eller få en kopia av svaret. Konsultation av en yrkesutbildad person som är verksam vid en annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård i en form som möjliggör identifiering av patienten förutsätter patientens samtycke, i fall det inte är fråga om en situation där uppgifter med stöd av 13 § 3 mom. 3 p. patientlagen kan lämnas utan krav på patientens samtycke.

I journalhandlingarna för personer som undersökts eller vårdats med anledning av yrkessjukdom eller misstänkt yrkessjukdom görs anteckningar om utredning av huruvida sjukdomen är arbetsbetingad i syfte att bestämma förvaringstiden och för att säkerställa

att journalhandlingarna kan identifieras med tanke på utredning av risken att insjukna i en arbetsbetingad sjukdom.

Åtminstone följande journalhandlingar skall vara försedda med uppgörarens **egenhändiga eller elektroniska (säkrade) underskrift**: remisser, slututlåtande över vård (epicrisis), sammanfattning av vård som getts, operations- och annan åtgärdsberättelse, utlåtanden och intyg på blankett och i fri utformning.

Över varje vårdperiod på avdelning eller institution samt i regel också för en sådan poliklinisk vårdperiod vid vars utgång vården upphör eller vårdansvaret överförs på en annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård skall uppgöras ett **slututlåtande över vården (epicrisis)**. Slututlåtandet skall utöver ett referat av vården innehålla klara och detaljerade anvisningar för uppföljningen av patienten och den fortsatta vården. Där skall dessutom beskrivas eventuella avvikelser i patientens återhämtning och patientens tillstånd vid avfärden från vårdenheten.

#### ***4.6. Anteckningar om risker, skadliga verkningar av vård samt misstänkta patient-, apparat- eller läkemedelsskador***

Hos patienten känd läkemedelsallergi, materialallergi och överkänslighet samt andra liknande omständigheter som skall beaktas i vården skall antecknas i patientjournalen.

Uppgifter om sådana hälsorisker som en arbetstagare på grund av arbetet är utsatt för skall förvaras i företagshälsovårdens journalhandlingar gällande arbetstagaren, förutom att ovan nämnda uppgifter som gäller arbetsplatsen är antecknade i det arbetsgivarvisa registret.

I patientjournalen skall antecknas uppgifter om konstaterade skadliga verkningar av undersöknings- och vårdåtgärder samt om vård som varit utan effekt.

Misstänkta patient-, apparat- eller läkemedelsskador skall antecknas detaljerat i patientjournalen. Anteckningarna skall göras omedelbart efter att misstanken om skada har uppstått. Av anteckningarna skall framgå en beskrivning av skadan, en utredning om de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltagit i vården samt i fråga om apparat- och läkemedelsskador en noggrann beskrivning av vad som misstänks ha orsakat skadan. Identifikationsuppgifter för läkemedel och apparater skall antecknas specificerat.



#### **4.7. Anteckningar om information till patienten och ställningstaganden i fråga om vården samt anteckningar om annat deltagande i vård**

Av journalhandlingarna skall framgå att patienten på ett med tanke på omständigheterna begripligt sätt har fått **upplysningar enligt 5 § patientlagen** om sitt hälsotillstånd, vårdens betydelse, olika vårdalternativ och deras verkningar, de vanligaste riskfaktorerna och komplikationsmöjligheterna samt andra omständigheter som hänför sig till vården och som har betydelse då beslut fattas om hur patienten skall vårdas. Har så inte skett, antecknas orsaken i journalhandlingarna.

I journalhandlingarna antecknas huruvida patienten i misstänkta fall av patientskada har informerats om hur man skall gå till väga i saken.

I journalhandlingarna antecknas alltid om patienten vägrar genomgå undersökning eller ta emot vård. Anteckningen säkerställs genom patientens underskrift eller bekräftas på annat tillförlitligt sätt, exempelvis genom två andra personers namnteckningar.

Om patienten med tanke på framtiden önskar uttrycka sin bestämda vilja i fråga om vården, skall en tydlig anteckning om detta göras i journalhandlingarna och bekräftas av patienten eller skall till journalhandlingarna fogas en separat handling som uttrycker patientens vilja. Av anteckningarna skall framgå att patienten har getts tillräckliga upplysningar om följderna av att hans eller hennes vilja följs. När det gäller ändring eller återkallande av patientens viljeyttring i fråga om vården, görs anteckningarna på motsvarande sätt som i fråga om rättelse av fel i journalhandlingar.

Om en patient inte utan dröjsmål kan ges sådan vård som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården med beaktande av sjukdomens art anser vara nödvändig, skall i journalhandlingarna göras anteckningar om orsaken till dröjsmålet, om den tidpunkt vid vilken patienten beräknas få vård och om att dessa uppgifter har meddelats patienten. I journalhandlingarna antecknas också om patienten eventuellt har hänvisats till en annan vårdplats.

Om en patient som har uppnått myndighetsåldern på grund av mental störning eller psykisk utvecklingsstörning eller av någon annan orsak inte kan fatta beslut om vården eller behandlingen, skall hans lagliga företrädare (t.ex. intressebevakare som avses i lagen om förmyndarverksamhet), en nära anhörig eller någon annan närstående person höras före ett viktigt vårdbeslut i avsikt att utreda hurudan vård som bäst motsvarar patientens vilja och vårda honom i samförstånd med denne/dessa (PatientL 6 §). Anteckning om detta görs i journalhandlingarna.

Om en minderårig patient med beaktande av hans ålder och utveckling kan fatta beslut om vården, skall vården ske i samförstånd med patienten (PatientL 7 §), och detta skall antecknas i journalhandlingarna. När en minderårig patient anses kunna fatta beslut om vården, har han med stöd av 9 § 2 mom. patientlagen rätt att förbjuda att uppgifter om hans hälsotillstånd och vård ges till hans vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare. I social- och hälsovårdsministeriets förordning om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem förutsätts att när vården av en minderårig patient sker i samförstånd med patienten, skall av anteckningarna om detta även framgå om den minderåriga patienten tillåter att uppgifter om hans hälsotillstånd eller vården ges till vård-

nadshavaren eller någon annan laglig företrädare eller om patienten har förbjudit att uppgifter ges. I vårdsituationer skall man alltså diskutera med den minderåriga patienten huruvida uppgifter ges ut, och på basis härav göra de anteckningar som avses ovan.

## 5. RÄTTELSE AV ANTECKNINGAR I JOURNALHANDLINGAR

Den registeransvarige skall utan obefogat dröjsmål på eget initiativ eller på motiverat yrkande av patienten **rätta, utplåna eller komplettera oriktiga och onödiga uppgifter** i journalhandlingarna. Den registeransvarige skall även med stöd av personuppgiftslagen förhindra att sådan uppgift sprids, om uppgiften kan äventyra den registrerades integritetsskydd eller hans rättigheter. (PersonuppgL 29 § 1 mom.).

Oriktiga och onödiga uppgifter i journalhandlingar kan leda till felaktiga vårdbeslut. När patienten yrkar på rättelse av anteckningar i journalhandlingar skall man vid verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård överväga huruvida uppgifterna är behövliga med tanke på vården och om det föreligger grund för att de rättas eller utplånas. Exempelvis skall grundade slutledningar som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården har gjort i anslutning till vården inte ändras, även om patienten själv vore av annan åsikt om dem.

Den ansvarige chefen för verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård skall utfärda anvisningar om rättelser av anteckningar i journalhandlingar och om personerna som ansvarar för detta. Utgångspunkten är att rättelsen görs av den person som gjort den ursprungliga anteckningen eller, om detta inte kommer i fråga t.ex. i situationer då han eller hon inte längre arbetar vid verksamhetsenheten, den ansvarige chefen för verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller en av denna skriftligen befullmäktigad person. Om den person som har gjort den ursprungliga anteckningen inte godkänner patientens yrkande på rättelse av en uppgift, skall saken avgöras av den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten eller en person som denna befullmäktigat att ansvara för journalhandlingarna.

Rättelse av anteckningar i journalhandlingar skall göras så att både den ursprungliga och den rättade anteckningen kan läsas senare; den felaktiga uppgiften kan t.ex. strykas över eller flyttas till en bakgrundsfil. Systemet för journalhandlingar som bygger på automatisk databehandling skall vara sådant att det inte är möjligt att ändra anteckningarna utan att den ursprungliga anteckningen senare kan kontrolleras. I fråga om den gjorda rättelsen skall namn och tjänsteställning samt datum för rättelsen och grunderna för rättelsen antecknas i journalhandlingarna. Uppgifter som är onödiga med tanke på vården av patienten skall avlägsnas ur journalhandlingarna. I handlingarna skall göras en anteckning om detta samt vem som avlägsnat den och när det skett. Handlingarna som lett till att uppgifter avlägsnats samt de avlägsnade uppgifterna skall förvaras separat från journalhandlingarna den tid som personalens rättsskydd förutsätter.

Om rättelsen skall underrättas den till vilken den registeransvarige har lämnat ut eller av vilken han har fått den oriktiga uppgiften, om inte anmälan är omöjlig eller kräver oskäligt besvär (PersonuppgL 29 § 3 mom.).

Anses det att en uppgift inte kan rättas, kan till journalhandlingarna fogas patientens egen utredning om saken.

Om den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke eller en person som dessa befullmäktigat att ansvara för journalhandlingarna inte godkänner patientens yrkande på rättelse av en uppgift, skall han ge ett skriftligt avgörande om detta. I avgörandet skall nämnas skälen till att yrkandet inte har godkänts. Patienten kan föra saken till dataombudsmannen för behandling (PersonuppgL 29 § 2 mom.).

## 6. RÄTT TILL INSYN I JOURNALHANDLINGAR

**Patienten har rätt till insyn i vilka uppgifter om honom som antecknats i journalhandlingarna.** Med rätt till insyn avses personlig insyn i uppgifter i journalhandlingar. Rätten till insyn kan enligt personuppgiftslagen förvägras endast om informationen kan medföra allvarlig fara för den registrerades hälsa eller vård. I vissa specialfall kan man bli tvungen att överväga att förvägra denna rätt med anledning av att någon annans rättigheter på detta sätt kan äventyras (PersonuppgL 27 §).

När det gäller en minderårig kan rätten till insyn utnyttjas av hans vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare. Om en minderårig patient som kan fatta beslut om vården förbjuder att uppgifter om vården ges till vårdnadshavaren eller någon annan laglig företrädare, har denne inte heller rätt till insyn i journalhandlingarna (PatientL 9 § 2 mom.).

Den som vill veta vilka uppgifter om honom som har registrerats i de journalhandlingar som förs av en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utöver sitt yrke, skall framställa begäran om utövande av sin rätt till insyn till den läkare/tandläkare eller annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som vårdat honom och som sörjer för att uppgifterna samlas in och lämnar uppgifter om anteckningarna i handlingarna (PersonuppgL 28 § 3 mom.)

Insyn i journalhandlingar skall i första hand ske vid ett personligt besök. Patienten skall utan obefogat dröjsmål ges tillfälle att ta del av uppgifterna i journalhandlingarna eller på begäran lämnas uppgifterna skriftligen. Ersättning för utgivande av uppgifter får uppbäras endast om mindre än ett år har förflutit från det att patienten föregående gång utövat sin rätt till insyn. Den är skäl för den som lämnar uppgifterna att erbjuda patienten sakkunnighjälp när det gäller att tolka och reda ut uppgifterna i en form som är begriplig för patienten.

Eventuella uppgifter om utomstående i journalhandlingarna skall täckas över innan man låter patienten utöva sin rätt till insyn.

Om förvägran av den rätt till insyn som grundar sig på personuppgiftslagen skall ges ett skriftligt avgörande, där också skälen till att insyn har förvägrats skall nämnas. Om den registeransvarige inte inom tre månader efter att begäran framställts har gett ett skriftligt svar, jämfälls detta med att insyn har förvägrats. Patienten kan föra saken till dataombudsmannen för behandling (PersonuppgL 28 § 2 mom.).

Rätt att få uppgifter ur journalhandlingarna föreligger också enligt 11 och 12 § lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet.

## 7. UTLÄMNANDE AV UPPGIFTER I JOURNALHANDLINGAR

### 7.1. Utlämnande av uppgifter i journalhandlingar samt anteckningar om detta

Uppgifter i journalhandlingar är **sekretessbelagda**. Enligt patientlagen får en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården eller någon annan som arbetar vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller utför uppdrag för den **inte utan patientens skriftliga samtycke till utomstående** lämna sådana uppgifter som ingår i journalhandlingar. Om patienten saknar förutsättningar att bedöma betydelsen av ett sådant samtycke, får uppgifterna lämnas med skriftligt samtycke av patientens lagliga företrädare (t.ex. intressebevakare enligt lagen om förmyndarverksamhet eller minderårigs vårdnadshavare), om patienten har en laglig företrädare. Det bör observeras att utomstående är också alla de personer vid verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård som inte deltar i vården av patienten eller personligen deltar i andra uppgifter i samband med vården. Också de som personligen deltar i vården har rätt att ta del av uppgifterna som gäller patienten endast i den omfattning som arbetsuppgifterna kräver (PatientL 13 § 2 mom.).

Ett undantag från det som sagts ovan är att uppgifter som behövs för ordnande av undersökning och vård av patienten får lämnas till någon annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården och en sammanfattning av den vård som getts patienten får lämnas till den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som har remitterat patienten till vården, och till den läkare som eventuellt har utsetts till ansvarig läkare (husläkare) för patienten, i enlighet med patientens muntliga samtycke eller sådant samtycke som annars framgår av sammanhanget (PatientL 13 § 3 mom. 2 p.).

Med sådant samtycke som framgår av sammanhanget avses ett annat än ett skriftligt eller muntligt samtycke som patienten frivilligt har gett, medveten om att uppgifter kommer att lämnas, vem mottagaren är, vilka uppgifter som lämnas samt vilket ändamål uppgifterna lämnas ut för och betydelsen av att de lämnas (PatientL 13 § 5 mom.). T.ex. en böjning på huvudet kan under ovan nämnda förutsättningar betraktas som ett samtycke som framgår av sammanhanget. Däremot kan enbart det faktum att personen uppsökt vård inte betraktas som ett samtycke som framgår av sammanhanget när det gäller att lämna ut sådana uppgifter som har uppkommit vid vården.

Likaså kan lämnas uppgifter som är nödvändiga för ordnande eller genomförande av undersökning och vård av patienten till någon annan finländsk eller utländsk verksam-

hetsenhet för hälso- och sjukvård eller yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården, om patienten inte kan ge sitt samtycke på grund av att han eller hon är medvetlös eller av någon annan därmed jämförbar orsak eller om patienten på grund av mental störning, utvecklingsstörning eller av någon annan motsvarande orsak (t.ex. demens) saknar förutsättningar att bedöma betydelsen av sitt samtycke och inte heller har någon laglig företrädare (PatientL 13 § 3 mom. 3 p.). Utlämnandet av uppgifter skall ligga i patientens intresse.

Uppgifter om patientens person och hälsotillstånd får lämnas till en nära anhörig till patienten eller någon annan patienten närstående då patienten är intagen för vård på grund av medvetlöshet eller någon annan därmed jämförbar orsak, om det inte finns skäl att anta att patienten skulle förbjuda detta (PatientL 13 § 3 mom. 4 p.).

En minderårig patient som kan fatta beslut om vården har rätt att förbjuda att uppgifter om hans hälsotillstånd och vård ges till hans vårdnadshavare eller någon annan laglig företrädare (PatientL 9 § 2 mom.).

Om ett sjukvårdsdistrikt för hälsovårdscentralerna i sitt distrikt, för andra verksamhetsenheter i sjukvårdsdistriktet eller för enheter inom ett specialomsorgsdistrikt tillhandahåller sådan laboratorie- och röntgenservice, medicinsk rehabilitering eller andra motsvarande specialtjänster, har den verksamhetsenhet som beställer tjänster och den verksamhetsenhet som tillhandahåller tjänsterna rätt att utan hinder av de bestämmelser som gäller tystnadsplikt till varandra lämna de uppgifter som behövs för tillhandahållandet av tjänsterna i fråga (SpecsjukvL 10 b §).

Utän hinder av bestämmelserna som gäller tystnadsplikt föreligger skyldighet att lämna ut journalhandlingar och uppgifter i dessa i sådana situationer, där i lag uttryckligen särskilt är bestämt att uppgifter skall ges ut eller rätt att få uppgifter föreligger. Bestämmelser som gäller lämnande av uppgifter finns bl.a. i många lagar som gäller försäkring och pension, i lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000), i lagen om riksomfattande personregister för hälsovården (556/1989) osv. I dessa fall kan inte heller patienten själv förbjuda att uppgifter lämnas ut. Den som begär att uppgifter lämnas ut skall utreda grunderna för och sin rätt att få uppgifter samt individualisera de journalhandlingar som anhållan om överlåtelse gäller.

Den som överlåter uppgifterna är ansvarig för lagligheten hos överlåtelsen och för att sekretessskyddet är tillräckligt.

Anhållan om överlåtelse av uppgifter skall i regel lämnas skriftligen. Anhållan riktas till den registeransvarige eller en person som denne befullmäktigat. Den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten skall ge närmare anvisningar om utlämnande av journalhandlingar och om personerna som ansvarar för detta.

Uppgifterna i journalhandlingarna lämnas i regel som kopior eller utlåtanden. Journalhandlingar i original kan överlåtas för tillfälligt bruk på begäran av en sådan myndighet som har rätt att få uppgifter (t.ex. Rättsskyddscentralen för hälsovården och länsstyrelserna).

I journalhandlingarna antecknas de överlåtelser av uppgifter som skett med stöd av 13 § 2 och 3 mom. patientlagen (vilka uppgifter, när, till vem, vem som överlåtits) samt grunden för överlåtelsen (lag, patientens skriftliga eller muntliga samtycke eller samtycke

som framgår av sammanhanget). Anteckning görs även om att patienten har förbjudit att uppgifter ges ut eller att en minderårig patient som kan besluta om vården har förbjudit att uppgifter ges ut.

Om utlämnande av uppgifter som ingår i journalhandlingar för vetenskaplig forskning och statistikföring bestäms i lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet, lagen om riksomfattande personregister för hälsovården och personuppgiftslagen.

Telefax skall användas vid utlämnande av uppgifter i journalhandlingar endast i undantagsfall när sakens brådskande natur påkallar detta. I sådana fall skall man omsorgsfullt säkerställa att datasekretessen upprätthålls. De allmänna dataskyddsegenskaperna när det gäller elektronisk post är inte tillräckliga för att journalhandlingar skall kunna överlåtas. Om uppgifter lämnas ut med elektronisk post eller eljest på elektronisk väg, förutsetts det att uppgifterna skyddas tillräckligt väl.

## ***7.2. Utlämnande av uppgifter i journalhandlingar när det är fråga om en avliden person***

Uppgifter om den vård som en avliden person fått under sin livstid är i regel **sekretessbelagda** på samma sätt som när det gäller en levande person.

Uppgifter om den vård som en avliden person fått under sin livstid får på motiverad skriftlig ansökan lämnas till den som behöver uppgifterna för att utreda eller tillgodose viktiga intressen eller rättigheter i den mån uppgifterna är nödvändiga för detta ändamål (PatientL 13 § 3 mom. 5 p.). Utlämnande av uppgifter kan komma i fråga exempelvis om en nära anhörig önskar få det utrett huruvida något vårdfel ansluter sig till den vård som den avlidne erhållit före sin död eller om uppgifterna behövs för utredning av huruvida ett testamente som den avlidne upprättat medan han levde eller någon annan rättshandling är giltig. Utlämnande kan komma i fråga också t.ex. för utredning av om den avlidne under sin livstid haft en ärftlig sjukdom eller för att få reda på möjligheten att någon annan motsvarande egenskap existerar. Uppgifter som hänför sig till den avlidnes livstid kan i förenämnda fall utlämnas endast i den mån som är nödvändig med tanke på ifrågavarande ändamål. Den avlidnas anhöriga eller en person som utreder ovan nämnda rättigheter eller intressen har således inte rätt att obegränsat ta del av den avlidnes hela patientjournal.

Om utlämnande av uppgifter i handlingar som gäller utredande av dödsorsak bestäms i lagen om utredande av dödsorsak (459/1973). Enligt denna har bl.a. den avlidnes nära anhöriga och andra närstående (t.ex. sambo eller en person som den avlidne under sin livstid uppgett som närstående) rätt att få uppgifter i handlingar om utredande av dödsorsak (t.ex. dödsattest, obduktionsprotokoll och obduktionsutlåtande). I allmänhet är det läkaren som vårdat patienten som svarar för lämnande av de uppgifter som uppkommit vid det medicinska utredandet av dödsorsaken. Vid utlämnande av uppgifter iaktas de anvisningar som den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten har meddelat om utlämnande av journalhandlingar och om personerna som ansvarar för detta.

Om utlämnande av uppgifter i journalhandlingar som gäller en avliden person görs anteckning i journalhandlingarna på samma sätt som vid utlämnande av uppgifter i journalhandlingar som gäller levande personer.

Polisen ansvarar för det rättsmedicinska utredandet av dödsorsak, och de handlingar som härvid uppkommer är inte journalhandlingar. Om utlämnandet av uppgifter i dessa beslutar i allmänhet den polis som ansvarar för utredandet av dödsorsaken. Länsstyrelsen eller universitetets rättsmedicinska institution, som ansvarar för de rättsmedicinska obduktionerna kan, i fall man detaljerat särskilt kommit överens om förfaringssättet med polismyndigheterna, lämna uppgifter i anslutning till de rättsmedicinska utredningarna till den avlidnes nära anhöriga eller andra närstående samt till de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården, som har vårdat den avlidne.

## **8. FÖRVARING AV JOURNALHANDLINGAR**

### ***8.1. Förvaring av journalhandlingar inom den offentliga hälso- och sjukvården***

Journalhandlingar skall förvaras omsorgsfullt den förvaringstid som stadgats eller bestäms för dem. Den registeransvarige (verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård) ansvarar för förvaringen av journalhandlingarna.

När det gäller förvaring av journalhandlingar inom den offentliga hälso- och sjukvården iakttas arkivlagen (831/1994) och Arkivverkets (tidigare Riksarkivet) beslut till den del som gäller handlingar som skall förvaras varaktigt. I fråga om journalhandlingar som skall förvaras en viss bestämd tid iakttas bestämmelserna i social- och hälsovårdsministeriets förordning 99/2001.

För förvaringen av journalhandlingar ansvarar i regel den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård, inom vars verksamhet handlingarna har uppkommit. Om patienten t.ex. flyttar så att ansvaret för vården av patienten överförs på en annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård och handlingarna behövs för vården av patienten, kan kopior av handlingarna med samtycke av patienten, eller om det inte är möjligt eller ändamålsenligt att ta kopior, låna ut handlingarna till denna verksamhetsenhet. Är journalhandlingar av sådan art att det skulle orsaka olägenhet för hälso- och sjukvården av patienten, om anteckningarna gjordes särskilt vid varje verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård, kan dock journalhandlingarna med samtycke av patienten eller dennes lagliga företrädare överföras i original till den andra verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård. Ovan nämnda handlingar är t.ex. de handlingar som uppkommer inom rådgivnings- och skolhälsovården samt tandvården och ansluter sig till barns och ungdomars växt och utveckling. I handlingarna vid den överförande verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård skall finnas uppgift om vart originalhandlingarna har överförts.

## **8.2. Förvaring av journalhandlingar inom den privata hälso- och sjukvården samt hos personer som självständigt utövar sitt yrke**

Privata verksamhetsenheter som producerar hälso- och sjukvårdstjänster samt yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke svarar i egenskap av registeransvariga för att journalhandlingarna förvaras omsorgsfullt den förvaringstid som stadgats för dem. Också inom den privata hälso- och sjukvården skall iakttagas de bestämmelser som genom social- och hälsovårdsministeriets förordning utfärdats beträffande förvaringstiderna för journalhandlingar som skall förvaras en viss bestämd tid.

Yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården som självständigt utövar sitt yrke, t.ex. läkare som verkar i lokalteter som de hyrt hos en läkarstation, kan på grundval av ett skriftligt avtal överlåta förvaring och arkivering av journalhandlingar på den som ansvarar för ordnandet av läkarstationens verksamhet. Ett sådant avtal ändrar inte den registeransvarige och minskar inte den självständiga yrkesutövarens ansvar för behandlingen av journalhandlingarna. Detta innebär också att journalhandlingar inte utan samtycke av patienten kan överlåtas t.ex. till att användas av en annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke vid samma läkarstation. Om en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke genom ett ovan nämnt avtal överlåter förvaring och arkivering av sina journalhandlingar exempelvis på en läkarstation, skall han informera sina patienter om detta (PersonuppgL 24 §).

Om behandling och förvaring av journalhandlingar efter att en registeransvarig inom den offentliga eller den privata hälso- och sjukvården har upphört med sin verksamhet bestäms särskilt.

## **9. FÖRVARINGSTIDERNÄR FÖR JOURNALHANDLINGAR OCH ANNAT MATERIAL SOM HAR SAMBAND MED VÅRD OCH BEHANDLING**

Förvaringstider för journalhandlingar och annat material som har samband med vård och behandling har fastställts i bilagan till social- och hälsovårdsministeriets förordning 99/2001. I tabellen behandlas först patientjournalen och sedan de handlingar/uppgifter som ansluter sig till denna, samt andra journalhandlingar. Härefter behandlas särskilt vissa handlingar och grupper av handlingar vilkas förvaringstider avviker från de övriga. Tabellen slår också fast förvaringstiderna för prov innehållande biologiskt material och gipsmodeller av tänder, vilka uppkommit vid undersökning och vård av patienten och inte kan betraktas som journalhandlingar men angående vilkas förvaring man ansett det vara nödvändigt att utfärda bestämmelser. De förvaringstider som fastställts i när det gäller utredning av dödsorsak avser handlingar och prov i anslutning till medicinsk utredning av dödsorsak, däremot inte handlingar och prov i anslutning till rättsmedicinsk utredning av dödsorsak.



När det gäller uppgifter i patientjournal särskiljs fortlöpande uppgifter/handlingar och vårdperiodbundna uppgifter/handlingar. De fortlöpande uppgifterna/handlingarna uppdelas åter i uppgifter på sammanfattningsnivå, uppgifter på referatnivå och andra fortlöpande uppgifter/handlingar.

Sammanfattningen innehåller kärndelarna i patientens hälso- och sjukdomshistoria. Där antecknas de viktigaste hälso- och sjukvårdsproblem som kräver uppföljning, sjukdomarna och de viktigaste ändringarna i sjukdomsbilden samt vårdhändelserna, uppgifter om risker samt sociala uppgifter.

Referatet är ett centralt sammandrag av de uppgifter om patientens vårdprocess, som beskriver innehållet eller gången i rådgivningen, vården eller rehabiliteringen och som har styrt vårdbesluten eller betjänar den fortsatta vården. I referatet antecknas alla vårdperioder inom den öppna vården och på bäddavdelning samt alla interna anhållanden om konsultation och svaren. Som period i öppen vård betraktas också enskilda besök. Sammanfattningen fungerar alltså också som ett register över de självständiga vårdhändelserna.

Patientjournalens så kallade basnivå innehåller bl.a. basuppgifter och observationer om patienten, vård- och undersökningsplaner, undersökningsresultat och utlåtanden av olika yrkesgrupper, dagliga uppföljningsuppgifter samt resonerande detaljerade uppgifter. I tabellen används om de fortlöpande uppgifterna/handlingarna på basnivå benämningen andra fortlöpande uppgifter/handlingar. Till dessa hör åtgärder, utlåtanden, sammandrag av vård osv. i samband med medicinska tjänster eller hälso- och sjukvårdstjänster. De andra uppgifterna är vanligtvis bundna vid någon viss vårdperiod (eller ett vårdprogram). I fall man gör ett referat över sådana vårdperiodbundna (eller vårdprogrambundna) uppgifter som har en långvarig betydelse med tanke på symptomen och diagnosen samt vården och behandlingen, kan de vårdperiodbundna/vårdprogrambundna uppgifterna/handlingarna gallras ut inom en relativt kort tid. Gör man inget referat, skall uppgifterna/handlingarna förvaras på samma sätt som uppgifterna/handlingarna på referatnivå.

Avsikten med den ovan nämnda grupperingen i tabellen är att främja sammanställandet av data som uppkommit av vård och tjänster till ett referat i patientjournalen. Ju mer data man kan sammanställa i referatform, desto klarare och tydligare blir patientjournalen.

I tabellen har angetts de tider vilka uppgifterna/handlingarna minst skall förvaras. Uppgifter/handlingar kan med stöd av 12 § 2 mom. patientlagen förvaras efter att förvaringstiden gått ut endast om detta är nödvändigt för att ordna och tillhandahålla vård och behandling för patienten. Den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke (den registeransvarige) skall härvid bedöma förvaringsbehovet minst vart femte år, om inte något annat följer av lag eller datasekretessnämndens tillstånd enligt 43 § 2 mom. personuppgiftslagen. Den registeransvarige är med stöd av personuppgiftslagen och 12 § patientlagen skyldig att ombesörja att sådana uppgifter som inte längre är nödvändiga med tanke på ändamålet med registret gallras ut. I 13 § arkivlagen åter konstateras att handlingar som inte skall förvaras varaktigt skall efter den förvaringstid som fastställs för dem gallras ut så att datasekretessen är tryggad. När den förvaringstid som anges i tabellen har gått ut – eller om uppgifterna/handlingarna har förvarats ännu härefter på

den grund att detta har betraktas som nödvändigt för att ordna och tillhandahålla vård och behandling för patienten – när detta krav inte längre uppfylls, skall verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvård och de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke därför ombesörja att uppgifterna/handlingarna så fort som möjligt gallras ut med säkerställande av att datasekretessen är tryggad.

Med stöd av 8 § 3 mom. arkivlagen är det Arkivverket som bestämmer vilka handlingar som skall förvaras varaktigt. Med stöd av Arkivverkets beslut 22.12.2000 har uppgifter/handlingar som skall förvaras varaktigt lagts upp i tabellform. Önskar den registeransvarige utöver detta varaktigt förvara handlingar som enligt tabellen skall förvaras en viss bestämd tid, skall han ansöka om Arkivverkets tillstånd till detta.

Enligt 11 § arkivlagen skall framställningen av handlingar och lagringen av information som skall förvaras varaktigt ske med användning av material och metoder för långtidsförvaring så som Arkivverket särskilt bestämmer. Lagens 12 § innehåller en förpliktelse om att handlingar skall förvaras så att de är skyddade mot förstörelse, skada och obehörig användning. Handlingar som skall förvaras varaktigt skall förvaras i sådana arkivutrymmen som Arkivverket särskilt bestämmer. Arkivverket utfärdar årligen ett beslut om arkivbeständiga material och metoder. Det har också gett föreskrifter om bl.a. ersättande av varaktigt förvarade originalhandlingar och ADB-filer med mikrofilm (Föreskrift 2/06/96) samt om nyttjande av papper och skrivmaterial vid framställning av handlingar avsedda för varaktig arkivförvaring (Föreskrift 1/62/97). Dessutom har arkivverket gett anvisningar och rekommendationer om bl.a. arkivutrymmen (Allmän anvisning nr 4, 3.2.1984), om arkivfunktionens krav vid automatisk databehandling (Allmän anvisning nr 14, 26.3.1987) samt om fastställande av ADB-materialets förvaringsvärde (Anvisning nr 3/31/92, 19.8.1992).

De förvaringstider som anges i tabellen tillämpas på sådana handlingar som har uppgjorts eller inkommit 1.5.1999 eller senare. I de fall där handlingens förvaringstid räknas från patientens död, tillämpas dock de förvaringstider som nämns i tabellen på handlingar som gäller sådana personer som avlidit 1.5.1999 eller senare. På handlingar som uppgjorts/inkommit tidigare tillämpas när det gäller handlingar inom den kommunala och den privata hälso- och sjukvården samt hälso- och sjukvården inom fångvårdsväsendet motsvarande förvaringstider som de vilka Riksarkivet föreskrivit i sitt beslut 14.4.1989 (Riksarkivets beslut om utgallring av kommunala handlingar; Del 2. Hälsovårdens handlingar). Utöver detta tillämpas vad som Riksarkivet eller Arkivverket särskilt har bestämt om varaktig förvaring av handlingar.

## 10. CENTRALA BEGREPP

**Förkortningarna som använts:** Lag om patientens ställning och rättigheter, patientlagen (PatientL), Personuppgiftslagen (PersonuppgL), Lag om specialiserad sjukvård (SpecsjukvL).

Med **journalhandlingar** avses handlingar eller tekniska dokument som används, uppgörs eller inkommer i samband med att en patient får vård eller vården ordnas och som

innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga uppgifter (PatientL 2 § 5 p.).

**Logiskt personregister:** "Det logiska registerbegreppet innebär att till ett och samma personregister räknas alla de uppgifter som används i ett sammanhang oberoende av var eller hur de har registrerats. Det logiska registerbegreppet innebär också att sådana kortvariga filer och register av olika generationer som uppstår vid databehandling inte anses utgöra olika personregister när de är i den registeransvariges besittning och används för de ändamål som fastställts för registret." (Regeringens proposition med förslag till personuppgiftslag 96/1998). Journalhandlingar som en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården (se registeransvarig) besitter bildar ett logiskt personregister. Till en och samma patients logiska patientregister, dvs. journalhandlingar, hör t.ex. patientjournalen, tidsbeställningsböcker, remisser som inkommit till laboratoriet m.m.

**Registeransvarig för journalhandlingar/patientregister** är den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke eller den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård som avses i 2 § 4 p. patientlagen, för vars verksamhet journalhandlingarna förs, och som har rätt att bestämma om deras användning.

**Patientjournalen** är journalhandlingarnas centrala del. Begreppet täcker de tidigare hälso- och sjukjournalerna. För varje patient skall uppgöras en fortlöpande kronologisk patientjournal, där patientens varje besök inom den öppna vården och hemvården, vårdperiod på avdelning osv. antecknas. Den fortlöpande patientjournalen kan också bestå av olika yrkesgruppers anteckningar på olika blanketter och i olika filer. Patientjournalens inre struktur kan alltså vara ordnad på likartat sätt som de tidigare sjukjournalerna. Till patientjournalen fogas också de övriga handlingar eller filer som uppkommit vid ordnandet och genomförandet av vården, såsom remisser, laboratorie- och röntgenutlåtanden m.m.

**Hälso- och sjukvård** är sådana åtgärder för fastställande av patientens hälsotillstånd eller för återställande eller upprätthållande av hälsan som vidtas av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården eller som vidtas vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård (PatientL 2 § 2 p.).

**Patient** är den som anlitar hälso- och sjukvårdstjänster eller som annars är föremål för sådana tjänster (PatientL 2 § 1 p.).

Med **verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård** avses hälsovårdscentral enligt folkhälsolagen (66/1972), sjukhus och separata verksamhetsenheter för sjukvård samt andra helheter med ansvar för vården som samkommunen för sjukvårdsdistriktet bestämmer enligt lagen om specialiserad sjukvård (1062/1989), enheter som tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster enligt lagen om privat hälso- och sjukvård (152/1990), institutet för arbetshygien till den det tillhandahåller hälso- och sjukvårdstjänster enligt lagen om institutets för arbetshygien verksamhet och finansiering (159/1978), statens sinnessjukhus enligt lagen om statens sinnessjukhus (1292/1987), sjukvårdsanstalter enligt lagen om hälsovården inom försvarsmakten (322/1987), sinnessjukhuset för fångar, psykiatriska avdelningar samt andra anstaltssjukhus och sjukavdelningar samt fängelsepolisliken enligt förordningen om fångvårdsväsendet (134/1986) (PatientL 2 § 4 p.).

Med **yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården** avses en person enligt 2 § lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994). Yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är legitimerad yrkesutbildad person, yrkesutbildad person som beviljats tillstånd samt yrkesutbildad person med skyddad yrkesbe-teckning.

Med **utomstående** avses personer som inte vid verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller på uppdrag av den deltar i vården av patienten eller i andra uppgifter i sam-band med vården.

Till **patientens rätt till information** hör att han har rätt att få upplysningar om sitt hälsotillstånd, vårdens och behandlingens betydelse, olika vård- och behandlingsalternativ och deras verkningar samt om andra omständigheter som hänför sig till vården och be-handlingen och som har betydelse då beslut fattas om hur patienten skall vår-das (PatientL 5 §). Patienten skall också informeras om behandlingen av personuppgif-terna som gäller honom (PersonuppgL 24 §).

Med en yrkesutbildad persons inom hälso- och sjukvården **rätt att använda** journal-handlingar avses den yrkesutbildade personens rätt att **behandla** handlingarna i den registeransvariges verksamhet. Den registeransvarige fastställer användningsrätten i detalj med beaktande av den yrkesutbildade personens arbetsuppgifter och ansvar vid vården och behandlingen av patienten.

Med **behandling** av journalhandlingar avses bl.a. uppgörande, användning och förva-ring av handlingar samt överlåtelse av uppgifter, samt andra åtgärder som hänför sig till uppgifter i journalhandlingar.

## **Social- och hälsovårdsministeriets förordning**

### **om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård**

Given i Helsingfors den 19 januari 2001

I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets beslut föreskrivs med stöd av 12 § 2 mom. lagen den 17 augusti 1992 om patientens ställning och rättigheter (785/1992), sådant det lyder i lag 653/2000:

#### **Allmänna bestämmelser**

##### 1 §

#### *Förordningens tillämpningsområde*

Denna förordning tillämpas på upprättandet av de handlingar som används för att ordna och genomföra en patients vård samt på förvaringen av dessa handlingar och annat material som hänför sig till vård och behandling. Förordningen gäller de verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård som avses i 2 § 4 punkten lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) när de ger hälso- och sjukvård enligt 2 § 2 punkten i nämnda lag. Förordningen gäller även sådana yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården vilka avses i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (559/1994) när de ger ovan avsedd hälso- och sjukvård, oberoende av hos vem de är anställda eller av om de är självständiga yrkesutövare.

Vid upprättandet och förvaringen av journalhandlingar iakttas dessutom lagen om patientens ställning och rättigheter, personuppgiftslagen (523/1999) och andra lagar.

##### 2 §

#### *Journalhandlingar*

Med journalhandlingar avses i denna förordning sådana i 2 § 5 punkten lagen om patientens ställning och rättigheter avsedda handlingar och tekniska upptagningar som

används, upprättas eller inkommer i samband med att en patients vård ordnas eller genomförs och som innehåller uppgifter om patientens hälsotillstånd eller andra personliga uppgifter.

Journalhandlingarna innefattar patientjournalen och till den hörande handlingar, såsom remisser, laboratorie-, röntgen- och andra undersökningshandlingar och undersökningsutlåtanden, konsultationssvar, sådana intyg och utlåtanden som getts med stöd av undersökning eller vård samt sådana handlingar som gäller medicinsk undersökning av dödsorsak, likaså sådana andra uppgifter och handlingar som uppkommit i samband med att en patients vård ordnas och genomförs eller som erhållits någon annanstans ifrån.

#### **Allmänna principer och krav som gäller upprättande och förvaring av journalhandlingar**

##### 3 §

*Den registeransvariges allmänna förpliktelser i samband med planering och verkställande av systemet för journalhandlingar samt i samband med hanteringen av personuppgifter*

En verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård samt den som är yrkesutbildad inom hälso- och sjukvården och självständigt utövar sitt yrke skall i egenskap av registeransvarig planera och verkställa sitt system för journalhandlingar så att dess struktur och datainnehåll motsvarar ändamå-

let med journalhandlingarna samt de personers åligganden och ansvar som deltar i vården eller i anslutande uppgifter. När journalhandlingarnas struktur och förvaring planeras skall bland annat beaktas rätten att använda uppgifterna samt behovet av att överföra och lämna ut uppgifter.

Den chef som ansvarar för hälso- och sjukvården vid verksamhetsenheten skall i egenskap av representant för den registeransvarige meddela skriftliga instruktioner om hur de uppgifter som ingår i journalhandlingarna skall hanteras vid verksamhetsenheten och om de förfaringssätt som härvid skall iaktas.

Vid hanteringen av journalhandlingar skall iaktas den aktsamhetsplikt som föreskrivs i personuppgiftslagen så att förtroligheten i patientförhållandet och patientens integritetsskydd tryggas.

Journalhandlingarna skall upprättas och förvaras med anlitande av sådana medel och metoder att de i handlingarna ingående uppgifternas integritet och användbarhet kan tryggas under förvaringstiden.

#### 4 §

##### *Rätt att använda uppgifter i journalhandlingar*

De som deltar i vården av en patient eller i anslutande uppgifter får hantera journalhandlingar endast i den omfattning som deras arbetsuppgifter och ansvar förutsätter. Rätten för dem som arbetar vid en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård att använda uppgifterna i journalhandlingar skall anges detaljerat.

Användningen av de journalhandlingar som har upprättats med hjälp av automatisk databehandling skall övervakas med till buds stående tillräckliga tekniska metoder.

#### 5 §

##### *Anskaffning av service från någon annan*

När en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller någon som är yrkesutbildad inom hälso- och sjukvården och självständigt utövar sitt yrke anskaffar service från någon

annan, skall verksamhetsenheten eller yrkesutövaren i ett avtal med denne komma överens om de åligganden och det ansvar som sammanhänger med registerföringen av uppgifterna i patienthandlingarna och hanteringen av uppgifterna samt försäkra sig om att bestämmelserna gällande sekretess och tystnadsplikt iaktas i fråga om uppgifterna i journalhandlingarna.

### **Upprättande av journalhandlingar**

#### 6 §

##### *Rätt att göra anteckningar i journalhandlingar*

Anteckningar i journalhandlingarna får göras av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården samt i enlighet med deras anvisningar annan personal som deltar i vården, till den del de deltar i vården av patienten. Studerande inom hälso- och sjukvården får göra anteckningar när de deltar i vården av en patient i enlighet med 3 § förordningen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården (564/1994) och är verksamma i legitimerade yrkesutbildade personens uppgifter. Anteckningar som gjorts av en studerande inom hälso- och sjukvården godkänns av dennes förman eller handledare eller av en person som befullmäktigats av någondera.

Sådana andra än yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltar i en sjuktransport har rätt att göra anteckningar i journalhandlingarna med iakttagande av de anvisningar som en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården ger.

En yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som dikterat anteckningar i journalhandlingar ansvarar för anteckningarna.

#### 7 §

##### *Centrala principer och krav beträffande anteckningar i journalhandlingar*

I journalhandlingarna skall antecknas sådana tillräckligt omfattande uppgifter som behövs för tryggande av att vård ordnas, planeras, tillhandahålls och följs upp för en

patient. Anteckningarna skall vara tydliga och begripliga. När anteckningarna görs får bara allmänt kända och godtagna begrepp och förkortningar användas. I journalhandlingarna skall antecknas källan till uppgifterna, om uppgifterna inte baserar sig på sådana observationer som en yrkesutbildad person själv har gjort vid en undersökning.

De anteckningar som görs i journalhandlingarna skall vara felfria på det sätt som bestäms i 9 § personuppgiftslagen.

Sådana känsliga uppgifter som avses i 11 § 1 – 3 samt 5 och 6 punkten personuppgiftslagen samt uppgifter som gäller andra personer än patienten själv får antecknas i journalhandlingarna bara om de är nödvändiga med tanke på vården av patienten. Om det i journalhandlingarna antecknas andra uppgifter än sådana som gäller patienten själv, skall källan till uppgifterna antecknas.

Remisser, slututlåtanden om vård samt sammanfattning av den öppenvård eller institutionsvård som getts patienten, berättelser över operationer och andra åtgärder, utlåtanden och intyg samt andra motsvarande handlingar skall undertecknas av den som upprättat handlingen. Som underskrift godkänns en elektronisk signatur, om den uppfyller kraven i lagstiftningen om elektronisk kommunikation i förvaltningsärenden.

## 8 §

### *Tidpunkten för anteckningar i journalhandlingar och för inlämnande av vissa handlingar*

Anteckningar i journalhandlingarna skall göras utan dröjsmål.

Anteckningar som gäller öppenvårdsbesök skall göras omedelbart och inom fyra dygn efter besöket. Slututlåtandet om en vårdperiod vid en institution skall upprättas inom en vecka efter att patienten skrivits ut.

Remisser skall upprättas och sändas till de fortsatta vårdplatserna utan dröjsmål. Remissen skall även i icke-brådskande fall sändas till den fortsatta vårdplatsen inom en vecka efter att man konstaterat behovet att upprätta den.

Sammanfattningarna skall sändas med pa-

tientens samtycke och utan dröjsmål. Sammanfattningen skall även i icke-brådskande fall sändas inom tio dygn efter att vården avslutats.

Avvikelser från de tidsfrister som föreskrivs i denna paragraf kan göras endast av särskilda skäl.

## 9 §

### *Patientjournal*

Varje verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård och varje yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke skall över varje patient föra en patientjournal i fortlöpande och kronologisk form.

Patientjournalen skall föras i original. Journalen eller delar av den får inte skrivas på nytt, och ursprungliga sidor får inte ersättas med fotokopior eller på något motsvarande sätt.

### **Uppgifter i journalhandlingarna**

## 10 §

### *Basuppgifter som antecknas i journalhandlingarna*

Patientjournalen skall innehålla följande basuppgifter:

1) patientens namn, födelsedatum, personbeteckning, hemkommun och kontaktinformation,

2) namnet på verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller på den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke,

3) namnet på den som gjort anteckningen samt dennes ställning och när anteckningen gjorts,

4) i fråga om inkommande handlingar när och varifrån de kommit.

I journalhandlingarna antecknas vid behov även följande uppgifter:

1) namnet på en nära anhörig eller någon annan kontaktperson som patienten uppgett samt eventuellt släktskapsförhållande och kontaktinformation,

2) namnet på vårdnadshavaren eller en annan laglig företrädare för en minderårig samt kontaktinformation,

3) patientens modersmål eller kontaktspråk,

4) patientens yrke,

5) det försäkringsbolag som patientens arbetsgivare anlitar,

6) den läkare som vid hälsovårdscentralen utsetts till ansvarig läkare för vården av patienten (husläkare),

7) patientens samtycke till att uppgifter lämnas ut.

### 11 §

#### *Centrala uppgifter om vården som antecknas i patientjournalen*

I patientjournalen skall beträffande patienten göras anteckningar om varje besök inom öppenvården och hemvården samt om varje vårdperiod på avdelning. Av uppgifterna om besök och vårdperioder skall framgå orsaken, förhandsuppgifter (anamnes), status, observationer, undersökningsresultat, problem, diagnos eller hälsorisk, slutsatser samt planering, genomförande och uppföljning av vården, sjukdomsförloppet samt slututlåtande.

### 12 §

#### *Anteckningar om sjukdomsförloppet och genomförande av vården*

Av anteckningarna i journalhandlingarna skall framgå hur vården har genomförts, om någonting särskilt inträffat under vården och vilka beslut som fattats om vården medan den pågått. Vid behov skall det vara möjligt att få reda på vilka personer som deltagit i vården.

Av anteckningarna i patientjournalen skall i tillräcklig omfattning framgå grunderna för diagnosen, för den vård som valts och för de beslut som fattats. Beträffande valet mellan undersöknings- och vårdmetoder som är förbundna med olika verkningar och risker skall göras anteckningar av vilka framgår på vilka grunder man beslutat sig för den valda metoden. Grunden för varje åtgärd skall anges klart i journalhandlingarna.

Om patienten genomgått en operation eller någon annan åtgärd vidtagits, skall över operationen eller åtgärden avfattas en berättelse, som skall innehålla en tillräckligt detaljerad beskrivning av hur åtgärden utförts och de observationer som gjorts under åtgärden. Berättelsen skall innehålla motiveringar till de avgöranden som träffats under åtgärden.

Material som permanent har lagts in i patienten, såsom proteser, implantat och tandfyllningsämnen, skall antecknas i journalhandlingarna med en sådan noggrannhet att de kan identifieras senare.

Alla recept, sjukledigheter, läkarutlåtanden och andra intyg skall antecknas i patientjournalen enligt den tidpunkt då de utfärdats.

### 13 §

#### *Anteckningar om risker, skadliga verkningar av vård samt misstänkta skador*

Hos patienten känd läkemedelsallergi, materialallergi och överkänslighet samt andra liknande omständigheter som skall beaktas i vården skall antecknas i patientjournalen.

Uppgifter om sådana hälsorisker som en arbetstagare på grund av arbetet är utsatt för skall antecknas i eller fogas till företagshälsovårdens journalhandlingar gällande arbetstagaren förutom att de antecknas i eller fogas till de arbetsgivarvisa handlingarna för arbetsplatsen i fråga.

I patientjournalen skall antecknas uppgifter om konstaterade skadliga verkningar av undersöknings- och vårdåtgärder samt om vård som varit utan effekt.

Misstänkta patient-, apparat- eller läkemedelsskador skall antecknas detaljerat i patientjournalen så, att av anteckningarna framgår en beskrivning av skadan, en utredning om de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltagit i vården samt i fråga om apparat- och läkemedelsskador en beskrivning av vad som misstänks ha orsakat skadan. Identifikationsuppgifter för läkemedel och apparater skall antecknas specificerat. Anteckningarna skall göras omedelbart efter att misstanken om skada har uppstått.



## 14 §

*Anteckningar som gäller vård på avdelning*

I patientjournalen för en patient som vårdas på avdelning skall tillräckligt ofta göras anteckningar i kronologisk ordning om förändringar i patientens tillstånd, de undersökningar som gjorts och den vård som getts patienten. Dessutom antecknas i en särskild uppföljningshandling för varje vårdperiod dagligen observationer gällande patientens tillstånd samt vårdåtgärder och motsvarande omständigheter.

I journalhandlingarna för en långtidssjuk patient i sjukhusvård skall läkaren minst två gånger om året göra ett uppföljningssammandrag oberoende av om väsentliga förändringar har inträffat i patientens tillstånd.

Om självbestämmanderätten för en patient i psykiatrisk vård måste begränsas med stöd av mentalvårdslagen (1116/1990), skall om detta i journalhandlingarna göras särskilda anteckningar, av vilka framgår orsaken till åtgärden, dess art och längd, en bedömning av hur åtgärden inverkar på vården av patienten samt den läkares namn som ordinerat åtgärden och de personers namn som vidtagit åtgärden.

## 15 §

*Anteckningar om konsultationer och vårdförhandlingar*

Den behandlande läkaren skall göra anteckningar i patientjournalen om sådana telefonförbindelser som är av betydelse för patientens diagnos eller vård samt om andra liknande konsultationer och vårdförhandlingar. Av anteckningarna skall framgå tidpunkten för konsultationen eller förhandlingen, de personer som deltagit i behandlingen av ärendet samt de beslut som fattats och hur de verkställts.

Om en konsultation under de förutsättningar som anges i 13 § lagen om patientens ställning och rättigheter sker i en form som möjliggör identifiering av patienten, skall i sådana situationer som avses i 1 mom. även den läkare som konsulterats göra anteckning-

ar i journalhandlingarna om sitt konsultationssvar eller få en kopia av svaret.

Vad som i 1 och 2 mom. bestäms om läkare gäller i tillämpliga delar också andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården.

## 16 §

*Anteckningar om akutvård och sjuktransport*

I journalhandlingarna skall göras behövliga anteckningar om akutvård som getts patienten samt om vård och observation i samband med sjuktransport. Om en läkare deltar i akutvård eller sjuktransport personligen eller genom konsultation, skall detta framgå av journalhandlingarna.

## 17 §

*Slututlåtande*

Över varje vårdperiod på avdelning eller institution skall avges ett slututlåtande. På motsvarande sätt skall ett slututlåtande upprättas för en sådan poliklinisk vårdperiod vid vars utgång vården upphör eller vårdansvaret överförs på en annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård, om det inte finns särskilda skäl till avvikelse från detta.

Slututlåtandet skall utöver ett referat av vården innehålla klara och detaljerade anvisningar för uppföljningen av patienten och den fortsatta vården. I slututlåtandet skall dessutom beskrivas eventuella avvikelser i patientens återhämtning efter en åtgärd och patientens tillstånd vid avfärden från vårdenheten.

## 18 §

*Anteckningar om informationen till patienten och ställningstaganden i fråga om vården*

Om patienten i en situation som avses i 4 § 1 mom. lagen om patientens ställning och rättigheter blir tvungen att vänta på vård, skall i journalhandlingarna göras anteckningar om orsaken till dröjsmålet, om den tidpunkt vid vilken patienten beräknas få vård och om att de nämnda uppgifterna har

meddelats patienten. I journalhandlingarna antecknas också om patienten har hänvisats till en annan vårdplats.

I journalhandlingarna skall göras anteckningar om upplysningar som enligt 5 § lagen om patientens ställning och rättigheter getts patienten om omständigheter som hänför sig till vården. Om upplysningar inte har getts, skall orsaken till detta antecknas i journalhandlingarna.

Om patienten vägrar genomgå undersökning eller ta emot vård, skall en anteckning om vägran göras i journalhandlingarna och bekräftas på ett tillförlitligt sätt.

Om patienten med tanke på framtiden önskar uttrycka sin bestämda vilja i fråga om vården, skall en tydlig anteckning om detta göras i journalhandlingarna och bekräftas av patienten eller skall till journalhandlingarna fogas en separat handling som uttrycker patientens vilja. I journalhandlingarna skall dessutom göras anteckningar om att patienten getts tillräckliga upplysningar om följderna av att hans eller hennes vilja följs. Beträffande anteckningar som gäller ändring eller återkallande av patientens viljeyttring i fråga om vården tillämpas vad som i 20 § bestäms om rättelse av fel i journalhandlingar.

### 19 §

#### *Anteckningar om deltagande i vård i special-situationer*

När vården av en minderårig patient i en situation som avses i 7 § 1 mom. lagen om patientens ställning och rättigheter sker i samförstånd med patienten, skall anteckning om detta göras i journalhandlingarna. Av anteckningarna skall även framgå om den minderåriga patienten tillåter att uppgifter om sitt hälsotillståndet eller vården ges till vårdnadshavaren eller någon annan laglig företrädare eller om patienten med stöd av 9 § 2 mom. lagen om patientens ställning och rättigheter har förbjudit att uppgifter ges.

Om en patient som uppnått myndighetsåldern i en situation som avses i 6 § 2 och 3 mom. lagen om patientens ställning och rättigheter vårdas i samförstånd med sin lagliga företrädare, en nära anhörig eller någon annan närstående, skall anteckning om detta

göras i journalhandlingarna.

### 20 §

#### *Rättelse av anteckningar i journalhandlingar*

I fråga om rättelse av uppgifter i journalhandlingar tillämpas 29 § personuppgiftslagen.

Rättelse av anteckningar i journalhandlingarna skall göras så att både den ursprungliga och den rättade anteckningen kan läsas senare. I fråga om den gjorda rättelsen skall namn och tjänsteställning samt datum för rättelsen och grunden för rättelsen antecknas i journalhandlingarna.

När uppgifter som är onödiga med tanke på vården av patienten avlägsnas ur journalhandlingarna skall i handlingarna göras en anteckning om detta samt vem som avlägsnat den och när det skett.

### 21 §

#### *Anteckningar om utlämnande av uppgifter*

I fråga om utlämnande av uppgifter ur journalhandlingar på det sätt som avses i 13 § 2 och 3 mom. lagen om patientens ställning och rättigheter skall i journalhandlingarna göras anteckningar om vilka uppgifter som har lämnats ut samt när och till vem uppgifterna har lämnats ut, vem som lämnat ut uppgifterna samt huruvida utlämningen har baserat sig på ett skriftligt, muntligt eller annars av sammanhanget framgående samtycke av patienten eller på lag. I journalhandlingarna görs också anteckning om patientens viljeyttring genom vilken patienten har förbjudit att uppgifter lämnas ut.

#### **Förvaring av journalhandlingar och annat material som gäller vård**

### 22 §

#### *Ansvar för förvaring*

För förvaringen av journalhandlingar och annat material som gäller vården ansvarar den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade självständiga

yrkesutövare inom hälso- och sjukvården inom vars verksamhet handlingarna och materialet har uppkommit. Är journalhandlingar av sådan art att det skulle orsaka olägenhet för hälso- eller sjukvården av patienten, om anteckningarna gjordes särskilt vid varje verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård, kan dock patienthandlingarna, när ansvaret för vården av patienten överförs på en annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård, med samtycke av patienten eller dennes lagliga företrädare överföras i original till nämnda verksamhetsenheten. Likväl skall det finnas uppgift hos verksamhetsenheten om vart originalhandlingarna har överförts.

### 23 §

#### *Förvaringstider för journalhandlingar och annat material som gäller vården*

En verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård och en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke skall förvara journalhandlingar samt vid undersökning och vård uppkommande prov innehållande biologiskt material och modeller av organ åtminstone den tid som anges i bilagan till denna förordning. Bestämmelser om förvaringen av patienthandlingar, prov och modeller efter utgången av den förvaringstiden ingår i 12 § 2 mom. lagen om patientens ställning och rättigheter.

När den förvaringstid som anges i bilagan till denna förordning har löpt ut eller när de journalhandlingar, prov och modeller av organ som därefter har förvarats inte längre är nödvändiga för att ordna eller genomföra pa-

tientens vård, skall verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade personen inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke se till att journalhandlingarna och det övriga material som avses ovan förstörs omedelbart och så att utomstående inte får kännedom om dem.

### **Ikraftträdande**

#### 24 §

#### *Ikraftträdande*

Denna förordning träder i kraft den 1 mars 2001.

De förvaringstider som anges i bilagan till denna förordning tillämpas på sådana journalhandlingar som har upprättats eller erhållits den 1 maj 1999 eller senare. När förvaringstiden för en handling räknas från patientens död, tillämpas de förvaringstider som anges i bilagan dock på sådana handlingar som gäller personer som har dött den 1 maj 1999 eller senare.

På journalhandlingar som har uppkommit före den 1 maj 1999 eller, om förvaringstiden för handlingen räknas från patientens död, som gäller en person som har dött före den 1 maj 1999, tillämpas i fråga om journalhandlingar som upprättats inom den kommunala och privata sektorns samt fängsväsendets hälso- och sjukvård de förvaringstider som anges i riksarkivets beslut av den 14 april 1989 om utgallring av kommunala handlingar. Dessutom tillämpas vad som riksarkivet och arkivverket har bestämt särskilt om varaktig förvaring av handlingar.

Helsingfors den 19 januari 2001

Omsorgsminister Osmo Soininvaara

Regeringssekreterare Arja Myllynpää

**FÖRVARINGSTIDER FÖR JOURNALHANDLINGAR OCH ANNAT MATERIAL SOM HAR SAMBAND MED VÅRD OCH BEHANDLING**

**I. PATIENTJOURNALEN OCH HANDLINGAR/UPPGIFTER SOM HÖR TILL DEN**

**IA. PATIENTJOURNALEN**

| Kategori av handlingar   | Exempel på handlingar och deras datainnehåll   | Förvaringstid   | Anmärkningar   |
|--|--|---|--|
| <p><b>Fortlöpande uppgifter/handlingar</b></p> <p><i>Uppgifter på sammanfattningsnivå<sup>1)</sup></i></p>   | Sammanfattning av patientjournalen   | <p>10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.</p> <p>Uppgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården om personer födda den 18 och 28 i varje månad förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 22.12.2000.<sup>2)</sup></p>  | <p><sup>1)</sup>Sammanfattningen innehåller kärnan i patientens hälso- och sjukdomshistoria samt de för vården viktigaste sociala uppgifterna.</p> <p><sup>2)</sup>Se del III: Journalhandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården för personer födda den 18 och 28 i varje månad.</p> |
| <p><i>Uppgifter på referatnivå<sup>3)</sup></i></p> <p>Planering, genomförande och avslutande av service</p> | <p>Kumulativt sammandrag av hur styrnings- och vårdbehovet har definierats, förverkligats, bedömts och avslutats under styrnings- och vårdprocessen inom hälso- och sjukvården (perioder av öppenvård och/eller institutionsvård), t.ex.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- patientjournalens blad/filer för specialområden</li> <li>- handlingar på referatnivå inom rådgivnings- och skolhälsovården och den</li> </ul> | <p>10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.</p> <p>Handlingar gällande dem som dött i spädbarnsålder förvaras dock 100 år efter barnets födelse.</p> <p>Uppgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården om personer födda den 18 och 28 i varje månad förvaras varaktigt i enlighet med</p> | <p><sup>3)</sup>Referatet är ett väsentligt sammandrag av de uppgifter gällande patientens vårdprocess vilka beskriver rådgivningens, vårdens eller rehabiliteringens innehåll eller förlopp och vilka har styrt vårdbesluten eller betjänar den fortsatta vården.</p>                           |

**IA. PATIENTJOURNALEN (FORTS.)**

| Kategori av handlingar                                      | Exempel på handlingar och deras datainnehåll  | Förvaringstid   | Anmärkningar   |
|---|---|---|--|
| <i>Andra fortlöpande uppgifter/ handlingar</i> <sup>4</sup> | <p>förebyggande vuxenhälsovården</p> <p>- slututlåtande (om slututlåtandet inte ingår i anteckningarna på bladet för specialområdet)</p> <p>T. ex.</p> <p>- uppföljningsblanketter för hörsel, syn och vaccinationer<sup>5</sup></p> <p>- tillväxtkurvor</p> <p>- sammandrag av vård som getts av specialpersonal (t.ex. fortlöpande blanketter inom fysioterapi, ergoterapi och socialarbete)</p> <p>- berättelser över operationer och andra åtgärder</p> | <p>arkivverkets beslut av den 22.12.2000.<sup>2</sup></p> <p>10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.</p> <p>Uppgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården om personer födda den 18 och 28 i varje månad förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 22.12.2000.<sup>2</sup></p> | <p><sup>4</sup>Motsvarar i huvudsak begreppet fortlöpande handlingar på basnivå i publikationen ”Terveys- ja sairauskertomus erikoissairaanhoidossa” (Sairaaliitto – Sjukhusförbundet, 1993).</p> <p><sup>5</sup>Avser uppgifter om såväl vuxna som barn</p> |

## IA. PATIENTJOURNALEN (FORTS.)

| Kategori av handlingar                                    | Exempel på handlingar och deras data-innehåll  | Förvaringstid  | Anmärkningar  |
|---|--|--|---|
| <b>Vårdperiodbundna uppgifter/handlingar</b> <sup>6</sup> | <p>T. ex.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- olika yrkesgruppers vårdplaner</li> <li>- andra handlingar i anslutning till den direkta uppföljningen av vården, t.ex. fysiologiska lägesbedömningar, dagliga uppföljningsuppgifter, arbetskort inom fysioterapi, ergoterapi och socialarbete, handlingar inom optikerbranschen, handlingar gällande sjuktransporter, vårdperiodbundna handlingar för uppföljning av diabetes och blodtryck, dagliga anteckningar inom barnrådgivning och skolhälsovård etc.</li> <li>- förlossningsberättelser, anestesisberättelser</li> </ul> | <p>10 år efter avslutad vård, förutsatt att ett referat har gjorts. Om inget referat har gjorts, förvaras uppgifterna 10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.<sup>7</sup></p> <p>Uppgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården om personer födda den 18 och 28 i varje månad förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 22.12.2000.<sup>8</sup></p> | <p><sup>6</sup>Vårdperiodbundna handlingar på basnivå innehåller anteckningar om patienten samt olika yrkesgruppers vård- och undersökningsplaner, undersökningsresultat och utlåtanden samt resoneringar dagliga uppföljningsdata. I allmänhet har uppgifterna inte långfristig betydelse.</p> <p><sup>7</sup>Blanketterna för insamling av uppgifter, t.ex. de som gäller funktionsförmåga eller vårdtyngd och de blanketter med patientuppgifter som patienterna själva fyller i, kan förstöras genast när ändamålet har nåtts och de viktigaste uppgifterna har överförts till vårdplanen.</p> <p><sup>8</sup>Se del III: Journalhandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården för personer födda den 18 och 28 i varje månad.</p> |

**IB. UPPGIFTER/HANDLINGAR SOM HÖR TILL PATIENTJOURNALEN**

| <b>Handling/Kategori av handlingar</b>  | <b>Exempel på handlingar och deras datainnehåll</b> | <b>Förvaringstid</b>  | <b>Anmärkningar</b>   |
|---|---|---|---|
| <b>Remisshandlingar</b>   | Remiss/sammanfattning av vård, bilagor till remiss  | <p>10 år efter avslutad vård. Separata remisshandlingar för patienter som inte infunnit sig returneras dock till avsändaren eller förvaras 2 år efter att remissen anlände. Uppgift om att patienten hänvisats någon annanstans eller inte infunnit sig förvaras 10 år efter att remissen anlände.</p> <p>Uppgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården om personer födda den 18 och 28 i varje månad förvaras varaktigt i enlighet med arkiveringsbeslut av den 22.12.2000.<sup>9)</sup></p> | <sup>9)</sup> Se del III: Journalhandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården för personer födda den 18 och 28 i varje månad. |
| <b>Kopior av journalhandlingar förda hos andra verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård</b> |   | 10 år efter avslutad vård. Avvikelse från förvaringstiden är möjlig, om ett sammandrag av handlingarnas innehåll har gjorts som grundval för den egna vårdplanen.   |   |

**IB. UPPGIFTER/HANDLINGAR SOM HÖR TILL PATIENTJOURNALEN (FORTS.)**

| Handling/Kategori av handlingar   | Exempel på handlingar och deras datainnehåll   | Förvaringstid  | Anmärkningar   |
|---|--|--|--|
| <b>Beslut som gäller inledandet/givandet av vård</b>                        | T.ex. beslut om intagning till psykiatrisk vård oberoende av egen vilja samt om fortsättande eller avslutande av vården. | 10 år efter avslutad vård.<br><br>Uppgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården om personer födda den 18 och 28 i varje månad förvaras varaktigt i enlighet med arkiveringsbeslut av den 22.12.2000. <sup>(10)</sup> | Avser skriftliga beslut som fattas med stöd av bestämmelser. I patientjournalen skall finnas tillräckligt noggranna anteckningar om vården, bl.a. om dess grunder.<br><br><sup>10)</sup> Se del III: Journalhandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården för personer födda den 18 och 28 i varje månad. |
| <b>Videobandningar och ljudupptagningar som gjorts till stöd för vården</b> | T. ex. ljudupptagningar för uppföljning av patienten<br><br>Ljudupptagningar inom talterapi                              | Sådana som bedöms vara nödvändiga för vården förvaras 10 år efter avslutad vårdperiod. Övriga förstörs när vårdperioden avslutas.<br><br>2 år efter avslutad vårdperiod.   |  |



**IB. UPPGIFTER/HANDLINGAR SOM HÖR TILL PATIENTJOURNALEN (FORTS.)**

| <b>Handling/Kategori av handlingar</b>   | <b>Exempel på handlingar och deras datainnehåll</b>   | <b>Förvaringstid</b>  | <b>Anmärkningar</b>   |
|--|---|---|---|
| <b>Tekniska (inklusive digitala) upptagningar i anslutning till diagnostik</b> | <p>Röntgenbilder (med undantag av odontologiska röntgenbilder), isotop- och ultraljudsbilder o.dyl.</p> <p>Fotografier, diabilder, videobandningar inom kardiologi och gastroskopi o.dyl.</p> <p>Olika diagram som uppstår under undersökningen och vården</p> <p>Odontologiska röntgenbilder</p> | <p>20 år efter undersökningen<sup>(11)</sup></p> <p>10 år efter undersökningen<sup>(11)</sup></p> <p>10 år efter undersökningen, förutsatt att ett utlåtande har avfattats. Utlåtandet förvaras som fortlöpande handlingar. Om inget utlåtande har avfattats, förvaras diagrammet 20 år efter undersökningen.</p> <p>20 år efter avslutad vård.<sup>(11)</sup></p> <p>Röntgenbilder som tandläkare/läkare anser vara viktiga för rättsmedicinska ändamål eller med tanke på vården förvaras dock i regel 10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.</p> | <p><sup>11)</sup> Upptagningar som är tekniskt misslyckade förstörs omedelbart.</p> |

**IB. UPPGIFTER/HANDLINGAR SOM HÖR TILL PATIENTJOURNALEN (FORTS.)**

| <b>Handling/Kategori av handlingar</b> | <b>Exempel på handlingar och deras datainnehåll</b>   | <b>Förvaringstid</b>  | <b>Anmärkningar</b>  |
|--|---|---|--|
| <b>Undersökningssvar</b>               | <p>Laboratorieresultat</p> <p>Utlåtanden om laboratorieresultat</p> <p>Röntgenutlåtanden</p> <p>Patologutlåtanden</p> | <p>10 år efter undersökningen.</p> <p>10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.</p> <p>10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.</p> <p>10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.</p> <p>Uppgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården om personer födda den 18 och 28 i varje månad förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 22.12.2000.<sup>(12)</sup></p> | <p>Av materialet från kliniska läkemedelsundersökningar och sådana undersökningar som görs med hälso- och sjukvårdens anordningar och förnödenheter bildas separata register, och dessa handlingar förvaras i enlighet med läkemedelsverkets föreskrifter.</p> <p><sup>12)</sup> Se del III: Journalhandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården för personer födda den 18 och 28 i varje månad.</p> |

**IB. UPPGIFTER/HANDLINGAR SOM HÖR TILL PATIENTJOURNALEN (FORTS.)**

| <b>Handling/Kategori av handlingar</b>  | <b>Exempel på handlingar och deras datainnehåll</b>  | <b>Förvaringstid</b>   | <b>Anmärkningar</b>  |
|---|--|--|--|
| <b>Material från testning och beräkning utförd av specialpersonal</b>                         | <p>Testningsmaterial inom talterapi</p> <p>Psykologers testningshandlingar</p> <p>Måltidsplaner och beräkningar inom näringsterapi</p> | <p>10 år efter avslutad vård.</p> <p>10 år efter testning.</p> <p>Kan förstöras när ändamålet har nåtts och de uppgifter som behövs har överförts till serviceområdets specialblad eller vårdplan.</p> |  |
| <b>Kopior av/uppgifter om svaret vilka blir kvar hos den som gett en konsultation</b>         |  | 10 år efter givandet av svaret.  |  |
| <b>Handlingar som uppkommit vid undersökningar och vård inom enheter för genetisk medicin</b> | Uppgifter om patientens och de anhörigas genetiska sjukdomar   | Förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 22.12.2000.   | <p>Handlingar som skall förvaras varaktigt bevaras antingen i form av papper eller mikrofilm eller med tillstånd av arkivverket i någon annan form.</p> <p>Handlingar som förs med ADB skall skrivas ut på papper eller mikrofilm senast efter patientens död.</p> |

**IB. UPPGIFTER/HANDLINGAR SOM HÖR TILL PATIENTJOURNALEN (FORTS.)**

| Handling/Kategori av handlingar                    | Exempel på handlingar och deras datainnehåll  | Förvaringstid   | Anmärkningar   |
|--|---|---|--|
| <b>Kopior av läkarutlåtanden och läkarintyg</b>    | <p>Kopior av B-utlåtanden i pensions- och invaliditetsärenden</p> <p>Andra kopior av utlåtanden och intyg</p> | <p>10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.</p> <p>10 år efter givandet av utlåtandet/intyget.</p> <p>Uppgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården om personer födda den 18 och 28 i varje månad förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 22.12.2000.<sup>(13)</sup></p> | <p>Kopian kan förstöras när andamålet har nåtts förutsatt att motsvarande uppgifter har noggrant antecknas i patientjournalen.</p> <p><sup>13)</sup> Se del III: Journalhandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården för personer födda den 18 och 28 i varje månad.</p> |
| <b>Korrespondens gällande vården av en patient</b> |   | <p>10 år efter dateringen av brevet.</p> <p>Uppgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården om personer födda den 18 och 28 i varje månad förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 22.12.2000.<sup>(14)</sup></p>   | <p>Här avses inte korrespondens i ärenden gällande klagomål, anmärkningar, patient-skador el. dyl.</p> <p><sup>14)</sup> Se del III: Journalhandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården för personer födda den 18 och 28 i varje månad.</p>                             |

**IB. UPPGIFTER/HANDLINGAR SOM HÖR TILL PATIENTJOURNALEN (FORTS.)**

| <b>Handling/Kategori av handlingar</b>   | <b>Exempel på handlingar och deras datainnehåll</b> | <b>Förvaringstid</b>  | <b>Anmärkningar</b>  |
|--|---|---|--|
| <b>Obduktionsprotokoll och –utlåtanden i samband med medicinsk undersökning av dödsorsaken</b> |   | 10 år efter dödsfallet.<br><br>Uppgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården om personer födda den 18 och 28 i varje månad förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 22.12.2000. <sup>(15)</sup> | <sup>15)</sup> Se del III: Journalhandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården för personer födda den 18 och 28 i varje månad. |
| <b>Den kopia av dödsattesten som fogas till journalhandlingarna</b>                            |   | 10 år efter dödsfallet.<br><br>Uppgifterna inom den offentliga hälso- och sjukvården om personer födda den 18 och 28 i varje månad förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 22.12.2000. <sup>(16)</sup> | <sup>16)</sup> Se del III: Journalhandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården för personer födda den 18 och 28 i varje månad. |

**II. ANNAT MATERIAL SOM HÖR TILL JOURNALHANDLINGARNA**

| <b>Handling/Kategori av handlingar</b>  | <b>Exempel på handlingar och deras datainnehåll</b>   | <b>Förvaringstid</b>   | <b>Anmärkningar</b>   |
|---|---|--|---|
| <b>Tidsbeställnings- och vårdreserveringsböcker, utskrivning, poliklinikdagböcker</b> | Uppgifter om vårdreservering  | Uppgifter om tidsbeställning 2 år efter besöket/avslutad öppenvårdsperiod, uppgifter om vårdreservering 2 år efter inskrivningen, uppgifter om inskrivning och utskrivning 2 år efter utskrivningen. | I tidsbeställningshandlingarna ingår inte uppgifter om vården.  |
| <b>Åtgärdsdagböcker o. dyl.</b>   | T. ex. operationsdagböcker, förlossningsdagböcker etc. Innehåller uppgifter om tidsbeställning och resursreservering. | 10 år efter åtgärden eller (i manuella system) efter den sista anteckningen.   | Avser inte operations-, åtgärds- eller förlossningsberättelser. |
| <b>Handlingar som uppkommit vid massundersökningar och screening</b>                  | T. ex.:<br>- papascreening och svar,<br>- mammografiscreening och svar  | 10 år efter undersökningen.  |   |
| <b>Fältpbilder och kartotek inom strålbehandling</b>                                  |   | 10 år efter patientens död eller, om kändedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.   |   |
| <b>Register till journalhandlingar</b>  |   | Förvaras som de handlingar till vilka de hör.  | Register gällande urvalsmaterial förvaras varaktigt.            |

**III. VISSA HANDLINGAR/KATEGORIER AV HANDLINGAR MED AVVIKANDE FÖRVARINGSTIDER**

| Handling/Kategori av handlingar   | Exempel på handlingar och deras datainnehåll   | Förvaringstid   | Anmärkningar   |
|---|--|---|--|
| <p><b>Handlingar gällande personer som undersökts eller vårdats på grund av yrkessjukdom eller på grund av misstanke om sådan</b></p> | <p>Patientjournalen och till den hörande utlåtanden, röntgenbilder, kurvdiagram, bilder och laboratorieresultat samt exponeringshandlingar som gäller patientens undersökning eller vård</p> | <p>20 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.</p> | <p>I uppgifterna på referatnivå antecknas "utredning av om sjukdom är yrkesbetingad" varav framgår att personen har undersökts eller vårdats på grund av yrkessjukdom eller misstanke om sådan.</p>  |
| <p><b>Handlingar inom företagshälsovården:</b></p> <p>Patientjournal</p>  | <p>T. ex. hälsovårdsblanketten för vuxenålder och, då sjukvårdstjänster ges inom företagshälsovården, blanketten för allmänmedicin</p>   | <p>10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.</p> | <p>Handlingar gällande personer, som undersökts eller vårdats på grund av yrkessjukdom, eller på grund av misstanke om sådan, se ovan.</p> <p>I arbetsplatsutredningen ingående väsentliga uppgifter om exponering (t. ex. exponering för ASA-ämnen, strålning, lösningsmedel etc.) skall i samband med hälsokontroller för arbetsplacering och periodiska kontroller som avses i lagen om företagshälsovård antecknas i patientjournalen.</p> |

**III. VISSA HANDLINGAR/KATEGORIER AV HANDLINGAR MED AVVIKANDE FÖRVARINGSTIDER (FORTS.)**

| <b>Handling/Kategori av handlingar</b>  | <b>Exempel på handlingar och deras datainnehåll</b>  | <b>Förvaringstid</b>                                   | <b>Anmärkningar</b>  |
|---|--|--|--|
| Individuella handlingar som gäller upprätthållandet av de anställdas allmänna arbetsförmåga | T. ex. blanketterna för arbetsförmågeindex, uppgifterna i arbetsstressformulären och i profilen för fysisk kondition | 10 år efter insamlandet av uppgifterna. <sup>17)</sup> | <sup>17)</sup> Ett referat av uppgifterna i de individuella handlingarna antecknas i patientjournalen i enlighet med anvisningarna på varje blankett. Individuella handlingarna förvaras separat från journalhandlingarna. |
| Kopior av sådana separata läkarintyg som lagstiftningen om företagshälsovård förutsätter    | Kopior av läkarintyg i fråga om hälsokontroller för arbetsplacering, första undersökningar och periodiska kontroller | 5 år efter utfärdandet av intyget. <sup>18)</sup>      | <sup>18)</sup> Uppgifter om intyget antecknas i patientjournalen.  |
| Handlingar som innehåller information om patientens exponering vid undersökning eller vård  | T.ex. uppgifter om arbetsplatsutredningar  | Förvaras som patientjournalen.                         |  |



**III. VISSA HANDLINGAR/KATEGORIER AV HANDLINGAR MED AVVIKANDE FÖRVARINGSTIDER (FORTS.)**

| <b>Handling/Kategori av handlingar</b>  | <b>Exempel på handlingar och deras datainnehåll</b> | <b>Förvaringstid</b>   | <b>Anmärkningar</b>   |
|---|---|--|---|
| <b>Journalhandlingar hos statens sinnessjukhus</b>  |   | Förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 22.12.2000. | Handlingar som skall förvaras varaktigt bevaras antingen i form av papper eller mikrofilm eller med tillstånd av arkivverket i någon annan form.<br><br>Handlingar som förs med ADB skall skrivas ut på papper eller mikrofilm senast efter patientens död. |
| <b>Handlingar inom hälso- och sjukvården vid försvarsmakten:</b><br><br>Försvarsmaktens journalhandlingar som uppkommer under bevaringstjänst och repetitionsövningar förutom centralmilitärsjukhusets handlingar |   | Förvaras varaktigt på samma sätt som militärhandlingar (stamkort)        | Handlingar som skall förvaras varaktigt bevaras antingen i form av papper eller mikrofilm eller med tillstånd av arkivverket i någon annan form.  |

**III. VISSA HANDLINGAR/KATEGORIER AV HANDLINGAR MED AVVIKANDE FÖRVARINGSTIDER (FORTS.)**

| Handling/Kategori av handlingar  | Exempel på handlingar och deras datainnehåll | Förvaringstid   | Anmärkningar   |
|--|--|---|--|
| <p><b>Anteckningar/handlingar rörande besök av engångskaraktär i fråga om utländska medborgare och inom folkhälsoarbetet i fråga om invånare som har en annan hemkommun</b></p>                            |  | <p>10 år efter avslutad vård/vårdperiod.</p>  |  |
| <p><b>Journalhandlingar som upprättats eller erhållits före 1.5.1999/journalhandlingar som gäller personer som dött före 1.5.1999 inom kommunal, privat och fångvårdsväsendets hälso- och sjukvård</b></p> |  | <p>Förvaringstiderna bestäms enligt riksarkivets beslut av den 14.4.1989 om utgallring av kommunala handlingar och sådana särskilda beslut som riksarkivet/arkivverket eventuellt har meddelat.</p> | <p>Tidpunkten beror på lagen om ändring av patientskadlagen (879/1998), genom vilken bl. a. bestämmelserna om tiden för framställande av ersättningskrav i fråga om skador som inträffat efter lagens ikraftträdande (1.5.1999) har ändrats.</p> |

**III. VISSA HANDLINGAR/KATEGORIER AV HANDLINGAR MED AVVIKANDE FÖRVARINGSTIDER (FORTS.)**

| Handling/Kategori av handlingar  | Exempel på handlingar och deras datainnehåll | Förvaringstid   | Anmärkningar  |
|--|--|---|---|
| <p><b>Journalhandlingarna inom den offentliga hälso- och sjukvården för personer födda den 18 och 28 i varje månad</b></p> |  | <p>Förvaras varaktigt i enlighet med arkivverkets beslut av den 22.12.2000.</p> | <p>Avser patientjournalmaterial (del IA) för personer födda de nämnda dagarna samt sådana till patientjournalen hörande handlingar (del IB) vid vilka omnämns urval.</p> <p>Om handlingarna har arkiverats enligt någon annan princip, kan ett urval omfattande ca 5 % tas för varaktig förvaring även med någon annan urvalsmetod, för vars användning arkivverkets godkännande måste erhållas i varje enskilt fall.</p> <p>Handlingar som skall förvaras varaktigt bevaras antingen i form av papper eller mikrofilm eller med tillstånd av arkivverket i någon annan form.</p> <p>Av de handlingar som förs med ADB skall de för varaktig förvaring avsedda urvalshandlingarna skrivas ut på papper eller mikrofilm senast efter patientens död.</p> |

**III. VISSA HANDLINGAR/KATEGORIER AV HANDLINGAR MED AVVIKANDE FÖRVARINGSTIDER (FORTS.)**

| <b>Handling/Kategori av handlingar</b>   | <b>Exempel på handlingar och deras datainnehåll</b> | <b>Förvaringstid</b>   | <b>Anmärkningar</b> |
|--|---|--|---------------------|
| <b>Mikrofilmade patienthandlingar som verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård anser det vara viktigt att förvara varaktigt på grund av vetenskaplig forskning</b> |   | Kan förvaras varaktigt, om arkivverket på ansökan av verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård har beviljat tillstånd till detta. |                     |

**IV. PROV SOM INNEHÅLLER BIOLOGISKT MATERIAL OCH MODELLER  
AV ORGAN**

| Material som uppkommer under vård             | Typ av prov/modell  | Förvaringstid  | Anmärkningar   |
|---|---|--|--|
| <b>Prov som innehåller organiskt material</b> | <p>Vävnadsblock</p> <p>Block som tagits från obduktionsprov</p> <p>Histologiska glas</p> <p>Cytologiska provglas inom patologi och hematologi samt glas som tagits från obduktionsprov</p> <p>Andra cytologiska provglas<sup>(20)</sup></p> | <p>10 år efter patientens död eller, om kännedom därom saknas, 100 år efter patientens födelse och 10 år efter avslutad vård.<sup>(19)</sup></p> <p>20 år.<sup>(19)</sup></p> <p>20 år.<sup>(19)</sup></p> <p>10 år.<sup>(19)</sup></p> <p>Förstörs när användningsändamålet har nåtts.<sup>(19)</sup></p> | <p><sup>19)</sup> Om proven är så representativa att de är av betydelse för den vetenskapliga forskningen, kan de utöver den ovan nämnda förvaringstiden bevaras en sådan längre tid som den för hälso- och sjukvården ansvariga chefen vid verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård beslutar (förutom att de utöver den ovan nämnda förvaringstiden kan bevaras en sådan längre tid som förutsätts för ordnande och genomförande av patientens vård.</p> <p><sup>20)</sup> I regel glas som uppstår vid laboratorier för klinisk kemi</p> |
| <b>Gipsavtryck av tänder</b>                  |   | Kan ges till patienten eller förstöras efter avslutad vård.  |  |



**SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN OPPAITA  
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS HANDBÖCKER****ISSN 1236-116X**

- 2001: 1 Kemikaalien turvallinen käsittely ja varastointi. Pintakäsittelylaitos, maalaamo, pakkaamo.  
2. uud. p.  
ISBN 952-00-0927-2
- 2 Turvallisuussuunnitteluopas sosiaali- ja terveydenhuollon toimintayksiköille.  
ISBN 952-00-0965-5
- 3 Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen.  
Opas terveydenhuollon henkilöstölle.  
ISBN 952-00-0966-3 (fin, swe)