

Sosiaalipalvelut/vammaispalvelut
asumispalvelut

Ohje
27.5.2026

Asiakirjat vammaispalvelun asumispalveluissa

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023 sisältää säädöksen sosiaali- ja terveydenhuollon kirjaamisvelvollisuudesta. 17 § mukainen velvollisuus asiakastietojen kirjaamiseen: Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilön ja palvelun antamiseen osallistuvan avustavan henkilön tulee kirjata asiakasasiakirjoihin asiakkaan palvelun ja potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen, seurannan ja valvonnan turvaamiseksi tarpeelliset ja riittävät tiedot. Asiakirjat laaditaan siihen palvelutehtävään ja sosiaalipalveluun, jota toteutetaan.

THL ylläpitää voimassa olevia rakenteisia asiakirjoja, joita kirjaamisessa on käytettävä. Asiakirjat, niiden rakenteet ja määritelmät ovat luettavissa **Sosmetasta** ja Termetasta. Asiakastietojärjestelmien toimittajat käyttävät näitä asiakirjoja ja tietorakenteita järjestelmissään, joihin palveluissa kirjataan. Toteutusvaiheen asiakirjoista osa (yleisimmät) mainitaan erikseen seuraavissa kappaleissa ja ne on **korostettu punaisella**.

1. Sosiaalipalvelun aloittaminen

Asiakkaalle on tehty palvelupäätös palvelutehtävään. Vammaispalvelun asumispalveluissa se on vammaispalvelut (VP). Asumisyksiköihin tehdään myös työikäisten palvelupäätöksiä, jolloin palvelutehtävä on työikäisten palvelut (TP) sekä mahdollisesti iäkkäiden palvelutehtävään (IP). Päätöksellä myönnetään sosiaalipalvelu, joka VP:ssä on yleensä asumisen tuki, lapsen asumisen tuki, yhteisöllinen asuminen, ympärivuorokautinen palveluasuminen tai lyhytaikainen huolenpito.

Palvelupäätöksen jälkeen sosiaalityössä avataan palvelun resurssi: oma palvelu tai ostopalvelu ja yksikkö, jossa palvelua toteutetaan. Sen jälkeen asiakas voidaan sisäänkirjata hyvinvointialueen omaan yksikköön asiakastietojärjestelmässä toteuttajan työpöydällä. Ostopalvelutilanteessa palvelua järjestävä viranhaltija avaa palveluntuottajan rekisterinkäyttöoikeuden asian OID tunnuksen avulla.

Merkitään diagnoosi ja muut tarvittavat tiedot silloin, kun kerätään HILMO (hoitoilmoitus) tietoja. Hoitoilmoitusten diagnoositiedot muodostavat THL rekisteritiedon, joka kerätään eri tietolähteistä. Sosiaalihuollon Hilmo tiedot ovat osa tätä rekisteriä ja tiedon keruuta. Hilmo tieto kerätään vammaispalveluiden asumispalvelussa (myös lyhytaikainen asuminen) ja se merkitään asiakkaan sosiaalipalvelun toteutukseen, jos hänellä on diagnosoitu sairaus, vika tai vamma.

Toteutuksessa tehdään **asiakaskertomusmerkintä sosiaalipalvelun alkamisesta**. Merkintä tehdään sille päivämäärälle, kun asiakas tosiasiaassa tulee yksikköön. Asiakkaalle tehtyä asiakassuunnitelmaa pääsee lukemaan asiakkaan sosiaalihuollon asiakkuustiedoista. Kun palvelu päättyy, tehdään **asiakaskertomusmerkintä sosiaalipalvelun päättymisestä** tosiasialliseen päättymispäivään. Merkitään päättymissyys ja uloskirjaus. Merkinnät tekee

Sosiaalipalvelut/vammaispalvelut
asumispalvelut

Ohje
27.5.2026

yksikön esihenkilö tai sosiaaliohjaaja. Merkinnot arkistoidaan kantaan asti toteuttajan työpöydällä. Intervalleista (säännölliset) ei tarvitse tehdä aloitus ja lopettamismerkintöjä. pelkkä sisäänkirjaustieto riittää. Palvelun sosiaalihuollon resurssi päätetään palvelusta vastaavan työntekijän toimesta.

Kaikissa asumispalveluyksiköissä kirjataan sekä sosiaalihuollon asiakastietoa että terveydenhuollon potilastietoa. Nämä laaditaan ja arkistoidaan eri rekistereihin. Vammaispalvelun ympärivuorokautinen asumispalvelu on sote-yhteistä toimintaa.

2. Palvelun toteuttaminen

Vammaispalvelujen toteuttamissuunnitelma on rakenteinen suunnitelma-asiakirja, joka laaditaan palvelun toteutuksen vaiheeseen ja se tehdään asumisyksikössä. Suunnitelma tehdään jokaiselle lyhyt- ja pitkäaikaisen ympärivuorokautisen, yhteisöllisen, sekä tuetun asumisen asukkaalle.

Omahoitaja on vastuussa asukkaansa toteuttamissuunnitelman laatimisesta ja päivittämisestä. Toteuttamissuunnitelma tehdään aina yhdessä asukkaan ja hänen läheisensä kanssa, kun se on mahdollista.

Uuden asukkaan muuttaessa toteuttamissuunnitelmaa aloitetaan tekemään asukkaan kanssa mahdollisimman pian. Asukkaalta ja läheisiltä saadaan tietoa avuntarpeesta ja siitä, miten asukas haluaa häntä tuettavan ja autettavan. Toteuttamissuunnitelma tulee tehdä valmiiksi viimeistään 1 kk kuluttua muutosta ja se hyväksytetään tilaajalla.

Ostopalvelussa toteuttamissuunnitelmaan sisällytetään tilaajan edellyttämät tiedot ja ne voidaan sisällyttää **sosmetan** kenttiin esimerkiksi seuraavasti:

- Palveluntuottajan asiakkaalle nimeämä vastuuohjaaja (**palvelun vastuuhenkilö**)
- Palvelun tarkempi sisältö (**annettavan palvelun sisältö ja toteutus tähän voi laittaa esim. että asiakas osallistuu keskiviikkoisin tähän, aamutoimet, ruokailu jne**)
- Asiakkaan palvelun tarkennetut tavoitteet (**asetettavat tavoitteet**)
- Kuvaus asiakkaan itsemääräämisoikeuden tukemisesta ja edistämisestä (**erityiset toimenpiteet itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi**). Tätä käytetään niillä asukkailla, joilla ei ole EHOa. Jos asukkaalla on vaativan moniammatillisen tuen päätös ja yksikkö, otsikon erityishoitoa koskevan tiedon alla ovat kentät, joita on useampi.
- Kuvaus yhteistyöstä asiakkaan ja tarvittaessa omaisen tai läheisen kanssa (**kuvaus asiakkaan tilanteesta**)
- Kuvaus yhteistyöstä muiden asiakkaan palvelun antajien ja tilaajan kanssa (**annettavan palvelun sisältö ja toteutus**)

Sosiaalipalvelut/vammaispalvelut
asumispalvelut

Ohje
27.5.2026

– Suunnitelman päivittämistä koskevat tiedot (suunnitelman tarkistaminen)

Toteuttamissuunnitelmaan kirjataan palvelun toteuttamisen tavoitteet ja palvelun toteuttamisen yksityiskohdat rakenteisiin kenttiin. Arjen toimintaa arvioidaan ja peilataan suhteessa tavoitteisiin. Tavoitteet kirjataan konkreettisesti ja realistisesti. Asiakkaan vahvuudet ja voimavarat merkitään suunnitelman ko. tietokenttiin.

Toteuttamissuunnitelma päivitetään puolen vuoden välein, jos asukkaalla on rajoitustoimenpidepäätöksiä. Jos asukkaalla ei ole rajoitustoimenpidepäätöksiä, päivitetään ko. suunnitelma 1 vuoden välein. Toteuttamissuunnitelma käydään läpi asukkaan ja hänen läheisensä kanssa suunnitelmaa päivitettäessä.

Toteuttamissuunnitelmaa laadittaessa mietitään, millä asioilla on merkitystä asiakkaan palvelujen tuottamisen, seurannan, toteuttamisen ja valvonnan kannalta.

Toteuttamissuunnitelmaan voi kirjata asiakkaan terveydentilaa ja diagnooseja koskevia tietoja siinä määrin, kuin niitä tarvitaan sosiaalipalvelun tuottamiseen liittyvissä tehtävissä.

Mikäli on sovittu, että RAI arvioinnin tietoja merkitään palvelun toteuttamisessa, ne kirjataan toteuttamissuunnitelmaan ohjeen mukaisesti kenttiin. Palvelun tilaaja antaa tarvittaessa tarkempia ohjeita.

2.2. Rajoitustoimenpiteet

Mikäli asumisyksikössä toteutetaan rajoitustoimia ja tehdään niistä päätöksiä, tulee asian yhteydessä laatia myös muita merkintöjä, kuten esim. merkintä rajoitustoimenpiteestä. Kirjaamisen tulee olla aina sitä tarkempaa, mitä merkittävämmästä asiasta on kysymys. Rajoitustoimenpide on tällainen. Asiakirjassa kuvataan, miten toimenpide on toteutettu ja seurattu, mikä on sen kesto, asiakkaan toiminta, vointi, tunnetila ym. Pelkästään toimenpide ei ole riittävä kirjaus.

Rajoitustoimenpiteisiin liittyviä palvelun toteutukseen liittyviä päätöksiä ovat päätös aineiden tai esineiden haltuunotosta kehitysvammaisten erityishuollossa, päätös poistumisen estämisestä, päätös rajoittavien välineiden tai asusteiden käytöstä vakavassa vaaratilanteessa, päätös rajoittavien välineiden tai asusteiden toistuvasta käytöstä a. päivittäisessä toiminnassa ja b. vakavissa vaaratilanteissa sekä päätös valvotusta liikkumisesta. Päätöksen tekee eri tilanteissa hallintosäännön mukainen ammattihenkilö.

Rajoitustoimenpiteisiin liittyvä asiakaskertomusmerkintä on merkintä rajoitustoimenpiteestä. Lisäksi käytetään asiakirjaa yhteenveto rajoitustoimien jälkiselvittelyistä sekä asiakirjaa selvitys rajoitustoimenpiteestä, joka laaditaan kuukausittain.

Jos rajoitustoimenpiteestä tekee päätöksen yksikön vastaava, hän allekirjoittaa sen varmennekortilla sähköisesti. Päätös arkistoidaan kantaan samoin kuin tähän liittyvät

Sosiaalipalvelut/vammaispalvelut
asumispalvelut

Ohje
27.5.2026

merkinnät ja muut sosiaalihuollon asiakirjat. Kun rajoitustoimenpiteestä on tehty erillinen päätös, voidaan asiakastietojärjestelmässä käyttää merkintätyyppiä otsikolla: rajoituksen aikainen kirjaaminen. Merkintöihin voi tehdä ns. oma otsikon, joka on metatieto eikä näy OmaKannassa.

3. Päivittäiskirjaaminen

Asumisyksiköissä asiakastietoa kirjataan päivittäin ja joka vuorosta. Palvelua toteutetaan asiakassuunnitelman ja siitä tarkennetun toteuttamissuunnitelman mukaisesti. Toteuttamissuunnitelma on ikään kuin toimintaohje, jota toteutetaan aina normaalitilanteessa. Näin ollen rutiininomaisesti tapahtuvia asioita, kuten peseytymistä, pukemista, syömistä tai päivätoimintaan lähtemistä ei tarvitse päivittäin kirjata. Ei siis luetteloida hoitajan tekemää työtä. Jos näissä perusasioissa on poikkeavaa, niin ne kirjataan aina. Arjen tapahtumia kirjataan asiakaskertomusmerkinnällä: **merkintä asiakkaan arjesta**.

Kirjaamisen tulee olla arvioivaa eli kirjausta peilataan asiakkaan toteuttamissuunnitelman tavoitteisiin. Tavoitteet tulee asettaa niin konkreettisiksi, että niitä voi arvioida päivittäisessä kirjaamisessa.

Kirjauksista tulee käydä ilmi asiakkaan oma ääni, hänen itsensä ilmaisemat kokemukset, reaktiot ja teot. Kirjataan siis sitä mitä asukas teki ja mitä apua ja tukea hän tarvitsi, ei luetteloida hoitajan työtä. Jos asukkaalla on käytössä rajoitustoimenpiteitä tai on tehty rajoitustoimenpidetarkoituksia, tulee kirjauksissa näkyä asukkaan toiminta ja olotila mikä on johtanut rajoittamiseen.

Palvelun tilaaja edellyttää koontien tai yhteenvetojen tekemistä määräajoin, esim. intervallijaksosta tehdään koonti ja lyhytaikaisista jakson yhteenveto. Pitkäaikaisen asumispalvelun kohdalla koonti voi olla esimerkiksi 3kk välein. Nämä laaditaan asiakirjalle **sosiaalihuollon yhteenveto**.

Ostopalvelussa edellytetään, että palveluntuottajan on laadittava väliarvio asiakkaan palvelun toteutumisesta ja etenemisestä kerran vuodessa ja tilaajan erillisestä pyynnöstä asiakkaan palvelutarpeen arviointia varten. Tilaajan pyytäessä väliarviota se on toimitettava kolmen (3) viikon kuluessa pyynnöstä. Lisäksi asiakaskohtaisen palvelun päättyessä palveluntuottajan on laadittava loppuarvio.

Väliarvion ja loppuarvion tulee sisältää vähintään seuraavat tiedot:

- Yhteenveto jaksosta / palvelusta ja sen toteutumisesta
- Huomiot asiakkaan työ- ja toimintakyvystä ja sen edistymisestä
- Jaksolle / palvelulle asetetut tavoitteet ja niiden toteutuminen
- Niiden tavoitteiden osalta, jotka eivät toteutuneet: arvio siitä, miksi tavoitteet eivät toteutuneet

Sosiaalipalvelut/vammaispalvelut
asumispalvelut

Ohje
27.5.2026

- Asiakkaan itsemääräämisoikeuden edistämisen ja tukemisen toteutuminen
- Asiakkaan oma näkemys ja palveluntuottajan näkemys asiakkaan jatkosuunnitelmasta
- Loppuarviossa lisäksi: väliarvioiden tekemisen päivämäärät.

Asiakirjalle **sosiaalihuollon yhteenveto** pystyy kirjoittamalla sisällyttämään edellä olevia asioita ja palveluntuottajan tietojärjestelmään on mahdollista sisällyttää asiakirjalle omia väliotsikkoja. Lisäksi suunnitelma päivitetään muutenkin vuosittain. Väliarvio voi olla pohjana toteuttamissuunnitelman päivittämiselle.

Kaikki laaditut asiakirjat arkistoidaan sosiaalihuollon asiakastietovarantoon eli Kantaan. Arkistointi tehdään asiakastietojärjestelmällä, jossa asiakirjat laaditaan valmiiksi saakka ja tallennetaan. Tallentamisen hetkellä määritellään ammattihenkilön toimesta, näytetäänkö asiakirja OmaKannassa vai liittyykö siihen jokin näyttämistä estävä erityissisältö tai aikarajoite eli viivästäminen. Myös palveluntuottaja voi merkitä asiakirjoja erityissisältöisiksi osana kirjaamistehtäväänsä. Palveluntuottaja on näissä asioissa yhteydessä asiakkaan asiasta vastaavaan työntekijään.

Kun asiakkaan sosiaalipalvelu yksityisellä palveluntuottajalla päättyy, rekisterinkäyttöoikeus merkitään päättyneeksi viimeisten asiakirjojen valmistuttua.