

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tiedonhallintapalvelun koosteet ja ylläpidettävät asiakirjat**

**Versio 1.00**

31.8.2015

**URN:OID:** **1.2.246.777.11.2015.28**

**Versiohistoria:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Versio:** | **Pvm:** | **Laatijat** | **Muutokset:** |
| 1.00 | 31.8.2015 |  | Siirretty Koosteet ja ylläpidettävät asiakirjat –luku Kertomus- ja lomakkeet oppaasta tähän erilliseen määrittelyyn.  Selkiytetty rakennetta.  Jätetty dokumenttiin viittaukset vain diagnoosi- ja riskikoosteisiin, joilla lähdetään liikkeelle. |
|  |  |  |  |

**SISÄLLYSLUETTELO**

Sisältö

[SISÄLLYSLUETTELO 3](#_Toc428793942)

[1. Johdanto 4](#_Toc428793943)

[2. Tiedonhallintapalvelun koosteasiakirjat 5](#_Toc428793944)

[2.1 Yleistä 5](#_Toc428793945)

[2.2 Koosteasiakirjojen Header-tiedot 6](#_Toc428793946)

[2.3 Koosteasiakirjojen body-osan koostemerkinnät 7](#_Toc428793947)

[2.4 Tahdonilmaisutiedon ylläpito riskitiedoissa 11](#_Toc428793948)

[2.5 Koosteiden poimintasäännöt ja muut tarkennukset 13](#_Toc428793949)

[3. Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävät asiakirjat 15](#_Toc428793950)

[3.1 Elinluovutustahto 16](#_Toc428793951)

[3.2 Hoitotahto 16](#_Toc428793952)

[3.3 Informointiasiakirja 16](#_Toc428793953)

[3.4 Suostumusasiakirja 16](#_Toc428793954)

[3.5 Kieltoasiakirjat 16](#_Toc428793955)

[3.6 Terveys ja hoitosuunnitelma 16](#_Toc428793956)

[4. Viitatut määritykset 17](#_Toc428793957)

# Johdanto

Palvelunantajien (eri rekistereiden) välillä siirtyy potilasasiakirjoja sähköisessä Kanta-palvelussa seuraavilla tavoilla:

* + 1. tiedonhallintapalvelun tuottamilla koosteasiakirjoilla Potilastiedon arkistossa säilytetyistä merkinnöistä
    2. tiedonhallintapalvelun kautta ylläpidettävillä asiakirjoilla, joiden rekisterinpitäjänä toimii Kela
    3. tiedonhallintapalvelun kautta ylläpidettävillä asiakirjoilla, joiden rekisterinpitäjänä terveydenhuollon toimintayksikkö
    4. sähköiset lähetteet ja hoitopalautteet (Lähete ja hoitopalaute käsitellään yksityiskohtaisesti omassa määrittelyssä, joka löytyy Kanta-sivustolta.)
    5. suostumuksen tai luovutukseen oikeuttavan lain nojalla siirtyvät asiakirjat
    6. ostopalveluissa siirtyvät asiakirjat

Tässä dokumentissa kuvataan Tiedonhallintapalvelun kooste-asiakirjojen CDA R2 rakenne ja ylläpidettävissä asiakirjoissa huomioitavia CDA R2 ominaispiirteitä.

**THL:n määrittely "Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely" [1] kuvaa tarkemmin koosteisiin ja ylläpidettäviin asiakirjoihin liittyvää toiminnallisuutta ja niiden tietosisältöjä.**

# Tiedonhallintapalvelun koosteasiakirjat

## Yleistä

Tiedonhallintapalvelun keskeisten terveystietojen koosteasiakirja on kyselyhetkellä potilaskertomusarkiston tiedoista koottu ja muodostettu kokoelma tietoa, joka esitetään käyttäjälle, mutta jota ei tallenneta, eikä käyttäjä voi muuttaa sen sisältöä. Koosteasiakirjat sisältävät kertyviä kumulatiivisia tietoja, jotka eivät vaadi aktiivista ylläpitoa. Koosteasiakirja on CDA R2 –muotoinen asiakirja, jota ei säilytetä vaan se hävitetään, kun sillä ei ole enää käyttöä.

Potilastiedon arkistoon toimitetuista potilaskertomusasiakirjoista poimitaan Tiedonhallintapalveluun koosteasiakirjojen muodostamisen kannalta tarpeelliset tiedot ja niiden korjaukset. Potilastietojärjestelmä pyytää Tiedonhallintapalvelua muodostamaan halutun koosteasiakirjan näkymätunnuksen perustella ja toimittamaan sen potilastietojärjestelmälle näytettäväksi käyttäjälle.



**Kuva 2.1.1 Koostetietojen elinkaari**

Näkymäkohtainen koosteasiakirja sisältää useita merkintöjä, ja sen näkymä on seuraavan taulukon mukainen. **Tässä dokumentissa on huomioitu alla olevista diagnoosi- ja riskitietokooste.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Koosteasiakirjan nimi** | **Näkymä- tunnus** |
| **Diagnoosikooste** | **333** |
| Laboratoriotutkimuskooste | 334 |
| Toimenpidekooste | 335 |
| Kuvantamistutkimuskooste | 336 |
| Rokotuskooste | 341 |
| Fysiologiset mittaukset -kooste | 342 |
| **Riskitietokooste** | **343** |
| Lääkelista | 344 |

**Taulukko 2.1.1 Koosteasiakirjat ja näkymätunnukset**

## Koosteasiakirjojen Header-tiedot

Tässä luvussa käydään läpi koosteasiakirjan header-osuuden erityispiirteet. Yleiset header-tiedot on määritelty Potilastiedon arkiston CDA R2 Header-määrittelyssä [2] ja koosteasiakirjassa palautuvat header-tiedot ja niiden pakollisuudet Potilastiedon arkiston asiakirjojen kuvailutiedot –määrittelyssä [3].

**Sähköinen allekirjoitus**

Koosteasiakirja ei ole sähköisesti allekirjoitettu.

**Asiakirjan yksilöintitunnus**

Koosteasiakirja yksilöidään Potilastiedon arkiston antamalla yksikäsitteisellä OID-tunnisteella.

**Asiakirjan otsikko**

Asiakirjan otsikossa on koosteasiakirjan nimi ja mikäli haku on tehty tietyltä aikaväliltä myös aika, jolta keskeiset terveystiedot on ko. koosteasiakirjaan poimittu.

<!-- 6. Asiakirjan otsikko -->

<title>Diagnoosikooste 25.01.2003 - 03.10.2004</title>

**Asiakirjan potilasrekisteritunnus**

Koosteasiakirjalla ei ole potilasrekisteritunnusta, joten se ilmaistaan nullFlavorilla.

    <!-- 5. Asiakirjan potilasrekisteritunnus -->   
     <code nullFlavor="NA"/>

**Asiakirjan rekisterinpitäjä**

Koosteasiakirjalla ei ole rekisterinpitäjää, joten rekisterinpitäjätieto ilmaistaan nullFlavorilla.

     <!-- 17. Asiakirjan rekisterinpitäjä -->   
     <custodian>   
          <assignedCustodian>   
               <representedCustodianOrganization>   
                    <!-- Rekisterinpitäjän OID-tunnus -->   
                    <id nullFlavor="NA"/>   
               </representedCustodianOrganization>   
          </assignedCustodian>   
     </custodian>

**Asiakirjan sisällysluettelo**

Koosteasiakirjan oma näkymätunnus ilmaistaan asiakirjan sisällysluettelossa, koosteen sisältämien merkintöjen näkymätunnuksia ei tuoda headeriin (esimerkiksi alkuperäisten merkintöjen näkymiä).

<!-- FI 2 hl7fi:tableOfContents - asiakirjan sisällysluettelo -->

<hl7fi:tableOfContents>

<hl7fi:contentsCode code="333" displayName="Diagnoosikooste" codeSystem="1.2.246.537.6.12.2002" codeSystemName="AR/YDIN -Näkymät"/>

</hl7fi:tableOfContents>

## Koosteasiakirjojen body-osan koostemerkinnät

Diagnoosi- ja riskitietokoosteasiakirjojen CDA R2 body –osio [4] sisältää koostemerkinnät, joita ovat Tiedonhallintapalvelun koostetietoihin potilasasiakirjoista poimimat entry:t sekä entry:jä täydentävät, niiden syntykontekstiin liittyvät tiedot.

Koostemerkinnät muodostuvat seuraavien tarkennusten mukaisesti:

* Jokaisesta erillisestä entry:stä muodostuu oma koostemerkintä
* Koostemerkintä yksilöidään Potilastiedon arkiston antamalla yksikäsitteisellä OID-tunnisteella.
* Koostemerkinnän body-osan näkymätasolle tulee näkymäksi alkuperäisen merkinnän näkymätunnus ja myös mahdollisten lisänäkymien näkymätunnukset (koostetiedon syntykontekstin tieto)
* Koostemerkinnän body-osan näkymätasolle tulee tapahtuma-ajaksi alkuperäisen merkinnän tapahtuma-aika (koostetiedon syntykontekstin tieto)
* Koostemerkinnän body-osan näkymätasolle liitetään erillinen entry-rakenne muita koostetiedon syntykontekstin tietoja varten. Näitä muita tietoja ovat:
  + palvelutapahtuman tunnus
  + palveluntuottajan OID-tunnus ja nimi
  + alkuperäisen merkinnän tunnus OID
  + asiakirjan setId ja id, missä alkuperäinen merkintä on arkistoitu
* Koostemerkinnän body-osan näkymätasolle ei tule erikseen potilaan tietoja (ovat headerissa)
* Koostemerkinnän body-osassa ei anneta hoitoprosessin vaihetta ja otsikkoa (rakenteet annetaan tyhjinä component-section rakenteina, xml-hierarkiatasot samat kuin kertomusmerkinnöillä)
* Bodyyn ei tuoda alkuperäisten entry:jen näyttömuoto-osuuksia. Keskeisten terveystietojen 2016 tietosisältöjen mukaisissa rakenteissa [4] entryn sisällä kulkee kaikki rakenteiseen tapaan käsiteltäväksi tarkoitettu tieto. Tarvittaessa näyttömuodon tekstit voi hakea alkuperäiseltä asiakirjalta, mikäli on tarpeen esimerkiksi lukea kirjauskerran kertomustekstejä laajemmin. HUOM. Koska kooste ei sisällä näyttömuotoa, koosteiden tietoja ei voi näyttää kansallisen tyylitiedoston kautta.

Seuraavassa kuvassa 2.3.1 on esimerkkinä diagnoosikoosteen rakenne. Riskitietokooste on vastaavan rakenteen mukainen. Määrittelypaketin liitetiedostona on xml-esimerkit koosteasiakirjoista.



**Kuva 2.3.1 Koosteasiakirjan rakenne, diagnoosikooste esimerkkinä**

Alla on xml-esimerkit em. body-osan tarkennuksista, esimerkkinä riskitietokooste, diagnoosikooste on vastaavan rakenteen mukainen.

**Koosteasiakirja ei ole sähköisesti allekirjoitettu**, näin structuredBody:n ID-attribuuttia ei tarvitse antaa:

<component>

<structuredBody>

**Koostemerkinnän yksilöivä OID näkymätasolla**:

<!-- Koostemerkintä -->

<component>

<section>

<!-- Koostemerkinnän OID-tunnus -->

<id root="1.2.246.537.10.1246109.11.2013.170.2"/>

**Alkuperäisen merkinnän näkymätunnus näkymätasolla:**

<!—Alkuperäisen näkymän näkymätunnus-->

<code code="175" codeSystem="1.2.246.537.6.12.2002" codeSystemName="AR/YDIN - Näkymät"

displayName="Riskitiedot"/>

**Alkuperäisen merkinnän tapahtuma-aika näkymätasolla**. Muita merkinnän tietoja (merkinnän tekijä ja palveluyksikkö ei anneta), vaan niissä annetaan nullFlavor:

<!-- Alkuperäisen merkinnän tapahtuma-aika -->

<author>

<time value="20131001141000+0300"/>

<assignedAuthor>

<id nullFlavor="NA"/>

</assignedAuthor>

</author>

**Erillinen entry-rakenne muita koostetiedon syntykontekstin tietoja varten**.

Erillinen entry-rakenne annetaan encouter-elementissä. Rakenne tunnistetaan entyn templataId:n avulla, joka saa arvon 1.2.246.537.6.12.999.2003.5 (Palvelutapahtuma).

Encounter act:in moodCodessa käytetään arvoa EVN (toteutunut).

**Palvelutapahtuman tunnus sekä palveluntuottajan tunnus ja nimi** annetaan encounter act:in performer-rakenteessa.

**Linkki asiakirjaan, josta alkuperäinen merkintä on poimittu:**   
Linkki asiakirjaan, missä merkinnän tiedot on arkistoitu Potilastiedon arkistoon. Tieto annetaan reference.externalDocument-viittausrakenteessa. Viittausrakenne tunnistetaan externalDocument-elementin templataId:n avulla, joka saa arvon 1.2.246.537.6.12.999.2003.5.6 (Linkki asiakirjaan, josta merkintä on). Rakenteen id:ssä annetaan viitatun asiakirjan id ja setId:ssä setId.

**Linkki alkuperäiseen merkinnän OID-tunnukseen**    
Linkki merkintään (sen oid:iin), missä alkuperäinen merkintä on arkistoitu Potilastiedon arkistoon. Tieto annetaan reference.externalAct-viittausrakenteessa. Viittausrakenne tunnistetaan externalAct-elementin templataId:n avulla, joka saa arvon 1.2.246.537.6.12.999.2003.5.7 (Linkki alkuperäiseen merkintään). Rakenteen id:ssä annetaan merkinnän id.

<!-- Koostetiedon syntykontentekstin muiden tietojen rakenne -->

<entry>

<encounter classCode="ENC" moodCode="EVN">

<templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.5"/>

<!-- Palvelutapahtuman tiedot -->

<performer>

<assignedEntity>

<!-- Palvelutapahtuman id -->

<id root="1.2.246.10.1234567.14.2013.123"/>

<!—Palveluntuottajan tiedot -->

<representedOrganization>

<!-- Palveluntuottajan id (OID) -->

<id root="1.2.246.10.1246109.10.2006.371"/>

<!-- palveluntuottajan nimi -->

<name>Katriinan sairaala, os. 1, Vantaan soster</name>

</representedOrganization>

</assignedEntity>

</performer>

<!-- Linkki asiakirjaan, josta alkuperäinen merkintä on -->

<reference typeCode="REFR">

<externalDocument>

<!-- asiakirjaviittausrakenteen templateId -->

<templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.5.6"/>

<!-- asiakirjan id-->

<id root="1.2.246.537.10.1246109.11.2014.152"/>

<!-- Alkuperäisen asiakirjan setId, missä merkintä on tehty -->

<setId root="1.2.246.537.10.1246109.11.2014.152"/>

</externalDocument>

</reference>

<!-- Linkki alkuperäiseen merkintään -->

<reference typeCode="REFR">

<externalAct>

<!-- merkintäviittausrakenteen templateId, uusi -->

<templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.5.7"/>

<!-- merkinnän id-->

<id root="1.2.246.10.1246109.11.2014.152.1"/>

</externalAct>

</reference>

</encounter>

</entry>

Koostemerkinnän body-osassa **ei anneta hoitoprosessin vaiheen ja otsikkoa** (rakenteet annetaan tyhjinä component-section rakenteina):

<component>

<section>

<component>

<section>

<!—poimittu entry alkaa tästä -->

<entry>

## Tahdonilmaisutiedon ylläpito riskitiedoissa

Riskitietoja palauttaessa potilastietojärjestelmälle Tiedonhallintapalvelu tarkistaa, onko potilaalla Tiedonhallintapalvelussa voimassa olevaa hoitotahtoa, elinluovutustahtoa tai muuta tahdonilmaisua. Jos Tiedonhallintapalvelussa on voimassa oleva tahdonilmaisu, tuottaa Tiedonhallintapalvelu uuden riskitietomerkinnän, jonka se palauttaa muiden riskitietomerkintöjen mukana.

THP toiminnallisessa määrittelyssä [1] on määritelty Tiedonhallintapalvelun tuottaman riskitietomerkinnän tietosisältö, joka noudattaa tietojen pakollisuuksien osalta muita riskitietojen pakollisuuksia. Ko. tiedot näytetään kuten muutkin riskitietokoosteen tiedot. Tahdonilmaisumerkinnässä on seuraavaa huomioitavaa:

* Alkuperäisen näkymän tunnukseksi annetaan Riskitiedot näkymän tiedot
* Tahdonilmaisujen riskitietomerkinnän tapahtuma-aikaan tulee merkinnän muodostamisaika tiedonhallintapalvelussa
* Koostetietoon liittyviä muita kontekstitietoja (erillinen entry näkymätasolla) ei anneta ollenkaan tässä merkinnässä
* riski-entry
  + riskin nimi on vakioteksti: ”Potilaalla on Tiedonhallintapalvelussa hoitotahto, elinluovutustahto tai muu tahdonilmaisu”
  + tiedonhallintapalvelu generoi riskin yksilöivän tunnisteen
  + riskin alkupäivää ei anneta rakenteessa
  + riskin todenneen ammattilaisen tietoja ei annetan rakenteessa, koko author jätetään pois
  + riskin aste on Riskin aste koodiston arvo 2 ”Hoidossa huomioitavat tiedot”
  + riskin tyyppi on Riskin tyyppi koodiston arvo R1 ”Potilaan tahdonilmaisu”
  + viittauksia alkuperäisen asiakirjan tunnisteisiin (setId ja id) ei anneta

<!-- Riskitietomerkintä tahdonilmaisusta -->

<component>

<section>

<!-- Koostemerkinnän tunnus -->

<idroot="1.2.246.537.10.1246109.11.2013.170.2"/>

<!-- Näkymä riskitietojen mukainen -->

<codecode="175"codeSystem="1.2.246.537.6.12.2002"codeSystemName="AR/YDIN - Näkymät"displayName="Riskitiedot"/>

<!-- Tahdonilmaisujen riskitietomerkinnän tapahtuma-aika (merkinnän muodostamisaika tiedonhallintapalvelussa) -->

<author>

<timevalue="20140424155500+0300"/>

<assignedAuthor>

<idnullFlavor="NA"/>

</assignedAuthor>

</author>

<component>

<section>

<component>

<section>

<entry>

<!-- Minkä määrityksen mukaan tieto on tuotettu. Tiedonhallintapalvelun koosteet ja ylläpidettävät asiakirjat, versio 1.00 -->

<templateIdroot="1.2.246.777.11.2015.28"/>

<observationclassCode="OBS"moodCode="EVN">

<templateIdroot="1.2.246.537.6.12.999.2003.13"/>

<!-- Riskitieto-entryn tunniste -->

<idroot="1.2.246.10.1246109.11.2014.152.1.2"/>

<codecode="13"codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003"codeSystemName="KanTa-palvelut - Tekninen CDA R2 rakennekoodisto 2003"displayName="Riskitieto"/>

<valuexsi:type="CV"nullFlavor="UNK">

<!-- 2 Riskin nimi tai lyhyt kuvaus -->

<originalText>Potilaalla on Tiedonhallintapalvelussa hoitotahto, elinluovutustahto tai muu tahdonilmaisu</originalText>

</value>

<!-- 1 Riskin yksilöivä tunniste,OID-tunniste,THP muodostaa-->

<entryRelationshiptypeCode="COMP">

<observationclassCode="OBS"moodCode="EVN">

<codecode="13.9"codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003"codeSystemName="KanTa-palvelut - Tekninen CDA R2 rakennekoodisto 2003"displayName="Riskin yksilöivä tunniste"/>

<valuexsi:type="II"root="1.2.246.10.1246109.11.2014.152.4.1"/>

</observation>

</entryRelationship>

<!-- 4 Riskin aste-->

<entryRelationshiptypeCode="COMP">

<observationclassCode="OBS"moodCode="EVN">

<codecode="13.6"codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003"codeSystemName="KanTa-palvelut - Tekninen CDA R2 rakennekoodisto 2003"displayName="Riskin aste"/>

<valuexsi:type="CV"code="2"codeSystem="1.2.246.537.5.40033.2006"codeSystemName="AR/YDIN - Riskitiedon aste 2006"displayName="Hoidossa huomioitavat tiedot"/>

</observation>

</entryRelationship>

<!-- 5 Riskin tyyppi -->

<entryRelationshiptypeCode="COMP">

<observationclassCode="OBS"moodCode="EVN">

<codecode="13.7"codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003"codeSystemName="KanTa-palvelut - Tekninen CDA R2 rakennekoodisto 2003"displayName="Riskin tyyppi"/>

<valuexsi:type="CV"code="R1"codeSystem="1.2.246.537.5.40034.2006"codeSystemName="AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi 2006"displayName="Potilaan tahdonilmaisu"/>

</observation>

</entryRelationship>

</observation>

</entry>

</section>

</component>

</section>

</component>

</section>

</component>

## Koosteiden poimintasäännöt ja muut tarkennukset

Koosteita poimitaan vain sellaisilta hoitoasiakirjoilta, joiden headerin ClinicalDocument.templateId-kentässä on annettu release-tieto. Lisäksi asiakirjatyypillä (oltava kertomustekstiä) ja näkymillä (tietyt rakenteet poimitaan vain määritellyiltä näkymiltä) on vaikutusta siihen, miten tietoja poimitaan koosteille. Potilaan terveystietoja ei koskaan poimita asiakirjoista, jotka on merkattu erilliseksi toista henkilöä koskeviksi.

Entry:t kopioidaan sellaisenaan koosteasiakirjaan. Niiden sisältöön ei tehdä mitään muutoksia.

Koosteasiakirjaan poimitaan halutulta aikaväliltä entry:t, joiden templateId:t on määritelty kyseiselle koosteelle kuuluviksi. Seuraavassa taulukossa on kuvattu vastaavuudet:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **rakenteinen tieto** | **Poimitun entry:n templateId** | **Koostenäkymä** |
| diagnoosi | 1.2.246.537.6.12.999.2003.2 | Diagnoosikooste |
| toimenpide | 1.2.246.537.6.12.999.2003.3 | Toimenpidekooste |
| laboratoriotutkimus-pyyntö | 1.2.246.537.6.12.999.2003.27 | Laboratoriotutkimuskooste |
| laboratoriotutkimus | 1.2.246.537.6.12.999.2003.21 | Laboratoriotutkimuskooste |
| laboratoriotutkimus-lausunto | 1.2.246.537.6.12.999.2003.28 | Laboratoriotutkimuskooste |
| kuvantamistutkimus-pyyntö | 1.2.246.537.6.12.999.2003.26 | Kuvantamistutkimuskooste |
| kuvantamistutkimus | 1.2.246.537.6.12.999.2003.22 | Kuvantamistutkimuskooste |
| kuvantamistutkimus-lausunto | 1.2.246.537.6.12.999.2003.24 | Kuvantamistutkimuskooste |
| fysiologiset mittaustulokset | 1.2.246.537.6.12.999.2003.23 | Fysiologiset mittaukset -kooste |
| fysiologisen mittauksen lausunto | 1.2.246.537.6.12.999.2003.25 | Fysiologiset mittaukset -kooste |
| rokotukset | 1.2.246.537.6.12.999.2003.19 | Rokotuskooste |
| riskitieto | 1.2.246.537.6.12.999.2003.13 | Riskitietokooste |
| lääketieto | määritellään myöhemmin |  |

**Taulukko 2.5.1 Enty-tunnisteiden ja koostenäkymien vastaavuudet.**

Potilastietojärjestelmien tiedonhallintapalvelun koosteasiakirjojen käsittely rakenteisten tulosteiden aikaansaamiseksi on huomioitava seuraavaa:

1. Potilaan kieltämiä tietoja ei ole koosteasiakirjassa. Kielloista huolimatta hakevan organisaation tiedot ovat aina koosteasiakirjassa, koska kielto ei koske oman organisaation tietoja.
2. Entry-rakenteet ja niiden tulkintaan tarvittavat tiedot on kuvattu Kanta-sivustolta löytyvistä CDA R2 määrittelyistä (Kertomus ja lomakkeet, Kuvantaminen ja Laboratorion). Huom. koosteita poimitaan 2016 vaiheistuksen mukaisista CDA R2 asiakirjoista alkaen.
3. Entryissä ei välttämättä ole kaikkia tietoja, tarvittaessa alkuperäinen asiakirja on noudettavissa
4. Laboratorion, kuvantamisen ja fysiologisten mittausten osalta aikavälihaulla haetaan ko. aikavälillä tehdyt tutkimukset ja liitetään niihin mukaan niihin liittyvät pyynnöt ja lausunnot riippumatta siitä, millä aikavälillä pyynnöt ja lausunnot on tehty.

# Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävät asiakirjat

Tiedonhallintapalvelun ylläpidettäviä asiakirjoja ovat Informointi-, Suostumus-, Kielto-asiakirjat (potilastietojen luovutuskielto ja lääkemääräystietojen luovutuskielto), Elinluovutustahto- ja hoitotahto-asiakirjat sekä Terveys- ja hoitosuunnitelma.

Potilaan informointimerkinnät sisältävän Informointi-asiakirjan,  
Suostumus-asiakirjan ja Potilastietojen luovutuskielto sekä Lääkemääräystietojen luovutuskielto -asiakirjojen rekisterinpitäjänä on Kela. Asiakirjat ovat lomakemuotoisia. Informointi-, Suostumus- ja Kieltoasiakirjoja voidaan korjata versioimalla, mitätöinti ei ole sallittua (ks. PTJ käyttötapaukset taulukko 2 [5]). Kyseiset asiakirjat versioituvat korvaus (replace) menettelyllä Potilastiedon arkiston CDA R2 Header –määrityksen [2] kohdan CDA R2 -asiakirjojen versiointi mukaisesti. Korjauksen yhteydessä on sallittu ainoastaan syykoodi ”korjaus”.

Elinluovutustahto- ja Hoitotahto-asiakirjojejen rekisterinpitäjänä toimii Kela ja asiakirja on lomakemuotoinen. Asiakirjoja voi korjata ja mitätöidä (ks. PTJ käyttötapaukset taulukko 2 [5]). Kyseiset asiakirjat versioituvat korvaus (replace) menettelyllä Potilastiedon arkiston CDA R2 Header –määrityksen [2] kohdan CDA R2 -asiakirjojen versiointi mukaisesti. Korjauksen yhteydessä ovat sallittuja syykoodit ”korjaus” ja "mitätöinti".

Terveys ja hoitosuunnitelma –asiakirjan [6] rekisterinpitäjänä toimii terveydenhuollon toimintayksikkö. Asiakirja on normaali palvelutapahtuman asiakirja, mutta se on saatavilla muille kuin tuottaneelle terveydenhuollon toimintayksikölle Tiedonhallintapalvelun kautta. Asiakirja on CDA R2 kertomusrakenteen [4] muotoinen (ei lomake). Asiakirjaa ei voida korjata korvaus (replace) menettelyllä, ainoastaan mitätöidä. Mitätöinnin yhteydessä on sallittu syykoodit ”mitätöinti” ja ”mitätöinti siten, että vanhat versiot merkitään käytöstä poistetuiksi”. Tällöin asiakirjojen välisen suhteen ilmaisevana tyyppinä on käytettävä RPLC:tä (replace) ja korjauksen kohde-viittauksena samaa tapaa kuin korvatessa.

Koska terveys- ja hoitosuunnitelmaa ei korjata korvaus (replace) menettelyllä, asiakirjasta tehdään aina uusi versio, kun sitä muutetaan. Tiedonhallintapalvelun kautta saatava asiakirja toimii uuden asiakirjan pohjana. Kyseiset asiakirjat (edellinen ja uusi versio) linkitetään toisiinsa lisäys (append) -menettelyllä CDA R2 Header –määrittelyn [2] kohdan CDA R2 asiakirjojen versiointi mukaisesti. Terveys- ja hoitosuunnitelma-asiakirja on näin oma täydellinen dokumenttinsa ja tällöin ei ole tarvetta näyttää kuin uusin versio.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Asiakirjan nimi** | **Asiakirjan muoto** | **Rekisterinpitäjä** | **Asiakirjarakenne** |
| Elinluovutustahto | lomake | Kela | versioituva |
| Hoitotahto | lomake | Kela | versioituva |
| Potilaan informointimerkinnät | lomake | Kela | versioituva |
| Suostumus | lomake | Kela | versioituva |
| Potilastietojen luovutuskielto | lomake | Kela | versioituva |
| Lääkemääräystietojen luovutuskielto | lomake | Kela | versioituva |
| Terveys ja hoitosuunnitelma (erillinen määrittely) | CDA R2 merkintä | terveydenhuollon toimintayksikkö | linkittyvä |

**Taulukko 3.1 Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävät asiakirjat**

## Elinluovutustahto

Käsitellään tarkemmin Medical Records sanomat luvussa 6 [7]. Elinluovutustahto-asiakirjan rakenne löytyy THL:n koodistopalvelimelta.

## Hoitotahto

Käsitellään tarkemmin Potilastiedon arkiston Medical Records sanomat luvussa 6 [7]. Hoitotahto-asiakirjan rakenne löytyy THL:n koodistopalvelimelta.

## Informointiasiakirja

Käsitellään tarkemmin Potilastiedon arkiston Medical Records sanomat luvussa 6 [7]. Informointi-asiakirjan rakenne löytyy THL:n koodistopalvelimelta.

## Suostumusasiakirja

Käsitellään tarkemmin Potilastiedon arkiston Medical Records sanomat luvussa 6 [7]. Suostumusasiakirjan rakenne löytyy THL:n koodistopalvelimelta.

## Kieltoasiakirjat

Käsitellään tarkemmin Potilastiedon arkiston Medical Records sanomat luvussa 6 [7]. Kieltoasiakirjan rakenne löytyy THL:n koodistopalvelimelta.

## Terveys ja hoitosuunnitelma

Käsitellään tarkemmin Terveys- ja hoitosuunnitelma – CDA R2 potilaskertomusrakenne –määrittelyssä [6], jonka tuorein versio löytyy Kanta-sivustolta.

# Viitatut määritykset

Alla on listattu määrittelyt, joihin tässä dokumentissa viitataan. Huom. alla olevat versiot ovat olleet voimassa tämän dokumentin kirjoitushetkellä. Uusimmat versiot löytyvät kanta.fi sivustolta ja THL julkaisuista. Eri dokumentteja lukiessa on huomioitava, mitkä versiot ovat käytännössä käytössä.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely, 2014, THL | https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116910/URN\_ISBN\_978-952-302-345-1.pdf?sequence=1 |
| 2 | Potilastiedon arkiston CDA R2 Header, V4.65, Kela & HL7 Finland | http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/hl7 |
| 3 | Potilastiedon arkiston asiakirjojen kuvailutiedot, v2.39, Kela & HL7 Finland | http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/potilastiedon-arkiston-maarittelyt |
| 4 | Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet, v5.10, Kela & HL7 Finland | http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/hl7 |
| 5 | Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset, v 2.10, Kela & THL | http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/potilastiedon-arkiston-maarittelyt |
| 6 | Terveys- ja hoitosuunnitelma - CDA R2 potilaskertomusrakenne, v1.20, Kela & HL7 Finland | http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/hl7 |
| 7 | Potilastiedon arkiston Medical Records, V2.01 | http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/hl7 |