

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

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

**Potilastiedon arkiston CDA R2 Header**

**Versio 4.66.4**

**10.11.2022**

**URN:OID:** 1.2.246.777.11.2015.38

**SISÄLLYSLUETTELO**

[Potilastiedon arkiston CDA R2 Header 1](#_Toc119320134)

[SISÄLLYSLUETTELO 1](#_Toc119320135)

[1. Johdanto 3](#_Toc119320136)

[1.1 CDA R2 pakolliset tiedot 3](#_Toc119320137)

[1.2 CDA R2 asiakirjojen versiointi 4](#_Toc119320138)

[1.3 CDA R2 asiakirjojen korjaus 6](#_Toc119320139)

[1.4 CDA R2 asiakirjojen mitätöinti 6](#_Toc119320140)

[1.5 CDA R2 asiakirjojen tilasiirtymät 6](#_Toc119320141)

[1.6 CDA R2 11](#_Toc119320142)

[2. Header 12](#_Toc119320143)

[2.1 CDA R2 pakolliset tiedot 12](#_Toc119320144)

[2.2 CDA R2 asiakirja 14](#_Toc119320145)

[2.2.1 ClinicalDocument.realmCode – asiakirjan aluekoodi 14](#_Toc119320146)

[2.2.2 ClinicalDocument.typeId - asiakirjassa noudatettu tekninen standardiversio 15](#_Toc119320147)

[2.2.3 ClinicalDocument.templateId - asiakirjassa noudatettu määritys 15](#_Toc119320148)

[2.2.4 ClinicalDocument.id - asiakirjan yksilöintitunnus 15](#_Toc119320149)

[2.2.5 ClinicalDocument.code – asiakirjan potilasrekisteritunnus 16](#_Toc119320150)

[2.2.6 ClinicalDocument.title – asiakirjan otsikko 17](#_Toc119320151)

[2.2.7 ClinicalDocument.effectiveTime – asiakirjan luontiaika 17](#_Toc119320152)

[2.2.8 ClinicalDocument.confidentialityCode - asiakirjan luottamuksellisuus 17](#_Toc119320153)

[2.2.9 ClinicalDocument.languageCode – asiakirjan kieli 18](#_Toc119320154)

[2.2.10 ClinicalDocument.setId – alkuperäisen asiakirjan yksilöintitunnus 19](#_Toc119320155)

[2.2.11 ClinicalDocument.versionNumber – asiakirjan versio 19](#_Toc119320156)

[2.2.12 ClinicalDocument.copyTime – asiakirjan kopiointiaika 19](#_Toc119320157)

[2.2.13 ClinicalDocument.recordTarget – kenen potilaan asiakirjasta on kyse 19](#_Toc119320158)

[2.2.14 ClinicalDocument.author – ammattihenkilö / laite 21](#_Toc119320159)

[2.2.15 ClinicalDocument.dataEnterer – asiakirjan alkuperäinen rekisterinpitäjä 23](#_Toc119320160)

[2.2.16 ClinicalDocument.informant - tiedonantaja (ei käytössä Suomessa) 24](#_Toc119320161)

[2.2.17 ClinicalDocument.custodian – asiakirjan rekisterinpitäjä 24](#_Toc119320162)

[2.2.18 ClinicalDocument.informationRecipient 24](#_Toc119320163)

[2.2.19 ClinicalDocument.legalAuthenticator (ei käytössä Suomessa) 24](#_Toc119320164)

[2.2.20 ClinicalDocument.authenticator – aitouden todentaja (ei käytössä Suomessa) 25](#_Toc119320165)

[2.2.21 ClinicalDocument.participant – asiakirjaan osallistujat 25](#_Toc119320166)

[2.2.22 ClinicalDocument.inFulfillmentOf – ostopalvelun valtuutuksen tunniste 25](#_Toc119320167)

[2.2.23 ClinicalDocument.documentationOf – palvelutapahtumaan sisältyvät palvelut 26](#_Toc119320168)

[2.2.24 ClinicalDocument.relatedDocument – asiakirjaan liittyvät asiakirjat 27](#_Toc119320169)

[2.2.25 ClinicalDocument.authorization - valtuudet 27](#_Toc119320170)

[2.2.26 ClinicalDocument.componentOf – palvelutapahtuman käyntitiedot 29](#_Toc119320171)

[2.3 Paikalliset laajennukset 32](#_Toc119320172)

[2.3.1 Paikallisten laajennusten lisäys 32](#_Toc119320173)

[2.3.2 Paikallisten laajennusten validointi 33](#_Toc119320174)

[2.3.3 Tulostaminen tyylitiedostolla 35](#_Toc119320175)

[2.4 Paikallisten laajennusten luettelo 35](#_Toc119320176)

[2.4.1 hl7fi:description - asiakirjan kuvaus (poistettu) 35](#_Toc119320177)

[2.4.2 hl7fi:tableOfContents - asiakirjan sisällysluettelo 35](#_Toc119320178)

[2.4.3 hl7fi:registratedTime - asiakirjan rekisteröintiaika (rekisteröinti ei ole käytössä kansallisessa arkistossa) 35](#_Toc119320179)

[2.4.4 hl7fi:declaredTime - asiakirjan arkistointiaika 36](#_Toc119320180)

[2.4.5 hl7fi:typeCode - asiakirjan laji (Pakollinen vanhalla aineistolla) 36](#_Toc119320181)

[2.4.6 hl7fi:fileFormat - asiakirjan tiedostomuoto 36](#_Toc119320182)

[2.4.7 hl7fi:softwareSupport - asiakirjan tuottanut ohjelmisto 37](#_Toc119320183)

[2.4.8 hl7fi:hasPart – palvelutapahtumatunnus (siirretty kohtaan 2.2.26) 37](#_Toc119320184)

[2.4.9 hl7fi:documentType - asiakirjan tyyppi 37](#_Toc119320185)

[2.4.10 hl7fi:currentLocation - asiakirjan tilapäinen sijoitus (ei käytössä) 37](#_Toc119320186)

[2.4.11 hl7fi:retentionPeriod - asiakirjan hävittämispäivä (kansallinen arkisto täyttää) 38](#_Toc119320187)

[2.4.12 hl7fi:functionCode - asiakirjan tehtäväluokka (eAMS) 38](#_Toc119320188)

[2.4.13 hl7fi:recordStatus - asiakirjan tila 38](#_Toc119320189)

[2.4.14 hl7fi:auditTrail - merkintöjen käsittelyhistoria 39](#_Toc119320190)

[2.4.15 hl7fi:serviceChainLink - asiakirjan linkit palvelukokonaisuuksiin 40](#_Toc119320191)

[2.4.16 hl7fi:episodeLink - asiakirjan linkit palveluntuottajan omiin palvelukokonaisuuksiin (ei käytössä) 41](#_Toc119320192)

[2.4.17 hl7fi:product - asiakirjan järjestelmätoimittajan tietokenttä 41](#_Toc119320193)

[2.4.18 hl7fi:signatureCollection - Allekirjoitukset 41](#_Toc119320194)

[2.4.19 hl7fi:sender – viitteen lähettäjä (ei käytössä kansallisessa arkistossa) 42](#_Toc119320195)

[2.4.20 hl7fi:password – asiakirjan salasana (ei käytössä) 42](#_Toc119320196)

[2.4.21 hl7fi: patientRegistrySpecifier – asiakirjan (potilas)rekisteritarkenne ja tarkenteen nimi 42](#_Toc119320197)

[2.4.22 hl7fi:custodianTypeCode – asiakirjan rekisteripitäjän laji 43](#_Toc119320198)

[2.4.23 hl7fi: encompassingEncounterCode – palvelutapahtuman laji 43](#_Toc119320199)

[2.4.24 hl7fi:activeCustodian – asiakirjan aktiivi rekisterinpitäjä 44](#_Toc119320200)

[2.4.25 hl7fi:encompassingEncounterMasterCode – asiakirjan ensisijaisuus 44](#_Toc119320201)

[2.4.26 hl7fi:secondaryEncompassingEncounterId – toissijainen palvelutapahtumatunnus (ei käytössä) 44](#_Toc119320202)

[2.4.27 hl7fi:outsourcingServiceCustomer – palvelunjärjestäjä 45](#_Toc119320203)

[2.4.28 hl7fi:retentionPeriodClass – asiakirjan säilytysaikaluokka 45](#_Toc119320204)

[2.4.29 displayName="12 vuotta potilaan kuolemasta tai 120 vuotta syntymästä"/>hl7fi:extendedRetentionPeriod – asiakirjan pidennetty säilytysaika 45](#_Toc119320205)

[2.4.30 hl7fi:sensitiveDocument – asiakirjan erityissisältö 45](#_Toc119320206)

[2.4.31 hl7fi:eprServiceProvider – järjestelmäpalvelujen antaja (ei käytössä) 46](#_Toc119320207)

[2.4.32 hl7fi:releaseDateForPatientViewing – kansalaisen katselun viivästyttäminen 46](#_Toc119320208)

[2.4.33 hl7fi: patientHomeMunicipality – potilaan kotikunta 46](#_Toc119320209)

[3. Header Näyttömuotoesimerkki 47](#_Toc119320210)

[4. Versiohistoria 50](#_Toc119320211)

# Johdanto

## CDA R2 pakolliset tiedot

CDA R2 Header sisältää CDA-asiakirjan kuvailu- eli metatiedot, joita käytetään Suomessa ensisijaisesti asiakirjahallintoon. Tässä dokumentissa kuvataan CDA R2 Headerin tietojen käyttö Suomessa.

Määritys perustuu HL7 Clinical Document Architecture, Release 2.0 22.11.2006 (Ansi standardi 21.4.2005) ja IMPL\_CDAR2\_LEVEL1-2REF\_US\_13\_2006JAN Implementation Guide for CDA Release 2 – Level 2 and 2 – Care Record Summary (US realm).

Kansalliset lisäpiirteet on toteutettu seuraavien lähdemateriaalien pohjalta:

* Laki Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007
* Sosiaali- ja terveysministeriön asetus 298/2009 potilasasiakirjojen laatimisesta sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttämisestä
* Potilasasiakirjojen laatiminen sekä niiden ja muun hoitoon liittyvän materiaalin säilyttäminen. Opas terveydenhuollon henkilöstölle. Sosiaali- ja terveysministeriö, Oppaita 2001:3. 112 s.
* Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt: Opas ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala-ja toimintokohtaisten raken-teisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa. Versio 3.0
* STM: Terveydenhuollon kansallinen tietojärjestelmäarkkitehtuuri KANTA-jatkomäärittely, syksy 2007 Ydindokumentti Dnro:1834/2007 Riitta Alkula 18.10.2007 v. 1.0
* STM:n Opas sähköisen potilaskertomuksen rakenteesta versio 2.00 28.2.2006
* JHS 143 suositus: Asiakirjojen kuvailun ja hallinnan metatiedot
* JHS 159 suositus: ISO OID-yksilöintitunnuksen soveltaminen julkishallinnossa

Kuvailutiedot jakautuvat kahteen kokonaisuuteen:

* kansainväliseen CDA R2 header tietoihin
* paikallisiin HL7FI laajennuksiin, jotka ovat tarpeen asiakirjahallinnon toteuttamiseksi.

Jokaisessa arkistoon toimitetussa potilaskertomusasiakirjassa on oltava arkistoinnin ja luovutusten tarvitsemat kuvailutiedot pakollisena. Arkistoon toimitetaan palvelutapahtuma-asiakirjoja ja hoitoasiakirjoja. Palvelutapahtuma-asiakirja merkitään ensisijaiseksi ja palvelutapahtuma-asiakirja ei sisällä varsinaista tietosisältöä body-osuudessa vaan on ns. tyhjä asiakirja. Asiakirjojen kuvailutietojen pakollisuudet on määritelty Potilastiedon arkiston asiakirjojen kuvailutiedot -määrittelyssä – tuorein versio löytyy Kanta.fi-sivustolta. Samassa dokumentissa on kuvattu myös kuvailutiedoille asetetut maksimipituudet.

Kansalliselta koodistopalvelulta ja hyödynnettäessä koodistoja toteutuksissa, on nojauduttava koodistopalvelimen ajantasaisiin koodistoihin. 2016-vaiheistukseen perustuvaa tai sitä uudempaa määrittelyä noudattavissa CDA R2 asiakirjoissa displayName-attribuutissa käytetään sekä asiakirjan header- että body-osassa koodiarvoa vastaavaa pitkää nimeä.



Kuva 1.1 : merkintöjen asiakirjoiksi muodostus

## CDA R2 asiakirjojen versiointi

Suomessa potilasasiakirjojen yksilöintiin on valittu myös CDA R2 ‑standardissa käytettävä ISO OID yksilöintitunnus. Asiakirjojen versiointia ei ole erikseen käsitelty suomalaisissa soveltamisohjeissa, vaikka CDA R2 ‑standardissa se on määritelty. Arkistosanomissa ja eReseptissä on otettu käyttöön suoraan CDA R2 ‑standardin määrittelemä versiointimekanismi, joka pohjautuu asiakirjojen kuvailutiedoissa määriteltyjen kenttien käyttöön:

* id = asiakirjan tunniste
* setId = asiakirjan eri versiot yhdistävä tunniste
* versionNumber = versionumero on kokonaisluku, jota kasvatetaan yhdellä uusien versioiden mukana

Asiakirjaan liittyviä asiakirjoja esitetään (act-relationship) luokan relatedDocument avulla. Suhteeseen liittyvä tarkenne (relatedDocument.typeCode) määrittelee mikä on asiakirjojen välinen suhde. Medical Records -osiossa voidaan käyttää kahden tyyppisiä suhteita, asiakirjan korvaamista (RPLC) tai asiakirjan lisäystä (APND). Korvaaminen tarkoittaa että uusi versio mitätöi vanhan asiakirjan ja kaikki tietosisältö on uudessa asiakirjassa (kohdejärjestelmän vaatimukset voivat edellyttää myös mitätöidyn asiakirjan säilyttämistä).

Lisäys- tai täydentämistyyppi puolestaan tarkoittaa, että viitattu asiakirja on edelleen voimassa ja uusi asiakirja täydentää aiemman asiakirjan tietosisältöä (käyttäjälle pitää näyttää molemmat asiakirjat). Tästä periaatteesta poiketen ylläpidettävien keskeisten terveystietojen osalta relatedDocument-kohtaan laitetaan pohja-asiakirjan OID ja typeCode:ksi on sovittu laitettavan APND. Arkistopalvelu palauttaa aina vain uusimman asiakirjan näistä asiakirjoista, eikä se ole täydennys vanhaan vaan itsenäinen asiakirja.

id = 1.2.246.10.123.11.123

setId = 1.2.246.10.123.11.123

versionNumber = 1

effectiveTime = 20061210

id = 1.2.246.10.123.11.987

setId = 1.2.246.10.123.11.123

versionNumber = 2

effectiveTime = 20061219

relatedDocument (typeCode = ”RPLC”)

parentDocument

id = 1.2.246.10.123.11.123

setId = 1.2.246.10.123.11.123

Alkuperäinen asiakirja

korvaava asiakirja

id = 1.2.246.10.123.11.555

setId = 1.2.246.10.123.11.555

versionNumber = 1

effectiveTime = 20061212

relatedDocument (typeCode = ”APND”)

parentDocument

id = 1.2.246.10.123.11.123

setId = 1.2.246.10.123.11.123

täydentävä asiakirja

id = 1.2.246.10.123.11.777

setId = 1.2.246.10.123.11.777

versionNumber = 1

effectiveTime = 20070110

relatedDocument (typeCode = ”APND”)

parentDocument

id = 1.2.246.10.123.11.987

setId = 1.2.246.10.123.11.123

lisäys (append)

korvaus (replace)

lisäys (append)

täydentävä asiakirja

id = 1.2.246.10.123.11.888

setId = 1.2.246.10.123.11.777

versionNumber = 2

effectiveTime = 20070110

relatedDocument (typeCode = ”RPLC”)

parentDocument

id = 1.2.246.10.123.11.777

setId = 1.2.246.10.123.11.777

korvaus

(replace)

korvaava asiakirja

Kuva 1.2 : asiakirjojen versiointi CDA R2 -standardin kuvailutietojen avulla

Kuvassa 1.2 esitetään kuinka asiakirjan versiointi ja miten ”pääasiakirjaa” täydentävät asiakirjat toteutetaan. Korvaamista ja täydentämistä esittävien suhteiden lisäksi CDA R2 -asiakirjoissa on mahdollista käyttää muunnossuhdetta. Tällä ilmaistaan, että asiakirja on muunnettu jostain toisesta asiakirjasta. Muunnoksen lähtötietoina on voinut olla vaikkapa toinen CDA R2 -asiakirja tai PikaXML-tiedosto. Muunnossuhteen käyttöä ei ole tässä vaiheessa ohjeistettu tarkemmin.

Asiakirjat yhdistetään toisiinsa palvelutapahtumatunnuksella. Kansainvälisen yhteensopivuuden takaamiseksi voitaisiin rakenne toteuttaa eli palvelutapahtuman ensimmäisellä asiakirjalla parentDocument on tyhjä ja palvelutapahtuman asiakirjat ovat aina joko lisäyksiä tai korvauksia. Nyt käytössä olevassa toteutuksessa on kuitenkin käytössä korvaus typeCode = ”RPLC”, jolla hoidetaan asiakirjojen versiointi sekä typeCode = ”APND” ylläpidettävillä keskeisillä terveystiedoilla.

<!-- 4. Asiakirjan yksilöintitunnus -->

<id root="1.2.246.10.1234567.11.2011.3456"/>

<!-- 10. Alkuperäisen asiakirjan yksilöintitunnus -->

<setId root="1.2.246.10.1234567.11.2011.1234"/>

<!-- 11. Asiakirjan versio -->

<versionNumber value="2"/>

<!-- 24. relatedDocument - asiakirjaan liittyvät asiakirjat -->

<relatedDocument typeCode="RPLC">

<parentDocument classCode="DOCCLIN" moodCode="EVN">

<id root="1.2.246.10.1234567.11.2011.1234"/>

<setId root="1.2.246.10.1234567.11.2011.1234"/>

<versionNumber value="1"/>

</parentDocument>

</relatedDocument>

## CDA R2 asiakirjojen korjaus

Kun asiakirja on toimitettu arkistoon, niin toimitettu asiakirja säilyy arkistossa muuttumattomana koko sen säilytysajan. Kyseisen asiakirjan tiettyjä kuvailutietoja voidaan tarvittaessa päivittää. Varsinaisen asiakirjan sisällön tai potilaan henkilötunnuksen muuttaminen tai mitätöinti on mahdollista vain korjausmenettelyllä, joka on selitetty seuraavana.

Kun asiakirjaa korjataan, niin

* uusi asiakirja saa uuden yksilöintitunnuksen, katso kohta 2.2.4
* asiakirjan luontiaika on korjauksen tekoaika, katso kohta 2.2.7
* asiakirjan setId säilyy muuttumattomana, katso kohta 2.2.10
* asiakirjan versionumero kasvaa yhdellä, katso kohta 2.2.11
* korjauksen kohteena oleva asiakirja linkitetään, katso kohta 2.2.24

Muutos voi myös aiheuttaa korjatun asiakirjan (asiakirjan edellisten versioiden) rekisterin muutoksen esim. taustarekisteriksi, jolloin ne eivät ole enää potilasasiakirjoja eikä niitä luovuteta potilaan hoitamiseen.

Korjatun asiakirjan voimassaolo arkistossa päättyy uuden asiakirjan arkistointiajankohtaan. Uuden asiakirjan voimassaolo alkaa arkistointiajankohdasta. Seuraaville asiakirjoille tulee arkiston voimassaolon päättymisajankohdaksi seuraavaa:

* potilashallinnon varmistus – asiakirjan mukainen päättymisajankohta tai mikäli tietoa ei ole voimassaolon alkuaika lisättynä STM:n oppaan mukaisella voimassaoloajalla

## CDA R2 asiakirjojen mitätöinti

Asiakirjan mitätöinti on sama prosessi kuin asiakirjan korjaus seuraavin tarkennuksin:

* valmistumisen tila on asetettu poistettu-tilaan
* asiakirjan Body-osa on ”tyhjä”, tarkemmin Kertomus ja lomakkeet -oppaassa
* eArkistossa mitätöitävän asiakirjan voimassaolo päättyy mitätöintiasiakirjan (poisto) arkistointiajankohtaan
* eArkistossa mitätöintiasiakirjan voimassaolo alkaa arkistointiajankohdasta ja päättyy samaan ajankohtaan

## CDA R2 asiakirjojen tilasiirtymät

Arkistoon toimitetaan vain valmiita asiakirjoja, joten tässä esitetyt tilasiirtymiä voidaan käyttää potilaskertomusjärjestelmissä kuvaamaan asiakirjan elinkaarta ennen sen valmistumista.

Kuvassa 1.5 on CDA-asiakirjan tilakaavio, josta nähdään asiakirjan elinkaari. Kun asiakirja luodaan, se on uusi (new) -tilassa. New-tilasta asiakirja voidaan perua, hyväksyä tai allekirjoittaa. Hyväksyminen siirtää asiakirjan tilaan aktiivinen (active), jolloin se on käytettävissä potilashoidossa, mutta sitä ei ole vielä todennettu allekirjoituksella. Tilaan valmis (completed) asiakirja siirtyy kun se allekirjoitetaan sähköisesti. Käytöstä poistettu (obsolete) ‑tilaan asiakirja siirtyy, jos jokin toinen asiakirja korvaa sen. Nullified-tilaan asetetaan asiakirjat, jotka on mitätöity.



Kuva 1.5: CDA R2 -asiakirjan tilasiirtymät

**Taulukko 1.5: StatusCoden suhde Completion Code, Storage Code ja Availability time attribuuteihin (taulukko on MR-standardista)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Status Code** | **Completion Code** | **Storage Code** | **Availability Time** | **Description** |
| New | Any value | NULL | NULL | This is a new document. It has not been made available for viewing by providers. It can have any confidentiality status. It's document storage status and availability time are undefined, since it has not yet been made active. |
| Active | Anything other than Legally Authenticated | Active; Active & Archived | Availability Time = time the document was made available | This document is active, and is available for patient care. It has not yet been legally authenticated. It can have any confidentiality status. |
| Completed | Legally Authenticated | Active; Active & Archived | Availability Time = time the document was made available | This document is active, and is available for patient care. It has been legally authenticated. It can have any confidentiality status. |
| Canceled | Any value | NULL | NULL | This document was abandoned before being released for patient care. It may or may not have been authenticated. |
| Obsolete | Any value | Archived; Purged | Availability Time = time the document was made available | This document was superceded by a replacement document and is now obsolete. It is no longer available for patient care. |
| Nullified | Nullified (proposed new value for V2.7) | Archived | Availability Time = time the document was made available | This document was created in error or was placed in the wrong chart. It is no longer available for patient care. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.5.40114.2006 Dokumentin tila (ActStatus)** | |
| New | keskeneräinen |
| Active | Hyväksytty |
| Completed | Valmis |
| Canceled | Peruttu |
| Obsolete | Käytöstä poistettu |
| Nullified | Mitätöity |
| normal | Normal |
| aborted | Aborted |
| held | Held |
| suspended | Suspended |

Taulukossa 1.5 esitetään asiakirjojen hallintaan liittyviä attribuutteja, joita ei ole mukana varsinaisen CDA-asiakirjan kuvailutiedoissa vaan pelkästään Medical Records -sanomassa. Attribuutit on tarkoitettu asiakirjoja hallinnoivalle tietojärjestelmälle asiakirjan tilan seurantaan. Asiakirjoja hallinnoiva järjestelmä voi olla esimerkiksi yleinen dokumenttienhallintajärjestelmä, reseptikeskus tai kansallinen arkisto.

Asiakirjan tilakoodi (Status code) on tärkein asiakirjan tilaa kuvaava attribuutti. Kuvan 2 tilat esitetään tilakoodi‑attribuutilla, joka ohjaa myös muiden attribuuttien arvoja. Esimerkiksi asiakirjan valmiusaste (completion code) ei voi olla allekirjoitettu (legally authenticated), jos asiakirjan tila on uusi (new) tai aktiivinen (active). Asiakirjan arkistointikoodi (storage code) ja ensimmäinen saatavuusaika (availability time) vaihtelevat myös tilakoodin mukaisesti. Taulukon soluissa on esitelty, mitä arvoja kukin attribuutti voi saada eri tilakoodin mukaisesti.



Dokumentin sisältö

Dokumentin perus-attribuutit

Dokumenttiin liittyvät muut tapahtumat

ja dokumentit

Dokumenttii liittyvät tahot

(potilas, rekisterinpitäjä jne.)

Kuva 1.5a: CDA R2 RMIM tietomalli karkealla tasolla

Yllä oleva kuva esittää karkeasti CDA R2 -tietomallin Header-osion. Yksityiskohtaisemmin tietomalliin voi tutustua varsinaisen CDA R2 -standardin avulla tai tutkimalla pakettiin sisällytettyä kuvaa L-POCD\_RM000040.gif, jossa on kuva CDA R2 RMIM.



Kuva 1.5b: asiakirja



Kuva 1.5c: asiakirjan muutoshistoria



Kuva 1.5d: asiakirjan muutoshistoria ja mitätöinti

## CDA R2

Asiakirjan mukana tulevat alkuperäiset arkistoinnin tarvitsemat tiedot. Rekisterinpitäjän muuttumisen yhteydessä kuvailutiedot päivittyvät ja voimassaoleva rekisterinpitäjä on aktiivi rekisterinpitäjä.

**Taulukko 1.6: Kuvailutiedot alkuperäisen ja aktiivin rekisterinpitäjän osalta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Alkuperäinen** | **Aktiivi** |
| arkistonmuodostaja | rekisterinpitäjä-rekisteristä | rekisterinpitäjä-rekisteristä |
| rekisterinpitäjä | ClinicalDocument.custodian (katso kohta 2.2.17) | hl7fi:activeCustodian (katso kohta 2.4.24) |
| rekisteri | ClinicalDocument.code (katso kohta 2.2.26) | sama |
| rekisterin tarkenne | hl7fi:patientRegistrySpecifier (katso kohta 2.4.21) | sama |
| palvelutapahtuma | ClinicalDocument.componentOf.encompassingEncounter.id ja .effectiveTime (katso kohta 2.2.26) | sama |
| terveydenhuollon palveluntuottaja | ClinicalDocument.componentOf.encompassingEncounter.responsibleParty.assignedEntity.representedOrganization.id ja .name (katso kohta 2.2.26) |  |
| palveluyksikkö | ClinicalDocument.componentOf.encompassingEncounter.encounterParticipant.assignedEntity.representedOrganization.id, .time ja .name (katso kohta 2.2.26) ja lisäksi merkinnöissä |  |
| rekisteripitäjän laji | hl7fi:custodianTypecode (katso kohta 2.4.22) | sama |
| palvelutapahtuman laji | encompassingEncounter.code (katso kohta 2.4.23) | sama |

# Header

## CDA R2 pakolliset tiedot

Ohessa on CDA R2 -skeeman kaaviokuva. Ehjällä viivalla piirretyt elementit ovat kansainvälisen skeeman mukaan pakollisia. Kenttien pakollisuuksia on täsmennetty Kelan ohjeistuksen mukaan ja ne löytyvät kanta.fi -sivustolla olevasta Potilastiedon arkiston asiakirjojen kuvailutiedot,-määrittelystä.

”.

Kuva 2.1: CDA R2 Header

Sekä kansainvälisen osuuden että paikallisten laajennusten osalta pakollisuuksia noudetaan eArkiston asiakirjojen kuvailutiedot -taulukon mukaisina (kv. skeemaa ei ole muokattu vastaamaan pakollisuuksia).

## CDA R2 asiakirja

CDA R2 -asiakirjan juurielementti on ClinicalDocument. CDA-asiakirja käsittää CDA Header- ja CDA Body -osuudet. CDA Header sisältää asiakirjaa kuvaavia ominaisuuksia, asiakirjaan liittyviä osapuolia ja mahdollisia yhteyksiä muihin asiakirjoihin.

Suomessa paikallistamisen yhteydessä on tehty tyylitiedosto, joilla voidaan tarkastaa CDA R2 -asiakirjan kuvailutiedot sekä sanoman sisältö. Tyylitiedostoa ei ole tarkoitettu tuotantokäyttöön, se on ainoastaan referenssitoteutus. Jos joku tietojärjestelmätoimittaja käyttää tyylitiedostoa tuotantokäytössä, se ottaa sen toimivuudesta vastuun. Kela ei ota vastuuta siitä, että tyylitiedosto näyttää kaiken oikein.

Kela ylläpitää tyylitiedostoa testaustarkoituksiin osana Header-määrittelyä ja sitä käytetään esim. validointipalvelussa ja yhteistestauksessa. Kela päättää mitä muotoiluja tyylitiedostoon tuodaan ja miten niitä pitää tukea CDA R2 rakenteissa

Tyylitiedoston nimi on CDA\_fi.xsl. Lisäksi on tyylitiedostoCDA\_fi\_header\_2012-01-10.xsl kuvailutietojen ja sisällön katselua varten.

Nimiavaruuksina käytettään http://[www.w3.org/2001/XMLSchema-instance](http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance), urn:hl7-org:v3, urn:hl7-org:v3/voc ja urn:hl7finland. Arkistoitavilla CDA R2 asiakirjoilla oletusnimiavaruuden on oltava xmlns="urn:hl7-org:v3".

Suomessa käytetään paikallistettua CDA R2 -skeemaa CDA\_fi.xsd, johon on lisätty elementti paikallisia laajennuksia varten. Perustana on kuitenkin sama hierarkkinen sanomakuvaus. Arkistoon vietävien asiakirjojen on nuodatettava kyseisiä skeemoja.

Paikallista laajennuksista on tehty myös skeema, joka löytyy tiedosta: ”hl7fi\_extensions\_cdar2header.xsd”

<?xml version="1.0"?>

<?xml-stylesheet type="text/xsl" href="CDA\_fi.xsl"?>

<ClinicalDocument

xmlns="urn:hl7-org:v3"

xmlns:voc="urn:hl7-org:v3/voc"

xmlns:xsi="http://www.w3.org/2001/XMLSchema-instance"

xmlns:hl7fi="urn:hl7finland"

xsi:schemaLocation="urn:hl7-org:v3 CDA\_fi\_2008-08-19.xsd">

Esimerkki header-osuuden näyttömuodosta kokonaisuutena on tämän määrittelyn luvussa 3.

### ClinicalDocument.realmCode – asiakirjan aluekoodi

Suomessa käytetään paikallistettua CDA R2 -ohjetta. Vakioarvo on FI.

<!-- 1. Asiakirjan aluekoodi -->

<realmCode code="FI"/>

### ClinicalDocument.typeId - asiakirjassa noudatettu tekninen standardiversio

TypeId koodi ilmoittaa asiakirjan pohjana olevan määrityksen, mitä RIM- ja CDA R2 -versiota on käytetty sanomassa. Tämän oppaan mukaisissa sanomissa on käytetty CDA R2 -versiota, mikä ilmaistaan:

<!-- 2. Asiakirjassa noudatettu tekninen standardiversio CDA R2 Ansi Standard 2005-04-21-->

<typeId root="2.16.840.1.113883.1.3" extension="POCD\_HD000040"/>

### ClinicalDocument.templateId - asiakirjassa noudatettu määritys

CDA:han liittyvä koodi, joka ilmaisee mihin määritysasiakirjoihin CDA R2 -asiakirja sekä Header- että Body-osio perustuu (Body-osion poikkeavuudet ilmaistaan kussakin asiayhteydessä).

Jatkossa 2016 vaiheesta alkaen määrittelyjen määräävimpänä tekijänä tulee olemaan määrittelykokeolman versio, joka ilmaistaan templateId:ssä. Määrittelykokoelmaan liitetään joukko määrittelyitä, joita tuetaan Kanta-palvelussa tiettynä ajankohtana. Määrittelykokoelmat linkittyvät suoraan tai epäsuorasti Kanta-palveluiden julkaisusuunnitelmiin. Yhdessä asiakirjassa on käytettävä vain yhteen määrittelykokoelmaan kuuluvia määrittelyitä. Määrittelykokoelman versio on nyt lisätty alla olevaan listaan yhdeksi templateId:ksi. Määrittelykokoelmassa käytettävä templataId:n on oltava muodossa

<templateIdroot="1.2.246.777.5.1" extension="XXXX"/>,

missä XXXX on määrittelykokoelman tunnus, esimerkiksi "2016" tai "2017.1".   
Käytettävät määrittelykokoelmat julkaistaan erikseen Kanta.fi-sivustolla.

Käytettävät templateId:t:

* Määrittelykokoelman versio (tämä tieto tarkastetaan arkistoitavalta asiakirjalta ja sen on oltava tuettuna Potilastiedon arkistossa). Huom. vaaditaan vaiheen 2016 tullessa toteutukseen.
* Potilastiedon arkiston asiakirjojen kuvailutiedot dokumentti: Toteutuksen pohjalla ollut asiakirjojen kuvailutiedot -määrittelyn versiota tarvitaan mahdollisia tuotannonaikaisia selvittelytilanteita varten, joten se on pakollinen tieto.
* eArkiston CDA R2 header (tämä dokumentti)
* Kertomus ja lomakkeet dokumentti
* Mahdollinen erillinen CDA R2 määrittely

<!-- 3. Asiakirjassa noudatettu määritys -->

<!—Määrittelykokoelman versio, 2016 vaiheesta alkaen, root ja extension erikseen -->

<templateIdroot="1.2.246.777.5.1" extension="XXXX"/>

<!-- Potilastiedon arkiston asiakirjojen kuvailutiedot dokumentti versio 2.28 2013-02 -->

<templateIdroot="1.2.246.777.11.2013.5"/>

<!-- CDA R2 Header versio 4.55 2013-02-06 -->

<templateIdroot="1.2.246.777.11.2013.4"/>

<!-- CDA R2 Kertomus ja lomakkeet versio 4.61 2013-01-10 -->

<templateIdroot="1.2.246.777.11.2012.9"/>

### ClinicalDocument.id - asiakirjan yksilöintitunnus

Asiakirja yksilöidään yksikäsiteisellä id-elementillä. Yksilöinnissä käytetään OID-tunnusta siten, kuin se on kuvattu mm. Juhta-suosituksessa JHS 159 ja "Sosiaali- ja terveydenhuollon OID-tunnuksen käyttö" -raportissa. id.=root attribuutti ilmoittaa asiakirjan laatineen tahon antaman yksilöivän OID-juuren (asiakirjassa käytetty numerogeneraattorin OID-tunnus) ja id.=extension ilmoittaa asiakirjan juoksevan numeron.

Toimintayksikkö voi päättää, mille (organisaation) hallinnolliselle tasolle haluaa kiinnittää asiakirjansa. OID-juuri perustuu tällöin toimintayksikön Y-tunnukseen. Kuvantamislaitteiden tuottamissa kuvissa OID-tunnus tuotetaan laitteen perusteella: laitevalmistaja antaa laitteelle oman OID-tunnuksen, jota käytetään OID-tunnusten OID-juurena. Mikäli asiakirjojen tuottaminen tapahtuu esimerkiksi välityspalvelun yhteydessä toimivan yhteisen koontipisteen kautta, asiakirjan yksilöintitunnuksen muodostamiseen voidaan käyttää yhtä OID-juurta siitä riippumatta, minkä toimintayksikön asiakirjasta tai kuvasta on kyse

OID-tunnuksia tuottava taho vastaa siitä, että yksilöintitunnukset ovat ainutkertaisia ja yksiselitteisiä.

<!-- 4. Asiakirjan yksilöintitunnus -->

<id root="1.2.246.10.1234567.91.2011.3456"/>

tai toisella tavallaesitettynä

<!-- 4. Asiakirjan yksilöintitunnus -->

<id root="1.2.246.10.1234567.91" extension="2011.3456"/>

*Suositus yhteisliittymistilanteen ja yksityisen terveydenhuollon asiakirjojen OID-tunnuksiin*

Yhdistelmä ”y-tunnus + asiakirjojen solmuluokka + vuosiluku + juokseva nro” ei välttämättä takaa yksilöivää OID-tunnusta yksityisessä terveydenhuollossa vuokralaistilanteessa tai itsenäisen anmatinharjoittajan osalta. Tämä johtuu siitä, että vuokralainen tai itsenäinen ammatinharjoittaja voi toimia useilla eri lääkäriasemilla ja useissa eri toimipaikoissa.

Tämän ratkaisemiseksi on HL7 TC:ssä (06/2015) hyväksytty suositus yhteisliittymistilanteen ja itsenäisen ammatinharjoittajan OID-tunnuksen yksikäsitteisyyden takaamiseksi:

* yhteisliittymistilanteessa (vuokralaistilanne) voidaan käyttää isännän juurta ja erillistä järjestelmäkohtaista asiakirjan solmuluokan oid-generaattoritunnusta (2 tai 5 numeroa)
* suoraan liittyvien itsenäisten ammatinharjoittajien osalta voidaan toimia vastaavalla tavalla mutta tällöin annetaan isännän juuren sijasta itsenäisen ammatiharjoittajan omaan yksilöintitunnukseen perustuva juuri
* jos juokseva numero ei riitä em. tilanteissa yksilöimään OID:ja, niin antovuoden jälkeen voidaan OID muodostaa seuraavasti:
  + ~~0~~412 antopäivä (kuukaudesta poistetaan etunolla)
  + ~~0~~9120305 kellonaika milli sekunnin tarkkuudella (kellonajasta poistetaan etunollat)
  + satunnaisluku välillä 1..999

### ClinicalDocument.code – asiakirjan potilasrekisteritunnus

Mihin palvelujen antajan eri henkilörekisteriin asiakirja kuuluu, kerrotaan ’KanTa-palvelut – Potilasasiakirjan rekisteritunnus’ koodistolla. Eri rekistereillä on eri käyttötarkoitus ja rekisterien tietojen käyttö toiseen tarkoitukseen edellyttää luovutukseen liittyvien asioiden huomiointia.

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.5.40150.2009**  **KanTa-palvelut - Potilasasiakirjan rekisteritunnus** | |
|  |  |
| 2 | julkinen terveydenhuolto |
| 3 | yksityinen terveydenhuolto |
| 4 | työterveyshuolto |
| 10 | Ammatinharjoittaja |
| 11 | Käytöstä poistetut asiakirjat |
| 12 | Potilaan tiedonhallintapalvelun asiakirjat |

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

<!-- 5. Asiakirjan potilasrekisteritunnus -->

<code code="2" codeSystem="1.2.246.537.5.40150.2009"

codeSystemName="KanTa-palvelut - Potilasasiakirjan rekisteritunnus" displayName="julkinen terveydenhuolto"/>

### ClinicalDocument.title – asiakirjan otsikko

Asiakirjan otsikko tuodaan title-elementissä. Jos hoitoasiakirja sisältää vain yhtä näkymää, niin silloin asiakirjan otsikko on kyseisen näkymän pitkä nimi. Jos hoitoasiakirja sisältää useita eri näkymiä, asiakirjan otsikko on "Potilasasiakirja".

Palvelutapahtuma-asiakirjan otsikko on "Palvelutapahtuma-asiakirja".

Mitätöiville asiakirjoille asiakirjan otsikointi menee alkuperäisen asiakirjan otsikoinnin mukaisesti. ’Asiankirjan valmistumisen tila’ (kts. 2.4.3 luku) kuvaa mitätöinnin.

<!-- 6. Asiakirjan otsikko -->

<title>Potilasasiakirja</title>

tai

<!-- 6. Asiakirjan otsikko -->

<title>Lääkärintodistus A</title>

### ClinicalDocument.effectiveTime – asiakirjan luontiaika

Asiakirjan luontiajankohta tuodaan effectiveTime-elementissä. Aika ilmoitetaan sekunnin tarkkuudella. Käyttäjä ei saa syöttää tai muuttaa aikaa. Jos järjestelmässä ei käsitellä potilaskertomusta asiakirjana, vaan asiakirjat generoidaan tietyllä ajanhetkellä erillisistä merkinnöistä, niin tällöin kenttään laitetaan asiakirjan muodostumisen ajankohta.

Korjaavalla asiakirjalla luontiajaksi tulee uuden korvaavan asiakirjan luontiaika (kts. esimerkki Kuva 1.2 : asiakirjojen versiointi CDA R2 -standardin kuvailutietojen avulla).

<!-- 7. Asiakirjan luontiaika -->

<effectiveTime value="20111030152233"/>

Vanhojen, ennen Potilastiedon arkistoon liittymistä syntyneiden asiakirjojen kohdalla luontiaika tarkoittaa myös asiakirjan alkuperäistä luontiaikaa, eikä esimerkiksi massa-ajona syntyneen teknisesti arkistointikelpoiseen muotooon muunnetun asiakirjan generointiaikaa.

UTC-aikavyöhyketieto tulee pakolliseksi vain uusissa Kanta-järjestelmissä, eikä sitä lisätä Potilastiedon arkiston asiakirjojen aikatietoihin.

### ClinicalDocument.confidentialityCode - asiakirjan luottamuksellisuus

Kansallinen kuvailutietojen laajennus, joka noudattaa JHS 143 suositusta: Asiakirjojen kuvailun ja hallinnan metatiedot Versio: 15.6.2005.

JHS 143 mukainen määritelmä luottamuksellisuudelle on asiakirjan lainsäädännön määräämä julkisuus tai salassapito sekä siihen liittyvät käyttörajoitukset ja käsittely. Tieto toteuttaa sähköisessä ympäristössä asiakirjojen julkisuuslain mukaisen käsittelyn ja hallinnan. Julkisuus määritellään arkistonmuodostussuunnitelmassa.

Elementti määrittelee onko asiakirja julkinen vai salassa pidettävä, sekä salassa pidettävän asiakirjan mahdollisen turvaluokan, salassapitoajan sekä käsittelyoikeudet.

Elementti ilmaisee sisältääkö asiakirja henkilötietoja. Varsinainen henkilörekisteri edellyttää kuitenkin metatietoja, jotka eivät sisälly tähän määritykseen.

Elementtiin liittyen on huomioitava ohjeet:

- VAHTI 4/2002 "Arkaluonteiset kansainväliset tietoaineistot" - VM 19/01/2000 "Salassa pidettävien tietojen ja asiakirjojen turvaluokittelu- ja merkintäohje"

- VAHTI 2/2000 "Valtionhallinnon tietoaineistojen käsittelyn tietoturvallisuusohje"

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto** **1.2.246.777.5.99902.2006**  **asiakirjan luottamuksellisuus** | |
| 1 | erittäin salainen |
| 2 | salainen |
| 3 | luottamuksellinen |
| 4 | viranomaiskäyttö |
| 5 | terveydenhuollon salassapidettävä |

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

Vakioarvo on Terveydenhuollon salassapidettävä (koodistoarvo 5).

<!-- 8. Asiakirjan luottamuksellisuus -->

<confidentialityCode code="5" codeSystem="1.2.246.777.5.99902.2006"

codeSystemName="KanTa-palvelut - Asiakirjan luottamuksellisuus"

displayName="Terveydenhuollon salassapidettävä"/>

### ClinicalDocument.languageCode – asiakirjan kieli

Asiakirjan kieli ilmoitetaan RFC 3066 ja RFC 1766 standardien mukaisesti. Kielikoodi noudattaa SFS-ISO 639-1 standardia. Potilasasiakirja kirjoitetaan joko suomen (fi) tai ruotsin (sv) kielellä ja se voi sisältää myös muunkielisiä osuuksia. Potilaalle pyritään antamaan potilasohjeet ja loppulausunto lisäksi hänen ymmärtämällään kielellä tarvittaessa tulkin välityksellä.

Asiakirjassa käytettävissä koodistoissa on käytettävä selitteessä kyseisen kielen versiota, jos se on käytettävissä.

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.5.40175.2008 SFS - Kielikoodisto 2008** | |
| fi | suomi |
| sv | ruotsi |

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta, huom. koodistopalvelussa kielikoodit on kirjattu virheellisesti isoilla kirjaimilla)

<!-- 9. Asiakirjan kieli -->

<languageCodecode="fi"/>

### ClinicalDocument.setId – alkuperäisen asiakirjan yksilöintitunnus

Alkuperäisen asiakirjan yksilöivä tunnus tuodaan elementissä setId. Mikäli asiakirjasta tuotetaan uusia versioita, tämä tunnus pysyy samana kaikissa versioissa (= tämän tunnuksen avulla voidaan jäljittää alkuperäisen asiakirjan kaikki uudet versiot). Jos asiakirja muuttuu, se siis saa uuden yksilöintitunnuksen, mutta tämän kentän tunnus ei muutu. Asiakirjan ensimmäisessä versiossa setId (Alkuperäisen asiakirjan yksilöivä tunnus) on sama kuin id (asiakirjan yksilöintitunnus).

<!-- 10. Alkuperäisen asiakirjan yksilöintitunnus -->

<setId root="1.2.246.10.1234567.11.2011.1234"/>

### ClinicalDocument.versionNumber – asiakirjan versio

Asiakirjan versionumero tuodaan elementissä versionNumber. Versionumero alkaa 1:stä ja kasvaa aina yhdellä. Muutoksessa tai mitätöinnissä uusi asiakirja saa uuden yksilöintitunnuksen, versionumero kasvaa yhdellä ja ClinicalDocument.setId – alkuperäisen asiakirjan yksilöintitunnus säilyy muuttumattomana. Uusi asiakirja korvaa entisen (katso 1.2 – 1.4) ja on linkitetty siihen kohdan 2.2.24 mukaisesti.

Asiakirjan elinkaari saadaan poimimalla arkistosta asiakirja setId:llä, jolloin saadaan kaikki asiakirjan versiot ehyenä sarjana (ei kuitenkaan tausta-arkistoon siirrettyjä). Yleensä vain asiakirjan tuottanut terveydenhuollon palveluntuottaja voi tehdä muutoksia asiakirjan sisältöön eli tehdä siitä uuden version. Tiettyjä kuvailutietoja arkistonhoitaja voi päivittää arkistonhoitajan käyttöliittymän kautta, mutta nämä muutokset eivät tee asiakirjasta uutta versiota, vaan ne jäljitetään tarvittaessa arkiston lokitiedoista.

<!-- 11. Asiakirjan versio -->

<versionNumber value="2"/>

### ClinicalDocument.copyTime – asiakirjan kopiointiaika

Tämä elementti ilmaisee, onko kyseessä alkuperäinen asiakirja vai sen kopio. Elementti voi olla täytettynä vain Kantan ulkopuolisessa asiakirjassa. Elementti on tyhjä, mikäli kyseessä on alkuperäinen asiakirja Kantassa. Elementissä on sisältöä, jos kyseessä on Kantan luovuttama kopioasiakirja. Kanta hyödyntää tietoa varmistaakseen, ettei sen luovuttamaa asiakirjaa arkistoida uudestaan. Potilastietojärjestelmä voi hyödyntää tietoa luovutuksessa saatujen asiakirjojen hallinnassa. Kanta käyttää asiakirjaan lisäämässään elementissä prefixiä v3 nimiavaruudesta urn:hl7-org:v3.

<!-- 12. Asiakirjan kopiontiaika -->

<v3:copyTime xmlns:v3="urn:hl7-org:v3" value="20111031110030"/>

### ClinicalDocument.recordTarget – kenen potilaan asiakirjasta on kyse

Suomessa on käytössä vain asiakirjan kuuluminen potilaalle recordTarget-elementissä. Muut tiedot kuten omalääkäri tai työterveydenhuolto ilmoitetaan henkilötietolomakkeella. Potilas tunnistetaan ensisijaisesti oikealla henkilötunnuksella. Tunnistus varmistetaan potilaan nimellä, sukupuolella ja syntymäajalla; potilaan nimi ja syntymäaika ovat aina pakollisia oli asiakirjassa virallinen tai tilapäinen yksilöintitunnus, sukupuoli on pakollinen vain palvelutapahtuma-asiakirjassa. Huom. rekisteritasoisessa ostopalvelun valtuutusasiakirjassa ei anneta lainkaan potilaan tietoja ja recordTarget-kenttään annetaan nullFlavor="NA" (koska tieto on skeemassa pakollinen).

Jos saman palvelutapahtuman aikana käytetään väliaikaista henkilötunnusta ja myöhemmin myös oikeaa henkilötunnusta, niin palvelutapahtuman kaikkiin asiakirjoihin on annettava molemmat henkilötunnukset. Arkistoon tallennettuun asiakirjaan oikean henkilötunnuksen lisääminen tehdään asiakirjan uudella versiolla ja tilapäinen yksilöintitunnus jää edelleen muuttuneeseen asiakirjaan.

Aiempien palvelutapahtumien väliaikaisia henkilötunnuksia ei lisätä palvelutapahtuman asiakirjoihin vaan ne voidaan haluttaessa koota potilaan henkilötietolomakkeelle.

Potilaan henkilötunnus: Virallinen henkilötunnus tai tilapäinen yksilöintitunnus (muodollisuustarkistus tehdään viralliselle henkilötunnukselle). Tilapäinen yksilöintitunnus on esim. muodossa 1.2.246.10.<y-tunnus>.22.<vuosi>.<tilapäinen h-tunnus> (ks. tarkemmin ISO OID-yksilöintitunnuksen käytön kansalliset periaatteet sosiaali- ja terveysalalla, vanhempi versio 1, 2/2007). Ehto: henkilötunnuksen pakollisuus ei koske rekisteritasoista ostopalvelun valtuutusta.

Potilaan etunimet: Viralliset etunimet oikeassa järjestyksessä esim. VRK:n mukaan kukin omassa kentässä. (eReseptissä etunimet ovat yhteisessä kentässä). Jos nimeä ei ole tiedossa, käytetään tietojärjestelmän käyttämää tilapäistä nimeä. Ehto: nimien pakollisuus ei koske rekisteritasoista ostopalvelun valtuutusta.

Potilaan kutsumanimi: Nimi, jota potilas käyttää. Vaikka kutsumanimi olisi yksi etunimistä, se esitetään omassa elementissään. Mikäli järjestelmässä ei ole eroteltuna kutsumanimeä, kutsumanimen kohdalle laitetaan ensimmäinen nimi. Kutsumanimi voi olla eri kuin VRK:n virallinen kutsumanimi, tässä voi käyttää esimerkiksi potilaan antamaa nimeä.

Potilaan sukunimet: Sukunimet ilmoitetaan yhdessä kentässä, vaikka olisi useita (moniosaisissa sukunimissä kirjoitetaan kaikki sukunimen osat family-elementtiin peräkkäin). Jos nimeä ei ole tiedossa, käytetään tietojärjestelmän käyttämää tilapäistä nimeä. Ehto: nimien pakollisuus ei koske rekisteritasoista ostopalvelun valtuutusta.

Potilaan syntymäaika: Pakollinen tieto kaikissa asiakirjoissa. Syntymäaika muodostetaan keinotekoisesti, jos oikea syntymäaika ei ole tiedossa. Ehto: syntymäajan pakollisuus ei koske rekisteritasoista ostopalvelun valtuutusta.

Potilaan sukupuoli: Pakollinen tieto palvelutapahtuma-asiakirjassa. Sukupuolitietoa saatetaan tarvita joissain tilanteissa tunnistamisessa, esim. kun ei ole virallista henkilötunnusta eikä oikeaa syntymäaikaa. (Sukupuolitietokoodistossa on myös vaihtoehdot 0 = tuntematon ja 9 = määrittelemättä.)

<!-- 13. Kenen potilaan asiakirjasta on kyse -->

<recordTarget>

<!-- Potilas -->

<patientRole>

<!-- Potilaan henkilötunnus -->

<id extension="010144-123X" root="1.2.246.21"/>

<id extension="010144-1EMM" root="1.2.246.10.1234567.22.2008"/>

<patient>

<!-- Potilaan nimi -->

<name>

<given>Erkki</given>

<given>Matti</given>

<given qualifier="CL">Matti</given>

<family>Meikäläinen</family>

</name>

<!-- Potilaan sukupuoli -->

<administrativeGenderCode code="1" displayName="mies"

codeSystem="1.2.246.537.5.1.1997"

codeSystemName="AR/YDIN - Sukupuoli 1997"/>

<!-- Potilaan syntymäaika -->

<birthTime value="19440101"/>

</patient>

</patientRole>

</recordTarget>

Huom. rekisteritasoisessa ostopalvelun valtuutusasiakirjassa ei anneta lainkaan potilaan tietoja. *recordTarget-rakenteen aliraketeeseen patientRole/id* annetaan tällöin nullFlavor="NA" (koska tieto on skeemassa pakollinen).

<recordTarget>

<patientRole>

<!-- Potilaan henkilötunnus, rekistetritasoisessa nullFlavor -->

<id nullFlavor=**"NA"**/>

</patientRole>

</recordTarget>

### ClinicalDocument.author – ammattihenkilö / laite

Jokaiseen Body-osan merkintään liittyy tai periytyy yksi tai useampi author-tietokenttä. Body-osan tietokentässä on muun muassa ammattihenkilön tunniste, ammattihenkilön rooli ja merkinnän tekoaika (katso tarkempi määrittely Kertomus ja lomakkeet -dokumentista). Merkintöjen kohdalla esitetyt author-tiedot korvaavat (override) standardin mukaan mahdollisesti Header-osuuden authorissa esitetyt ammattilaisen tiedot.

Ammattihenkilön tietoja ei tuoteta Headerin author-rakenteeseen, jos asiakirjan body osassa ammattihenkilöä ei ole kirjattu merkinnän tekijäksi (rooli ”MER”). Esim. ohjelmistojen / laitteiden tietoja ei tuoda headerin Author:iin. Koska rakenne on skeemassa pakollinen, asiakirjaan on kuitenkin tuotettava author-rakenne, missä pakolliset alirakenteet merkinnän tekoaika (time) ja ammattihenkilön tunniste (id) saavat arvon nullFlavor=NA.

Palvelutapahtuma-asiakirjojen kohdalla Headerin author-tietokenttään voidaan tuoda sen ammattihenkilön tunnus ja nimi, jonka tekemän potilashallinnollisen merkinnän perusteella palvelutapahtuma-asiakirja tietojärjestelmässä on luotu (esim. potilaan ajanvarauksen tehneen ammattihenkilön tunnus ja nimi).

Hoitoasiakirjoissa Headerin author-tietokentässä esitellään kertaalleen ne ammattihenkilöt, jotka esiintyvät asiakirjan body-osan merkinnöissä merkinnän tekijä ”MER” -roolissa. Headerissa ammattihenkilön tiedoista ilmaistaan pelkästään nimi ja tunniste. Ammattihenkilön täydelliset tiedot ovat body-osassa merkinnässä ja ne käsittävät ammattihenkilön nimen, nimikkeen (suositeltava muttei pakollinen), tunnisteen, roolin, palveluyksikön sekä kirjautumisajan.

Ammattihenkilön tiedot headerissa ja bodyssä:

1. Ammattihenkilö yksilöidään virallisella henkilötunnuksella aina kun se on käytettävissä. Samaa tunnistetta on käytettävä Body-osan merkinnöissä henkilön tunnistamiseen. Vain jos ammattihenkilön henkilötunnusta ei ole olemassa, yksilöintiin voidaan käyttää terveydenhuollon ammattihenkilöiden keskusrekisterin tunnusta (terhikki-tunnus) tai jos henkilö ei ole terveydenhuollon ammattihenkilö, VRK:n yksilöivää tunnusta (VRK yksilöivän tunnuksen root arvo on 1.2.246.537.29 Terveydenhuollon muu henkilöstö (ei terveydenhuollon ammattihenkilö)). Ammattihenkilölle saa käyttää vain yhtä yksilöivää tunnistetta asiakirjalla.
2. Ammattihenkilön nimi ilmaistaan <assignedPerson><name> -elementissä. Ammattihenkilön nimike ilmaistaan body-osassa <suffix> -elementissä.
3. Ammattihenkilön rooli tunnistetaan koodistopalvelun mukaisella roolitunnuksella. Headerin author-tietokentässä esitellään ne ammattihenkilöt kertaalleen, jotka esiintyvät asiakirjan body-osan merkinnöissä merkinnän tekijä ”MER” -roolissa. Muut roolit liittyvät Body-osan merkintöihin. Headerissa roolitunnusta ei esitetä. Ammattilainen voi myös osallistua useammassa roolissa asiakirjan merkintöihin. Merkintöjen kohdalla roolin esittäminen on pakollinen tieto ja ja siellä rakennetta toistetaan niin usein kun on tarve, että samakin ammattihenkilö tulee eri rooleissa kirjatuksi.
4. Author-objektin muodostamisaika/ammattihenkilön kirjautumisaika ilmaistaan body-osan merkinnässä ja se on potilaskertomusjärjestelmässä vapaaehtoinen tieto headerissa. Potilastietojärjestelmä antaa ajan tietokoneen kellon mukaisesti sekunnin tarkkuudella. Skeema vaatii kuitenkin elementin käyttämistä, joten jos aikaa ei anna, siihen tulee kirjata nullFlavor=NA.
5. Ammattilaisen luokituksia (ammattioikeudet, ammattiluokitukset, erikoisala, virkanimike, oppiarvo) ei tuoda headeriin.
6. Ammattihenkilön palveluyksikköä ei tuoda headeriin, koska se ilmoitetaan merkintöjen kohdalla ja ammattilaisen palveluyksikkö voi olla eri saman asiakirjan eri merkinnöillä.

<author>

<!-- Ammattihenkilön kirjautumisaika-->

<timenullFlavor="NA"/>

<assignedAuthor>

<!-- Ammattihenkilön perustunniste - henkilötunnus -->

<idextension="123456-1234"root="1.2.246.21"/>

<!-- Ammattihenkilön nimi -->

<assignedPerson>

<name>

<given>Pekka</given>

<givenqualifier="CL">Pekka</given>

<family>Päivystäjä</family>

</name>

</assignedPerson>

</assignedAuthor>

</author>

|  |  |
| --- | --- |
| eArkisto - tekninen CDA R2 henkilötarkennin (Ammattihenkilön funktio/rooli)**:**  **1.2.246.537.5.40006.2003** | |
| DAL | Diagnoosin tehnyt henkilö |
| DPL | Diagnoosin poistanut henkilö |
| EAL | Palvelukokonaisuuden aloittanut henkilö |
| EIRIS | Riskitiedon poistanut henkilö |
| ELL | Palvelukokonaisuuden lopettanut henkilö |
| EPL | Palvelukokonaisuuden passivoinut henkilö |
| HOIVAS | Hoitovastuussa oleva ammattihenkilö |
| HYV | Merkinnän hyväksyjä |
| KAN | Kansalainen/potilas |
| KAS | Lähetteen käsitellyt henkilö |
| KIR | Merkinnän kirjaaja |
| KOR | Korjaaja |
| LAL | Lääkityksen aloittanut henkilö |
| LLISTAL | Lääkityslistan aloittanut henkilö |
| LLISTLO | Lääkityslistan lopettanut henkilö |
| LLL | Lääkityksen lopettanut henkilö |
| LTE | Lääketoimituksen tehnyt henkilö |
| MER | Merkinnän tekijä |
| MIT | Mitätöijä |
| OHJ | Ohjelmiston toimesta siirretty merkintä |
| RIS | Riskitiedon havainnut henkilö |
| SAN | Äänimuodossa olevan merkinnän sanelija |
| SANKIR | Sanelun purkaja |
| SUO | Suorittaja (esim. toimenpide) |
| TIL | Tilaaja |
| VAS | Lähetteen vastaanottanut henkilö |

### ClinicalDocument.dataEnterer – asiakirjan alkuperäinen rekisterinpitäjä

Asiakirjan laatimishetken rekisterinpitäjän yksilöintitunnus ja nimi.

Asiakirjan alkuperäinen rekisterinpitäjä –tieto tuotetaan asiakirjalle arkistoitaessa ennen Kantaan liittymista valmistuneita asiakirjoja. Tieto on pakollinen, jos alkuperäisen eli asiakirjan laatimishetken rekisterinpitäjän yksilöintitunnus ja/tai nimi on tiedossa.

Rakenteeseen voidaan tuottaa OID ja nimi tai vain toinen niistä, jos molempia ei ole tiedossa. Jollei tietoja ole saatavissa, rakenne jää pois. Rakenne on käytössä vain vanhojen potilastietojen arkistoinnissa.

<!-- 15. dataEnterer - Asiakirjan alkuperäinen rekisterinpitäjä -->

<dataEnterer>

<assignedEntity>

<id nullFlavor="NA"/>

<representedOrganization>

<id root="1.2.246.10.123456.19.0"/>

<name>XXX Sairaanhoitopiirin vanha kuntayhtymä</name>

</representedOrganization>

</assignedEntity>

</dataEnterer>

### ClinicalDocument.informant - tiedonantaja (ei käytössä Suomessa)

### ClinicalDocument.custodian – asiakirjan rekisterinpitäjä

Rekisterinpidosta vastaavan rekisterinpitäjän OID-koodi ja nimi.

Julkiset toimijat löytyvät eArkisto-Rekisterinpitäjärekisteristä. Yksityisten toimijoiden tietoja ei viedä lainkaan rekisterinpitäjärekisteriin. Rekisterinpitäjätietona käytetään yksityisten toimijoiden osalta palvelunantajatietoa (SOTE-organisaatiorekisterin Sektori 2 Yksityinen palvelunantaja, Sektori 3 Yksityinen itse ilmoitettu yksikkö tai koodiston Terveydenhuollon itsenäiset ammatinharjoittajat toimija). SOTE-organisaatiorekisterin osalta saa rekisterinpitäjänä käyttää vain terveydenhuollon toimintayksikköä.

<!-- 17. custodian: Asiakirjan rekisterinpitäjä -->

<custodian>

<assignedCustodian>

<representedCustodianOrganization>

<!-- Rekisterinpitäjä -->

<idroot="1.2.246.10.1234567.19.0"/>

<name>XXX Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä</name>

</representedCustodianOrganization>

</assignedCustodian>

</custodian>

Tarkka hoitava yksikkö ilmoitetaan encompassingEncounter.location.healthcarefacility -elementissä.

### ClinicalDocument.informationRecipient

Lähetteet, lääkemääräykset ja lääkärintodistukset toimitetaan asiayhteydessä saatavalla suostumuksella. Hoitopalautteen saajat kirjataan suullisella suostumuksella varsinaiseen kertomukseen ja muut luovutukset perustuvat potilaan suostumukseen tai lakiin. Arkisto tai vastaava järjestelmä pitää kirjaa luovutuksista.

Tällä hetkellä rakennetta käytetään ainoastaan asiakirjan välityksessä Kansallisen viestinvälityksen kautta kolmansille osapuolille. Elementtiin kirjataan lopullisen vastaanottajan organisaatio- tai vastaava tunnus. Tästä on esimerkkinä sähköisten lääkärintodistusten välitys Kelan etuuskäsittelyyn, jossa palvelukoodistona käytetään koodistopalvelun luokitusta 1.2.246.537.6.40191.2012 (Kansallinen viestinvälitys - sanoman vastaanottaja).

<!-- 18. informationRecipient - Vastaanottajatieto -->

<informationRecipient typeCode="PRCP">

<intendedRecipient classCode="ASSIGNED">

<receivedOrganization>

<id root="1.2.246.537.6.40191.2012.1"/>

<name>Kela</name>

</receivedOrganization>

</intendedRecipient>

</ informationRecipient>

### ClinicalDocument.legalAuthenticator (ei käytössä Suomessa)

Potilaskertomusmerkinnät tulevat varsinaiseen Body-osaan, josta selviää merkinnän tekijä. Tietyt asiakirjat tai sen osat on allekirjoitettava laatijan toimesta, mikä tapahtuu sähköisesti hl7fi-osiossa.

### ClinicalDocument.authenticator – aitouden todentaja (ei käytössä Suomessa)

Potilaskertomusmerkinnät tulevat varsinaiseen Body-osaan, josta selviää merkinnän tekijä. Tietyt asiakirjat tai sen osat on allekirjoitettava laatijan toimesta, mikä tapahtuu sähköisesti hl7fi-osiossa.

### ClinicalDocument.participant – asiakirjaan osallistujat

#### ClinicalDocument.participant – arkistonmuodostaja (poistettu)

Tietokenttä poistettu versiosta 4.41 lähtien.

#### ClinicalDocument.participant – toisen henkilön tunnistetiedot

Mikäli potilasasiakirja sisältää asetuksen mukaisesti toista henkilöä koskevia tietoja, niin arkisto ei luovuta kyseistä asiakirjaa Omien tietojen katseluun. Arkisto voi kuitenkin luovuttaa kyseisen asiakirjan toisille palvelunantajille palvelutapahtuman asiakirjojen luovutuksen yhteydessä. Muun henkilön perustiedoista ensisijaisesti annetaan virallinen henkilötunnus, toissijaisesti nimi. Jokin tunnistetieto tulee antaa aina. Objektissa participant typeCode on SBJ ja associatedEntity classCode on CON.

<!-- 21.2 participant - Hoitoon osallistuja: toisen henkilön henkilötunnus -->

<participant typeCode="SBJ">

<associatedEntity classCode="CON">

<id root="1.2.246.21" extension="010112-321X"/>

</associatedEntity>

</participant>

Jos virallista henkilötunnusta ei ole tiedossa, voidaan toisen henkilön nimi antaa seuraavassa rakenteessa:

<!-- 21.2 participant - Hoitoon osallistuja: toisen henkilön nimi -->

<participant typeCode="SBJ">

<associatedEntity classCode="CON">

<associatedPerson>

<name>

<given>Etunimi</given>

<givenqualifier="CL">Etunimi</given>

<family>sukunimi</family>

</name>

</associatedPerson>

</associatedEntity>

</participant>

### ClinicalDocument.inFulfillmentOf – ostopalvelun valtuutuksen tunniste

Kun palvelunjärjestäjä luo ostopalvelutilanteessa palvelutapahtuman, tulee palvelunjärjestäjän kirjata palvelutapahtuma-asiakirjaan ostopalvelun valtuutuksen tunniste.

Mikäli palvelunjärjestäjä ei ostopalvelutilanteessa ole luonut valmista palvelutapahtumaa palveluntuottajalle, tulee palveluntuottajan luomalle palvelutapahtuma-asiakirjalle kirjata sen ostopalvelun valtuutuksen tunniste, jonka perusteella palvelutapahtuma on tuotettu.

Palvelutapahtumalle voi tallentaa useamman kuin yhden ostopalvelun valtuutuksen tunnisteen.

Ehto: Pakollinen siirtymäajan jälkeen palvelupyynnöillä PPA, PP1, PP13, PP16 arkistoiduilla palvelutapahtuma-asiakirjoilla, kun palvelutapahtuma on tuotettu ostopalvelun valtuutuksella.

Ostopalvelutilanteessa palvelutapahtumaan kytketyt ostopalvelun valtutuksen tunnisteet kirjataan inFulfillmentOf-rakenteeseen. Palvelutapahtumaan voi liittyä yksi tai useampi ostopalvelun valtuutuksen tunniste.

Ostopalvelun valtuutuksen tunniste on ostopalvelun valtuutus -asiakirjan lomakesisällössä annettu yksilöivä tunniste (eArkisto/Lomake - Ostopalvelun valtuutus 1.2.246.537.6.12.2002.362, codeId 2):

* Osva-lomakkeen versio 1.2.246.537.6.12.2002.362.20140311: Ostopalvelun valtuutus asiakirjan setId
* Osva2-lomakkeen versio 1.2.246.537.6.12.2002.362. 20200101: Ostopalvelun valtuutus -asiakirjan setId tai valtuutukselle generoitu yksilöivä tunnus

<!-- 22. inFulfillmentOf - ostopalvelun valtuutuksen tunniste -->

<inFulfillmentOf>

      <!--Tiedon tunniste: 1.2.246.537.6.12.999.2003.32 (teknisen rakennekoodiston arvo)-->

           <templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.32"/>

           <order>

             <!-- Ostopalvelun valtuutuksen yksilöivä tunniste: OSVA-asiakirjan setId (alkuperäisen asiakirjan yksilöintitunnus) tai valtuutukselle generoitu yksilöivä tunnus -->

       <id root="1.2.246.10.1714953.91.2007.156789"/>

      </order>

</inFulfillmentOf>

     <!--Toisen ostopalvelun valtuutuksen tiedot omassa inFullfillmentOf toistumassa -->

     <inFulfillmentOf>

      <!--Tiedon tunniste: 1.2.246.537.6.12.999.2003.32 (teknisen rakennekoodiston arvo)-->

      <templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.32"/>

     <order>

   <!-- Ostopalvelun valtuutuksen yksilöivä tunniste: OSVA-asiakirjan setId (alkuperäisen asiakirjan yksilöintitunnus) tai valtuutukselle generoitu yksilöivä tunnus -->

    <id root="1.2.246.10.1714953.91.2007.156790"/>

</order>

</inFulfillmentOf>

### ClinicalDocument.documentationOf – palvelutapahtumaan sisältyvät palvelut

Palvelutapahtuman kuvaaman palvelun tiedot tuodaan palvelutapahtuma-asiakirjan elementissä documentationOf.serviceEvent. Palvelukoodistona käytetään valtakunnallista koodistopalvelun luokitusta (THL - Terveysalan palveluluokitus, 1.2.246.537.6.30.2008). Tietokenttä on toistuva. Aika jolloin kukin palvelu on annettu kuvataan <effectiveTime>-elementissä. Palvelutapahtumaan sisältyvien prosessitapahtumien palveluluokitukset tallennetaan palvelutapahtuma-asiakirjaan.

<!-- 23. documentationOf - palvelutapahtuman kuvaamat palvelut -->

<documentationOf>

<serviceEvent>

<code code="1321" codeSystem="1.2.246.537.6.30.2008"

codeSystemName="THL - Terveysalan palveluluokitus"

displayName="Äkillisten sairastapausten hoito"/>

<!-- Palvelun antoaika-->

<effectiveTime>

<low value="20111030"/>

<high value="20111030"/>

</effectiveTime>

</serviceEvent>

</documentationOf>

Mikäli palvelutapahtuma muodostuu useamman kuin yhden palvelun tuottamista tiedoista, toistetaan koko documentationOf-elementtiä palvelutapahtuma-asiakirjoissa. Palvelu eri palveluyksiköissä voidaan tarvittaessa eritellä.

### ClinicalDocument.relatedDocument – asiakirjaan liittyvät asiakirjat

Palvelutapahtuman potilaskertomusasiakirjat yhdistetään palvelutapahtumatunnuksella. Palvelutapahtumat voidaan liittää toisiinsa palvelukokonaisuuksilla ja terveydenhuollon palveluntuottajan palvelukokonaisuuksilla, mikä tapahtuu hl7fi-osiossa.

eArkiston header:eissa RelatedDocument-elementtiä käytetään asiakirjojen muutoksissa ja mitätöinneissä.

Muutoksessa tai mitätöinnissä uusi asiakirja saa uuden yksilöintitunnuksen, versionumero kasvaa yhdellä ja ClinicalDocument.setId – alkuperäisen asiakirjan yksilöintitunnus säilyy muuttumattomana. Uusi asiakirja korvaa entisen (katso kohdat 1.2 – 1.4) ja linkitetään asiakirjan edelliseen versioon. relatedDocument.typeCode on RPLC eli korvaus.

Tätä kentää käytetään myös keskeisten terveystietojen kohdalla ylläpidettävissä asiakirjoissa kertomaan asiakirjan pohjana käytetyn asiakirjan tunnus. Kentän käyttö on tällöin pakollista, jos tiedonhallintapalvelussa on potilaalle ko. asiakirjasta voimassaoleva asiakirja. Ylläpidettävän potilaan keskeisen terveystiedon asiakirjan kohdalla korjauksen kohteen tilalla annetaan edellisen, pohjana käytetyn asiakirjan tiedot (id, setId ja versio) ja tällöin asiakirjojen välisen suhteen ilmaiseva tyyppi on APND (append).

Asiakirjojen versionti on kuvattu tarkemmin luvussa 1.2.

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto:** relatedDocument.typeCode | |
| RPLC | korvaus |
| APND | lisäys |
| XFRM | muunnettu (transform) |

<!-- 24. relatedDocument - asiakirjaan liittyvät asiakirjat -->

<relatedDocument typeCode="RPLC">

<parentDocument classCode="DOCCLIN" moodCode="EVN">

<id root="1.2.246.10.1234567.11.2011.1234"/>

<setId root="1.2.246.10.1234567.11.2011.1234"/>

<versionNumber value="1"/>

</parentDocument>

</relatedDocument>

### ClinicalDocument.authorization - valtuudet

#### ClinicalDocument.authorization – asiakirjan välitysperuste

Tätä rakennetta käytetään asiakirjan välityksessä Kansallisen viestinvälityksen kautta kolmansille osapuolille. Rakenteeseen kirjataan välitysperuste ja tästä esimerkkinä on sähköisten lääkärintodistusten välitys Kelan etuuskäsittelyyn, jossa palvelukoodistona käytetään koodistopalvelun luokitusta 1.2.246.537.5.40192.2012 (Kansallinen viestinvälitys - välitysperuste). Välitysperuste kirjataan elementtiin authorization.consent.code. Yksilöllinen suostumustapahtuman tunniste kirjataan id-elementin root-attribuuttiin (tunnisteen alkuosa muotoa 1.2.246.10.[Y-tunnuksesta johdettu].11)

<!-- 25. authorization - valtuudet -->

<authorization typeCode='AUTH' >

<consent classCode='CONS' moodCode='EVN' >

<id root=' 1.2.246.10.1234567.11.2.2012.1234'/>

<code code='1' codeSystem='1.2.246.537.6.40192.2012' codeSystemName='Kansallinen viestinvälitys - välitysperuste' displayName=' Asiakkaan toimeksianto'/>

<statusCode code='completed'/>

</consent>

</authorization>

#### ClinicalDocument.authorization – huoltajille luovuttamisen kielto

Tällä rakenteella esitetään huoltajille luovuttamisen kielto-tieto. Terveydenhuollossa ammattihenkilö arvioi hoitotilanteessa alaikäisen kypsyyden päättää hoidostaan käsillä olevassa hoitotilanteessa. Jos alaikäinen on kypsä, alaikäinen voi asettaa huoltajille luovuttamisen kiellon tai jättää kieltämättä. Terveydenhuollossa kirjataan luovutuskiellon tilanne myös, jos alaikäinen ei ole kypsä, tai alaikäisen tahtoa ei ole voitu selvittää.

Potilastietojärjestelmä tuottaa kirjauksen kiellon tilanteesta palvelutapahtuma-asiakirjan header-tietoihin. Potilastiedon arkisto kopioi kielto-tiedon palvelutapahtumiin liittyvien hoitoasiakirjojen header-tietoihin sekä niistä poimittuihin koostetietoihin. Luovutuskielto pitää huomioida palvelutapahtuma-asiakirjoilta, hoitoasiakirjoilta sekä koostetiedoilta.

Huoltajille luovuttamisen kielto -tieto tunnistetaan authorization.consent.tempelateId tunnistella 1.2.246.537.6.12.999.2003.31. Varsinainen tieto luovutuskiellotsta annetaan authorization.consent.codessa koodattuna käyttämällä koodistopalvelun luokitusta THL - Alaikäisen potilastietojen luovuttaminen huoltajille, 1.2.246.537.5.40202.201801.

<authorization typeCode="AUTH">

<consent classCode="CONS" moodCode="EVN">

<templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.31"/>

<code code="2" codeSystem="1.2.246.537.5.40202.201801" codeSystemName="THL - Alaikäisen potilastietojen luovuttaminen huoltajille" displayName="Alaikäisen potilastiedot luovutetaan huoltajille, koska hän sallii tietojensa luovuttamisen"/>

<statusCode code="completed"/>

</consent>

</authorization>

Arkistoitavalla palvelutapahtumalla tieto voi esiintyä vain kerran. Arkistoitavalle hoitoasiakirjalle tietoa ei tuoteta lainkaan. Kun Potilastiedon arkisto palauttaa tiedon palvelutapahtumaan kuuluvalla asiakirjalla, pääsääntöisesti tieto esiintyy vain kerran. Potilastiedon arkiston palauttamilla lähete- ja hoitopalaute-asiakirjoilla tieto voi kuitenkin toistua tilanteessa, missä asiakirjan omaa palvelutapahtumaa ei koske kielto mutta saman lähete-hoitopalaute-ketjun palvelutapahtumassa on kielto asetettu. Kanta käyttää asiakirjaan lisäämässään elementissä prefixiä v3 nimiavaruudesta urn:hl7-org:v3.

### ClinicalDocument.componentOf – palvelutapahtuman käyntitiedot

Palvelutapahtuma-asiakirjassa ja osassa muita asiakirjoja on palvelutapahtumasta on seuraavat tiedot:

1. Palvelutapahtuman tunnus
2. Palvelutapahtuman luokitus (poistettu 4.12.2008)
3. Palvelutapahtuman kokonaisaika: Palvelutapahtuman alku- ja loppupäivämäärä ja kelloaika. Saadaan hoitovastuullisen palveluyksikön prosessitapahtuman alku- ja loppupäivämäärästä. Riippuen palvelutapahtuman käsitteestä lisäksi mahdollisesti: laitoshoitotilanteessa ensimmäisen hoitovastuullisen palveluyksikön alkupäivämäärä ja viimeisen hoitovastuullisen palveluyksikön loppupäivämäärä. Koska palvelutapahtuman alkuvaiheessa loppupäivä ei välttämättä ole tiedossa, on vähimmäisvaatimuksena antaa alkupäivämäärä. Myös loppupäivämäärä tulisi päivittää asiakirjan tietoihin heti kun se on mahdollista. Palvelutapahtuman kokonaisaikaaa käytetään vain palvelutapahtuma-asiakirkoissa.
4. Palveluntuottaja on se palvelujen antaja, joka vastaa palvelutapahtuman tuottamisesta hoitovastuullisena. Palvelun tuottaja voi toteuttaa palvelutapahtuman kokonaan itse tai osittain alihankkijan avulla. Palveluntuottaja voi olla sama kuin palvelunjärjestäjä. Niiden asikirjojen kohdalla, jotka eivät ole osa palvelutapahtumaa ja joissa näin ollen ei ole palvelutapahtuma­tunnusta, laitetaan tähän kenttään asiakirjan tuottaneen palvelujen antajan tunnistetiedot (id ja nimi). Omien tietojen katselussa tehdyissä asiakirjoissa tähän laitetaan Omien tietojen katselun OID.
5. Palvelutapahtumaan osallistuvat palveluyksiköt ja prosessitapahtumien aika: Tieto palvelutapahtuman tuottamiseen osallistuneista hoitovastuullisista palveluyksiköistä tallennetaan palvelutapahtuma-asiakirjan versioihin. Palveluyksiköistä ilmoitetaan tunnus, nimi ja hoidon alkamis- ja päättymispäivämäärä ja kellonaika. Hoidon päättymisaika ei kuitenkaan ole pakollinen tieto. Ensimmäisessä palvelutapahtuma-asiakirjan versiossa annetaan sen palveluyksikön tiedot, jossa potilashallinnon tapahtuma kirjattiin. Mikäli hoitovastuullinen palveluyksikkö eroaa potilashallinnon tapahtuman kirjanneesta palveluyksiköstä, voidaan se lisätä toistamalla palveluyksikön rakennetta. Mutta jos tämä lisääminen palvelutapahtuma-asiakirjaan tulee ajankohtaiseksi vasta sen jälkeen, kun edellinen palvelutapahtuma-asiakirjan versio on jo arkistoitu Potilastiedon arkistoon, päivitetään hoitovastuullinen palveluyksikkö prosessiaikoineen palvelutapahtuma-asiakirjan seuraavaan versioon ilman edellisen version potilashallinnollista palveluyksikkö-tietoa. Myös hoitovastuullisen yksikön muuttuessa päivitetään vastaavasti vain uuden palveluyksikön tiedot viimeisimpään palvelutapahtuma-asiakirjan versioon.  
   Myös ostopalvelutilanteessa palvelutapahtuma-asiakirjalla voidaan toistaa palveluyksikön rakennetta, kun ostopalvelun tuottaja kirjaa palvelutapahtuman palveluyksikkö-tietoihin oman palveluyksikkönsä ja lisää tämän jälkeen viimeiseksi palveluyksiköksi ostopalvelun valtuutuksessa määritellyn ostopalvelun järjestäjän palveluyksikön. Näissä tilanteissa sallitaan palveluyksikkö-rakenteen toistaminen, jotta tuottajan ei tarvitse tehdä järjestäjän palveluyksikkö-tiedon lisäämistä erikseen versioimalla palvelutapahtuma-asiakirjaa.  
   Aiemmin palveluyksikkötiedot ohjeistettiin aina lisäämään edellisten palveluyksikkötietojen joukkoon toistamalla palveluyksikön rakennetta. Koska tästä aiheutui tiedon käsittelylle ongelmia niissä tapauksissa, kun palveluyksiköitä liittyi yhteen palvelutapahtumaan suuria määriä, on ohjeistusta muutettu. Muutetulla ohjeistuksella kunkin palvelutapahtuma-asikirjan headerissä siirtyy vain muutama palveluyksikkö-tieto ja tarvittaessa palvelutapahtuman rekisterinpitäjä saakoko hoitovastuullisten palveluyksiköiden ketjun kokoamalla sen palvelutapahtuma-asiakirjan eri versioista.  
   Potilastiedon arkiston kannalta on tärkeää, että palvelutapahtuma-asiakirjan viimeisimmän version viimeisenä palveluyksikkö-tietona annetaan ko. palvelutapahtuman viimeisin hoitovastuullinen palveluyksikkö tai ostopalveluiden tapauksessa ostopalvelun järjestäjän palveluyksikkö, jos järjestäjä on sen ostopalvelun valtuutuksessa määritellyt. Tätä viimeisintä palveluyksikkö-tietoa hyödynnetään terveyden huollon organisaatioiden uudelleen järjetäytyessä , jos rekisterinpitäjän asiakirjoja on syytä jakaa uusien toimijoiden kesken.  
     
   Palveluyksikkötieto voidaan haluttaessa kirjata myös hoitoasiakirjalle. Hoitoasiakirjalle kirjataan ko. asiakirjan ja sen tietojen muodostumisesta vastaava palveluyksikkö. Hoitovastuullisia palveluyksiköitä hoitoasiakirjalle ei päivitetä.  
     
   Vanhoilla asiakirjoilla hoitovastuulliset palveluyksiköt tulee kirjata palvelutapahtumalle tai palvelutapahtumalle ja hoitoasiakirjalle (pelkkä hoitoasiakirjalle kirjaaminen ei riitä) Tieto ei kuitenkaan ole pakollinen vanhalla hoitoasiakirjalla eikä vanhojen tietojen palvelutapahtuma-asiakirjalla. Vanhojen asiakirjojen palvelutapahtuma-asiakirjalle merkitään korkeintaan vain yksi palveluyksikkö eikä useampia. Jos tarkkaa palveluyksikön tietoa ei voi tuottaa, palveluyksikön tietoja ei tuoda ollenkaan.

Palveluyksikkö-tiedon yhteydessä kerrotaan aina encounterParticipant.typeCoden arvolla, missä roolissa palveluyksikkö on palvelutapahtumaan osallistunut. Sallittuja arvoja palvelutapahtuma-asiakirjalla ovat: ATND jos palveluyksikkö on ollut hoitovastuussa, ja ADM jos palveluyksikkö on potilashallinnollisesta vastaava yksikkö, mutta ei ole samalla ensimmäinen hoitovastuullinen yksikkö. Potilashallinnollisella merkinnällä tarkoitetaan tässä merkintää, jolla potilashallinnon tapahtuma kirjattiin ja sen perusteella palvelutapahtuma-asiakirja perustettiin ja arkistoitiin

Hoitoasiakirjoilla, jos palveluyksikkötieto siellä esitetään, voidaan käyttää muitakin CDA R2 standardin encounterParticipant.typeCodelle sallittuja arvoja (CON, DIS, REF).

Seuraavassa esimerkissä on palvelutapahtuma-asiakirjan tiedot.

<!-- 26. componentOf - asiakirjaan liittyvän palvelutapahtuman tiedot -->

<componentOf>

<encompassingEncounter>

<!-- 26.1 palvelutapahtumatunnus -->

<id root="1.2.246.10.1234567.14.2011.123"/>

<!-- 26.2 palvelutapahtumaluokitus - Poistunut käytöstä-->

<!-- 26.3 palvelutapahtuman kokonaishoitoaika -->

<effectiveTime>

<low value="20111030141530"/>

<high value="20111030145400"/>

</effectiveTime>

<!-- 26.4 palveluntuottaja -->

<responsibleParty>

<assignedEntity>

<id nullFlavor="NA"/>

<representedOrganization>

<!-- palveluntuottaja -->

<id root="1.2.246.10.1234567"/>

<name>XXX Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä</name>

</representedOrganization>

</assignedEntity>

</responsibleParty>

<!-- 26.5 palvelu palveluyksiköissä -->

<encounterParticipant typeCode="ATND">

<!-- palveluyksikön hoitoaika -->

<time>

<low value="20111030141530"/>

<high value="20111030145400"/>

</time>

<assignedEntity>

<id nullFlavor="NA"/>

<representedOrganization>

<!-- palveluyksikkö -->

<id extension="102" root="1.2.246.10.1234567.10"/>

<name>XXX terveyskeskus</name>

</representedOrganization>

</assignedEntity>

</encounterParticipant>

</encompassingEncounter>

</componentOf>

Huom. jos kyseessä yksityinen toimija, joka on liittynyt suoraan Kanta-palveluihin, eikä tällä toimijalla ole palveluyksikköä lainkaan tiedossa, toistetaan palveluyksikön ollessa pakollinen tieto palveluyksikkötiedossakin palvelujen antajan tunniste.

Yksityisen terveydenhuollon toimijoiden yhteisliittymismallissa em. rakenteissa ilmoitetaan vuokralaisen tiedot (vuokralaisen palveluntuottaja ja palveluyksikkö). Yhteisliittymismallissa asiakirjan headerissa on ilmoitettava myös vastaavat isäntätason tiedot. Isännän palvelunantajatieto on aina pakollinen, isännän palveluyksikkötieto on annettava niissä tilanteissa, joissa se on ilmoitettava myös vuokralaisesta. Hoitovastuullisuus määräytyy vuokralaisen tietojen mukaan. Sekä isännän että vuokralaisen palveluyksikkötieto on kirjattava, kun isäntä arkistoi palvelutapahtuman vuokralaisen nimissä vuokralaisen rekisteriin (esim. ajanvaraustilanteessa). Tällöin ensimmäiseksi palveluyksiköksi annetaan ajanvarauksen kirjannut isännän palveluyksikkö ja viimeiseksi palveluyksiköksi vuokralaisen palveluyksikkö, jossa hoito toteutetaan (vrt. ostopalvelu). Mahdollisest poikkeukset palveluyksikkötiedon esittämiseen, esim. Franchising, on kuvattu erillisessä dokumentissa Potilastiedon arkisto, Tekniset ohjeet, Yksityisten organisaatiotiedot HL7-sanomissa ja asiakirjoissa Potilastiedon arkisto (<http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/potilastiedon-arkiston-maarittelyt>). Huom. Jos kyseessä on yhteisliittymismallin lisäksi ostopalvelutilanne, asiakirjan header-osassa ei anneta isännän tietoja.

Palvelutapahtuma-asiakirjassa, jossa palveluyksikkötieto on pakko antaa mutta isännästä ei ole palveluyksikköä tiedossa, toistetaan palveluyksikkötiedossa palvelujen antajan tunniste.

Alla kuvattu esimerkki seuraavilla isännän tiedoilla esitettynä:

* Isännän palvelujenantaja: ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/**responsibleParty**/assignedEntity/representedOrganization/asOrganizationPartOf/id
* Isännän palveluyksikkö:

ClinicalDocument/componentOf/encompassingEncounter/**encounterParticipant**/assignedEntity/representedOrganization/asOrganizationPartOf/id

<componentOf>

<encompassingEncounter>

<!-- Palvelutapahtumatunnus -->

<id root="1.2.246.10.48484666.10.0.14.2009.432006"/>

<!-- Palvelutapahtuman kokonais hoitoaika (potilaan käntiaika palvelunantajalla)-->

<effectiveTime>

<low value="200908041230"/>

<high value="200908041330"/>

</effectiveTime>

<!-- Palveluntuottajatiedot -->

<responsibleParty>

<assignedEntity>

<id nullFlavor="NA"/>

<representedOrganization>

<!-- VUOKRALAINEN: palveluntuottaja (palvelujenantaja) oid-->

<id root="1.2.246.10.48484666.10.0"/>

<!-- VUOKRALAINEN: palveluntuottaja (palvelujenantaja) nimi-->

<name>Testi vuokralainen palvelujenantaja</name>

<asOrganizationPartOf>

<!-- ISÄNTÄ: palvelujen antaja oid-->

<id root="1.2.246.10.48484841.10.0"/>

</asOrganizationPartOf>

</representedOrganization>

</assignedEntity>

</responsibleParty>

<!-- Palvelutapahtumaan osallistuvat palveluyksiköt -->

<encounterParticipant typeCode="ATND">

<!-- Palveluyksikön hoitoaika -->

<time>

<low value="200908041230"/>

<high value="200908041330"/>

</time>

<assignedEntity>

<id nullFlavor="NA"/>

<representedOrganization>

<!-- VUOKRALAINEN: Palveluyksikön oid -->

<id root="1.2.246.10.48484666.10.1"/>

<!-- VUOKRALAINEN: Palveluyksikön nimi -->

<name>Testi vuokralainen palveluyksikkö</name>

<asOrganizationPartOf>

<!-- ISÄNTÄ: palveluyksikön oid-->

<id root="1.2.246.10.48484841.10.1"/>

</asOrganizationPartOf>

</representedOrganization>

</assignedEntity>

</encounterParticipant>

</encompassingEncounter>

</componentOf>

## Paikalliset laajennukset

CDA-asiakirjan Header-osa sisältää kuvailu-/metatietoa, joka on tarkoitettu tukemaan asiakirjan käyttöä ja hallintaa. Suomessa on tarkoitus käyttää CDA-asiakirjoja monessa eri käyttötarkoituksessa. Näitä varten on tarpeen määritellä CDA-asiakirjalle enemmän metatietoja kuin mitä tällä hetkellä sisältyy HL7 CDA R2 -standardiin. Paikalliseen käyttötarkoitukseen tarvittavien laajennusten lisääminen CDA-asiakirjaan on HL7-standardin mukaan sallittua ja sille on annettu omat ohjeensa. Suomessa tullaan paikalliset laajennukset lisäämään CDA-asiakirjan Header-osaan seuraavalla HL7-standardin mukaisella tavalla.

### Paikallisten laajennusten lisäys

CDA-määrittelydokumentissa (Clinical Document Architecture, Release 2.0 22.11.2006, ANSI-standardi 21.4.2005) todetaan luvussa 1.4, että paikallisia laajennuksia voidaan lisätä CDA-asiakirjaan käyttäen paikallista merkkausta (XML-tageja). Paikallisen merkkauksen tulee olla HL7 V3:sta eroavassa nimiavaruudessa. Vastaanottavan sovelluksen tulee hyväksyä tällaiset laajennukset antamatta virheilmoitusta.

Lisäksi huomautetaan, että paikallisia laajennuksia ei voi sijoittaa ED-tietotyypin mukaiseen elementtiin, koska ED-tietotyyppi itsessään voi sisältää HL7 V3:sta eroavia nimiavaruuksia.

Suomessa käytettävät paikalliset laajennukset sijoitetaan CDA Headerin loppuun niille varattuun hl7fi:localHeader -elementtiin. Prefiksi hl7fi on sidottu nimiavaruuteen "urn:hl7finland".

Oheinen kuva esittää paikallisilla laajennuksilla täydennettyä skeemaa:

|  |
| --- |
| a |
| Kuva 2.3.1: Paikallisten laajennusten sijoituspaikka |

HL7 CDA R2 -skeemaa täydennetään kyseisessä kohdassa elementillä. Käytännössä siis validointi ei ota kantaa siinä kohdassa olevaan sisältöön. HL7-yhdistyksen määrittelemät paikalliset laajennukset sijoitetaan elementtiin hl7fi:localHeader. Toimittaja- ja tuotekohtaiset laajennukset voidaan sijoittaa vastaavasti omaan nimiavaruuteensa hl7fi:product -elementin alle.

### Paikallisten laajennusten validointi

Paikalliset laajennukset on mallinnettu omassa erillisessä skeemassa, joka on liitetty osaksi CDA R2 headeria.

Paikallisten laajennusten skeema löytyy tiedostosta ”hl7fi\_extensions\_cdar2header.xsd”.



Kuva 2.3.2: Paikallisten laajennusten skeema

Paikalliset laajennukset on toistaiseksi jätetty vapaaehtoisiksi, mutta niissä tulee silti noudattaa eArkiston asiakirjojen kuvailutiedot -määrittelyssä määriteltyjä pakollisuuksia. Myös localHeader on skeemassa vapaaehtoinen elementti. Elementit ovat vapaaehtoisia, koska aiemmassa CDA R2 header -määrittelyssä laajennusten tilalla oli vain xs:ANY -rakenne ja siihen esimerkkinä sijoitettu XML-dokumentin fragmentti poikkeaa esitetystä skeemasta (paikalliset laajennukset ovat nyt pääosin HL7-tietotyypitettyjä).

### Tulostaminen tyylitiedostolla

HL7 Finlandin tyylitiedostolla tulostetaan katselijalle tarpeelliset paikalliset laajennukset.

## Paikallisten laajennusten luettelo

Paikallisten laajennusten tietojen vastaava esimerkki näyttömuodossa on luvussa 3, numerointi tiedon kohdalla vastaa alalukujen numerointia tässä luvussa.

### hl7fi:description - asiakirjan kuvaus (poistettu)

Asiakirjan otsikko 2.2.6 riittää asiakirjan kuvaukseksi.

### hl7fi:tableOfContents - asiakirjan sisällysluettelo

Kansallinen kuvailutietojen laajennus, joka noudattaa JHS 143 suositusta: Asiakirjojen kuvailun ja hallinnan metatiedot Versio: 15.6.2005.

Sisällysluettelona käytetään lomakkeiden ja näkymien luetteloa. Kansallisella näkymäkoodistolla ilmaistaan, minkä näkymien merkintöjä asiakirja sisältää. Saadaan merkintöjen näkymistä ja lisänäkymistä, jotka kaikki tuodaan sisällyslutteloon. Lisänäkymissä sallitaan myös pakalliset organisaatioiden sisäiset näkymät, tällöin on käytettävä paikallista koodiston OID-koodia lisänäkymän koodin yhteydessä, eikä kansallista näkymät-koodistoa. Mitätöivissä tyhjissä asiakirjoissa tulee käyttää samoja näkymiä kuin mitätöinnin kohteena olevissa asiakirjoissa on käytetty. Vain palvelutapahtuma-asiakirjalta tai sen mitätöivältä tyhjältä asiakirjalta näkymä-tieto puuttuu.

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

<hl7fi:tableOfContents>

<hl7fi:contentsCode displayName="SIS" code="10"

codeSystem="1.2.246.537.6.12.2002" codeSystemName="AR/YDIN - Näkymät"/>

<hl7fi:contentsCode displayName="KIR" code="20"

codeSystem="1.2.246.537.6.12.2002" codeSystemName="AR/YDIN - Näkymät"/>

<hl7fi:contentsCode displayName="LAB" code="103"

codeSystem="1.2.246.537.6.12.2002" codeSystemName="AR/YDIN - Näkymät"/>

<hl7fi:contentsCode displayName="RTG" code="102"

codeSystem="1.2.246.537.6.12.2002" codeSystemName="AR/YDIN - Näkymät"/>

</hl7fi:tableOfContents>

### hl7fi:registratedTime - asiakirjan rekisteröintiaika (rekisteröinti ei ole käytössä kansallisessa arkistossa)

Kansallinen kuvailutietojen laajennus, joka noudattaa JHS 143 suositusta: Asiakirjojen kuvailun ja hallinnan metatiedot Versio: 15.6.2005.

Rekisteröintiaika: Ajankohta, jolloin asiakirja on rekisteröity rekisteröintipalveluun. Mikäli potilaan poistuessa terveydenhuollon palveluntuottajalta asiakirja ei ole valmis, niin se joudutaan tietyissä tilanteissa rekisteröimään arkistoon STM:n asetuksen ja oppaan ohjeiden mukaisesti.

Keskeneräisiä asiakirjoja ei ainakaan toistaiseksi rekisteröidä tai viedä arkistoon, joten tämä tietokenttä ei ole käytössä.

### hl7fi:declaredTime - asiakirjan arkistointiaika

Kansallinen kuvailutietojen laajennus, joka noudattaa JHS 143 suositusta: Asiakirjojen kuvailun ja hallinnan metatiedot Versio: 15.6.2005.

Ajankohta, jolloin asiakirja tallennettiin arkistoon (arkisto täyttää). Kansallinen arkisto täyttää arkistointiajan luovuttaessaan tai antaessaan asiakirjan käyttöön. Kun potilastietojärjestelmä saa kuittauksen arkistoinnista, niin se merkkaa asiakirjaan arkistointiajan tai vastaavan tiedon muihin rakenteisiin. Aika ilmoitetaan sekunnin tarkkuudella.

<!-- FI 4 hl7fi:declaredTime - asiakirjan arkistointiaika -->

<hl7fi:declaredTime value="20111030232323"/>

### hl7fi:typeCode - asiakirjan laji (Pakollinen vanhalla aineistolla)

Valtakunnallinen potilastiedon arkisto osana Kansallista Terveysarkistoa otetaan käyttöön julkisessa terveydenhuollossa 1.9.2014 mennessä. Mikäli ennen Kantan käyttöönottoa valmistuneita asiakirjoja (=vanha aineisto tässä yhteydessä) halutaan toimittaa kansalliseen arkistoon, on käytettävä tätä metatietoa, muussa aineistossa metatietoa ei saa käyttää. Vanha aineisto toimitetaan PDF-A –muodossa CDA R2:n nonXMLBody –elementin sisällä tai normaalissa CDA R2 –muodossa structuredBodyn sisällä (puhdas CDA R2 tai näyttömuoto). Vanha aineisto on pystyttävä erottamaan varsinaisesta arkiston aineistosta mm. siksi, että vanhaa aineistoa ei toistaiseksi luovuteta rekisterinpitäjältä toiselle eikä esimerkiksi näytetä kansalaiselle Omakantan kautta.

<!-- FI 5 hl7fi:typeCode - laji -->

<hl7fi:typeCode displayName="Vanha asiakirja" code="1" codeSystem="1.2.246.537.5.40201.2013"

codeSystemName="eArkisto – Arkistoitavan asiakirjan laji"/>

|  |  |
| --- | --- |
| eArkisto – Arkistoitavan asiakirjan laji: 1.2.246.537.5.40201.2013 | |
| 1 | Vanha asiakirja |

### hl7fi:fileFormat - asiakirjan tiedostomuoto

Kansallinen kuvailutietojen laajennus, joka noudattaa JHS 143 suositusta: Asiakirjojen kuvailun ja hallinnan metatiedot Versio: 15.6.2005.

Tämä kenttä kuvaa asiakirjan sisältöosan tiedostomuotoa ja toissijaisen asiakirjan sisältöosan tallennusstandardin, CDA R2, PDF/A, Dicom tai CDA R2/tekstimuoto. Koodistona käytettään eArkisto – Asiakirjan tiedostomuoto -koodistoa, 1.2.246.537.5.40179.2008 Tarkempi ohjeistus on eAMS-sähkemäärityksessä. Vanhoja asiakirjoja arkistoitaessa on etenkin huomattava ilmoittaa, onko kyseessä PDF/A,CDA R2 –vai CDA R2/tekstimuoto -asiakirja.

<!-- FI 6 hl7fi:fileFormat - asiakirjan tiedostomuoto -->

<hl7fi:fileFormat displayName="CDA R2" code="1" codeSystem="1.2.246.537.5.40179.2008"

codeSystemName="eArkisto - Asiakirjan tiedostomuoto"/>

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

### hl7fi:softwareSupport - asiakirjan tuottanut ohjelmisto

Kansallinen kuvailutietojen laajennus, joka noudattaa JHS 143 suositusta: Asiakirjojen kuvailun ja hallinnan metatiedot Versio: 15.6.2005.

SoftwareSupport –elementissä kerrotaan ohjelmistotoimittaja, asiakirjan tuottanut ohjelmisto ja sen versiotiedot. SoftwareSupport-elementin sisällön pitää olla sisällöltään ja muodoltaan samanlaiset kaikissa tietyn potilastietojärjestelmän tuottamissa asiakirjoissa.

<!-- FI 7 hl7fi:softwareSupport - asiakirjan tuottanut ohjelmisto -->

<hl7fi:softwareSupport moderator="Yritys Oy" product="Potilaskertomus" version="1.12">

Yritys Oy Potilaskertomus 1.12</hl7fi:softwareSupport>

### hl7fi:hasPart – palvelutapahtumatunnus (siirretty kohtaan 2.2.26)

Ei käytössä kyseisellä nimellä, siirretty kohtaan 2.2.26.

### hl7fi:documentType - asiakirjan tyyppi

Kansallinen kuvailutietojen laajennus, joka noudattaa JHS 143 suositusta: Asiakirjojen kuvailun ja hallinnan metatiedot Versio: 15.6.2005.

Näkymä-koodiston sarakkeessa "asiakirjatyyppi" ylläpidettävä tieto. Asiakirjatyyppiä käytetään osana päättelyä, tuleeko näkymästä muodostaa erillinen asiakirja (lomakeasiakirjat). Merkinnän asiakirjatyypistä voidaan myös päätellä, onko näkymän sisäinen tietorakennemäärittely osa yleistä rakennemäärittelyä vai koskeeko sitä erityinen, esim. lomakekohtainen määrittely.

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.5.5001.2011**  **Asiakirjatyyppi** | |
| 1 | Kertomusteksti |
| 2 | Lomake |
| 3 | Arkistonhallinnan asiakirja |
| 4 | Palvelutapahtuma-asiakirja |
| 5 | B-todistus |
| 6 | Kuvantamistutkimusasiakirja |

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

<!-- FI 9 hl7fi:documentType - asiakirjan tyyppi -->

<hl7fi:documentType displayName="Kertomusteksti" code="1"

codeSystem="1.2.246.537.5.5001.2011" codeSystemName="Asiakirjatyyppi"/>

### hl7fi:currentLocation - asiakirjan tilapäinen sijoitus (ei käytössä)

Koska vain valmiit asiakirjat siirretään arkistoon eikä keskeneräisiä käsitellä, niin tietokenttä ei ole toistaiseksi käytössä.

### hl7fi:retentionPeriod - asiakirjan hävittämispäivä (kansallinen arkisto täyttää)

Säilytysajan perusteella määritelty hävittämispäivämäärä, jolloin asiakirja hävitetään KanTa:sta. Kansallinen arkisto täyttää tämän tietokentän asiakirjan säilytysaikaluokan ja jatketun säilytysajan perusteella. Tarvittaessa kansallinen arkisto tarkentaa säilytysajan potilaan kuolinajan perusteella.

<!-- FI 11 hl7fi:retentionPeriod - asiakirjan hävittämispäivä -->

<hl7fi:retentionPeriod value="20141127"/>

### hl7fi:functionCode - asiakirjan tehtäväluokka (eAMS)

Sisältöasiakirjan terveydenhuollon eAMS-tehtäväluokittelun mukainen koodiluokka. Tehtäväluokan arvo määrittyy näkymän ja tehtäväluokan välille määritellyn suhteen kautta. Kaikkia tehtäväluokkia ei voida päätellä näkymätiedosta (mm. seulonta, terveysneuvonta ja virka-aputehtävät), jolloin asiakirjaa tuottavan järjestelmän on johdettava tehtäväluokka muista asiakirjan merkintöihin liittyvistä tiedoista. Tarkemmat määrittelyt eAMS:ssa ja koodisto koodistopalvelusta.

|  |
| --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.6.300.2010**  **STM - Terveydenhuollon tehtäväluokitus** |

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

<!-- FI 12 hl7fi:functionCode - asiakirjan tehtäväluokka (eAMS) -->

<hl7fi:functionCode displayName="Potilaan hoito" code="06.03"

codeSystem="1.2.246.537.6.300.2010"

codeSystemName="STM - Terveydenhuollon tehtäväluokitus"/>

### hl7fi:recordStatus - asiakirjan tila

Kansallinen kuvailutietojen laajennus, joka noudattaa JHS 143 suositusta: Asiakirjojen kuvailun ja hallinnan metatiedot Versio: 15.6.2005.

JHS 143 mukainen määritelmä tilalle on asiakirjan valmistumisen tila ja elinkaaren vaihe. Asiakirjan valmistumisen tila on välttämätön tieto, jotta järjestelmä voi kontrolloida asiakirjan muuttumattomuutta. Järjestelmän on toimittava niin, että valmiin asiakirjan sisältöä ei voi muuttaa. Valmisteltavana olevaa asiakirjaa sen sijaan voidaan muokata. Valmisteluvaiheessa oleva asiakirja ei ole julkisuuslain tarkoittama viranomaisen asiakirja.

Elinkaaren vaihe kuvaa asiakirjan tilaa sen tarkoituksen kannalta, johon asiakirja on laadittu: esim. onko suunnitelma vielä luonnos vai jo hyväksytty, tai onko ohje vielä voimassa vai korvattu uudella. Asiakirjahallinnollisessa mielessä asiakirja voi olla valmis, vaikka se tarkoituksensa

kannalta on vasta luonnos, eikä asiakirjaa välttämättä hävitetä, vaikka se tarkoituksensa kannalta ei olekaan enää voimassa.

Tietoa voidaan hyödyntää myös asiakirjan versioiden hävittämiseen liittyvässä toiminnallisuudessa.

Vain valmiit asiakirjat toimitetaan arkistoon eli asiakirjan tila on aina toimituksessa ’arkistointivalmis’; poikkeuksena on mitätöivän tyhjän asiakirjan tila, joka on toimituksessa ’poistettu’. Muut tilamuutokset ovat Potilastiedon arkiston sisäisiä. Kun arkisto on vastaanottanut asiakirjan, niin sen tila arkiston täyttämänä on ’arkistossa’, ’hävitysvalmis’, ’pysyväissäilytys’ tai ’poistettu’.

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.5.40154.2008**  **eArkisto - asiakirjan valmistumisen tila** | |
| 1 | lukitsematon |
| 2 | osittain lukittu (osin valmis) |
| 3 | arkistointivalmis |
| 4 | arkistossa |
| 5 | hävitysvalmis |
| 6 | pysyväissäilytys |
| 7 | poistettu |

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

<!-- FI 13 hl7fi:recordStatus - asiakirjan valmistumisen tila -->

<hl7fi:recordStatus displayName="arkistointivalmis" code="3"

codeSystem="1.2.246.537.5.40154.2008"

codeSystemName="eArkisto - asiakirjan valmistumisen tila"/>

### hl7fi:auditTrail - merkintöjen käsittelyhistoria

Kansallinen kuvailutietojen laajennus, joka noudattaa JHS 143 suositusta: Asiakirjojen kuvailun ja hallinnan metatiedot Versio: 15.6.2005.

Metatietojen arvoissa tapahtuneiden muutosten ja tarpeelliseksi katsottujen asiakirjan käsittely- ja hallintatoimenpiteiden dokumentointi.

Asiakirjaan kohdistuneiden tapahtumien ja asiakirjalle tehtyjen toimenpiteiden ajankohta ja kuvaus. Käsittelyhistoria todentaa asiakirjojen aukottoman käsittelyketjun ja mahdollistaa siihen kohdistettujen toimenpiteiden seurannan. Tiedoilla on tärkeä merkitys asiakirjan autenttisuuden, eheyden ja luotettavuuden varmistamisessa.

Tallennettavien tapahtumien ja toimenpiteiden määrä määräytyy toiminnan tarpeiden mukaan, joten se määritellään organisaatiokohtaisesti. Tallennettavia metatietojen arvon muutoksia voivat olla esim. julkisuusasteen muutos/luottamuksellisuusluokan muutos/salassapitoajan muutos/säilytysajan muutos/suojeluluokan muutos/tehtäväryhmätunnuksen muutos/valtuutuksen muutos/tilan muutos. Tallennettavia käsittely- ja hallintatoimenpiteitä voivat olla mm. uuden luonti, muokkaaminen, allekirjoittaminen, tulostaminen, poistaminen.

Pakolliset tallennettavat toimenpiteet tai muutokset määräytyvät salassa pidettävien asiakirjojen käsittelyä koskevien VAHTI-ohjeiden ja arkistolaitoksen SÄHKE-hankkeen määritysten perusteella. Organisaatiokohtaisesti on määriteltävä, millaisella toiminnallisuudella asiakirjan tahallinen tai tahaton muokkaaminen käsittelyhistorian tallentamien toimien välillä on estettävissä tai ainakin todennettavissa.

Toiminto ei ole pakollinen valmiille arkistoidulle asiakirjoille. Toiminto on käytettävissä merkintöjen hallinnassa myös ennen asiakirjan valmistumista.

Kansallisessa arkistossa säilytetään kaikkien valmiiden potilasasiakirjojen korjaukset ja mitätöinnit, niin tarpeellinen muutoshistoria on niistä poimittavissa. Myös keskeneräisten merkintöjen säilyttäminen on ohjeistettu käyttötapauksissa ja on hoidettavissa ilman tätä ominaisuutta. Merkintöjen käsittelyhistorian hyödyntäminen tämän kohdan mukaisesti jää potilastietojärjestelmäkohtaiseksi lisäpiirteeksi.

Toiminto (audit trail) 1.2.246.537.5.40155.2008

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.5.40155.2008**  **muutoslaji** | |
| A | lisäys |
| D | poisto |
| U | päivitys |

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

<!-- FI 14 hl7fi:auditTrail - asiakirjan käsittelyhistoria -->

<hl7fi:auditTrail>

<hl7fi:auditTrailCode displayName="lisäys" code="A"

codeSystem="1.2.246.537.5.40155.2008"

codeSystemName="muutoslaji"/>

<hl7fi:auditTrailTime value="20080130112233"/>

<hl7fi:auditTrailId root="1.2.246.10.1234567.14.2008.123.1"/>

<hl7fi:auditTrailIdEnd root="1.2.246.10.1234567.14.2008.123.12"/>

</hl7fi:auditTrail>

<hl7fi:auditTrail>

<hl7fi:auditTrailCode displayName="muutos" code="U"

codeSystem="1.2.246.537.5.40155.2008"

codeSystemName="muutoslaji"/>

<hl7fi:auditTrailTime value="20080130154045"/>

<hl7fi:auditTrailId root="1.2.246.10.1234567.14.2008.123.8"/>

<hl7fi:auditTrailIdEnd root="1.2.246.10.1234567.14.2008.123.8"/>

</hl7fi:auditTrail>

<hl7fi:auditTrail>

<hl7fi:auditTrailCode displayName="lisäys" code="A"

codeSystem="1.2.246.537.5.40155.2008"

codeSystemName="muutoslaji"/>

<hl7fi:auditTrailTime value="20080130154045"/>

<hl7fi:auditTrailId root="1.2.246.10.1234567.14.2008.123.13"/>

<hl7fi:auditTrailIdEnd root="1.2.246.10.1234567.14.2008.123.13"/>

</hl7fi:auditTrail>

<hl7fi:auditTrail>

<hl7fi:auditTrailCode displayName="poisto" code="D"

codeSystem="1.2.246.537.5.40155.2008"

codeSystemName="muutoslaji"/>

<hl7fi:auditTrailTime value="20080130181020"/>

<hl7fi:auditTrailId root="1.2.246.10.1234567.14.2008.123.3"/>

<hl7fi:auditTrailIdEnd root="1.2.246.10.1234567.14.2008.123.3"/>

</hl7fi:auditTrail>

### hl7fi:serviceChainLink - asiakirjan linkit palvelukokonaisuuksiin

Linkki palvelukokonaisuuden palvelutapahtumiin. Kenttä on toistuva. Määrittely on oppaassa ydintietojen, otsikoiden ja näkymien sekä erikoisala- ja toimintokohtaisten rakenteisten tietojen toteuttaminen sähköisessä potilaskertomuksessa, versio 3.0. Kuvailutieto täytetään vain palvelutapahtuma-asiakirjaan, josta kansallinen arkisto kopioi tiedon palvelutapahtuman hoitoasiakirjoihin.

Vain hl7fi:serviceChainLinkId (palvelukokonaisuuden OID tunnus) on pakollinen, kun on kyseessä linkitys palvelukokonaisuuteen. Palvelukokonaisuuden yksilöi taho, joka perustaa palvelukokonaisuuden. Palvelukokonaisuuden nimen (hl7fi:serviceChainLinkName) ja palvelukokonaisuusluokan (hl7fi:serviceChainLinkCode) toteuttaminen on vapaaehtoista, mutta potilastietojärjestelmiä suositellaan täyttämään nämä tiedot.

Asiakirjaan voidaan tuottaa pelkkä palvelukokonaisuusluokitus (palvelukokonaisuuden kansallinen luokitus ja virallinen nimi) ilman palvelukokonaisuuden tunnistetta. Tällöin ei ole kyse asiakirjan liittämisestä palvelukokonaisuuteen vaan varautumisesta siihen, että palvelutapahtuma voidaan tulevaisuudessa poimia helposti palvelukokonaisuuteen. Jos potilaskertomus pystyy tuottamaan palvelukokonaisuusluokan automaattisesti asiakirjassa olevasta diagnoosimerkinnästä, niin tällöin palvelukokonaisuusluokka täytyy tuottaa.

<!-- FI 15 hl7fi:serviceChainLink - asiakirjan linkit palvelukokonaisuuksiin -->

<hl7fi:serviceChainLink>

<hl7fi:serviceChainLinkId extension="123111222" root="1.2.246.10.1234567.14.2009"/>

<hl7fi:serviceChainLinkName>Keuhko-ongelma</hl7fi:serviceChainLinkName>

<hl7fi:serviceChainLinkCode code="PK1029" codeSystem="1.2.246.537.6.89.2008"

codeSystemName="THL - Palvelukokonaisuusluokitus 2008"

displayName="Oireet, taudinmerkit ja löydökset"/>

</hl7fi:serviceChainLink>

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

### hl7fi:episodeLink - asiakirjan linkit palveluntuottajan omiin palvelukokonaisuuksiin (ei käytössä)

### hl7fi:product - asiakirjan järjestelmätoimittajan tietokenttä

Kunkin potilastietojärjestelmän omille tiedoille varattu kenttä; esimerkiksi jos tieto joltain osin halutaan toimittaa arkistoon yksityiskohtaisempana kuin kansalliset määrittelyt vaativat, esim. version tarkennus. Muut järjestelmät ohittavat kyseiset tiedot.

<!-- FI 17 hl7fi:product - asiakirjan järjestelmätoimittajan alue -->

<hl7fi:product moderator="Yritys Oy" product="Potilaskertomus" version="1.12">

</hl7fi:product>

### hl7fi:signatureCollection - Allekirjoitukset

Tähän elementtiin sijoitetaan kaikki asiakirjaan liittyvät sähköiset allekirjoitukset (asiakirjaan liitetty allekirjoitus = allekirjoittajan avaimella tuotettu asiakirjan salattu tiiviste). Kaikissa asiakirjoissa on järjestelmäallekirjoitus ja osassa myös henkilökohtainen.

Allekirjoituksen rakenne on esitetty kuvassa 2.4.18 ja löytyy myös skeematiedostosta hl7fi\_extensions\_cdar2header.xsd.



Kuva 2.4.18: hl7fi:signatureCollection rakenne

Tarkemmat sähköiseen allekirjoitukseen ja moniallekirjoitukseen liittyvät määrittelyt ja esimerkit löytyvät seuraavasta dokumentista:

* Kanta CDA R2 –asiakirjojen sähköisen allekirjoituksen määritys ja soveltamisopas 2014-06-18 (www.kanta.fi)

Allekirjoituksissa käytettävät varmenteet on määritelty Väestörekisterikeskuksen dokumenteissa (www.fineid.fi).

### hl7fi:sender – viitteen lähettäjä (ei käytössä kansallisessa arkistossa)

Viitteen lähettäjän tai tuottajan nimi ja osapuolitunniste (OID). Tähän on alun perin määritelty väärä tietotyyppi (II olisi oikea). Tämän mukaisia toteutuksia on käytössä aluetietojärjestelmissä, joten ei ole syytä muuttaa.

<!-- FI 21 hl7fi:sender – viitteen lähettäjän osapuolitunniste ja nimi -->

<hl7fi:sender>

<hl7fi:senderCode codeSystem="1.2.246.10.1234567.18" code="1"

codeSystemName="Osapuolitunnukset organisaatiossa 1234567" />

<hl7fi:senderName>musti.satshp.fi</ hl7fi:senderName>

</hl7fi:sender>

### hl7fi:password – asiakirjan salasana (ei käytössä)

Elementti ei ole käytössä eArkistossa.

### hl7fi: patientRegistrySpecifier – asiakirjan (potilas)rekisteritarkenne ja tarkenteen nimi

Rekisteritarkenne on tieto, jolla samalla rekisteritunnuksella merkityt tiedot jaetaan edelleen loogisesti eri käyttötarkoituksiin. Tietojen käyttö toiseen tarkoitukseen kuin mitä tarkenne ilmaisee, edellyttää tiedon luovutusta siihen liittyvine toimenpiteineen (potilaan suostumus, luovutusilmoitus, kieltojen huomiointi). Tarkennetta käytetään työterveyshuollon potilasrekisterissä ilmaisemaan, minkä työnantajan työterveyshuollosta on kyse. JHS-suosituksen mukaisesti työantajan y-tunnuksesta (YTJ-rekisterin julkinen tieto) muodostettu työnantajan OID-tunnus. Tilanteissa, joissa y-tunnusta ei ole olemassa, voidaan käyttää virallista henkilötunnusta tai työterveyspalvelunantajakohtaista työnantajan numeroa. Ehto: pakollinen, jos potilasrekisteritunnus on työterveyshuolto.

y-tunnus (root + extension käyttö):

<!-- FI 21.1 hl7fi: patientRegistrySpecifier - Potilasrekisteritarkenne -->

<hl7fi:patientRegistrySpecifier root="1.2.246.10.1234567"/>

tai

<hl7fi:patientRegistrySpecifier extension="123456-7" root="1.2.246.10"/>

Tarkenteen nimi:

<!-- FI 21.2 hl7fi: patientRegistrySpecifierName – Potilasrekisteritarkenteen nimi -->

<hl7fi:patientRegistrySpecifierName>Työnantaja Oy</hl7fi:patientRegistrySpecifierName>

Henkilötunnusta käytettäessä::

<!-- FI 21.1 hl7fi: patientRegistrySpecifier - Potilasrekisteritarkenne -->

<hl7fi:patientRegistrySpecifier extension="010144-123X" root="1.2.246.21"/>

Henkilötunnusta käytettäessä tarkenteen nimenä henkilön nimi:

<!-- FI 21.2 hl7fi: patientRegistrySpecifierName – Potilasrekisteritarkenteen nimi -->

<hl7fi:patientRegistrySpecifierName>Matti Meikäläinen</hl7fi:patientRegistrySpecifierName>

Y-tunnuksettomalle työnantajayritykselle muodostetaan rekisterintarkenne THL:n OID-avaruuteen (537). Solmuluokkaa 30 seuraa työterveyspalvelunantajan yksilöintitunnus (palvelunantajan OID:n yksilöivä osa, esim. y-tunnus ilman väliviivaa) sekä työnantaja-asiakkaan numeerinen yksilöintitunnus palvelunantajan järjestelmässä

<!-- FI 21.1 hl7fi: patientRegistrySpecifier - Potilasrekisteritarkenne -->

<hl7fi:patientRegistrySpecifier root="1.2.246.537.30.2345678.11"/>

Tarkenteen nimi:

<!-- FI 21.2 hl7fi: patientRegistrySpecifierName – Potilasrekisteritarkenteen nimi -->

<hl7fi:patientRegistrySpecifierName>Employer Ltd</hl7fi:patientRegistrySpecifierName>

### hl7fi:custodianTypeCode – asiakirjan rekisteripitäjän laji

Elementti ilmaisee, onko rekisterinpitäjä julkinen vai yksityinen. Tietokenttää voidaan käyttää kyselyparametrina ja se on pakollinen tieto palvelutapahtuma- ja hoitoasiakirjoissa.

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.5.40172.2008**  **eArkisto - Rekisteripitäjän laji** | |
| 1 | julkinen |
| 2 | yksityinen |

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

<!-- FI 22 hl7fi:custodianTypeCode – Rekisteripitäjän laji -->

<hl7fi:custodianTypeCode code="1" codeSystem="1.2.246.537.5.40172.2008"

codeSystemName="eArkisto - Rekisteripitäjän laji 2008" displayName="Julkinen"/>

### hl7fi: encompassingEncounterCode – palvelutapahtuman laji

Tieto siitä, sisältääkö palvelutapahtuma osastohoitoa vai ei, tulee merkitä palvelutapahtuma-asiakirjaan koodistonmukaisella arvolla. Koodi 1 ilmaisee, että kyseessä on lain tarkoittama osastohoito. Jatkossa palvelutapahtumaan voi sisältyä ehkä muitakin ”erikoishoitoja”.

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.5.40156.2008**  **eArkisto - Palvelutapahtuman laji** | |
| 1 | Osastohoitojakso |
| 2 | Avohoitokäyntitieto |

<!-- FI 23 hl7fi:encompassingEncounterCode – palvelutapahtuman laji -->

<hl7fi:encompassingEncounterCode code="2" codeSystem="1.2.246.537.5.40156.2008"

codeSystemName="eArkisto - Palvelutapahtuman laji 2008"

displayName="Avohoitokäyntitieto"/>

### hl7fi:activeCustodian – asiakirjan aktiivi rekisterinpitäjä

Jos rekisterinpitäjä muuttuu, niin tässä kentässä on tieto aktiivisesta rekisterinpitäjästä (ensimmäistä kertaa arkistoitaessa pitää olla tyhjä; arkisto täyttää ja hallinnoi tiedon).

<!-- FI 24.1 hl7fi:activeCustodian – asiakirjan aktiivi rekisterinpitäjä -->

<hl7fi:activeCustodian root="1.2.246.10.1234567"/>

### hl7fi:encompassingEncounterMasterCode – asiakirjan ensisijaisuus

Elementti ilmaisee, onko asiakirja palvelutapahtuma-asiakirja (= ensisijainen) vai hoitoasiakirja (= toissijainen). Sen varmistamiseksi, että palvelutapahtuman asiakirjoissa on yhtäläiset kuvailutiedot, täytetään tietyt kuvailutiedot vain palvelutapahtuma-asiakirjaan, josta kansallinen arkisto kopioi tarvittavat tiedot palvelutapahtuman hoitoasiakirjoihin.

Palvelutapahtuman kuvailutiedot ovat käytettävissä ja kopioitavissa vasta kun palvelutapahtuman ensisijainen asiakirja on arkistoitu. Siksi palvelutapahtuma-asiakirja tulee arkistoida ennen palvelutapahtuman hoitoasiakirjojen arkistointia. Palvelutapahtuma- ja hoitoasiakirjoille on erilaiset kuvailutietovaateet, jotka on kuvattu Asiakirjojen kuvailutiedot -määrityksessä.

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.5.40180.2008**  **eArkisto - Palvelutapahtuman ensisijaisuus** | |
| 1 | ensisijainen |
| 2 | toissijainen |

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

<!-- FI 25 hl7fi:encompassingEncounterMasterCode – asiakirjan ensisijaisuus -->

<hl7fi:encompassingEncounterMasterCodecode="2"codeSystem="1.2.246.537.5.40180.2008"codeSystemName="eArkisto - Palvelutapahtuman ensisijaisuus"displayName="toissijainen"/>

### hl7fi:secondaryEncompassingEncounterId – toissijainen palvelutapahtumatunnus (ei käytössä)

Tässä kentässä ilmoitetaan toissijaiset palvelutapahtumatunnukset (toistuva kenttä). Tietokenttää käytetään lähetteen ja hoitopalautteen liittämiseksi saajan palvelutapahtuman asiakirjaksi. Asiakirjan arkistointi hetkellä toissijainen palvelutapahtumatunnus on tyhjä. Tietoa muutetaan erikseen arkistoon lähetettävällä metatietojen muutossanomalla. Elementti ei ole käytössä.

<!-- FI 26 hl7fi:secondaryEncompassingEncounterId – toissijainen

palvelutapahtumatunnus -->

<hl7fi:secondaryEncompassingEncounterId root="1.2.246.10.2345678.14.2011.12233"/>

### hl7fi:outsourcingServiceCustomer – palvelunjärjestäjä

Palvelun järjestäjämisvastuussa tai työterveyshuollolla palvelun tuottajana olevan toimintayksikön OID-koodi ja nimi ilmoitetaan tässä kohdassa.

<!-- FI 27.1 hl7fi:outsourcingServiceCustomer – palvelunjärjestäjä -->

<hl7fi:outsourcingServiceCustomer root="1.2.246.10.1234567"/>

<!-- FI 27.2 hl7fi:outsourcingServiceCustomerName – palvelunjärjestäjän nimi -->

<hl7fi:outsourcingServiceCustomerName>X-x shp</hl7fi:outsourcingServiceCustomerName>

### hl7fi:retentionPeriodClass – asiakirjan säilytysaikaluokka

Säilytysaikaluokka perustuu potilasasiakirja-asetukseen ja sen säilytysaikaliitteen pohjalta tehtyyn potilasasiakirjaoppaan soveltamisohjeeseen (tulossa). Päättely perustuu tehtäväluokkaan ja asiakirjatyyppiin. Säilytysaikaluokka ilmenee näkymäluokituksen lisätietona. Asiakirjan hävitysaika lasketetaan säilytysaikaluokan perusteella huomioiden mahdollinen asiakirjan pidennetty säilytysaika. Taulukossa on listattu potilastiedon arkistoon arkistoitavilla asiakirjoilla toistaiseksi käytössä olevat säilytysaikaluokat.

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.5.40158.2008**  **eArkisto - Säilytysaikaluokka** | |
| 1 | Pysyvästi säilytettävä |
| 2 | 12 vuotta potilaan kuolemasta tai 120 vuotta syntymästä |
| 3 | 12 vuotta asiakirjan syntymisestä tai hoitojakson päättymisestä |

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

<!-- FI 28 hl7fi:retentionPeriodClass – asiakirjan säilytysaikaluokka -->

<hl7fi:retentionPeriodClass code="2" codeSystem="1.2.246.537.5.40158.2008"

codeSystemName="eArkisto - Säilytysaikaluokka"

### displayName="12 vuotta potilaan kuolemasta tai 120 vuotta syntymästä"/>hl7fi:extendedRetentionPeriod – asiakirjan pidennetty säilytysaika

Ilmaistaan ajanjakso, jolla jatketaan asiakirjan normaalin säilytysaikaluokan perusteella laskettua säilytysaikaa. Mikäli hoidollista tai muista syistä on tarpeen jatkaa asiakirjan säilytysaikaluokan mukaista säilytysaikaa, niin annetaan metatietojen päivityksenä ajanjakso, jolla säilytysaikaluokan mukaista säilytysaikaa jatketaan. Rekisterinpitäjän arkistonhoitaja tekee pidennyksen arkistohoitajan käyttöliittymän kautta. Huom. Säilytysajan pidentämistoiminto ei ole käytössä Arkistonhoitajan käyttöliittymän nykyisessä tuotantoversiossa.

<!-- FI 29 hl7fi:extendedRetentionPeriod – asiakirjan pidennetty säilytysaika -->

<hl7fi:extendedRetentionPeriod value="20250130"/>

### hl7fi:sensitiveDocument – asiakirjan erityissisältö

Ilmaisee asiakirjan sellaisen erityissisällön, joka vaikuttaa asiakirjan näyttämiseen Omien tietojen katselussa kansalaiselle tai muuhun käsittelytilanteeseen. Toistaiseksi käytössä on vain luokka "erillinen muuta henkilöä koskeva asiakirja". Tieto on pakollinen, jos kyse on muuta henkilöä koskevasta asiakirjasta.

|  |  |
| --- | --- |
| **Koodisto: 1.2.246.537.5.40169.2008**  **eArkisto - Asiakirjan erityissisältö** | |
| 1 | erillinen muuta henkilöä koskeva asiakirja |

(tarkista koodiston ajantasaiset arvot THL:n ylläpitämästä kansallisesta koodistopalvelusta)

<!-- FI 30 hl7fi:sensitiveDocument – asiakirjan erityissisältö -->

<hl7fi:sensitiveDocument code="1" codeSystem="1.2.246.537.5.40169.2008"

codeSystemName="asiakirjan erityissisältö"

displayName="erillinen muuta henkilöä koskeva asiakirja"/>

### hl7fi:eprServiceProvider – järjestelmäpalvelujen antaja (ei käytössä)

Mikäli terveydenhuollon ammattihenkilö tarjoaa palvelujaan yksityisenä ammatinharjoittajana jonkun potilaskertomusjärjestelmän tai laitteistopalvelujen alaisuudessa, niin potilaskertomusasiakirjoihin liitetään tieto järjestelmäpalvelujen antajasta ja nimestä. Elementti ei ole käytössä.

<!-- FI 31.1 hl7fi:eprServiceProvider – Järjestelmäpalvelujen antaja -->

<hl7fi:eprServiceProvider root="1.2.246.10.1234567"/>

<!-- FI 31.2 hl7fi:eprServiceProviderName – Järjestelmäpalvelujen antajan nimi -->

<hl7fi:eprServiceProviderName>Terveyspalvelut Oy</hl7fi:eprServiceProviderName>

### hl7fi:releaseDateForPatientViewing – kansalaisen katselun viivästyttäminen

Ilmaisee päivämäärän, mistä lähtien (ensimmäinen päivä) arkistoon tallennettu asiakirja voidaan näyttää Omien tietojen katselussa. Asiakirjakohtaisen viivästyttämistiedon avulla voidaan toteuttaa erityinen tarve estää potilasta näkemästä tietoa tilanteessa, johon ammattihenkilö ei voi henkilökohtaisesti osallistua. Tällä kentällä toteutaan myös lain 159 19 § 3. momentin mukainen esto luovuttaa potilaalle tietoja, joiden luovuttamisesta voi terveydenhuollon ammattihenkilön harkinnan mukaan aiheutua vakavaa vaaraa potilaan terveydelle tai hoidolle taikka jonkun muun oikeuksille.

Viivästämispäivää (releaseDateForPatientViewing) ei käytetä luovutusilmoitusasiakirjalla estämään lokitietojen näyttämistä kansalaiselle Omakannassa. Jos on lakisääteinen peruste estää luovutusilmoitukseen sisältyvien luovutustietojen näyttäminen kansalaiselle, salassapidon kesto ilmaistaan luovutusilmoituksen lomakerakenteen tietokentän 24 (Salassapitoaika/pysyvä) arvona.

<!-- FI 32 hl7fi:releaseDateForPatientViewing – kansalaisen katselun viivästyttäminen

-->

<hl7fi:releaseDateForPatientViewing value="20120101"/>

### hl7fi: patientHomeMunicipality – potilaan kotikunta

Potilaan kotikunta. Palvelutapahtuma-asiakirjoissa palvelutapahtuman alkaessa. Ehto: julkisen palvelujen antajan rekisteriin kuuluvissa palvelutapahtuma-asiakirjoissa pakollinen, tarkistus tehdään Rekisterinpitäjä laji -kenttää vasten.

<!-- FI 33 hl7fi:patientHomeMunicipality – potilaan kotikunta -->

<hl7fi:patientHomeMunicipality code="915" codeSystem="1.2.246.537.6.21.2003"

codeSystemName="VRK/THL - Kuntakoodit 2003" displayName="Varkaus"/>

# Header Näyttömuotoesimerkki

Seuraavassa on kokonaisuutena liitteenä olevan xml esimerkin ja tyylitiedostoversion mukainen näyttömuoto:

**CDA R2 tuloste (CDA\_Fi\_header\_2012-01-10.xsl)**

**Asiakirjan tunnisteet**

**2.2.04 Asiakirjan tunnus: 1.2.246.10.1234567.11.2011.3456  
2.2.10 Alkuperäisen asiakirjan tunnus: 1.2.246.10.1234567.11.2011.1234  
2.2.11 Asiakirjan versio: 2  
2.2.24 Korjattu asiakirja: id: 1.2.246.10.1234567.11.2011.1234 setId: 1.2.246.10.1234567.11.2011.1234 versio: 1**

**Tekniset CDAR2 rakenteen tiedot**

**2.2.01 Asiakirjan aluekoodi: FI  
2.2.02 Asiakirjassa noudatettu teknillinen standardiversio : 2.16.840.1.113883.1.3.POCD\_HD000040  
2.2.03 Asiakirjassa noudatettu määritys: 1.2.246.777.11.2011.7  
2.2.03 Asiakirjassa noudatettu määritys: 1.2.246.777.11.2013.1  
2.2.03 Asiakirjassa noudatettu määritys: 1.2.246.777.11.2012.9**

**Potilas**

**2.2.13.1 Potilaan henkilötunnus: 1.2.246.21.010144-123X  
2.2.13.1 Potilaan henkilötunnus: 1.2.246.10.1234567.22.2008.010144-1EMM  
2.2.13.2 Potilaan nimi: Meikäläinen, Erkki  
2.2.13.3 Potilaan syntymäaika: 1.1.1944  
2.2.13.4 Potilaan sukupuoli: 1,  mies -- koodisto:  1.2.246.537.5.1.1997,  AR/YDIN - Sukupuoli 1997**

**Ammattihenkilö**

**2.2.14.1 Ammattihenkilön tunniste: 1.2.246.21.123456-1234**  
**2.2.14.2 Ammattihenkilön nimi: Pekka Päivystäjä**  
**2.2.14.3 Ammattihenkilötiedon muodostamisaika: -**

**Asiakirjan elinkaari**

**2.2.07 Asiakirjan luontiaika: 30.10.2011 klo 15:22:33  
2.4.04 Asiakirjan arkistointiaika (arkisto täyttää): 30.10.2011 klo 23:23:23  
2.2.12 Asiakirjan kopiointiaika (arkisto täyttää): 31.10.2011 klo 11:00:30  
2.4.11 Asiakirjan hävittämisaika (arkisto täyttää): 27.11.2014  
2.4.13 Asiakirjan valmistumisen tila: 3,  arkistointivalmis -- koodisto:  1.2.246.537.5.40154.2008,  eArkisto - asiakirjan valmistumisen tila  
2.4.14 Asiakirjan käsittelyhistoria muutoslaji: lisäys saika: 30.1.2008 klo 11:22:33 objektiväli: 1.2.246.10.1234567.14.2008.123.1 - 1.2.246.10.1234567.14.2008.123.12  
2.4.14 Asiakirjan käsittelyhistoria muutoslaji: muutos saika: 30.1.2008 klo 15:40:45 objektiväli: 1.2.246.10.1234567.14.2008.123.8 - 1.2.246.10.1234567.14.2008.123.8  
2.4.14 Asiakirjan käsittelyhistoria muutoslaji: lisäys saika: 30.1.2008 klo 15:40:45 objektiväli: 1.2.246.10.1234567.14.2008.123.13 - 1.2.246.10.1234567.14.2008.123.13  
2.4.14 Asiakirjan käsittelyhistoria muutoslaji: poisto saika: 30.1.2008 klo 18:10:20 objektiväli: 1.2.246.10.1234567.14.2008.123.3 - 1.2.246.10.1234567.14.2008.123.3**

**Asiakirjahallinto**

**2.2.17 Asiakirjan rekisterinpitäjä: 1.2.246.10.1234567.19.0, XXX Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä  
2.2.05 Asiakirjan potilasrekisteritunnus: 2,  julkinen terveydenhuolto -- koodisto:  1.2.246.537.5.40150.2009,  KanTa-palvelut - Potilasasiakirjan rekisteritunnus  
2.4.21.1 Asiakirjan potilasrekisteritarkenne: 1.2.246.10.1234567  
2.4.21.2 Asiakirjan potilasrekisteritarkenteen nimi: Työnantaja Oy  
2.4.33 Potilaan kotikunta: 915,  Varkaus -- koodisto:  1.2.246.537.6.21.2003,  VRK/THL - Kuntakoodit 2003  
2.4.24.1 Asiakirjan aktiivi rekisterinpitäjä (arkisto täyttää): 1.2.246.10.1234567  
2.4.24.2 Asiakirjan aktiivi rekisterinpitäjän nimi (arkisto täyttää): Uusi rekisterinpitäjä  
2.4.12 Asiakirjan tehtäväluokka (eAMS): 06.03,  Potilaan hoito -- koodisto:  1.2.246.537.6.300.2010,  STM - Terveydenhuollon tehtäväluokitus  
2.4.28 Asiakirjan säilytysaikaluokka: 2,  Potilaan eliniän ajan säilytettävät -- koodisto:  1.2.246.537.5.40158.2008,  eArkisto - säilytysaikaluokka  
2.4.29 Asiakirjan pidennetty säilytysaika: 30.1.2025  
2.2.06 Asiakirjan otsikko: Potilasasiakirja  
2.2.09 Asiakirjan kieli: fi  
2.4.09 Asiakirjan tyyppi: 1,  Kertomusteksti -- koodisto:  1.2.246.537.5.5001.2011,  Asiakirjatyyppi  
2.2.08 Asiakirjan luottamuksellisuus: 5,  Terveydenhuollon salassapidettävä -- koodisto:  1.2.246.777.5.99902.2006,  KanTa-palvelut - Asiakirjan luottamuksellisuus  
2.4.02 Asiakirjan sisällysluettelo (näkymät):   SIS  KIR  LAB  RTG**  
**2.4.06 Asiakirjan tiedostomuoto: 1,  CDA R2 -- koodisto:  1.2.246.537.5.40179.2008,  eArkisto - Asiakirjan tiedostomuoto  
2.4.30 Asiakirjan erityissisältö: 1,  erillinen muuta henkilöä koskeva asiakirja -- koodisto:  1.2.246.537.5.40169.2008,  eArkisto - Asiakirjan erityissisältö  
2.2.21.2 Asiakirjan toista henkilöä sisältävien tietojen omistajan henkilötunnus:** 1.2.246.21.010112-321X  
**2.4.32 Kansalaisen katseltavissa oleva asiakirja ajankohdasta lukien: 1.1.2012**

**Palvelutapahtuman tiedot**

**2.2.26.1 Palvelutapahtumatunnus: 1.2.246.10.1234567.14.2011.123  
2.4.25 Palvelutapahtumatietojen ensisijaisuus asiakirjassa: 2,  toissijainen -- koodisto:  1.2.246.537.5.40180.2008,  eArkisto - Palvelutapahtuman ensisijaisuus  
2.2.26.4 Palveluntuottaja: 1.2.246.10.1234567, XXX Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä**

Palvelutapahtuman tiedot ensisijaisella asiakirjalla

**2.2.26.3 Palvelutapahtuman kokonaishoitoaika: 30.10.2011 klo 14:15:30 - 30.10.2011 klo 14:54:00  
2.2.26.5 Palveluyksikön hoitoaika: 30.10.2011 klo 14:15:30 - 30.10.2011 klo 14:54:00 palveluyksikkö: XXX terveyskeskus  
2.2.23 Annettu palvelu: 1321,  Äkillisten sairastapausten hoito -- koodisto:  1.2.246.537.6.30.2008,  THL - Terveysalan palveluluokitus  
2.4.23 Palvelutapahtuman laji: 2,  Avohoitokäyntitieto -- koodisto:  1.2.246.537.5.40156.2008,  eArkisto - Palvelutapahtuman laji 2008  
2.4.22 Rekisteripitäjän laji: 1,  Julkinen -- koodisto:  1.2.246.537.5.40172.2008,  eArkisto - Rekisteripitäjän laji 2008  
2.4.27.1 Palvelunjärjestäjä: 1.2.246.10.1234567  
2.4.27.2 Palvelunjärjestäjän nimi: X-x shp  
2.4.15.1 Palvelutapahtuman palvelukokonaisuustunnus: 1.2.246.10.1234567.14.2009.123111222, Keuhko-ongelma  
2.4.15.2 Palvelutapahtuman palvelukokonaisuusluokka: PK1029,  Oireet, taudinmerkit ja löydökset -- koodisto:  1.2.246.537.6.89.2008,  THL - Palvelukokonaisuusluokitus 2008  
2.4.16.1 Palvelutapahtuman palvelun tuottajan oma palvelukokonaisuustunnus: 1.2.246.10.1234567.14.2009.45671212, Pallolaajennus  
2.4.16.2 Palvelutapahtuman palvelun tuottajan oma palvelukokonaisuusluokka: PK1029,  Oireet, taudinmerkit ja löydökset -- koodisto:  1.2.246.537.6.89.2008,  THL - Palvelukokonaisuusluokitus 2008**

**Ei käytössä kansallisessa arkistossa**

**Asiakirjan allekirjoitus ja salaus**

**Muut metatiedot**

**2.4.07 Asiakirjan tuottanut ohjelmisto: toimittaja: Yritys Oy tuote: Potilaskertomus versio: 1.12 teksti: Yritys Oy Potilaskertomus 1.12**  
**2.4.17 Toimittajan tuotealue: toimittaja: Yritys Oy tuote: Potilaskertomus versio: 1.12**

# Versiohistoria

| Versio | Pvm ja tekijät | Muutoksen selite |
| --- | --- | --- |
|  |  | Versiohistoria versioon 4.66 asti löytyy dokumentin vanhemmista versioista |
| 4.66.4 | 10.11.2022 Kela | Otettu käyttöön dataEnterer-rakenne vanhojen tietojen arkistoinnissa, kpl 2.2.15.  Tarkennettu arkistoitavien CDA R2 asiakirjojen oletusnimiavaruus, kpl 2.2.  Tarkennettu Kannasta palautettaviin asiakirjoihin lisättävien tietojen nimiavaruus, kpl 2.2.12 ja kpl 2.2.25.2 |
| 4.66.3 | 17.6.2022 Kela | Termi väestötasoinen ostopalvelun valtuutus muutettu rekisteritasoinen ostopalvelun valtuutus –termiksi  Muutokset kpl 2.2.13 |
| 4.66.2 | 28.3.2022 Kela | Tuotantoversio Sisältää RC-versioissa julkaistut muutokset  Lisäksi tarkennettu  - Kpl 1.1 koodiarvon pitkän nimen käyttö header- ja body-osassa 2016-vaiheistuksen asiakirjoista alkaen  - Kpl 2.2.26 Tarkennettu palveluyksikkötiedon kirjaamista vanhoilla asiakirjoilla  - Kpl 2.4.24 Asiakirjan aktiivi rekisterinpitäjä –tiedosta palautetaan CDA R2 asiakirjalla ja MR-sanomalla rekisterinpitäjän OID, ei nimeä. |
| 4.66.2 | 24.11.2020  RC4 Kela | Kpl 2.2.14 Tarkennettu author-rakenteen käyttöä: ammattihenkilön tiedot tuodaan header-osaan vain jos asiakirjassa on merkinnän tekijä –tietoja.  Kpl 2.2.4: Tarkennettu asiakirjan yksilöintitunnuksen OID-juuren muodostamista.  Kpl 1.1 lisätty huomautus siitä, että ajantasaiset koodistotiedot on varmistettava koodistopalvelimelta.  Kpl 2.4.2 ja 2.4.9 luokitusten nimien päivityksiä.  Kpl 2.2.3 Korjattu kirjoitusvirhe määrittelykokoelma-esimerkistä.  Kpl 2.4.28 Päivitetty Potilastiedon arkistossa käytössä olevien säilytysaikaluokkien nimet.  Kpl 2.2.22: Tarkennettu pakollisuusehtoa (uusi palvelupyyntö PPA voidaan ottaa käyttöön ennen ostopalveluratkaisun muutoksia). |
| 4.66.2 | 10.9.2019  10.8.2020  RC3  Kela | Kpl 2.2.14: Lisätty esimerkkiin pakollinen etunimi.  Kpl 2.2.22: Ostopalvelutilanteessa palvelutapahtumaan kytketyt ostopalvelun valtutuksen tunnisteet tuodaan inFulfillmentOf-rakenteessa.  Kpl 2.2.25: Tarkennettu Huoltajille luovuttamisen kielto –tiedon mahdollinen toistuma lähete- ja hoitopalaute-asiakirjalla.  Kpl 2.2.26: Lisätty kohtaan 4 tarkennus, että palvelujen antajan tunnistetietoina on annettava sekä id että nimi. |
| 4.66.1 | 30.4.2019 Kela | 30.4.2019 Siirrytty uuteen versiointikäytäntöön. Errata-dokumentista siirretyt ja muut muutokset kuvattu seuraavassa:  Tarkennus ja selvennys kappaleeseen 2.2 CDA R2 asiakirja liityen tyylitiedoston virallisuuteen ja käyttöön sekä ylläpitovastuisiin.  Kpl 2.2.13: maininta väestötasoisesta ostopalvelunvaltuuksesta, jossa ei anneta potilaan tietoja.  Tarkennuksia kappaleeseen 2.2.21.2   * poistettu teksti ” Mikäli kyseinen toinen henkilö haluaa tarkistaa itseään koskevat tiedot, niin rekisterinpitäjä hakee kyseiset tiedot kansallisesta arkistosta.” * lisätty esimerkki nimen käytöstä   Lisätty kuvaus työterveyshuollon rekisterintarkenteen muodostamisesta y-tunnuksettomalle yritykselle, kpl 2.4.21  Kpl 2.2.26:   * Poistettu teksti ”esimerkiksi itsenäinen ammatinharjoittaja” * Lisätty viittaus dokumenttiin Yksityisten organisaatiotiedot HL7-sanomissa ja asiakirjoissa   Kpl 2.2.7: poistettu maininta aikavyöhyketiedon käyttöönotosta.  Lisätty lukuun 2.2.25 uusi kappale 2.2.25.2 ClinicalDocument.authorization käytöstä huoltajille luovuttamisen kiellon asettamista varten.  Kpl 2.4.29: Säilytysajan pidentämistoiminto ei ole käytössä Arkistonhoitajan käyttöliittymän nykyisessä tuotantoversiossa.  Kpl 2.4.32: tarkennus liittyen luovutusilmoitukseen.  Kpl 2.2.4: suositus yhteisliittymisen ja itsenäisen ammatinharjoittajan OID-tunnuksen muodostamiseen. |
| 4.66 | 2.12.2015 | Kpl 1.1 päivitetty. Lisätty kuvailutietojen maksimipituuksia koskeva huomautus.  Kpl 2.2.26 päivitetty. Jos kyseessä on yhteisliittyjämalli ja ostopalvelu, asiakirjan kuvailutiedoissa ei anneta isännän tietoja.  Kpl 2.2.3, päivitetty määrittelykokoelmaa koskevaa tekstiä.  Kpl 2.2.7, lisätty aikavyöhyketietoa koskeva huomio  Kpl 2.4.16, hl7fi:episodeLink poistettu käytöstä  Tekstitarkennuksia lukuihin 2.2, 2.2.13, 2.4.9 |