

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus

potilasasiakirjoista

Sosiaali- ja terveysministeriön päätöksen mukaisesti säädetään potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 12 §:n 2 momentin, sellaisena kuin se on laissa 653/2000 ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (784/2021) 25 §:n 5 momentin nojalla:

Yleiset säännökset

1 §

Sovellettamisala

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

2 §

Potilasasiakirjat

Potilasasiakirjoihin kuuluvat potilaskertomus ja siihen liittyvät potilastiedot tai asiakirjat sekä lääketieteelliseen kuolemansyyn selvittämiseen liittyvät tiedot tai asiakirjat samoin kuin muut potilaan hoidon järjestämisen ja toteuttamisen yhteydessä syntyneet tai muualta saadut tiedot ja asiakirjat.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain (784/2021) 6 §:ssä säädettyyn valtakunnalliseen arkistointipalveluun tallennettava potilasasiakirja voi sisältää potilaan hoitoon tai siihen liittyviin tehtäviin osallistuvien eri henkilöiden tekemiä merkintöjä.

Arkistointipalveluun tallennettavien sähköisten potilasasiakirjojen tulee muodostaa ehyt asiakirjakokonaisuus palvelutapahtumittain. Kun palvelutapahtumasta hävitetään asiakirjoja, hävittämisestä tulee jäädä merkintä arkistoon.

Yleiset periaatteet ja vaatimukset

3 §

Tietojen eheys ja käytettävyys

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.

5 §

Palvelujen hankkiminen toiselta

Hankkiessaan palveluja toiselta palvelujen tuottajalta terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee sopia tämän kanssa kirjallisesti tehtävällä sopimuksella potilasasiakirjatietojen rekisterinpitoon ja tietojen käsitteilyyn liittyvistä tehtävistä ja vastuusta sekä varmistua siitä, että potilasasiakirjoihin sisältyvien tietojen salassapitoa ja vaitiolovelvollisuutta koskevia säännöksiä noudatetaan.

Edellä 1 momentissa tarkoitettussa toiminnassa syntyneistä potilasasiakirjoista tulee ilmetä palvelun hankinnan tapa sekä palvelun tilaaja, tuottaja ja toteuttaja.

Potilasasiakirjojen laatiminen

6 §

Oikeus tehdä merkintöjä potilasasiakirjoihin

Potilasasiakirjoihin saavat tehdä merkintöjä potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattihenkilöt ja heidän ohjeidensa mukaisesti myös muut henkilöt siltä osin kuin he osallistuvat hoitoon. Potilaan hoitoon osallistuvat terveydenhuollon opiskelijat saavat tehdä merkintöjä toimiessaan laillistetun ammattihenkilön tehtävässä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain 2 §:n 3 momentin mukaisesti. Muutoin 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.

Potilasasiakirjamerkinnät voivat lisäksi koostua terveydenhuollon laitteiden tuottamista hoidon kannalta tarpeellisista merkinnöistä.

7 §

Potilasasiakirjamerkintöjä koskevat 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 hyväksyttyjä käsitteitä ja lyhenteitä. Potilasasiakirjamerkinnöistä tulee ilmetä tietojen lähde, jos tieto ei perustu ammattihenkilön omiin tutkimushavaintoihin tai jos potilasasiakirjoihin merkitään muita kuin potilasta itseään koskevia tietoja.

Jos potilaan elämäntilanteen kartoittamisen tai muun vastaavan syyn takia hoidon kannalta on tarpeellista kirjata muun henkilön itsestään tai omasta elämäntilanteestaan kertomia yksityiskohtaisia arkaluonteisia tietoja, nämä tiedot kirjataan potilaan palvelutapahtuman asiakirjoihin kuuluvaan erilliseen asiakirjaan, jollei potilasmerkintöjen kokonaisuus huomioon ottaen ole perusteltua kirjata näitä tietoja muulla tavalla.

Niissä lausunnoissa ja todistuksissa, jotka laaditaan esitettäväksi muulle organisaatiolle tai taholle, tulee olla asiakirjan laatijan allekirjoitus.

8 §

Potilasasiakirjamerkintöjen määräajat ja eräiden asiakirjojen toimittaminen

Potilasasiakirjamerkinnät tulee tehdä viivytyksettä. Merkinnät tulee tehdä viimeistään viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun potilas poistuu vastaanotolta taikka palvelutapahtuma muutoin päättyy.

Lähetteet tulee laatia ja toimittaa jatkohoitopaikkaan viipymättä. Lähetete tulee myös kiireettömässä tapauksessa lähettää jatkohoitopaikkaan viiden vuorokauden kuluessa siitä, kun sen tekemisen tarve on todettu.

Yhteenveto potilaalle annetusta hoidosta jatkohoido-ohjeineen tulee toimittaa potilaalle sekä jatkohoitopaikkaan tai muuhun paikkaan, josta on potilaan kanssa sovittu, potilaan suostumuksen mukaisesti ja viipymättä. Yhteenveto tulee myös kiireettömässä tapauksessa lähettää viiden vuorokauden kuluessa hoidon päättymisestä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain 6 §:n 1 momentissa säädettyyn valtakunnalliseen arkistointipalveluun liittyneen terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön on muodostettava merkinnöistä sähköiset potilasasiakirjat ja tallennettava ne arkistointipalveluun sen määräajan kuluessa, jossa asiakirjan merkinnät on laadittava.

Tässä pykälässä säädettyistä määräajoista voidaan poiketa vain erityisestä syystä.

9 §

Potilaskertomus

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

Potilaskertomusta tai sen osia ei saa kirjoittaa uudelleen eikä alkuperäistä sivua korvata valokopiolla tai muulla vastaavalla tavalla.

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 tietojen osalta saapumisajankohta ja lähde;
- 5) alaikäisen potilaan osalta huoltajien tai muun laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot sekä täysi-ikäiselle potilaalle määrätyn laillisen edustajan nimi ja yhteystiedot.

Potilasasiakirjoista tulee ilmetä tarvittaessa myös seuraavat tiedot:

- 1) potilaan ilmoittaman lähiomaisen tai muun yhteyshenkilön nimi, mahdollinen sukulaisuussuhde ja yhteystiedot;
- 2) potilaan äidinkieli tai asiointikieli;
- 3) potilaan ammatti;
- 4) potilaan työnantajan vakuutusyhtiö, jos kyseessä saattaa olla työtapaturma tai ammattitauti;
- 5) vakuutusyhtiö, jos hoidon mahdollisesti maksaa vakuutusyhtiö;
- 6) tietojen luovuttamista koskevat potilaan suostumukset.

Jos 1 momentin 3 kohdassa tarkoitetun merkinnän tekninen kirjaaja on eri kuin merkinnän sisällöstä vastaava merkinnän tekijä, potilaskertomuksesta tulee ilmetä myös merkinnän teknisen kirjaajan tiedot. Sähköiseen potilasasiakirjaan nämä tiedot merkitään suoraan potilastietojärjestelmän käyttäjätiedoista ja merkinnän kirjaamisen ajankohta automaattisesti potilastietojärjestelmästä.

11 §

Potilaskertomukseen merkittävät keskeiset hoitotiedot

Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät jokaisesta potilaan palvelutapahtumasta. Palvelutapahtumia koskevista tiedoista tulee tarpeellisessa laajuudessa käydä ilmi tulosityy, esitiedot, nykytila, havainnot, tutkimustulokset, ongelmat, taudinmääritys tai terveystilanne, johtopäätökset, hoidon suunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku sekä loppulausunto.

12 §

Sairauden ja hoidon kulkua koskevat merkinnät

Potilasasiakirjoihin tehtävistä merkinnöistä tulee riittävässä laajuudessa käydä ilmi taudinmäärityksen, valitun hoidon ja tehtyjen hoitoratkaisujen 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.

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

Potilaalle suoritetusta 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 proteeseista, implanteista, hampaiden täyttemateriaaleista ja muista materiaaleista tulee merkitä potilasasiakirjoihin sellaisella tarkkuudella, että ne ovat myöhemmin tunnistettavissa.

Kaikki annetut lääkemääräykset, lääkärinlausunnot, sairaustodistukset, työkyvyttömyystodistukset ja muut todistukset sekä kuntoutussuunnitelma tulee merkitä potilaskertomukseen niiden antamisajankohdan mukaisesti. Sähköisessä potilastietojärjestelmässä edellä mainitut merkinnät voidaan tehdä liittämällä ne kyseiseen palvelutapahtumaan.

Jos potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan mielenterveyslain (1116/1990), päihdehuoltolain (41/1986), tartuntatautilain (1227/2016) tai muun lain nojalla, 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.

13 §

Riskeistä, hoidon haitallisista vaikutuksista ja epäillyistä vahingoista tehtävät merkinnät

Potilaskertomukseen tulee tehdä merkinnät tiedossa olevasta potilaan lääkeaineallergiasta, materiaaliallergiasta, yliherkkyydestä sekä muista vastaavista hoidossa huomioon otettavista seikoista.

Työntekijälle työstä aiheutuvia terveysvaaroja koskevat tiedot tulee merkitä tai liittää häntä koskeviin työterveyshuollon potilasasiakirjoihin.

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 annettusta hoidosta. Lisäksi potilaasta tehdään osana potilaskertomusta hoitajaksokohtaisesti päivittäin merkinnät hänen tilaansa liittyvistä huomioista, hoitotoimista ja vastaavista seikoista.

Lääkärin tulee tehdä sairaalahoidossa olevan pitkäaikaispotilaan potilasasiakirjoihin vähintään kolmen kuukauden välein hoitajakson alkamisesta seurantayhteenveto riippumatta siitä, onko potilaan tilassa tapahtunut olennaisia muutoksia.

15 §

Konsultaatioista ja hoitoneuvotteluista tehtävät merkinnät

Hoitovastuussa olevan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä potilaskertomukseen merkinnät potilaan taudinmäärittelyn tai hoidon kannalta merkittävästä puhelinneuvottelusta sekä muusta vastaavasta konsultaatiosta ja hoitoneuvottelusta. Merkinnöistä tulee käydä ilmi

konsultaation tai neuvottelun ajankohta, asian käsittelyyn osallistuneet sekä tehdyt hoitoratkaisut ja niiden toteuttaminen.

Jos konsultaatio tapahtuu siten, että potilas voidaan tunnistaa, myös konsultaation antajan tulee 1 momentissa tarkoitetuissa tilanteissa tehdä potilasasiakirjoihin merkinnät antamastaan konsultaatiovastauksesta tai hänelle tulee muutoin jäädä antamansa vastauksen tiedot.

16 §

Ensihoidosta ja sairaankuljetuksesta tehtävät merkinnät

Potilasasiakirjoihin tulee tehdä tarvittavat merkinnät potilaalle annetusta ensihoidosta sekä sairaankuljetukseen liittyvästä hoidosta ja seurannasta. Jos lääkäri osallistuu ensihoitoon tai sairaankuljetukseen henkilökohtaisesti tai konsultaation perusteella, tämän tulee käydä ilmi potilasasiakirjoista.

17 §

Hoidon loppulausunto

Jokaisesta osasto- tai laitoshoidojaksosta tulee laatia loppulausunto. Hoidon loppulausunto on vastaavasti laadittava sellaisesta poliklinisesta hoitajaksosta, jonka loputtua hoito päättyy taikka hoitovastuu siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön tai itsenäisesti ammattiaan harjoittavalle terveydenhuollon ammattihenkilölle, jollei tästä poikkeamiseen ole erityistä syytä.

Loppulausuntoon tulee annettua hoitoa koskevien yhteenvetojen lisäksi sisällyttää selkeät ja yksityiskohtaiset ohjeet potilaan seurannan ja jatkohoidon toteuttamiseksi. Loppulausunnossa tulee lisäksi kuvata mahdolliset poikkeavuudet potilaan toimenpiteen jälkeisessä toipumisessa ja potilaan tila palvelutapahtuman päättyessä.

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 viivästyksen syystä, potilaalle ilmoitetusta hoitoonpääsyajasta ja siitä, että mainitut tiedot on ilmoitettu potilaalle. Potilasasiakirjoihin merkitään myös tieto potilaan ohjaamisesta muuhun hoitopaikkaan. Jos ilmoitettu hoitoonpääsy aika muuttuu, potilasasiakirjoihin merkitään tiedot uudesta ajankohdasta, muutoksen syystä ja siitä, että muutoksesta on ilmoitettu potilaalle.

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, peruste siihen 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 tulee tehdä selkeä, potilaan itsensä varmentama merkintä potilasasiakirjoihin tai liittää 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.

Jos potilaan hoitoa varten on saatu tietoja potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n 3 momentin 3 kohdan nojalla, tietojen luovutuksesta tulee ilmoittaa potilaalle, jos mainitussa

säännöksessä tarkoitettu potilaan tajuttomuus tai muu siihen verrattava syy päättyy. Ilmoituksesta tulee ilmetä luovutetut tiedot, luovutuksen peruste sekä luovutusajankohta. Tieto potilaalle tehdystä ilmoituksesta tulee merkitä potilasasiakirjoihin.

19 §

Merkinnät hoitoon osallistumisesta erityistilanteissa

Jos 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, 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

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

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

21 §

Tietojen luovuttamisesta tehtävät merkinnät

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 13 §:n 2–4 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 tahdonilmauksesta, jolla hän on kieltänyt tietojensa luovuttamisen.

Sähköisten potilasasiakirjojen luovuttamisesta tehtäviin merkintöihin sovelletaan kuitenkin sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten asiakastietojen käsittelystä annetun lain 25 §:n 3 momenttia.

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 terveyden-

huollon toimintayksikköön kuitenkin siirtää potilaan tai hänen laillisen edustajansa suostumuksella alkuperäisenä mainitulle toimintayksikölle. Terveystieteiden tutkimuskeskukseen tulee jäädä tieto siitä, mihin alkuperäiset asiakirjat on siirretty.

23 §

Potilasasiakirjojen ja hoitoon liittyvän muun materiaalin säilyttämisajat ja hävittäminen

Potilasasiakirjoja sekä tutkimuksessa ja hoidossa syntyviä biologista materiaalia sisältäviä näytteitä ja elinmalleja on säilytettävä 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 järjestämiseksi tai toteuttamiseksi, on hoidon järjestämisestä vastaavan terveydenhuollon toimintayksikön ja itsenäisesti ammattiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön huolehdittava siitä, että potilasasiakirjat ja muu edellä tarkoitettu materiaali hävitetään välittömästi ja siten, että sivulliset eivät saa niistä tietoa.

Kansaneläkelaitoksen on oltava osaltaan huolehdittava arkistointipalveluun tallennettujen asiakirjojen teknisestä hävittämisestä terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammatiaan harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön potilasasiakirjalle määrittelemän säilytysajan päätyttyä. Kansaneläkelaitoksen on ennen hävittämistä informoitava asiasta edellä mainittuja tahoja.

24 §

Lokitietojen säilyttäminen

Sähköisten potilastietojen käyttöön ja luovutukseen liittyvät sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain 25 §:ssä tarkoitetut lokitiedot tulee säilyttää eheinä ja muuttumattomina vähintään 12 vuotta niiden syntymisestä.

Kansaneläkelaitoksen on omalta osaltaan huolehdittava arkistointipalveluun tallennettujen lokitietojen teknisestä hävittämisestä terveydenhuollon toimintayksikön tai itsenäisesti ammattiin harjoittavan terveydenhuollon ammattihenkilön niille määrittelemän säilytysajan päätyttyä. Kansaneläkelaitoksen on ennen hävittämistä informoitava asiasta edellä mainittuja tahoja.

Voimaantulo

25 §

Voimaantulo ja siirtymäsäännökset

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä helmikuuta 2022.

Tällä asetuksella kumotaan potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä 30 päivänä maaliskuuta 2009 annettu sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus (298/2009).

Tämän asetuksen liitteessä tarkoitettuja säilytysaikoja sovelletaan potilasasiakirjoihin, jotka on laadittu tai saatu 1 päivänä toukokuuta 1999 tai sen jälkeen. Jos asiakirjan säilytysaika lasketaan potilaan kuolemasta, säilytysaikoja sovelletaan kuitenkin asiakirjoihin, jotka koskevat 1 päivänä toukokuuta 1999 tai sen jälkeen kuollutta henkilöä.

Potilasasiakirjoihin, jotka on laadittu tai saatu ennen 1 päivää toukokuuta 1999, taikka jos asiakirjan säilytysaika lasketaan potilaan kuolemasta, jotka koskevat ennen 1 päivää toukokuuta 1999 kuollutta henkilöä, 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 24.1.2022


Perhe- ja peruspalveluministeri Krista Kiuru


Erityisasiantuntija Marja Penttilä

Social- och hälsovårdsministeriets förordning

om journalhandlingar

I enlighet med social- och hälsovårdsministeriets beslut föreskrivs med stöd av 12 § 2 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992), sådant det lyder i lag 653/2000, och 25 § 5 mom. i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (784/2021):

Allmänna bestämmelser

1 §

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 tillämpas på de verksamhetsenheter för hälso- och sjukvård som avses i 2 § 4 punkten i lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992) när de ger hälso- och sjukvård enligt 2 § 2 punkten i nämnda lag. Förordningen tillämpas även på sådana yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som 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.

2 §

Journalhandlingar

Journalhandlingarna innefattar patientjournalen och till den hörande patientuppgifter och handlingar, samt uppgifter eller handlingar som gäller medicinsk undersökning av dödsorsak, liksom även andra uppgifter och handlingar som uppkommit i samband med att en patients vård ordnas och genomförs eller som erhållits någon annanstans ifrån.

En journalhandling som ska lagras i den riksomfattande arkiveringstjänst som avses i 6 § i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården (784/2021) kan innehålla anteckningar som de olika personer som deltar i vården av patienten eller i anslutande uppgifter har gjort.

De elektroniska journalhandlingar som ska lagras i arkiveringstjänsten ska tillsammans bilda en enhetlig samling handlingar på basis av servicehändelserna. När handlingar utplånas ur en servicehändelse ska en anteckning om detta finnas kvar i arkivet.

Allmänna principer och krav

3 §

Integritet och användbarhet hos uppgifter

Journalhandlingarna ska upprättas och förvaras med medel och metoder som säkerställer att integriteten och användbarheten hos de uppgifter som finns i handlingarna kan tryggas under förvaringstiden.

4 §

Rätt att använda uppgifter i journalhandlingarna

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.

5 §

Anskaffning av service från någon annan

När en verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke anskaffar service från någon annan, ska verksamhetsenheten eller yrkesutövaren i ett skriftligt avtal med tjänsteleverantören komma överens om de åligganden och det ansvar som hänger samman med registerföringen av uppgifterna i journalhandlingarna och behandlingen av uppgifterna samt försäkra sig om att bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt iakttas i fråga om uppgifterna i journalhandlingarna.

Av journalhandlingar som kommit till vid sådan verksamhet som avses i 1 mom. ska det framgå vilket sättet för anskaffning av servicen är, samt vem som beställer, utför och lämnar servicen.

Upprättande av journalhandlingar

6 §

Rätt att göra anteckningar i journalhandlingar

Anteckningar i journalhandlingarna får göras av yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som deltar i vården av patienten samt i enlighet med deras anvisningar också andra personer i den del som de deltar i vården av patienten. Studerande inom hälso- och sjukvården som deltar i vården av en patient får göra anteckningar när de är verksamma i legitimerade yrkesutbildade personers uppgifter i enlighet med 2 § 3 mom. i lagen om yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Anteckningar som i övrigt gjorts av en studerande inom hälso- och sjukvården ska godkännas 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.

Anteckningar i journalhandlingar kan dessutom bestå av utskrifter som har skrivits ut av produkter för hälso- och sjukvård och som är behövliga i vården av en patient.

7 §

Principer och krav beträffande anteckningar i journalhandlingar

I journalhandlingarna ska det antecknas tillräckligt omfattande uppgifter som behövs för trygghet av att god vård ordnas, planeras, tillhandahålls och följs upp för en patient. Anteckningarna ska vara tydliga och begripliga. När anteckningarna görs får bara allmänt kända och godtagbara begrepp och förkortningar användas. Av anteckningarna i journalhandlingarna ska framgå källan till uppgifterna, om uppgifterna inte baserar sig på observationer som en yrkesutbildad person själv har gjort vid en undersökning eller det i journalhandlingarna antecknas andra uppgifter än sådana som gäller patienten själv.

Om det på grund av en kartläggning av patientens livssituation eller en annan motsvarande orsak är nödvändigt att med tanke på vården föra in detaljerade känsliga uppgifter som en annan person berättat om sig själv eller sin livssituation, ska dessa uppgifter antecknas i en separat handling i anslutning till patientens servicehändelse, om det inte med beaktande av patientanteckningarna i sin helhet är motiverat att föra in dessa uppgifter på annat sätt.

De utlåtanden och intyg som utarbetas för att företes för någon annan organisation eller instans ska undertecknas av den som upprättat handlingen.

8 §

Tidsfrister för anteckningar i journalhandlingar och för inlämnande av vissa handlingar

Anteckningar i journalhandlingarna ska göras utan dröjsmål. Anteckning ska göras senast inom fem dygn efter att patienten avlägsnar sig från mottagningen eller efter att servicehändelsen i övrigt avslutas.

Remisser ska utan dröjsmål upprättas och sändas till platser för fortsatt vård. En remiss ska även i icke-brådskande fall sändas till platsen för fortsatt vård inom fem dygn efter att man konstaterat behovet att upprätta den.

Sammanfattningen av den vård som getts, inklusive anvisningar om fortsatt vård, ska i enlighet med patientens samtycke och utan dröjsmål sändas till patienten samt till platsen för fortsatt vård eller till en annan plats, om vilken det avtalats med patienten. Sammanfattningen ska även i icke-brådskande fall sändas inom fem dygn efter att vården avslutats.

Den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke som anslutit sig till den riksomfattande arkiveringstjänst som avses i 6 § 1 mom. i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården ska utgående från anteckningarna upprätta elektroniska journalhandlingar och lagra dem i arkiveringstjänsten inom den tid som anteckningarna i handlingarna ska göras.

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

9 §

Patientjournal

Verksamhetsenheterna för hälso- och sjukvård och de yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke ska föra en patientjournal över varje patient i fortlöpande och kronologisk form.

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

Upprättande i journalhandlingar

10 §

Basuppgifter som antecknas i journalhandlingarna

Patientjournalen ska innehålla följande basuppgifter:

- 1) patientens namn, födelsedatum, personbeteckning, hemkommun och kontaktinformation,
- 2) namnet på verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller på den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke,
- 3) namnet på den som gjort anteckningen samt dennes ställning och tidpunkten för när anteckningen gjordes,
- 4) i fråga om uppgifter som inkommit när och varifrån de kommit,
- 5) i fråga om en minderårig patient vårdnadshavarnas eller en annan laglig företrädares namn och kontaktinformation samt namnet på den lagliga företrädare som utsetts för en myndig patient och denna företrädares kontaktinformation.

Av journalhandlingarna ska vid behov även följande uppgifter framgå:

- 1) namnet på en nära anhörig eller någon annan kontaktperson som patienten uppgett samt eventuellt släktskapsförhållande och kontaktinformation,
- 2) patientens modersmål eller kontaktspråk,
- 3) patientens yrke,
- 4) det försäkringsbolag som patientens arbetsgivare anlitar om det kan vara fråga om arbetsolycksfall eller yrkessjukdom,
- 5) det försäkringsbolag som anlitas om det är möjligt att vården betalas av försäkringsbolaget,
- 6) patientens samtycke till att uppgifter lämnas ut.

Om den som gjort den tekniska registreringen av en anteckning som avses i 1 mom. 3 punkten är en annan person än den som svarar för anteckningens innehåll ska det av patientjournalen också framgå uppgifter om den som gjort den tekniska registreringen av anteckningen. Dessa uppgifter antecknas i den elektroniska patientjournalen direkt från patientdatasystemets användaruppgifter och tidpunkten för när anteckningen registrerades automatiskt från patientdatasystemet.

11 §

Centrala uppgifter om vården som antecknas i patientjournalen

I patientjournalen ska det göras anteckningar om patientens samtliga servicehändelser. Av uppgifterna om servicehändelserna ska i nödvändig omfattning framgå orsaken, förhandsuppgifter (anamnes), status, observationer, undersökningsresultat, problem, diagnos eller hälsorisk, slutsatser samt planering, genomförande och uppföljning av vården, sjukdomsförloppet samt ett slututlåtande.

12 §

Anteckningar om sjukdomsförloppet och genomförandet av vården

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

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

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

Uppgifter om proteser, implantat, tandfyllningsmaterial och andra material som permanent opererats in i patienten, ska antecknas i journalhandlingarna med en sådan noggrannhet att de kan identifieras senare.

Alla recept, läkarutlåtanden, sjukintyg, invaliditetsintyg och andra intyg samt rehabiliteringsplanen ska antecknas i patientjournalen enligt den tidpunkt då de utfärdats. I det elektroniska patientdatasystemet kan ovan nämnda anteckningar göras så att foga dem till servicehändelsen i fråga.

Om självbestämmanderätten för en patient begränsas med stöd av mentalvårdslagen (1116/1990), lagen om missbrukarvård (41/1986), lagen om smittsamma sjukdomar (1227/2016) eller någon annan lag, ska det göras en särskild anteckning om detta i journalhandlingarna, och av denna anteckning ska framgå orsaken till åtgärden, dess art och längd, en bedömning av hur åtgärden inverkar på vården av patienten samt namnet på den läkare som ordinerat åtgärden och de personer som vidtagit åtgärden.

13 §

Anteckningar om risker, skadliga verkningar av vård samt misstänkta skador

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

Uppgifter om sådana hälsorisker som en arbetstagare på grund av arbetet är utsatt för ska antecknas i eller fogas till företagshälsovårdens journalhandlingar gällande arbetstagaren.

I patientjournalen ska det antecknas uppgifter om konstaterade skadliga verkningar av undersöknings- och vårdåtgärder samt om vård som inte haft någon effekt.

Misstänkta patient-, apparat- eller läkemedelsskador ska antecknas detaljerat i patientjournalen så att det av anteckningarna framgår en beskrivning av skadan, en redogörelse för 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. Identifieringsuppgifter för läkemedel och apparater ska antecknas specificerat. Anteckningarna ska 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 ska det tillräckligt ofta göras anteckningar i kronologisk ordning om förändringar i patientens tillstånd, de undersökningar som gjorts och den vård som getts patienten. I anslutning till patientjournalen antecknas dessutom för varje vårdperiod dagligen observationer, vårdåtgärder och motsvarande omständigheter som gäller patientens tillstånd.

I journalhandlingarna för en långtidssjuk patient i sjukhusvård ska läkaren med minst tre månaders mellanrum från det att vårdperioden inletts göra ett uppföljningssammandrag oberoende av om väsentliga förändringar har inträffat i patientens tillstånd.

15 §

Anteckningar om konsultationer och vårdförhandlingar

Den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som bär ansvar för vården ska göra anteckningar i patientjournalen om sådana telefonförhandlingar som är av betydelse för patientens diagnos eller vård samt om andra liknande konsultationer och vårdförhandlingar. Av anteckningarna ska framgå tidpunkten för konsultationen eller förhandlingen, de personer som deltagit i behandlingen av ärendet samt de avgöranden som fattats och hur de verkställts.

Om en konsultation sker så att patienten kan identifieras, ska i de situationer som avses i 1 mom. även den som konsulterats göra anteckningar om sitt konsultationssvar i journalhandlingarna eller på annat sätt ha kvar uppgifter om svaret.

16 §

Anteckningar om akutvård och sjuktransport

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

17 §

Slututlåtande

Över varje vårdperiod på en avdelning eller institution ska avges ett slututlåtande. På motsvarande sätt ska ett slututlåtande upprättas för en sådan poliklinisk vårdperiod vid vars utgång vården upphör eller vårdansvaret överförs på en annan verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke, om det inte finns särskilda skäl att avvika från detta.

Slututlåtandet ska utöver sammanfattningar av den vård som getts innehålla klara och detaljerade anvisningar för uppföljningen av patienten och för den fortsatta vården. I slututlåtandet ska dessutom beskrivas eventuella avvikelser i patientens återhämtning efter en åtgärd och patientens tillstånd när servicehändelsen avslutas.

18 §

Anteckningar om informationen till patienten och ställningstaganden i fråga om vården

Om patienten i en situation som avses i 4 § 1 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter blir tvungen att vänta på vård, ska det i journalhandlingarna göras anteckningar om orsaken till dröjsmålet, om den tidpunkt som patienten meddelats att han eller hon får vård och om att de nämnda uppgifterna har meddelats patienten. I journalhandlingarna antecknas också om patienten har hänvisats till en annan vårdplats. Om den tidpunkt för vård som meddelats patienten ändras, ska det i journalhandlingarna föras in uppgifter om den nya tidpunkten och orsaken till ändringen samt uppgifter om att patienten har underrättats om ändringen.

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

Om patienten vägrar genomgå undersökning eller ta emot vård, ska 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, ska en tydlig anteckning om detta göras i journalhandlingarna och bekräftas av patienten eller en separat handling som uttrycker patientens vilja fogas till journalhandlingarna. I journalhandlingarna ska 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 det som i 20 § bestäms om rättelse av fel i journalhandlingar.

Om det för vården av patienten erhållits uppgifter med stöd av 13 § 3 mom. 3 punkten i lagen om patientens ställning och rättigheter, ska patienten underrättas om att uppgifterna lämnats ut, om patientens medvetlöshet eller någon annan därmed jämförbar orsak som avses i nämnda bestämmelse upphör. Av meddelandet ska framgå vilka uppgifter som lämnats ut samt grunden till och tidpunkten för utlämnandet. Uppgift om att patienten underrättats ska antecknas i journalhandlingarna.

19 §

Anteckningar om deltagande i vård i specialsituationer

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

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

20 §

Rättelse av anteckningar i journalhandlingar

Rättelse av anteckningar i journalhandlingarna ska göras så att den ursprungliga och den rättade anteckningen kan läsas senare. Namnet på den som har gjort en rättelse, dennes tjänsteställning samt datum för rättelsen och grunden för rättelsen ska antecknas i journalhandlingarna.

Om uppgifter som är onödiga med tanke på vården av en patient avlägsnas ur journalhandlingarna, ska det i handlingarna göras en anteckning om detta samt om vem som avlägsnat uppgifterna 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 - 4 mom. i lagen om patientens ställning och rättigheter ska det i journalhandlingarna göras anteckningar om vilka uppgifter som lämnats ut samt när och till vem uppgifterna har lämnats ut, vem som har lämnat ut uppgifterna samt huruvida utlämnandet har baserat sig på ett skriftligt, muntligt eller annars av sammanhanget framgående samtycke av patienten eller på lag. I journalhandlingarna görs också en anteckning om patientens viljeyttring genom vilken patienten har förbjudit att uppgifter lämnas ut.

På anteckningar om utlämnande av elektroniska journalhandlingar tillämpas dock 25 § 3 mom. i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården.

22 §

Ansvar för förvaring

För förvaringen av journalhandlingar och annat material som gäller vården ansvarar den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den självständiga yrkesutövare inom hälso- och sjukvården inom vars verksamhet handlingarna och materialet har uppkommit. Om en journalhandling är av sådan art att det skulle orsaka olägenhet för hälso- eller sjukvården av patienten om anteckningarna gjordes separat vid varje verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård, kan dock journalhandlingen, när ansvaret för vården av patienten överförs på en annan verksamhetsenhet, med samtycke av patienten eller dennes lagliga företrädare överföras i original till nämnda verksamhetsenhet. Vid verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård ska det dock finnas uppgifter om vart originalhandlingarna har överförts.

23 §

Förvaringstider för journalhandlingar och annat material som gäller vården och förstöring av dem

Journalhandlingar samt sådana prov och modeller av organ som uppkommer vid undersökning och vård och som innehåller biologiskt material ska förvaras åtminstone den tid som anges i bilagan till denna förordning. Bestämmelser om förvaringen av journalhandlingar, prov och modeller efter att förvaringstiden löpt ut finns i 12 § 2 mom. i 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 patientens vård, ska den verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård eller den självständiga yrkesutövare inom hälso- och sjukvården som ansvarar för ordnandet av vård se till att journalhandlingarna och det övriga material som avses ovan förstörs omedelbart på ett sådant sätt att utomstående inte får kännedom om dem.

Folkpensionsanstalten ska för egen del se till att de handlingar som lagrats i arkiveringstjänsten förstörs tekniskt efter att den förvaringstid som verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade person som självständigt utövar sitt yrke fastställt för journalhandlingarna löpt ut. Folkpensionsanstalten ska innan handlingarna förstörs informera de ovannämnda instanserna om saken.

24 §

Förvaring av logguppgifter

De i 25 § i lagen om elektronisk behandling av klientuppgifter inom social- och hälsovården avsedda logguppgifter som hänför sig till användningen och utlämnandet av elektroniska patientuppgifter ska förvaras så att de behåller sin integritet och oförvanskade form i minst 12 år efter att de uppstått.

Folkpensionsanstalten ska för egen del se till att de logguppgifter som lagrats i arkiveringstjänsten förstörs tekniskt efter att den förvaringstid som verksamhetsenheten för hälso- och sjukvård eller den yrkesutbildade person inom hälso- och sjukvården som självständigt utövar sitt yrke fastställt för dem löpt ut. Folkpensionsanstalten ska innan handlingarna förstörs informera de ovannämnda instanserna om saken.

Ikraftträdande

25 §

Ikraftträdande- och övergångsbestämmelser

Denna förordning träder i kraft den 1 februari 2022.

Genom denna förordning upphävs social- och hälsovårdsministeriets förordning av den 30 mars 2009 om upprättande av journalhandlingar samt om förvaring av dem och annat material som hänför sig till vård (298/2009).

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

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

Helsingfors den 24 januari 2022



Familje- och omsorgsminister Krista Kiuru



Specialsakkunnig Marja Penttilä