

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

**Tiedonhallintapalvelun koosteet ja ylläpidettävät asiakirjat**

**Versio 1.10.2**

28.1.2020

**URN:OID:** **1.2.246.777.11.2018.12**

**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. |
| 1.01 | 29.2.2016 | Kela | Luku 2.5, tarkennettu entryn palautusmuoto. |
|  | 28.11.2016 | Kela | Tarkennukset, täydennykset ja korjaukset, jotka eivät merkittävästi vaikuta yhteentoimivuuteen, julkaistaan erillisessä Errata-dokumentissa. |
| 1.10 | 13.11.2018 | Kela | Koostepalautuksen tarkennuksia. Errata-dokumentin tarkennukset. |
| 1.10.1 | 30.4.2019 | Kela | Tarkennuksia alaikäisen asettaman huoltajille luovuttamisen kiellon palautukseen. |
| 1.10.2 | 28.1.2020 | Kela | Luku 2.5: Tarkennettu koostepalautuksen yksittäisen tiedon maksimipituus 4000 tavua.  Luku 2.5: Tarkennettu pyynnön, tutkimuksen ja lausunnon palautusta  Luku 4: Päivitetty THP toiminnallisen määrittelyn versio [1] |

**SISÄLLYSLUETTELO**

Sisältö

[SISÄLLYSLUETTELO 3](#_Toc529879268)

[1. Johdanto 4](#_Toc529879269)

[2. Tiedonhallintapalvelun koosteasiakirjat 5](#_Toc529879270)

[2.1 Yleistä 5](#_Toc529879271)

[2.2 Koosteasiakirjojen Header-tiedot 6](#_Toc529879272)

[2.3 Koosteasiakirjojen body-osan koostemerkinnät 7](#_Toc529879273)

[2.4 Tahdonilmaisutiedon ylläpito riskitiedoissa 12](#_Toc529879274)

[2.5 Koosteiden poimintasäännöt ja muut tarkennukset 14](#_Toc529879275)

[3. Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävät asiakirjat 18](#_Toc529879276)

[3.1 Elinluovutustahto 19](#_Toc529879277)

[3.2 Hoitotahto 19](#_Toc529879278)

[3.3 Informointiasiakirja 19](#_Toc529879279)

[3.4 Suostumusasiakirja 19](#_Toc529879280)

[3.5 Kieltoasiakirjat 19](#_Toc529879281)

[3.6 Terveys ja hoitosuunnitelma 19](#_Toc529879282)

[4. Viitatut määritykset 20](#_Toc529879283)

# 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.

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

**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

Koosteasiakirjojen CDA R2 body –osio [4, 8, 9] 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)
* Koostemerkintä sisältää kaksi entry-rakennetta.
  + Koostemerkinnän body-osan näkymätasolle liitetään erillinen entry-rakenne muita koostetiedon syntykontekstin tietoja varten. Tiedot on kuvattu myöhemmin tässä luvussa.
  + Koostemerkinnän body-osan otsikkotasolle tulee potilasasiakirjoista poimittu keskeisen terveystiedon tietosisältö omaan entry-rakenteeseensa. Tietosisältö-entryn rakenne noudattaa pääosin tietosisältökohtaista CDA R2 määrittelyä. [4, 8, 9]
* 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 entryjen 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. Muut keskeisten terveystietojen koosteet ovat vastaavan rakenteen mukaisia. Koosteasiakirjojen XML-esimerkit ovat mukana Potilastiedon arkiston esimerkkipaketissa [10].



**Kuva 2.3.1 Koosteasiakirjan rakenne, diagnoosikooste esimerkkinä**

Alla on xml-esimerkit em. body-osan tarkennuksista, esimerkkinä riskitietokooste. Muut keskeisten terveystietojen koosteet ovat vastaavan rakenteen mukaisia.

**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"/>

<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 templateId:n avulla, joka saa arvon 1.2.246.537.6.12.999.2003.5.7 (Linkki alkuperäiseen merkintään). Rakenteen id:ssä annetaan merkinnän id.

**Linkki alkuperäisen entryn OID-tunnukseen**Linkki entryyn (sen oid:iin), missä alkuperäinen entry on arkistoitu Potilastiedon arkistoon. Potilastiedon arkisto generoi jokaiselle palautettavalle kooste-entrylle uuden yksilöivän tunnisteen (OID). Alkuperäisen entryn tunnus (OID) palautetaan entryn syntykontekstin tiedoissa.Tieto annetaan reference.externalAct-viittausrakenteessa. Viittausrakenne tunnistetaan externalAct-elementin templateId:n avulla, joka saa arvon 1.2.246.537.6.12.999.2003.5.8 (Linkki alkuperäiseen entryyn). Rakenteen id:ssä annetaan entryn id.

**Huoltajille luovuttamisen kielto**Koostekanta tuottaa alaikäisen henkilön koosteasiakirjaan koostemerkinnän syntykontekstin tietoihin huoltajille luovuttamista koskevan kieltotilannetiedon palvelutapahtumassa annetun kieltotilannetiedon mukaisesti.

Tieto annetaan reference.externalAct-viittausrakenteessa. Viittausrakenne tunnistetaan externalAct-elementin templateId:n avulla, joka saa arvon 1.2.246.537.6.12.999.2003.31 (Huoltajille luovuttamisen kielto). Tieto annettaan code-rakenteessa koodistoa THL - Alaikäisen potilastietojen luovuttaminen huoltajille (1.2.246.537.5.40202.201901) käyttäen, mahdolliset arvot 1-4.   
(Tilanne 4/2019: Kieltotilannetieto palautuu koostepalautuksessa, jos tieto on palvelutapahtumassa annettu. Siirtymäaikana tietoja ei kaikilla alaikäisen palvelutapahtumilla vielä ole. Jos koostetiedon palvelutapahtumalla ei ole kieltotilannetietoa, tämä rakenne jää koostemerkinnän syntykontekstin tiedoista pois.)

**Alkuperäisen asiakirjan määrittelykokoelma**Tieto siitä, mitä määrittelykokoelmaa alkuperäinen asiakirja, jolta koostetieto on poimittu, on noudattanut. Koostetieto palautetaan Potilastiedon arkiston voimassa olevan määrittelyn mukaisessa rakenteessa.  
Tieto annetaan reference.externalAct-viittausrakenteessa. Viittausrakenne tunnistetaan externalAct-elementin templateId:n avulla, joka saa arvon 1.2.246.537.6.12.999.2003.5.9 (Alkuperäisen asiakirjan määrittelykokoelma). Rakenteen templateId:ssä annetaan määrittelykokoelman tunnus. Jos poiminta on tehty vanhemmasta aineistosta, missä ei vielä ole määrittelykokoelmaa käytössä, palautetaan templateId/@nullFlavor=”NA”.

**Koostemerkintä sisältää rakenteisen tietosisällön K/E**Tieto siitä palautuuko koosteasiakirjalla sekä syntykontekstin tieto että tietosisältö-entry vai pelkkä syntykontekstin tieto. Diagnoosin, riskin ja rokotusten vanhan aineiston populoinnissa syntyneistä tiedoista palautetaan vain syntykontekstin tiedot, jos tietosisältöä ei ole pystytty poimimaan asianmukaisesti.   
Tieto annetaan reference. externalAct-viittausrakenteessa. Viittausrakenne tunnistetaan externalAct-elementin templateId:n avulla, joka saa arvon 1.2.246.537.6.12.999.2003.5.10 (Koostemerkintä sisältää rakenteisen tietosisällön K/E). Tieto annetaan code-rakenteessa koodistoa AR/YDIN - Kyllä/EI/Ei tietoa (1.2.246.537.6.112.2007) käyttäen.

<!-- 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 -->

<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>

<!-- Linkki alkuperäiseen entryyn -->

<reference typeCode="REFR">

<externalAct>

<!-- entryviittausrakenteen templateId-->

<templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.5.8"/>

<!-- alkuperäisen entryn id-->

<id root="1.2.246.10.1246109.11.2014.152.1.1"/>

</externalAct>

</reference>

<!-- Huoltajille luovuttamisen kielto -->

<reference typeCode="REFR">

<externalAct>

<!—Huoltajille luovuttamisen kielto –tiedon templateId -->

<templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.31"/>

<!—Palvelutapahtuman mukainen kieltotilannetieto -->

<code code="3" codeSystem="1.2.246.537.5.40202.201901" codeSystemName="THL - Alaikäisen potilastietojen luovuttaminen huoltajille" displayName="Alaikäisen potilastietoja ei luovuteta huoltajille, koska hän kieltää tietojensa luovuttamisen"/>

</externalAct>

</reference>

<!-- Alkuperäisen asiakirjan määrittelykokoelma -->

<reference typeCode="REFR">

<externalAct>

<!-- Alkuperäisen määrittelykokoelmatiedon templateId -->

<templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.5.9"/>

<!-- Alkuperäisen asiakirjan määrittelykokoelma, nullFlavor jos poimittu aineistosta jossa määrittelykokoelmaa ei ole-->

<templateId root="1.2.246.777.5.1" extension="2018.10.3"/>

<!--<templateId nullFlavor="NA"/>-->

</externalAct>

</reference>

<!-- Koostemerkintä sisältää rakenteisen tietosisällön K/E -->

<reference typeCode="REFR">

<externalAct>

<!-- Koostemerkintä sisältää rakenteisen tietosisällön K/E -->

<templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.5.10"/>

<code code="K" codeSystem="1.2.246.537.6.112.2007" codeSystemName="AR/YDIN - Kyllä/EI/Ei tietoa" displayName="Kyllä"/>

</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"/>

<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

Asiakirjatyypillä (oltava kertomustekstiä), näkymillä (tietyt rakenteet poimitaan vain määritellyiltä näkymiltä) ja määrittelyversiolla on vaikutusta siihen, miten tietoja poimitaan koosteille ja mitä poiminnassa tarkastetaan. Potilaan terveystietoja ei koskaan poimita asiakirjoista, jotka on merkattu erilliseksi toista henkilöä koskeviksi.

Toimenpiteiden, laboratoriotutkimusten, kuvantamisen ja fysiologisten mittausten koosteita poimitaan vain sellaisilta hoitoasiakirjoilta, joiden headerin ClinicalDocument.templateId-kentässä on annettu määrittelykokoelma-tieto (2018.10.1 tai uudempi).

Diagnoosien, riskien ja rokotusten koostetiedot poimitaan 2016 vaiheistuksen mukaisista CDA R2 asiakirjoista alkaen. Lisäksi diagnoosien, riskien ja rokotusten koostetietoja poimitaan vanhemmasta materiaalista: tällöin poiminta tehdään suppeammalla tietosisällöllä ja kevennetyin tarkastuksin. Osa tiedoista poimitaan näyttömuodosta ja jotkin 2016-vaiheistuksen tietosisällön pakolliset tiedot voivat jäädä tyhjäksi.

Koostekantaan poimitaan myös mahdolliset asiakirjojen välillä kopioidut entryt (Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet, luku 2.9.4 Kopioidyt entry:t).

Poimitut tiedot palautetaan koosteasiakirjan entryssä voimassaolevassa palautusrakenteessa THL-tietosisältömäärittelyn mukaisena.

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 |
|  |  |  |

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

Potilastietojärjestelmien tiedonhallintapalvelun koosteasiakirjojen käsittelyssä 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.
   * Entry-rakenteet ja niiden tulkintaan tarvittavat tiedot on kuvattu Kanta-sivustolta löytyvistä CDA R2 määrittelyistä [4, 8, 9]. Tiedot palautetaan muunnettuna sen määrittelyn mukaiseen rakenteeseen, jota koostepalautus noudattaa.
2. Entryissä ei välttämättä ole kaikkia tietoja, tarvittaessa alkuperäinen asiakirja on noudettavissa.
   * Esim. näyttömuotoisia tietoja ei poimita eikä palauteta lainkaan
   * Yksittäisen koostekannan palauttaman tiedon maksimipituus on 4000 tavua. Koostekanta katkaisee tätä pidemmän tiedon 3950 tavun kohdalta ja lisää loppuun katkaisusta kertovan vakiotekstin (”|Teksti katkaistu / Text avklippt / Text cut off”). Katkaisu vaikuttaa niihin koostekantaan poimittaviin keskeisten terveystietojen rakenteisiin tietoihin, joiden tietotyyppi on ST. Tällaisia tietoja ovat esim. entry-rakenteen sisältämät lisätiedot ja lausuntotekstit. Arkistoidussa CDA R2 asiakirjassa teksti säilyy alkuperäisessä muodossaan.
3. Koostekannasta palautetaan myös mahdolliset asiakirjojen välillä kopioidut entryt (Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet [4], luku 2.9.4 Kopioidyt entry:t).
4. Laboratorion ja kuvantamisen osalta aikavälihaulla haetaan ko. aikavälille kuuluvat
   * pyynnöt sekä kuhunkin pyyntöön liittyvät tutkimukset ja lausunnot
   * tutkimukset sekä kuhunkin tutkimukseen liittyvä pyyntö ja lausunnot
   * lausunnot sekä kuhunkin lausuntoon liittyvät tutkimukset ja pyyntö.
   * THP toiminnallisesta määrittelystä [1] poiketen koostekanta siis palauttaa myös pelkät pyynnöt ja lausunnot, vaikka tutkimustulosta ei olisi tai se ei osuisi haun tulokseen.
5. Fysiologisten mittausten osalta aikavälihaulla haetaan ko. aikavälille kuuluvat
   * tutkimukset sekä kuhunkin tutkimukseen liittyvät lausunnot
   * lausunnot sekä kuhunkin lausuntoon liittyvät tutkimukset.
6. Tiedonhallintapalvelun generoiman Tahdonilmaisua koskevan riskin osalta palautuu aina vain vakiomuotoinen tietosisältö-entry.
7. 2016-vaiheistusta aikaisemman aineiston palautuksen erityispiirteet
   * Vanhojen diagnoosi- ja riskitietojen osalta tietosisältö-entryn sisältö on suppeampi kuin 2016-vaiheistuksen diagnoosi- ja riskietojen. Näyttömuodosta poimitut tiedot palautetaan loogisesti vastaavassa rakenteisessa osassa.
   * Seuraavat 2016-vaiheistuksen mukaan diagnoosin tietosisällössä pakolliset tiedot saattavat puuttua vanhassa aineistossa. Skeeman vaatiessa näissä kohdin palautetaan nullFlavor.
     + diagnoosin tai käyntisyyn nimi (tunniste 21)
     + diagnoosin tai käyntisyyn episoditunnus (tunniste 9)
   * Kaikille vanhoille diagnoositiedoille asetetaan käyntisyy = false (diagnoosin tietosisältö, tunniste 23)
   * 2016 vaiheistusta aikaisemman määrittelyn mukaisten diagnoosi-, riski- tai rokotustietojen osalta voi tietosisältö-entry puuttua kokonaan ja tällöin palautuu vain syntykontekstin tiedot sisältävä entry.
8. Diagnoosirakentessa kirjattavat yhdistelmädiagnoosit puretaan 2016- vaiheistuksen mukaisissa asiakirjoissa rakenneosiin eikä yhdistelmämerkkiä käytetä [4].
   * Siirtymävaiheen aikana syntyneessä aineistossa ja 2016-vaiheistusta aikaisemman määrittelyn mukaisessa aineistossa diagnoositiedoissa palautuu myös erikoismerkin sisältäviä koodeja ja koodiparin osia, mihin tulee varautua vastaanotettaessa diagnoosien koostetietoja tiedonhallintapalvelusta.

# 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 rajapintakäyttötapaukset, taulukko luvussa 3.2 [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 rajapintakäyttötapaukset, taulukko luvussa 3.2 [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, 2016, THL | <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/130318/URN_ISBN_978-952-302-641-4.pdf?sequence=1> |
| 2 | Potilastiedon arkiston CDA R2 Header, V4.65, Kela & HL7 Finland | https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/hl7 |
| 3 | Potilastiedon arkiston asiakirjojen kuvailutiedot, v2.39, Kela & HL7 Finland | https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto |
| 4 | Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet, v5.11, Kela & HL7 Finland | https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/hl7 |
| 5 | Potilastiedon arkisto: rajapintakäyttötapaukset arkiston ja liittyvän järjestelmän välillä, v 1.01, Kela | https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto |
| 6 | Terveys- ja hoitosuunnitelma - CDA R2 potilaskertomusrakenne, v1.21, Kela & HL7 Finland | https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/hl7 |
| 7 | Potilastiedon arkiston Medical Records, V2.02 | https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/hl7 |
| 8 | Kanta kuvantamisen CDA R2 merkinnät, v2.21, Kela & HL7 Finland | https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/hl7 |
| 9 | K[anta Laboratorion CDA R2 merkinnät](https://www.kanta.fi/documents/20143/133129/Laboratorion_CDAR2_v421.zip/d931ba14-b40f-76b4-bafd-3d84b08104ed), v4.21, Kela & HL7 Finland | https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/hl7 |
| 10 | Potilastiedon arkiston esimerkkiasiakirjat ja -sanomat (zip), Kela | https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/hl7 |