

Rakenteisen kirjaamisen ohjeistus toiminta- terapeuteille



Sisältö

Johdanto	3
Arkistointi	4
Kansalliset ohjeet	5
Kansalliset otsikot	7
Nimikkeistö	8
Kirjaamisrakenne	9
Oman kirjaamisen arviointi ja kehittäminen	12
Lähteet	14
Liitteet	15
Esim 1. Toimintaterapeutti on tehnyt toimintakyvyn arvioinnin. Kirjauksessa huomioidaan toimintakyky –tietomalli	16
Esim 2. Toimintaterapeutti on tehnyt toimintakyvyn arvioinnin. Kirjauksessa tuodaan esiin ICF-viitekehys.	17
Esim. 3. Toimintaterapeutti on toteuttanut kuntoutusprosessin	18
Esim.4. Toimintaterapeutin ja asiakkaan yksittäinen tapaaminen kuntoutusprosessissa	19
Kansalliset otsikot, sisällönkuvaukset ja toimintaterapianimikkeet	20
Koko merkinnän otsikot, joita voi täydentää nimikkeistön nimikkeillä	20
Koko merkinnän otsikot, joita ei täydennetä nimikkeistön nimikkeillä	22
Muut otsikot, joita voi täydentää nimikkeistön nimikkeillä	23
Otsikot, joita ei täydennetä nimikkeistön nimikkeillä	24

Johdanto

Tämä kirjaamisohje täydentää muita kansallisia potilaskertomuskirjaamisen ohjeita sekä lainsäädäntöä. Ohjeen tarkoitus on auttaa toimintaterapeutteja kirjaamaan rakenteellisesti ja kansallisten ohjeiden mukaisesti potilastietojärjestelmään tai vastaamaan toimeksiantajan (palvelun ostaja) pyyntöön. Tämä kirjaamisohje on kirjausten rakenteelle yleisohje, jonka periaatteita sovelletaan potilastietojärjestelmän rakenteen mahdollistamalla tavalla ja myös silloin, kun kirjaajalla ei ole sähköistä potilastietojärjestelmää. Ohje perustuu Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen oppaaseen (THL 2018) sekä Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöjen käyttöä ja yhdenmukaista kirjaamista tukevia ohjeita -julkaisuun (Suomen Kuntaliitto 2018). Ohje on tiivis kokonaisuus, johon olen nostanut esiin vain keskeisimmät ja konkreettiset kirjaamista tukevat asiat em. kansallisista ohjeista.

Kansaneläkelaitoksella (Kela) on oma ohjeistuksensa terapiapalautteiden kirjaamiseen. Sähköinen potilastietojärjestelmä ja liittyminen Kanta-arkis-

toon ovat kuitenkin suositeltavia toimenpiteitä myös Kelalle palveluja tuottaville yrittäjille ja ammatinharjoittajille.

Virpi Aralinna

Erikoistoimintaterapeutti, TtM

Rakenteisen kirjaamisen asiantuntija

Suomen Toimintaterapeuttiliitto –

Finlands Ergoterapeuttförbund



Arkistointi

Kanta-arkistossa toimintaterapeuttien kirjaukset näkyvät samoin periaattein kuin muillakin terveydenhuollon ammattilaisilla. Laajin potilastietorekisteri on kuitenkin kirjaajan oman organisaation rekisteri, josta osa tiedoista siirtyy Kanta-arkistoon. Kanta-arkiston dokumenteista osa näkyy asiakkaalle Omakanta -arkiston kautta.

Toimintaterapeuttien avohoidon kaikki kirjaukset näkyvät asiakkaalle Omakannan kautta. Sairaala-



jakson aikaisista kirjauksista Omakannassa eivät näy Päivittäismerkintä -otsikolla olevat kirjaukset, mutta muut näkyvät. Sairaalajakson aikaisten kirjausten näkyvyydessä Omakannassa voi olla organisaatiokohtaisia eroja. Erikoissairaanhoidossa Psykiatria (PSY) ja Perinnöllisyyslääketieteen (GEN) näkymien kirjaukset ovat edelleen tietosuojaltaan erityyssuojattuja. Toimintaterapeutti kirjaa pääsääntöisesti Toimintaterapianäkymälle (TOI) asiakasryhmästä

riippumatta, jolloin kirjaukset näkyvät asiakkaalle Omakannassa. Kirjauksia, mitkä näkyvät Omakannassa voi kirjaaja viivästyä tai estää kokonaan näkymästä. Tähän liittyvä ohjeistus on potilastieto- tai asiakastietojärjestelmäkohtaista. Kaikissa käytössä olevissa tietojärjestelmissä ei ole käsitettä näkymä, jolla tarkoitetaan paikkaa mihin toimintaterapeutti kertomustekstinsä tuottaa.

Työskennellessään sosiaalihuollossa tai kouluterveydenhuollossa on toimintaterapiaa tekevä toimintaterapeutti terveydenhuollon ammattilainen, jolle nämä ohjeet on myös suunnattu.



Kansalliset ohjeet



Kansallisten potilaskertomuskirjaamisen ohjeiden lähtökohta on lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö (STM), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Kuntaliitto ohjeistavat kirjaamista sekä yleisellä tasolla että rakenteisen potilaskertomuskirjaamisen osalta. THL:n Koodistopalvelu ylläpitää rakenteisen kirjaamisen koodistoja ja luokituksia. Kanta-arkisto on Kelan ylläpitämä rekisteri, mutta rakenteisuuden sisällön tuottajia ovat THL, Suomen Kuntaliitto ja ammattialojen asiantuntijat.

Keskeinen asiakirja on Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas. Oppaan osa 1 on päivitetty vuonna 2018 ja kakkososa julkaistaan osa kerrallaan. Siihen on tulossa ykkösosaa täydentämään tarkennuksia sekä kuntoutuksen että toimintakyvyn kirjaamisesta. Rakenteisuudella tarkoitetaan tietojärjestelmän tukemaa kirjaamista, koodistojen ja luokitusten käyttöä eli vakioitua kirjaamista. Sen tavoitteena on yhdenmukainen kirjaaminen ja kirjaamisvirheiden väheneminen sekä tiedon käsittelyn mahdollisuus. Tiedon haku tutkimukseen, kliinisen päätöksenteon tuki, tekoäly ja tietojohdaminen edellyttävät rakenteista kirjaamista. Sähköisen potilaskertomuskirjaamisen lähtökohta on hyödyntää tietotekniikkaa ja siten vähentää moninkertaista kirjaamista ja kirjaamiseen käytettävää aikaa.

Potilasasiakirja-asetuksen mukaan käynti tulee olla kirjattuna 5 päivän sisällä asiakkaan käynnistä tai palvelun päättymisestä. Dokumentaatio on toimitettava viipymättä jakelun mukaan eteenpäin.

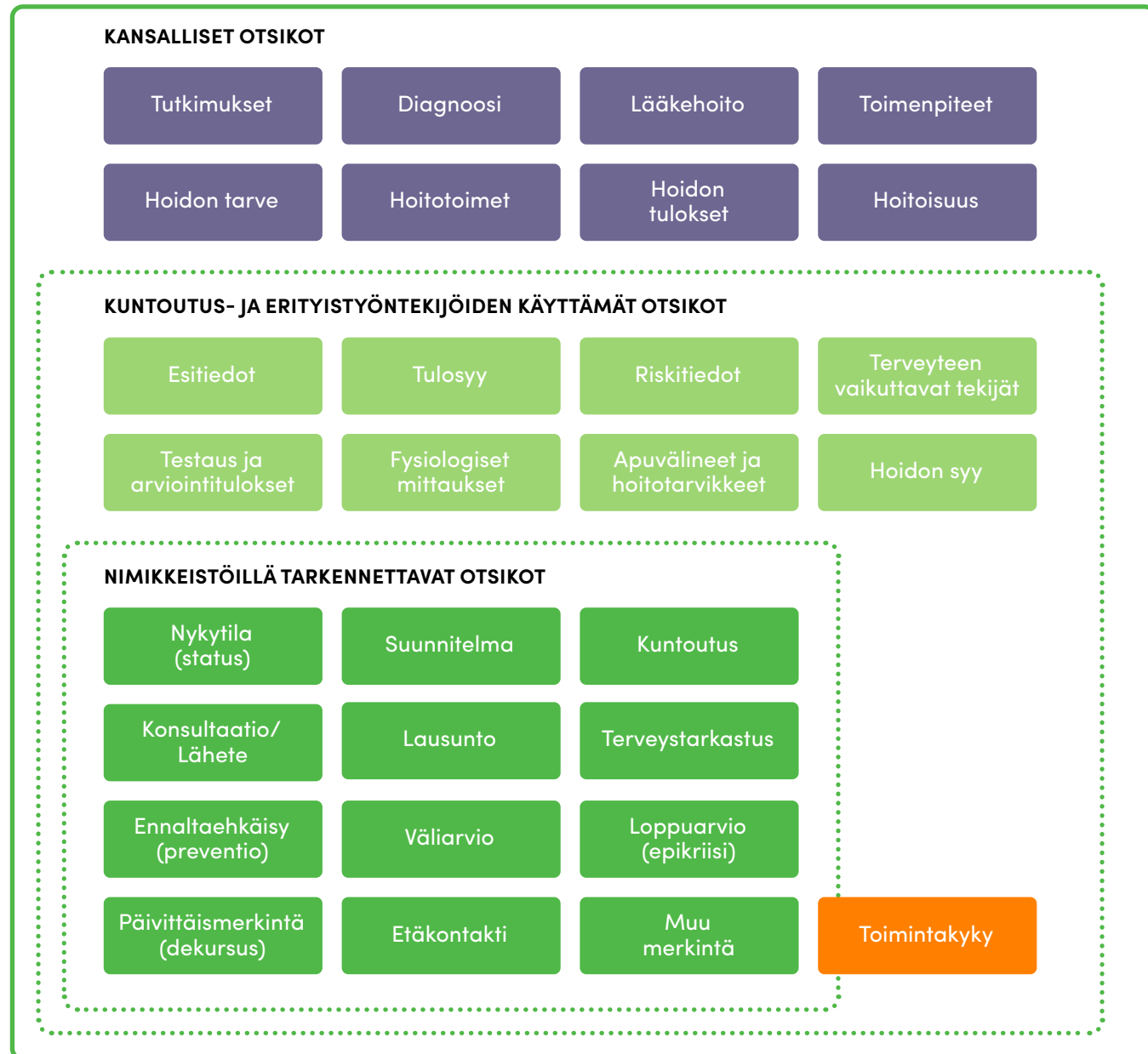
Kuntaliiton NIKO-työryhmä (Nimikkeistöjä ja niiden käyttöä koordinoiva työryhmä) on laatinut kansalliset kirjaamisohjeet (NIKO-ohje) kuntoutus- ja erityistyöntekijöille. Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden kirjaamisohjeessa keskeistä on kansallisten ohjeiden ja nimikkeistön nimikkeiden yhteiskäyttö (kuva 1).

Sähköisen potilaskertomuskirjaamisen perusteet.

1. Kirjaa tieto vain yhden kerran. Jos asiakasta koskeva tieto on sinun tai jonkun toisen ammattilaisen toimesta jo kirjattu potilaskertomukseen, älä toista tietoa, kirjaa vain se mitä edelliseen on lisättävää.
2. Kirjaa rakenteisesti jäsentäen tekstiäsi kansallisilla otsikoilla ja nimikkeistön nimikkeillä.
3. Vakioi narratiivista tekstiä luomalla fraaseja ja mallikirjauksia. Tällä tavalla säästät kirjaamiseen käytettävää aikaa ja vahvistat tiedon hakua ja tiedon yhdenmukaisuutta.



Kuva 1. Kansalliset otsikot ja nimikkeistöillä tarkentaminen. Lähde: Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöjen käyttöä ja yhdenmukaista kirjaamista tukevia ohjeita 2018.



Kansalliset otsikot

Kansalliset otsikot ovat valtakunnallisesti yhtenäisiä ja kaikille terveydenhuollon toimijoille tarkoitettuja kirjaamisen rakenteisuutta ja jäsenystä helpottavia kuvauksia tietyille potilaskertomuksen asiasisällöille. Kaikki kansalliset otsikot ovat kaikkien potilaskertomukseen kirjaavien käytössä. Kansalliset otsikot ovat sisällöltään osin päällekkäisiä. Osa kansallisista otsikoista käytetään ilman toimintaterapianimikkeistön nimikkeitä ja osaa nimikkeiden kanssa.

Kansallisten otsikoiden lisäksi voi olla organisaation omia otsikoita, jotka Kanta-arkistoon siirrettäessä liitetään johonkin kansallisista otsikoista. Kansallisten otsikoiden sisällöt on kuvattu Koodistopalvelussa, jossa on viimeisin sisällön kuvaus. Lisäksi niitä esitellään Rakenteisen kirjaamisen oppaassa.

Potilastietojärjestelmässä kansalliset otsikot on liitetty asiakasprosessin eri vaiheisiin: tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus, hoidon arviointi ja määrittämätön. Mikäli tietojärjestelmässä tätä ei ole automatisoitu, täytyy kirjaajan valita sopiva asiakasprosessin vaihe ennen muun sisällön tuottamista.



Nimikkeistö

Toimintaterapianimikkeistö on toimintaterapeutin työn toimenpideluokitus, joka jakaantuu kliinisiin nimikkeisiin, joita käytetään potilaskertomuskirjaamisessa, ja hallinnollisiin nimikkeisiin, joita voi käyttää esim. oman työn kuvaamiseen ja tilastointiin (kuva 2).

Rakenteisen kirjaamisen oppaassa esitetään, että Toimintakyky -kansallisen otsikon alle tiedot kirjataan käyttäen ICF- viitekehystä. ICF kuvaa asiakkaan toimintakykyä juuri arvioinnin hetkellä ja ajankohtana. Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden kirjaamisohjeessa Toimintakyky -otsikon alle kuvataan arvio toimintakyvystä tai jostain sen osa-alueesta, mutta sen alle ei kirjata kuntoutusinterventioita. Edellä mainitun ohjeen mukaan Toimintakyky -otsikon kanssa käytettäviä nimikkeitä ovat RT1 -luokan, Arvio asiakkaan toiminnallisuudesta, nimikkeet. Toistaiseksi toimintakyvyn kuvaus on vapaata tekstiä, jota jäsennetään lisäotsikoilla (nimikkeet) ja fraaseilla tai mallikirjauksilla. THL on luomassa toimintakyky-tietomallia, joka tulee muuttamaan toimintakyvyn kirjaamista siinä vaiheessa, kun tietomalli on valmis ja potilastietojärjestelmät ottavat sen tietojärjestelmäänsä. Toimintakykytietomallissa toimintakyvyn kuvaamisessa kirjataan aina aihe eli mitä toimintakyvyn osa-aluetta kuvataan, käytetty mittari (havainto, testi, arviointimenetelmä), saatu tulos sekä tiedon lähde eli onko (asiantuntija, asiakas, läheinen ym.). (<https://thl.fi/fi/web/toimintakyky>)

Kuva 2. Kliiniset ja hallinnolliset toimintaterapianimikkeet.
Lähde: Toimintaterapianimikkeistö 2017

Kliiniset nimikkeet

- RT1 – RT3
- RT443 Toimintaterapeutin lausunto
- RT490 Muu asiakastyö

Hallinnolliset nimikkeet

- RT410 Tiedon hankinta
- RT420 Yhteistyö asiakkaan, hänen omaistensa kanssa
- RT421 Yhteistyöneuvotteluihin osallistuminen
- RT422 Kuntoutusyhteistyöhön osallistuminen
- RT430 Toimintaterapeutin konsultaativastaus
- RT440 Dokumentointi
- RT441 Kirjaaminen
- RT442 Videointi, valokuvaus
- RT5 – RT9



Kirjaamis- rakenne

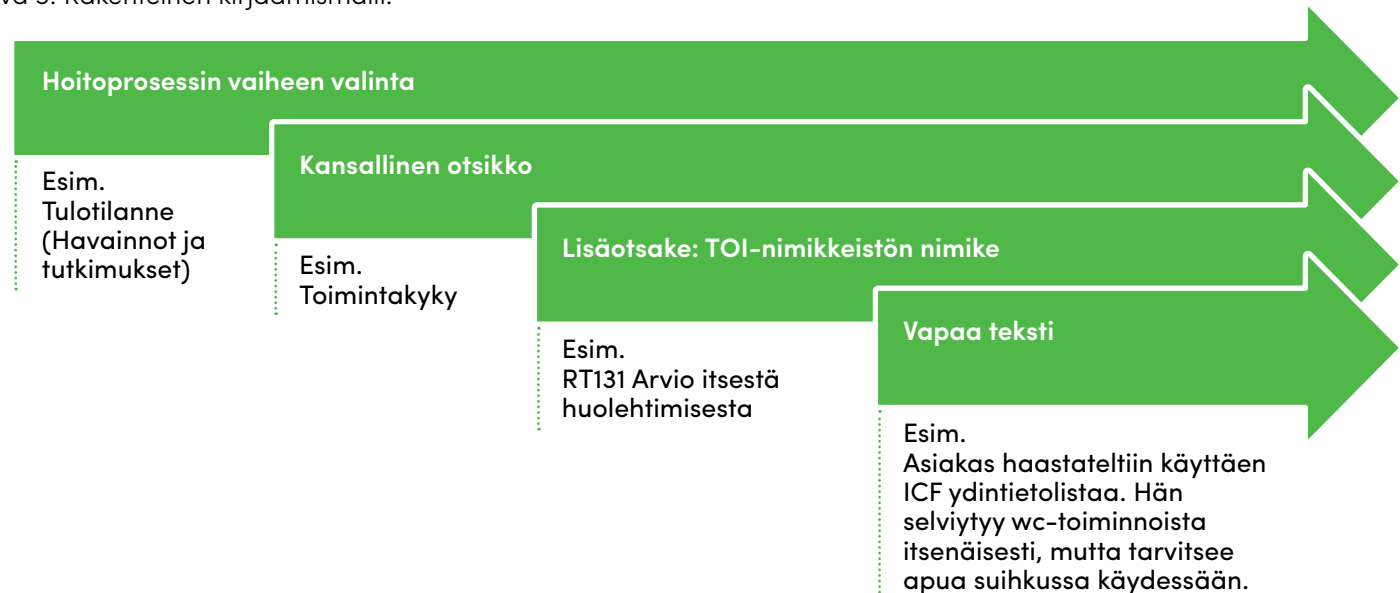
Toimintaterapeutin käyttämä ammatillinen näkymä on TOI. Yksityissektorilla käytössä olevissa potilastietojärjestelmissä ei aina tunneta käsitettä näkymä, joka tarkoittaa tietojärjestelmässä olevaa kirjaamisalustaa. Työskennellessään kuntoutusosastolla tai kuntoutustutkimuspoliklinikalla on kaikille ammattiryhmille yhteinen päänäkymä KUN (Kuntoutus) ja toimintaterapeutti voi käyttää lisänäkymänä TOI-näkymää. Työterveyshuollossa työskentelevillä on päänäkymä TYÖ, jonka lisäksi voi käyttää lisänä-

kymää. Apuvälinekeskuksessa työskentelevät apuvälinealan asiantuntijat käyttävät myös KUN-näkymää, mikäli ei organisaatiossa ole käytössä erillistä APUV-näkymää.

Perusterveydenhuollossa voi käyttää YLE näkymää, jos ammatillista näkymää ei ole.

Kirjaamisen rakenteisuus noudattaa kuvan numero 3 mukaista rakennetta.

Kuva 3. Rakenteinen kirjaamismalli.





Kansallisista otsikoista osa on koko merkinnän otsikoita (kuva 4). Kun dokumentoidessa käytetään näitä otsikoita, kirjataan koko merkinnän otsikko aina ensimmäiseksi. Kuvassa 4 ylärivillä olevia otsikoita voidaan täydentää Toimintaterapianimikkeistön nimikkeillä, mutta alarivin otsikoiden alle kirjataan yleensä lyhyitä tekstejä, joita ei ole tarpeen jäsentää lisäotsikoilla.

Hoidon syy (käyntisyys) tulee kirjata joka vastaanottokäynnin yhteydessä. Vuodeosastolla riittää, kun hoidon syy kirjataan ensimmäisen ja viimeisen vastaanoton yhteydessä. Mikäli asiakkaalla on jo diagnoosi, jonka vuoksi on toimintaterapeutin vastaanotolla, voi toimintaterapeutti käyttää hoidon syynä diagnoosia. Perusterveydenhuollossa hoidon syy kirjataan ICPC-koodien avulla. Huom. tulosyys on asiakkaan ilmoittama syy vastaanotolle, sen kirjaaminen ei ole pakollista. Yksityissektorilla käytössä olevissa potilastietojärjestelmissä tulisi myös olla

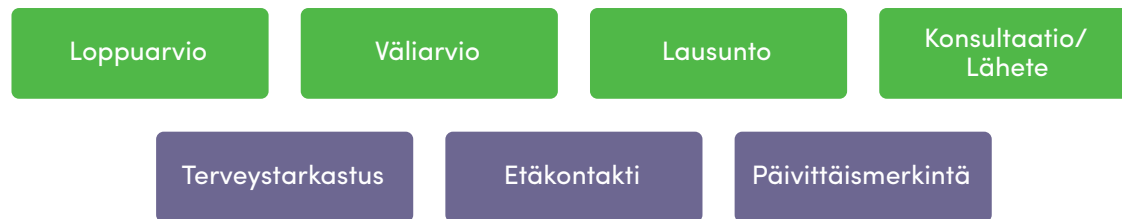
ICD10 ja ICPC -luokitukset kirjaajalle valikkona.

Kokomerkinnän otsikoiden lisäksi kansalliset otsikot voidaan jaotella hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti (kuva 5). Osaa niistä voidaan täydentää lisäotsikoilla eli toimintaterapianimikkeistön nimikkeillä (keskirivin laatikot kuvassa) ja osan kanssa nimikkeitä ei käytetä (alarivin laatikot kuvassa).

Jos asiakaskontaktissa tulee esiin asiakkaaseen liittyviä riskitekijöitä, esim. allergioita tai käyttäytymiseen liittyviä riskejä, kirjataan riskitiedot rakenteellisesti joko kansallisen otsikon Riskitiedot alle tai potilaskertomuksessa olevaan valmiiseen tietorakenteeseen.

Kirjaamisesimerkit (liitteet 1–4) ovat yleisesimerkkejä kirjausten rakenteesta ja niitä voi käyttää fraasilistana tai mallipohjana omalle dokumentoinnille. Eri asiakasryhmien toimintaterapiaa dokumentoitaessa painottuvat nimikkeistöstä eri nimikkeet. Tehdyt

Kuva 4. Koko merkinnän otsikot jaotellen toimintaterapianimikkeillä (lisäotsikko) täydennettäviin (yläriivi) ja ei toimintaterapianimikkeillä täydennettäviin (alarivi).



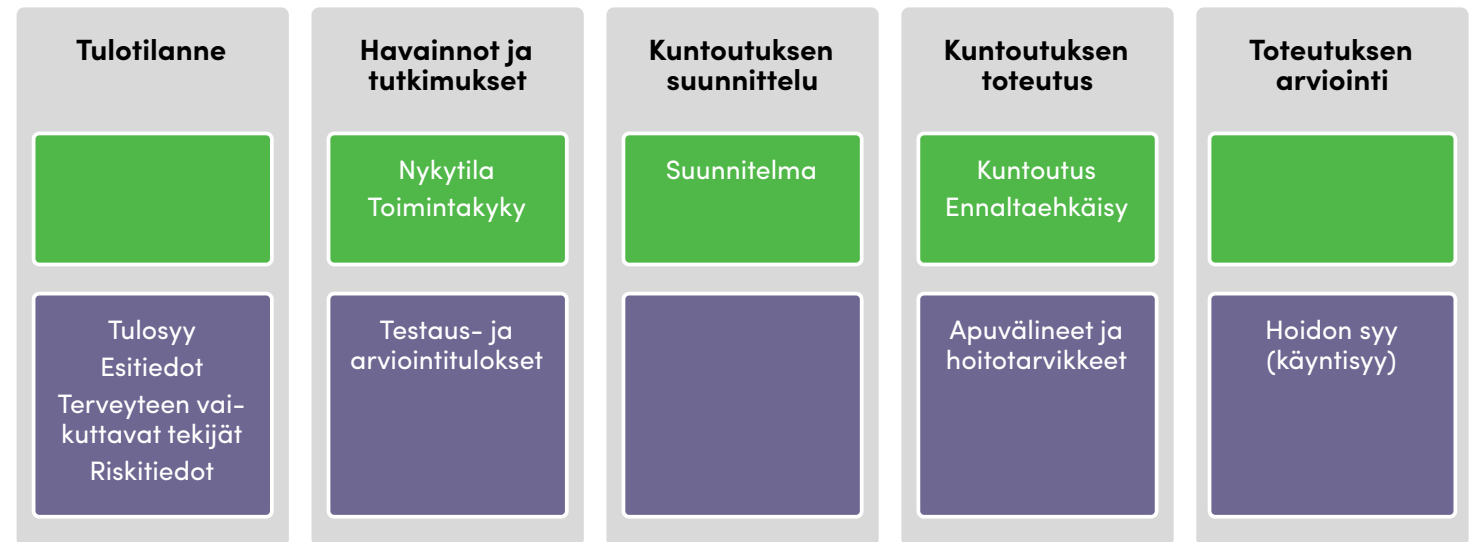


kirjaamisesimerkit eivät ole tehty tiettyä asiakasryhmää silmällä pitäen. Esimerkit ovat riippumattomia potilastietojärjestelmästä eivätkä ota huomioon potilastietojärjestelmän tuottamia mahdollisia metatietoja (esim. päiväys, nimi yms.). Oman kirjaamisen vakiointi laatimalla fraaseja palveluprosesseista, käytössä olevista arviointi- ja tutkimusmenetelmistä jne. nopeuttaa kirjaamista. Fraaseja ja mallikirjauksia kannattaa tehdä yhteiseen käyttöön oman

organisaation sisälle, jolloin viestintä muille ammattilaisille on myös selkeämpää.

Liitteessä 5 on kuvattu kansallisten otsikoiden sisällöt ja niihin sopivat Toimintaterapianimikkeistön nimikkeet sekä yhteiskäytössä huomioitavat asiat. Kansalliset otsikot eivät ole kaikilta sisällöiltään toisensa poissulkevia, joten nimikkeistöäkin voi käyttää eri tavoin.

Kuva 5. Muut kuin kokomerkin otsikot hoitoprosessin (ylärivi) eri vaiheissa jaotellen nimikkeillä (lisäotsikko) täydennettäviin (keskirivi) ja ei nimikkeillä täydennettäviin (alarivi).



Oman kirjaamisen arviointi ja kehittäminen



STM on vuonna 2012 julkaissut oppaan, Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuololle, jossa tuodaan esiin sekä eettisiä näkökulmia että kirjaamisen laadullista, lainmukaista ja teknistä sisältöä. Hyviä perusteesejä ovat selkeys, ymmärrettävyys, konkreettisuus, eettisyys (kirjaa toista ihmistä kunnioittaen, ei arkaluontoisia tietoja, jotka eivät ole kuntoutuksen kannalta keskeisiä) sekä viestin jäsenitys ja tietojen tarpeenmukaisuus asiakkaan toimintakyvyn ja kuntoutumisen edistämiseksi. Toisen henkilön kuin asiakkaan tietoja kirjataan vain sen verran kuin asiakkaan kuntoutumisen näkökulmasta on olennaista. Toista henkilöä koskevat tiedot kirjataan ERAS -näkymlle, eikä asiakas saa niitä nähtäväkseen.

Haluaisinko itsestäni kirjoitettavan näin?

Kuinka kauan tämä tieto on olennaista, kuukauden, vuoden, vielä kymmenen vuoden päästä?

Miten kirjaukseni edistää asiakkaani toimintakyvyn selvittämistä, kuntoutustavoitteiden asettamista ja kuntoutumista?

Käynnin luonne voi olla lyhyt asian hoitaminen, osa terapiaprosessia, palvelun aloittaminen, lopettaminen tai jotain muuta. Käynnin luonne määrittää dokumentaatioissa tarvittavan sisällön tuotantoa. STM:n oppaassa ja rakenteisen kirjaamisen oppaassa nostetaan esiin asiakkaan oman näkemyksen

kirjaaminen erillään toimintaterapeutin näkemyksestä sekä suunnitelman, tavoitteiden ja toimenpiteiden kuvaus toteutuneella aikajänteellä. Pyrkimys ydinasioiden löytämiseen lyhentää tekstien pituutta ja kirjaamisaikaa. Viestinnällisesti dokumentaatio on selkeä jäsenitys ei edellytä kirjaamista samassa järjestyksessä, missä asiakasvastaanotto tai kuntoutusprosessi on edennyt.

Asiakkaan ilmaisema näkemys ja kokemus sekä mahdolliset kuntoutumisen tavoitteet kirjataan potilaskertomukseen siten, että asiakas mainitaan tiedonlähteenä. Omien havaintojensa ja johtopäätöstensä tueksi toimintaterapeutti voi käyttää nimikkeistöä. Kun on kyse palveluprosessista, ei vain yksittäisestä vastaanotosta, kirjataan toteutussuunnitelma tavoitteineen ja sopimuksineen siitä, kuka tekee, mitä asioita ja milloin. Kun kuntoutusprosessin tavoitteet kirjataan mahdollisimman konkreettiseksi, on sekä asiakkaan että toimintaterapeutin helpompi arvioida edistymistä niiden suuntaisesti. Potilaskertomusdokumentaatio on tiedonvälitystä ja viestintää sekä ammattilaisten kesken että asiakkaan ja toimintaterapeutin välillä. Kysymys tiedon olennaisuudesta voi eri näkökulmista arvioituna olla erilainen. Samoin kysymys tiedon merkittävydestä pitkällä aikavälillä ja toisaalta toimintaterapeutin tarve kirjata esim. pitkissä asiakasprosesseissa muistiin terapiakäyntien sisältöjä. Palautetta omiin kirjauksiin kannattaa pyytää niin kollegoilta, muilta ammattilaisilta, palvelun ostajilta kuin asiakkailtakin.

Ohessa yksi malli kirjausten arviointiin yksin tai yhdessä muiden kanssa.

ARVIOITAVA ASIA	HYVÄ/ KYLLÄ	OSITTAIN	KORJATTA- VAA/EI	KORJausehdotus
Luettavuus, jäsentely				
Ymmärrettävyys, viestisisältö, konkreettisuus				
Suunnitelma kirjattu				
Terapeutin tavoitteet kirjattu				
Asiakkaan tavoitteet kirjattu				
Asiakkaan toiminta kuvattu				
Tiedon lähde kirjattuna				
Käytetyt työmenetelmät kuvattu				
Muutos asiakkaan toimintakyvyssä kuvattu (terapia)				
Johtopäätökset suhteessa tavoitteisiin kirjattu				
Kirjaamisohjeen mukainen rakenne				
Kirjaamisohjeen mukaan kansalliset otsikot ja nimikkeet				
Muut havainnot:				

Lähteet

1. Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1, versio 2018. Sivulla: THL:n rakenteinen kirjaaminen, <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/ohjeet-ja-soveltaminen/rakenteinen-kirjaaminen-sosiaali-ja-terveydenhuollossa/terveydenhuollon-rakenteinen-kirjaaminen>
2. Toimintaterapianimikkeistö 2017. Sivulla Kuntaliitto, Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistö, <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/kuntoutus-ja-erityistyontekijoiden-nimikkeistot>
3. Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistöjen käyttöä ja yhdenmukaista kirjaamista tukevia ohjeita 2018. Sivulla Kuntaliitto, Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden nimikkeistö, <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/kuntoutus-ja-erityistyontekijoiden-nimikkeistot>
4. Kanta-palvelut. Kansaneläkelaitos. <https://www.kanta.fi/ammattilaiset>
5. Sosiaalihuollon Kanta-palvelut. Sivulla, THL, <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kanta-palvelut/sosiaalihuollon-kanta-palvelut>
6. ICPC-luokitus. Kuntaliitto. <https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/icpc-2-perusterveydenhuollon-kansainvalinen-luokitus>
7. Koodistopalvelu. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/koodistopalvelu>
8. Sosiaali- ja terveysministeriö (2012). Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. Helsinki. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/72897>
9. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>
10. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista, <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>
11. Toimintakyky. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://thl.fi/fi/web/toimintakyky>



Liitteet

Esimerkit

- Esim 1. Toimintaterapeutti on tehnyt toimintakyvyn arvioinnin. Kirjauksessa huomioidaan toimintakyky –tietomalli
- Esim 2. Toimintaterapeutti on tehnyt toimintakyvyn arvioinnin. Kirjauksessa tuodaan esiin ICF-viitekehys.
- Esim. 3. Toimintaterapeutti on toteuttanut kuntoutusprosessin
- Esim.4. Toimintaterapeutin ja asiakkaan yksittäinen tapaaminen kuntoutusprosessissa

Kansalliset otsikot, sisällönkuvaukset ja toimintaterapianimikkeet

- Koko merkinnän otsikot, joita voi täydentää nimikkeistön nimikkeillä
- Koko merkinnän otsikot, joita ei täydennetä nimikkeistön nimikkeillä
- Muut otsikot, joita voi täydentää nimikkeistön nimikkeillä
- Otsikot, joita ei täydennetä nimikkeistön nimikkeillä

Esim. 1. Toimintaterapeutti on tehnyt toimintakyvyn arvioinnin. Kirjauksessa huomioidaan toimintakykytiedon rakenteisen kirjaamisen keskeiset periaatteet.

- **Pvm.** (yleensä potilastietojärjestelmä tuottaa tämän)
- **Hoitoprosessin vaihe** (suurin osa tietojärjestelmistä hakee tämän automaattisesti)
- **Loppuarvio** (koko merkinnän otsikko, johtopäätökset arvioinnin tuloksista)
 - RT 180 Yhteenvedo toiminnallisuuden arviosta ja suositukset
 - Narratiivinen teksti: Montako kertaa, millä aikavälillä on tavattu, missä arviointi on tehty ja ketä siihen osallistui.
 - Narratiivinen teksti: Yhteenvedo arvioinnista on toimintaterapeutin ja asiakkaan näkemys asiakkaan toiminnallisuudesta tai siinä tapahtuneista muutoksista arvioinnin perusteella.
 - Narratiivinen teksti: Suositellaanko jotain kuntoutusta tai muuta palvelua. Kirjaa asiakkaan kanssa yhdessä sovitut toiminnalliset tavoitteet.
- **Suunnitelma** (miten tästä edetään konkreettisesti, jatkokuntoutuksen suositukset)
 - RT210 Suunnitelma toiminnallisuuden edistämiseksi
- **Hoidon syy** (käynnin syy, ammattilaisen näkemys)
 - ICPC- tai ICD-luokituksesta tieto
- **Tulosyy** (vapaa teksti; asiakkaan näkemys)
- **Esitiedot**
 - Viittaukset aiemmin kirjattuihin potilaskertomuksen tietoihin
- **Nykytila** (uusien tietojen kirjaus, voi myös viitata aiemmin kirjoitettuihin teksteihin)
 - RT120 Selvitys elämäntilanteesta
- **Toimintakyky** (arvioinnin keinot ja tulokset, kuvaa asiakkaan arvioinnin aikaista toimintaa ja sen aikana suoritettuja tehtäviä; kuvaa asiakkaan toiminnan laadun ja asiakkaan oman kokemuksen välistä eroavuutta)
 - Esim. RT131 Arvio itsestä huolehtimisesta (aihe)
 - Whodas 2.0, itsearviointi (väline)
 - Peseytyminen ja pukeutuminen kohtalaisen vaikeaa, syöminen ei lainkaan vaikeaa, olla yksin muutaman päivän hieman vaikeaa. Pisteet x/y. (tulos)
 - Esim. RT132 Arvio asioimisesta ja kotielämän toiminnoista
 - AMPS (väline)
 - Aterian valmistaminen onnistui osin itsenäisesti ja osin ohjattuna. Muisti- ja orientaatiovaikeudet aiheuttivat toiminnan keskeytymistä. Pisteet x/y (tulos)
 - Esim. RT161 Arvio motorisista valmiuksista (aihe)
 - Puristusvoimamittari (väline)
 - 12/20 kg suhteutettuna ikätasoon (tulos)
 - Esim. RT146 Arvio sosiaalisessa ympäristössä toimimisesta (aihe)
 - Whodas 2.0 (väline)
 - Osallistuminen perhejuhliin on huomattavan vaikeaa, kun ei ole kulkuvälinettä.
 - Ym. nimikkeet luokasta RT1
- **Testaus- ja arviointitulokset** (tätä voi käyttää tarvittaessa tai haluttaessa korostaa pisteytettävien testien näkyvyyttä tekstissä)
 - Ei RT-koodia, testausdata, viitearvot / asiakkaan saamat arvot
- **Kuntoutus**
 - Esim. RT370 Neuvonta ja ohjaus palveluiden käyttämisessä
 - Asiakas ohjattiin muistiryhmään.
- **Muu merkintä** (esim. jakelu)
- **Allekirjoitus** (yleensä potilastietojärjestelmä tuottaa tämän)

Esim. 2.Toimintaterapeutti on tehnyt toimintakyvyn arvioinnin. Kirjauksessa tuodaan esiin ICF-viitekehys.

- **Pvm.** (yleensä potilastietojärjestelmä tuottaa tämän)
- **Hoitoprosessin vaihe** (suurin osa tietojärjestelmistä hakee tämän automaattisesti)
- **Loppuarvio** (koko merkinnän otsikko, johtopäätökset arvioinnin tuloksista)
 - RT 180 Yhteenvedo toiminnallisuuden arviosta ja suositukset
 - **Narratiivinen teksti:** Montako kertaa, millä aikavälillä on tavattu, missä arviointi on tehty ja ketä siihen on osallistunut
 - **Narratiivinen teksti:** Yhteenvedo arvioinnista on toimintaterapeutin ja asiakkaan näkemys asiakkaan toiminnallisuudesta tai siinä tapahtuneista muutoksista arvioinnin perusteella.
 - **Narratiivinen teksti:** Suositellaanko jotain kuntoutusta tai muuta palvelua. Kirjaa asiakkaan kanssa yhdessä sovitut toiminnalliset tavoitteet.
- **Suunnitelma** (miten tästä edetään konkreettisesti, jatkokuntoutuksen suositukset)
 - RT210 Suunnitelma toiminnallisuuden edistämiseksi
- **Hoidon syy** (käynnin syy, ammattilaisen näkemys)
 - ICPC- tai ICD-luokituksesta tieto
- **Tulosyy** (vapaa teksti; asiakkaan näkemys)
- **Esitiedot**
 - Viittaukset aiemmin kirjattuihin potilaskertomuksen tietoihin
- **Nykytila** (uusien tietojen kirjaus, voi myös viitata aiemmin kirjoitettuihin teksteihin)
 - RT120 Selvitys elämäntilanteesta
- **Toimintakyky** (arvioinnin keinot ja tulokset, kuvaa asiakkaan arvioinnin aikaista toimintaa sen aikana suoritettuja tehtäviä; kuvaa asiakkaan toiminnan laadun ja asiakkaan oman kokemuksen välistä eroavuutta)
 - Esim. toimintakyvyn arvioinnissa käytettiin Whodas 2.0- ja AMPS-mittareita.
 - Osallistuminen
 - Esim. RT131 Arvio itsestä huolehtimisesta
 - **Narratiivinen teksti:** Asiakas pystyy pukeutumaan itsenäisesti. Peseytymisessä ja ruoanvalmistuksessa hän tarvitsee apua.
 - Suoritukset
 - Esim. RT152 Arvio prosessitaidoista
 - **Narratiivinen teksti:** Asiakkaan toiminta keittiössä keskeytyy, kun hän unohtaa, mitä on tekemässä. Keittolevy unohtuu laittaa päälle.
 - Ympäristö
 - Esim. RT145 Arvio fyysisessä ympäristössä toimimisesta
 - **Narratiivinen teksti:** Asiakkaan koti saadaan huonekalujen paikkaa muuttamalla esteettömäksi.
 - Ruumiin ja kehon rakenteet
 - Esim. RT161 Arvio sensorisista valmiuksista
 - **Narratiivinen teksti:** Asiakas ei tunnistanut kattilan kuumuutta.
- **Testaus- ja arviointitulokset** (tätä voi käyttää tarvittaessa tai haluttaessa korostaa pisteytettävien testien näkyvyyttä tekstissä)
 - Ei RT-koodia, testausdata, viitearvot / asiakkaan saamat arvot
- **Kuntoutus**
 - Esim. RT370 Neuvonta ja ohjaus palveluiden käyttämisessä
 - **Asiakas ohjattiin muistiryhmään.**
- **Muu merkintä** (esim. jakelu)
- **Allekirjoitus** (yleensä potilastietojärjestelmä tuottaa tämän)

Esim. 3. Toimintaterapeutti on toteuttanut kuntoutusprosessin.

- **Pvm.** (yleensä potilastietojärjestelmä tuottaa tämän)
- **Hoitoprosessin vaihe** (suurin osa tietojärjestelmistä hakee tämän automaattisesti)
- **Loppuarvio** (koko merkinnän otsikko, johtopäätökset arvioinnin tuloksista)
 - RT 180 Yhteenvedo toiminnallisuuden arviosta ja suositukset
 - **Narratiivinen teksti:** Montako kertaa, millä aikavälillä on tavattu, missä arviointi on tehty ja ketä siihen on osallistunut
 - **Narratiivinen teksti:** Yhteenvedo arvioinnista on toimintaterapeutin ja asiakkaan näkemys asiakkaan toiminnallisuudesta tai siinä tapahtuneista muutoksista arvioinnin perusteella.
 - **Narratiivinen teksti:** Suositellaanko jotain kuntoutusta tai muuta palvelua. Kirjaa asiakkaan kanssa yhdessä sovitut toiminnalliset tavoitteet
- **Suunnitelma** (miten tästä edetään konkreettisesti, jatkokuntoutuksen suositukset)
 - RT210 Suunnitelma toiminnallisuuden edistämiseksi
- **Hoidon syy** (käynnin syy, ammattilaisen näkemys)
 - ICPC- tai ICD-luokituksesta tieto
- **Tulosyy** (vapaa teksti; asiakkaan näkemys)
- **Kuntoutus** (mitä on tehty, toiminnot, yhteistyö verkostossa)
 - Esim. RT231 Itsestä huolehtimisen edistäminen
 - **Asiakkaan kanssa on harjoiteltu pukeutumista apuvälineiden avulla.**
 - Esim. RT245 Fyysisessä ympäristössä toimimisen edistäminen
 - **Asiakkaan kanssa on lisätty kodin esteettömyyttä järjestämällä huonekaluja uusiin paikkoihin.**
 - ym. nimikkeet luokista RT2 ja/tai RT3
- **Toimintakyky** (missä on edistytty ja minkä verran, kuvaa asiakkaan arvioinnin aikaista toimintaa sen aikana suoritettavat tehtävät; kuvaa asiakkaan toiminnan laadun ja asiakkaan oman kokemuksen välistä eroavuutta. Tämän voi kirjata myös toimintakykytiedon –tietomallia tai ICF-viitekehystä mukaillen, kuten toimintakyvyn arvioinnin kirjausesimerkeissä 1 ja 2)
Esim.
 - RT131 Arvio itsestä huolehtimisesta
 - RT145 Arvio fyysisessä ympäristössä toimimisesta
 - RT152 Arvio prosessitaidoista
 - RT163 Arvio kognitiivisista valmiuksista
 - ym. nimikkeet luokasta RT1
- **Testaus- ja arviointitulokset** (tätä voi käyttää tarvittaessa tai haluttaessa korostaa pisteytettävien testien näkyvyyttä tekstissä)
 - Ei RT-koodia, testausdata, viitearvot / asiakkaan saamat arvot
- **Muu merkintä** (esim. jakelu)
- **Allekirjoitus** (yleensä potilastietojärjestelmä tuottaa tämän)

Esim. 4. Toimintaterapeutin ja asiakkaan yksittäinen tapaaminen kuntoutusprosessissa.

- **Pvm.** (yleensä potilastietojärjestelmä tuottaa tämän)
- **Hoitoprosessin vaihe** (suurin osa tietojärjestelmistä hakee tämän automaattisesti)
- **Hoidon syy** (käynnin syy, ammattilaisen näkemys)
 - ICPC- tai ICD-luokituksesta tieto
- **Tulosyy** (vapaa teksti; asiakkaan näkemys)
- **Kuntoutus** (mitä on tehty, toiminnot, yhteistyö verkostossa, kuvaa asiakkaan toiminnan laadun ja asiakkaan oman kokemuksen välistä eroavuutta)
Esim.
 - RT231 Itsestä huolehtimisen edistäminen
 - **Asiakas teki välipalan lähes omatoimisesti. Terapeutti auttoi purkin kansien avaamisessa.**
 - RT245 Fyysisessä ympäristössä toimimisen edistäminen
 - **Asiakkaan kanssa käytiin pihalla kävelyllä.**
 - RT249 Apuvälineen (pl. ortoosin) käytön edistäminen
 - **Asiakas opetteli rollaattorin kanssa kulkemista.**
 - ym. nimikkeet luokista RT2 ja/tai RT3
- **Toimintakyky** (muutos aikaisempaan)
 - Esim. RT 145 Arvio fyysisessä ympäristössä toimimisesta
 - **Asiakas nousi raput itsenäisesti.**
- **Apuvälineet ja hoitotarvikkeet** (luettelo välineistä, joita asiakas on tällä kertaa saanut)
 - Esim. varsipaksunnokset, tarttumapihdit
- **Allekirjoitus** (yleensä potilastietojärjestelmä tuottaa tämän)

Kansalliset otsikot, sisällönkuvaukset ja toimintaterapianimikkeet

KANSALLINEN OTSIKKO	KANSALLISEN OTSIKON SISÄLTÖKUVAUS Koodistopalvelu, https://koodistopalvelu.kanta.fi/codeserver/pages/classification-list-page.xhtml	TOIMINTA-TERAPIA-NIMIKKEET	HUOMIOITAVAA
Koko merkinnän otsikot, joita voi täydentää nimikkeistön nimikkeillä			
Loppuarvio	<p>Otsikkoa käytetään potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon tai kuntoutuksen päättyessä tehtävien yhteenvetomerkintöjen otsikkona. Loppuarvio kirjataan myös potilaan hoitovastuun siirtyessä toiseen organisaatioon tai pysyvästi erikoisalalta toiselle. Merkinnästä tulee selvittää, missä yksikössä hoito on tapahtunut ja miltä ajalta yhteen veto on tehty. Loppuarviotekstiä tulee jäsentää muita otsikoita käyttäen. Loppuarviossa kirjataan yhteen veto hoidon, kuntoutuksen tai terapian kulusta, lopputuloksesta, mahdollisista poikkeavuuksista ja potilaan tilasta hänen poistuessaan hoitoyksiköstä. Ei yksityiskohtaista tietoa uudestaan.</p>	<p>RT180 RT280</p>	<p>Yhteenvedon kirjaus aloitetaan otsikolla Loppuarvio tai Väliarvio, jolloin tiedot tallentuvat automaattisesti myös yhteenvetonäkymälle Kanta-arkistoon.</p> <p>Terapian ja kuntoutusprosessin päättyessä tähän ei enää kirjata yksityiskohtaista tietoa, mikäli se on kirjattu jo aiemmin. Siihen voi tarvittaessa viitata.</p> <p>Yksittäisestä polikliinisestä käynnistä tai avohoidon muusta vastaavasta palvelutapahtumasta ei tarvitse tehdä Loppuarvio/väliarvio -tyyppistä kirjausta, koska avohoitokäynnin tiedot luokitellaan aina yhteenvetotasoisiksi merkinnöiksi ja siirtyvät Kanta-arkistoon ja Omakantaan. Loppuarvio - otsikkoa on kuitenkin hyvä käyttää aina, kun olet tehnyt toimintakykyarvion, vaikka tekisit sen yhden tapaamisen perusteella.</p>

KANSALLINEN OTSIKKO	KANSALLISEN OTSIKON SISÄLTÖKUVAUS.	TOIMINTA-TERAPIA-NIMIKKEET	HUOMIOITAVAA
Väliarvio	<p>Otsikkoa käytetään potilaan osastohoidon tai muun pitkäaikaisen hoidon tai kuntoutuksen aikaisten yhteenvedomerkintöjen otsikkona. Väliarvio tulee tehdä pitkäaikaishoidossa vähintään 3 kk välein tai potilaan tilanteen oleellisesti muuttuessa. Lisäksi väliarvio kirjataan potilaan hoitovastuun siirtyessä osastolta tai tilapäisesti erikoisalalta toiselle saman organisaation sisällä. Väliarviossa kirjataan yhteenvedo hoidon, kuntoutuksen tai terapian aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtuneesta oleellisesta kehityksestä sekä muutokset esitetietoihin tai aiempaan väli- tai loppuarvioon nähden. Yksityiskohtaisia tietoja tai yksittäisiä rakenteisia tietoja ei väliarviolle kirjata kuin perustelluissa poikkeustapauksista, yleensä yhteenvedo asioista on riittävä. Kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa, ei kirjata uutena rakenteisena tietona.</p>	RT180 RT280	<p>Yhteenvedon kirjaus aloitetaan otsikolla Loppuarvio tai Väliarvio, jolloin tiedot tallentuvat automaattisesti myös yhteenvedonäkymälle Kanta-arkistoon.</p> <p>Terapian ja kuntoutusprosessin päättyessä tähän ei enää kirjata yksityiskohtaista tietoa, mikäli se on kirjattu jo aiemmin.</p>
Lausunto	<p>Otsikkoa käytetään ulkopuolisille tahoille tai organisaation sisäiseen käyttöön tehtyjen lausuntojen ja todistusten otsikkona. Tieto erillisestä lausunnosta voidaan kirjata kertomustekstiin Lausunto-otsikon alle. Myös tieto muista kuin potilasasiakirjoina tehtävistä lausunnoista, kuten merkinnät poliisin virka-apupyynnöihin liittyvistä lausunnoista ja muista toisille viranomaisille tai vakuutusyhtiöille annetuista ilmoituksista ja lausunnoista, esimerkiksi lastensuojeluilmoitukset, voidaan kirjata Lausunto-otsikon alle. Näitä lausuntoja tai ilmoituksia ei kuitenkaan tallenneta potilaskertomukseen, vaan ne toimitetaan kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa niiden arkistoinnista.</p>	RT443 Lisäksi muut soveltuvat RT-koodit, RT110 – RT390 , myös tarkin taso, esim. RT248 , käytössä	<p>Lausunnot ovat pääosin lomakemuotoisia, joko paperisina tai sähköisinä.</p> <p>Vrt. Loppuarvioon, joka on osa potilaskertomusta. Loppuarvio voi myös korvata erillisen lausunnon.</p>
Konsultaatio/lähete	<p>Otsikkoa käytetään sisäisten läheteiden, sekä konsultaatiopyyntöjen ja -vastausten otsikkona.</p>	RT110 RT430 Jos toimintaterapeutina pyydät konsultaatiota, ei RT-koodeja tarvita.	<p>Järjestelmän käyttämä vaihtoehtoinen otsikko voi olla Pyyntö, Sisäinen lähete ym.</p> <p>Pääsääntöisesti näihin vastataan käyttämällä muita kansallisia otsikoita.</p>

KANSALLINEN OTSIKKO	KANSALLISEN OTSIKON SISÄLTÖKUVAUS.	TOIMINTA-TERAPIA-NIMIKKEET	HUOMIOITAVAA
Koko merkinnän otsikot, joita ei täydennetä nimikkeistön nimikkeillä			
Päivittäismerkintä	Otsikkoa käytetään pääasiassa potilaan osastohoidon päivittäismerkintöjen otsikkona, mutta sitä voi käyttää myös avohoidossa lyhytaikaisen hoidon tai sairauden kulun merkinnöissä. Päivittäismerkinnät ovat yleensä lyhyitä, eikä niillä ole tarpeen käyttää muita otsikoita.		Nämä merkinnät osastojaksolta eivät toistaiseksi siirry Kanta -arkistoon. Avohoidon kaikki merkinnät siirtyvät Kanta-arkistoon.
Etäkontakti	Otsikkoa käytetään sähköisten (esimerkiksi sähköposti), kirjeitse tapahtuvien ja puhelinkontaktien otsikkona. Yleensä merkinnät ovat lyhyitä, eikä niillä ole tarpeen käyttää muita otsikoita.	Jos organisaatiossa edellytetään tämän kansallisen otsikon käyttöä, tulee sinulla olla mahdollisuus käyttää toteuttamasi toimintaterapian edellyttämiä nimikkeitä luokista RT1, RT2 ja RT3 .	Kannattaa miettiä kirjaako kontaktitavan mukaan vai asiakkaalle annetun palvelun sisällön mukaan.
Terveystarkastus	Otsikkoa käytetään jatkuvaan potilaskertomukseen kirjattavien terveystarkastusten otsikkona. Tieto pyritään kirjaamaan rakenteisessa muodossa.		Käytössä voi olla myös lomakepohjaisia rakenteita.

KANSALLINEN OTSIKKO	KANSALLISEN OTSIKON SISÄLTÖKUVAUS.	TOIMINTA-TERAPIA-NIMIKKEET	HUOMIOITAVAA
Muut otsikot, joita voi täydentää nimikkeistön nimikkeillä			
Toimintakyky	<p>Otsikon alle kirjataan tietoa henkilön kyvystä ja edellytyksistä selviytyä arjen toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista, sekä näihin liittyvä kehitys tai muutokset. Tietojen kirjaamisessa suositellaan käytettäväksi tai sovellettavaksi Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväliseen luokituksen (ICF) mukaista viitekehystä henkilön toimintakyvystä, toimintarajoitteista ja kontekstuaalisista tekijöistä. ICF-luokituksen mukaisia toimintakyvyn osa-alueita, aihealueita (pääluokkia) tai yksityiskohtaisempia kuvauskohteita voidaan käyttää esimerkiksi Toimintakyky-otsikon lisäotsikkoina. Toimintakyky-otsikon alle kirjattavat tiedot voivat pohjautua myös erilaisin toimintakykymittarein tuotettuun tietoon. Toistaiseksi tiedot kirjataan kuitenkin tekstimuotoisesti. Suositeltavaa on, että mittaustuloksia raportoidessa kuvaukseen liitetään myös tieto käytetystä mittarista (nimi, mahdollinen versio ja muut tarpeelliseksi katsottavat tiedot) sekä lyhyt analyysi tai päätelmät mittaustuloksista.</p>	<p>RT130 – RT160, RT190, myös tarkin taso, esim. RT151, käytössä.</p> <p>Arvio toimintakyvyn jostain osa-alueesta.</p>	<p>Toimintakykyä arvioidessa on suositeltavaa käyttää ICF-pohjaisia tai ICF-viitekehukseen sillattuja arviointimenetelmiä.</p> <p>Toimintakyky -otsikko soveltuu sekä testeihin että havaintoihin pohjautuvien toiminnallisuuden osa-alueiden sekä taitojen ja valmiuksen kirjaamiseen.</p>
Kuntoutus	<p>Otsikon alle kirjataan potilaan moniammatillisen kuntoutuksen ja terapia- ja erityispalveluiden toteutukseen, sisältöihin tai toimintoihin avo- ja laitoshoidossa liittyviä tietoja. Myös potilaan ohjaukseen ja neuvontaan liittyvät toiminnot kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden palveluissa sekä apuvälinepalveluun liittyvät toiminnot kirjataan Kuntoutus-otsikon alle. Kuntoutus-otsikon alle voidaan kirjata myös esimerkiksi kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden antamia osastopotilaan kuntoutukseen liittyviä ohjeita ja muuta oleellista informaatiota muille potilasta hoitaville ammattiryhmille, kuten osastolla toimiville hoitajille.</p>	<p>RT230 – RT260, RT290 myös tarkin taso, esim. RT263, käytössä RT310 – RT390</p>	<p>Jatkuvan arvioinnin havainnot ja asiakkaan toiminnan edistyminen silloin, kun sitä ei erityisesti jollain mittarilla arvioida vaan toimintaterapeutti on tehnyt havainnointia osana kuntoutusprosessia. Havainnon voi halutessaan kirjata myös Toimintakyky -otsikon alle. Ohjaus ja neuvonta niin asiakkaalle kuin muille ammattilaisille.</p>

KANSALLINEN OTSIKKO	KANSALLISEN OTSIKON SISÄLTÖKUVAUS.	TOIMINTA-TERAPIA-NIMIKKEET	HUOMIOITAVAA
Nykytila	Otsikon alle kirjataan terveydenhuollon ammattihenkilön tekemässä kliinisessä tutkimuksessa todetut löydökset ja havainnot.	RT120 RT130 – RT190, myös tarkin taso, esim. RT151, käytössä	Soveltuu hyvin haastatteluun, havaintoihin ja testeihin perustuvien arvioiden kirjaamiseen siitä, mikä on asiakkaan tilanne juuri nyt. Vrt. Esitiedot -otsikko, joka on aiemmin jonkun toisen ammattilaisen tuottamaa tietoa. Vrt. toimintakyky -otsikko sekä testaus- ja arviointitulokset -otsikko.
Suunnitelma	Otsikon alla kuvataan potilaan tutkimusta, hoitoa, kuntoutusta ja niiden järjestämistä käsittelevä suunnitelma. Suunnitelmaa tarkennetaan hoidon edetessä ja hoitojakson päättyessä kirjataan jatkohoitosuunnitelma.	RT180 RT210 RT280	Tavoitteen kirjaus Huom. erillinen lomakemuotoinen hoito/kuntoutussuunnitelma
Ennaltaehkäisy	Otsikon alle kirjataan terveystieteeseen ja ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon liittyvää tietoa.	RT310 – RT390	
Otsikot, joita ei täydennetä nimikkeistön nimikkeillä			
Hoidon syy (käyntisy)	Käyntisyys tieto pohjautuu aina ammattihenkilön havaintoon ja arvioon. Tieto kirjataan joko ICPC- tai ICD-luokituksella, mikäli diagnoosi on aiemmin asetettu.		Tämä tulee merkitä jokaiselle avohoidon käynnille sekä osastokuntoutuksen alussa ja loppuarviossa
Tulosy	Otsikon alle kirjataan lyhyesti potilaan hoitoon hakeutumisen syy vapaana tekstinä siten kuin potilas tai hänen saattajansa asian kuva.		Ei pakollinen kirjata jokaisella kontaktikerralla, mikäli kontakteja useampia.

Esitiedot	Otsikon alle kirjataan potilaan, hänen omaisensa tai saattajansa antamat tai aiemmista potilaskertomuksista kootut tiedot potilaan terveydestä. Keskeisintä esitiedoissa on nyky sairauteen tai pääasialliseen ongelmaan liittyvät esitiedot, kuten sairauden alkaminen ja kulku, potilaan kertomat subjektiiviset oireet ja sairauden mahdolliset aikaisemmat vaiheet sekä aikaisemmat hoidot. Esitietoihin kirjataan myös tiedot muista sairauksista ja suvussa esiintyneistä sairauksista tai tutkimustuloksista sekä muista ongelman kannalta huomioon otettavista sairauksista tai lääkkehoidoista samoin kuin sairauteen tai hoitoon mahdollisesti vaikuttavat tiedot elinympäristöstä ja elämäntilanteesta.		Älä kirjaa ja kirjattuja asioita uudelleen!
Riskitiedot	Otsikon alle kirjataan tietoja, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle.		Riskitietoja ovat mm. allergiat ja käyttäytymiseen liittyvät riskitekijät.
Testaus- ja arviointitulokset	Otsikon alle kirjataan sellaiset tutkimukset tai arvioinnit, joiden tulokset ilmaistaan yleensä sanallisena kuvauksena, eivätkä ne ole ilmaistavissa selkeästi mitattavina arvoina. Testaukset, tutkimukset, haastattelut, muistitestit.		Tätä otsikkoa voi käyttää esim. viitearvoisten testien yksityiskohtaisen tiedon kirjaamiseen. Vrt. Toimintakyky -otsikko
Apuvälineet ja hoitotarvikkeet	Otsikon alle kirjataan tietoa (esimerkiksi lista tai luettelo) asiakkaan käytössä olevista apuvälineistä sekä hoitotarvikkeista.		
Terveyteen vaikuttavat tekijät	Otsikon alle kirjataan tietoja, jotka kuvaavat henkilön terveyteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita, kuten tupakointi ja päihteiden käyttö.		
Muu merkintä			Tätä voi käyttää esim. vastaanoton perumisen tai siirtämisen tai jakelu -merkinnän otsikkona.
Hoidon tavoitteet	Otsikon alle kirjataan hoidon suunnittelussa potilaan hoidon, kuntoutuksen tai terveyden edistämisen kannalta oleelliset tavoitteet. Hoidon tavoitteiden toteutuminen tulee olla arvioitavissa.		