

## **Potilastiedon arkisto**

### **Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset**

## DOKUMENTIN MUUTOSHISTORIA

Versio	Muutos	Tekijä	PVM
-	Lukuisia työversioita	RA + työryhmä	
0.7	Täydennetty ja muokattu versio Pokasen työpajaan	RA	21.11.2008
0.8	Täydennetty klusterien kommenttien perusteella ja yhtenäistetty käyttötapauksen välillä	JP, PK, AE	21.1.2009
1.0	Julkaisuversio	JP ja työryhmä	5.2.2009
1.x	väliversioita klustereiden ja Kelan käyttöön, mm. ostopalveluiden ja luovutusten työstöä varten	JP ja MK	04-06 /2009
1.5	Julkaisuversio HUOM! Suostumushallinnan osalta on ratkaisemattomia muutostarpeita – toteutusta ei tämän kokonaisuuden osalta kannata tehdä.	JP ja työryhmä	22.9.2009
1.x	Väliversioita, joissa on työstyetty lakimuutoksista johtuvista syistä uusia käyttötapauksia sekä päivitetty aikaisempia käyttötapauksia.	Kela ja THL	05-06/2011
2.0	Julkaisuversio, jossa seuraavat muutokset verrattuna versioon 1.5: <ul style="list-style-type: none"> <li>– karsittu ja päivitetty dokumentin liitetiedostot</li> <li>– poistettu johdannosta alaotsikko käyttötapauksen kuvaus</li> <li>– päivitetty alaotsikkoa dokumentin rakenne ja käyttötapauksen jaottelu</li> <li>– päivitetty viittaukset lakeihin sekä keskeiset käsitteet</li> <li>– päivitetty useimmat käyttötapauskaaviot ja aktiviteettikaaviot</li> <li>– poistettu käsite palvelukokonaisuus</li> <li>– poistettu käsite hakutiedot</li> <li>– lisätty käsite tiedonhallintapalvelu</li> <li>– kuvattu asiakirjojen asiakirjatyypin hallinnan toiminnallisuus ja eArkiston palvelupyynnöt</li> <li>– yhdenmukaistettu esitystapaa esim. poikkeus- ja virhetilanteet kuvataan käyttämällä merkintöjä Px ja Vx</li> <li>– tehty pieniä korjauksia mm. korjattu havaittuja kirjoitusvirheitä</li> </ul>		10/2011

<p>Muokattu enemmän seuraavia version 1.5 käyttötapauksia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 3.3 Muodosta palvelutapahtuma ja sen kuvailutiedot -&gt; muutettu käyttötapauksen nimi</li> <li>– 3.4 Muuta Palvelutapahtuman (kuvailu)tietoja -&gt; muutettu käyttötapauksen nimi</li> <li>– 3.5 Muodosta kertomusasiakirja</li> <li>– 4.2 Hae luovutuksella saatavia asiakirjoja</li> <li>– 4.3 Haku hätätilanteessa</li> <li>– 5.1 Korvaa arkistoidut asiakirjat</li> <li>– 6.1 Muodosta potilashallinnon varmistusasiakirja</li> <li>– 10.2 Arkistoi asiakirja – alikäyttötapaus</li> <li>– 10.3 Määritä hakuehdot – alikäyttötapaus</li> </ul> <p>Poistettu seuraavat versiossa 1.5 olleet käyttötapaukset:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 9.1 Tee suostumus palvelutapahtumaa varten</li> <li>– 9.2 Tee suostumus palvelukokonaisuutta varten</li> <li>– 9.3 Tee hakutietojen kieltä</li> <li>– 9.4 Pura kieltä</li> <li>– 9.5 Muuta kieltä</li> <li>– ostopalvelua koskevat käyttötapaukset toistaiseksi</li> </ul> <p>Lisätty seuraavat uudet käyttötapaukset:</p> <p>9 A - Tiedonhallintapalvelun käyttötapaukset – Kelan rekisteriin arkistoitavat asiakirjat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 9.1 Tarkasta ja arkistoi informointimerkinnot</li> <li>– 9.2 Tee- tai peru KanTa-suostumus</li> <li>– 9.3 Tee tai muuta kieltä</li> <li>– 9.4 Hae informoinnit ja kiellot järjestelmän näkymä-rajasta varten</li> <li>– 9.5 Tee tai muuta tahdonilmaisua</li> </ul> <p>9 B – Tiedonhallintapalvelun käyttötapaukset – Terveystietojärjestelmän palvelunantajan rekisteriin arkistoitavat asiakirjat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– 9.6 Näytä potilaan hoidon kannalta keskeiset terveystiedot</li> <li>– 9.7 Näytä koosteasiakirja</li> <li>– 9.8 Näytä ja muokkaa ylläpidettävää asiakirjaa (vain keskeiset terveystiedot)</li> </ul>		
---	--	--

2.1	<p>Lisätty/muokattu tekstiä luvuissa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-3.1 Tee merkintä. Lisätty viivästyttäminen omien tietojen katselua varten sekä lisäys erillisen asiakirjan vaatimuksiin.</li> <li>-9.4 Hae informoinnit ja kiellot järjestelmän näkymärajausta varten. Yhteenvedoon lisätty kieltojen tarkistuksesta lisätietoa.</li> <li>- 4.2 Yhteenvedoon lisätty lisäinfoa keskeisten ylläpidettävien asiakirjojen viimeisimpien asiakirjojen palautuksesta ja hakusanoman tunnistetiedoista.</li> </ul>	Kela+THL	03/2012
2.2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lisätty/muokattu tekstiä luvussa 3.6 muodosta lomakeasiakirja (ja välitä kolmannelle osapuolelle)</li> </ul> <p>Lisätty alikäyttötapaus "välitä asiakirja" luku 10.6</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lisätty käyttötapauksen lukuun 4.2.1 ja alikäyttötapaukseen määritä hakuehdot ennakkohaku.</li> <li>- Lisätty käyttötapaukseen lukuun 9.4.1 järjestelmähaku</li> <li>- Lisätty käyttötapaukseen lukuun 3.1 automaattinen viivästys</li> <li>- Kuva 4 päivitetty (eArkiston palvelupyynnöt)</li> <li>- Luvusta 7.2 Luovutusilmoitus tietosisältö-tilaus poistettu, lisätty tieto mistä päivitetty löytyy. Muokattu käyttötapauksen sisältöä.</li> <li>- Luvusta 6.1 Potilashallinnon varmistusasiakirja tietosisältö-tilaus poistettu, lisätty tieto mistä löytyy</li> </ul>	Kela	09/2012
2.3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lisätty toimikortti-asiaa lukuihin 4.1, 4.2, 4.3, 9.1, 9.2, 9.3</li> <li>- Lisätty ennakkohausta ja uudesta potilashallinnon varmistusasiakirjan tyypistä lukuihin 4.2, 6.1 ja 10.3</li> </ul>	Kela	12/2012

2.4	Potilashallinnon varmistusasiakirja poistuu ja jatkossa hoitosuhteen olemassaolo varmistetaan palvelutapahtuma-asiakirjalla: poistettu käsitteistä potilashallinnon varmistusasiakirja, 2.2 muutettu yhteenveto taulukossa eri arkistoitavien asiakirjatyyppeiden hallintaan liittyvistä toiminnallisuuksista ja säännöistä, luku 3.3.1 tarkennettu palvelutapahtuma-asiakirjan käyttöä hoitosuhteen todennuksena, luku 6 poistettu. Lisäys kpl 3.1.5 ERAS asiakirjat arkistoidaan erillisenä, samoin luvussa 3.5.1 tarkennettu ERAS –asiakirjaa. Kpl 3.1.6 viitataan pelkästään liitteeseen 1. Kappale 3.2.5 Korvattujen merkintöjen kirjaaminen ja niiden muutoshistoria, tarkennettu asiakirjan mitätöintiä ja siirtoa tausta-arkistoon. 4.2 ja 4.3 tarkennettu luovutuksella tehtäviä hakuja ja palvelupyyntöjen käyttöä. Luvussa 5 päivitetty asiakirjan korvausta yhdenmukaiseksi luvun 3.5.2 merkintöjen korvauksen kanssa.	Kela	02-05/2013
2.5	Muutettu viivästyspäivämäärän arvoksi 31.12.4000 (vanha arvo 31.12.9999), kun asiakirjan näkyminen halutaan estää kokonaan omien tietojen katselussa, luku 3.1.4. Lisätty luovutusilmoitusasiakirjojen rekisteri Arkistoasiakirjat lukuihin 6.1.2 ja 6.2.4. Päivitetty kuva 5 lukuun 2.3.	Kela	8/2013
2.6	Päivitetty sairaanhoitopiirin työntekijöilleen antama työterveyshuolto lukuihin 3.5.1 ja 4.2.1. Päivitetty ylläpidettävien asiakirjojen lista luvun 9.3.4 alaviitteeseen.	Kela	11/2013
2.7	Päivitetty lukuun 8.4.1 haun tulosten säilytysaika välimuistissa 1h -> 8h. Päivitetty liitteen 2 esimerkin B palvelutapahtumien määrä 7 -> 6. Lisätty lukuun 6.2.4 luovutusilmoitusasiakirjan pysyvän salassapitoajan arvo 31.12.4000.  Lisäksi tehty seuraavat tekstikorjaukset: Luku 2: muutettu otsikko Yleistä käyttötapauksia -> Yleistä käyttötapauksista. Luku 8.4: muutettu teksti Esiehdot otsikoksi 8.4.2 Esiehdot. Lisätty liiteluetteloon Liite 5 Luku 8: korjattu alaviitteen linkki Luku 9.2.1: korjattu linkki	Kela	1/2014

2.8	<p>Lisätty luku 7 Ostopalvelut  Lisätty luku 10 Vanhat asiakirjat  Lisätty luku 12 Kevyet kyselyrajapinnat</p> <p>Päivitetty ostopalvelun ja vanhojen asiakirjojen arkistoinnin aiheuttamat muutokset:  Luku 2.1: ostopalvelun käyttötapauskaavio  Luku 2.2: asiakirjatyypin taulukko päivitetty  Luku 5.1.1: asiakirjatyypin taulukko päivitetty  Luku 2.3: palvelupyyntöjen kuva päivitetty</p> <p>Lisäksi tehty seuraavat tekstimuutokset:  Luku 3.1.4 ja 11.3: Hammasstatukseen liittyvät tarkennukset  Luku 3.2.5: Sanelujen äänitiedostoja ei arkistoida Kantaan.  Luku 5.1: Lomakeasiakirjan korvauksen syyn tarkennus  Luku 4.2.1: Selvennetty eri luovutushakujen kohdalla arkiston palautuslogiikkaa sekä lisätty tiettyihin luovutushakujen paluusanomiin mahdollinen tieto potilaan voimassa olevan suostumuksen puuttumisesta.  Luku 4.3.1: Hätähaun tehdään reaaliaikaisesti ja sen yhteydessä haetaan myös potilaan tahdonilmaisut.  Luku 7.7.3 ja 11.3: Luovutushaun yhteydessä voidaan hakea myös oman rekisterin tiedot.  Luku 8: Tietoa kielloista ei saa antaa hoidollisten tietojen yhteydessä.  Luku 8.4.1: Järjestelmähaun tulosten säilytysaika välimuistissa kasvatettu 8H:sta 24h:iin ja osastohoitojaksoa koskien tietojen haku linjattu riittäväksi kerran osastohoitojakson alkaessa  Luku 9.1.1: laajennettu yhteenvetoa hakuvaatimusten ja -toiminnallisuuden osalta sekä lisätty PP27-haun paluusanomaan mahdollinen tieto potilaan voimassa olevan suostumuksen puuttumisesta.  Luku 11.4.1: Tarkennettu eroa palvelutapahtuman kuvailutietojen ja asiakirjojen kuvailutietojen haun osalta.  Lisätty liite 6</p> <p>Termistöä päivitetty:  KanTa -&gt; Kanta  eArkisto, KanTa-arkisto, Kansallinen arkisto -&gt; Potilastiedon arkisto  KanTa-arkisto -&gt; Potilastiedon arkisto  Omien tietojen katselu -&gt; Omakanta</p> <p>Muutettu kuvien numerointi lukukohtaiseksi, esim. luvun 2 ensimmäinen kuva on 2-a.</p>	Kela	9/2014
2.8.1	<p>Luku 7.7: Tarkennettu arkistopalvelun ostopalvelutilanteessa tekemiä ostopalvelun valtuutusta ja palvelutapahtumaa koskevia tarkistuksia</p>	Kela	10/2014

	<p>Luku 7.7: Lisätty hätätilannehaut ostopalvelutilanteessa Kuva 7-b päivitetty</p>		
2.9	<p>Päivitetty lukua 1.1 vastaamaan dokumentin rakennetta.</p> <p>Lukuun 1.3 käsite Yhteisliittymismalli</p> <p>Luku 2.2 Taulukon 1 sarakkeeseen "Mahdollista luovuttaa sairaanhoito-piirin yhteiseen potilastietorekisteriin perustuen" viite "ei koske yksityisiä toimijoita, sillä ne eivät kuulu sairaanhoitopiirin yhteiseen potilastietorekisteriin."</p> <p>Luku 4.2.1 lisätty maininta, ettei yksityiset toimijat kuulu shp-yhteiseen potilastietorekisteriin.</p> <p>Luku 7: Ostopalvelutilanteessa palvelutapahtuman ei tarvitse olla palvelun tuottajan arkistoima. Vaikutukset lukuihin 7.1.2, 7.2, 7.6, 7.7 7.9 Luku 7.1.1 lisätty ostopalvelun alihankintaketjun kuvaus Luku 7.1.2 tarkennettu arkistointi- ja käyttöoikeuksien kuvauksia, kuva 7-b päivitetty Luku 7.2 päivitetty OSVA-lomakkeen sisällön kuvausta.</p> <p>Luvun 8 johdantoon lisätty maininta, ettei yksityiset toimijat kuulu sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteiseen potilastietorekisteriin. Lisäksi mainittu, ettei THL:n Suostumus ja kiellot – dokumentti kata yksityisen th:n poikkeuksia.</p> <p>Kpl. 8.1.1 Yksityisen th:n huomiointi informointimerkinnöissä.</p> <p>Kpl. 8.3.1 Yksityisen th:n huomiointi kielloissa.</p> <p>Luku 8.4.4 kohtaan 2 lisätty kohta d, jossa maininta ettei yksityiset toimijat kuulu shp-yhteiseen potilastietorekisteriin.</p> <p>Luku 12 lisätty maininta etteivät Kevyet kyselyrajapinnat ole sallittuja yksityisten toimijoiden yhteisliittymistilanteissa (isäntä-vuokralainen).</p> <p>Lisätty uusi luku 13 Yksityinen terveydenhuolto ja liittyminen Potilastiedon arkistoon</p> <p>Lukuun 5.1.4 tarkennettu kohtaa koskien henkilötietojen muuttamista.</p> <p>Lukuun 5.1.8 Lisätiedot ja avoimet asiat –kohtaan tarkennettu, mitä asiakirjojen kuvailutietoja voidaan muuttaa asiakirjaa korvauksen yhteydessä.</p>	Kela	1–3/2015

2.10	<p>Lisätty lukuun 13.5 Palvelutapahtuma kuvaus tilanteesta, jossa yhteisliittymismallin isäntä arkistoi ajanvarauksessa syntyneen palvelutapahtuman vuokralaisen rekisteriin.</p> <p>Tekstitarkennuksia lukuun 7.3 Korjaa tai mitätöi ostopalvelun valtuutus (1. kappale muokattu) ja lukuun 7.1.2 Potilastiedon arkiston käyttö ostopalvelussa (kappale lisätty ennen kuvaa 7-a)</p> <p>Lisätty uuden toiminnallisuuden kuvaus, luku 12.4, Hae palvelutapahtumat luovutuskieltojen ylläpitoa varten</p> <p>Eriytetty ostopalvelun potilaskohtaiset ja väestötasoiset haun palvelunpyynnöt. Muutos koskee palvelupyynnöjä PP40, PP41, PP42 ja PP42. Uudet palvelupyynnöt PP44, PP45, PP46, PP47. Muutoksia lukuihin 2.3, 7.1.2, 7.7, 11.3.3. Luvun 7 kuvanumerointi päivitetty.</p>	Kela	6/2015
2.11	<p>Luku 2.3, Potilastiedon arkiston palvelupyynnötkartta päivitetty.</p> <p>Luku 5.1.8, tarkennettu rekisterinpitäjätiedon käsittelyä korvaustilanteessa</p> <p>Luku 7.3, ostopalvelun valtuutuksen korjaamiseen liittyvä tekstikorjaus ensimmäiseen kappaleeseen.</p> <p>Luku 9, tarkennettu ylläpidettävät asiakirjat ja suostumuksenhallinnan dokumentin nimi</p> <p>Luku 13.8.2, tarkennettu isäntätiedon antamista, jos kyseessä on yhteisliittymismallin lisäksi ostopalvelutilanne.</p>	Kela	8/2015
2.12	<p>Lisätty palvelupyynnöt PP48 ja PP48, muutokset:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- luku 2.3, kuva 2-e palvelupyynnötkartta</li> <li>- luku 7.1.1 taulukko 7-c</li> <li>- luku 7.7.4</li> </ul> <p>Luku 5.1.4, lisätty delete-insert-muotoilua koskeva huomautus</p> <p>Luku 8 ja 8.4.1, lisätty viittaus kevyisiin kyselyrajapintoihin</p> <p>Luku 8.1, lisätty informointi itsepalveluautomaatilla</p> <p>Luku 8.5, lisätty mainita tahdonilmaisun näyttämisestä riskitietokoosteella</p> <p>Luku 9, koosteasiakirjojen lista päivitetty</p> <p>Luku 12.2, tarkennettu ettei luovutustietojen kysely palauta lääkemääräyksien kieltotietoja</p> <p>Luku 11.3.3, Tahdonilmaisujen haku hoitotilanteessa (PP26) rajattu palauttamaan vain asiakirjan viimeisin versio.</p>	Kela	12/2015



	Luku 13.4, viimeinen kappale; tarkennettu rekisterinpitäjyyden kuvausta, lisätty SOTE-organisaatiorekisterin sektori 3		
2.13	<p>Luku 6.1.2, luovutusilmoituksen mitätöinti sallittu arkistonhoitajan käyttöliittymästä. Muutos myös taulukkoon 2.</p> <p>Luku 6.2.4, automaattiluovutuksissa voidaan antaa luovutuksen ajankohta.</p> <p>Luku 6.1.2, lisätty yksityisen terveydenhuollon lääkäriaseman sisäisiä luovutuksia koskeva huomautus.</p> <p>Luku 7.2, lisätty OSVA:n palvelutapahtumarajausta tarkentava alaviite</p> <p>Luku 8, Reseptin suostumuksenhallinnan aiheuttamia muutoksia. Tekstitarkennuksia myös lukuihin 1.3, 4.3.1, 12.2, 12.4 sekä taulukoihin 1 ja 2.</p> <p>Luku 8.3.5, lisätty potilastietojärjestelmiä koskeva vaatimus. Kun kaikki luovutuskiellot on poistettu, on hätähaun ohitusta ohjaava valinta tyhjennettävä.</p> <p>Luku 13.5, tarkennettu ohjeistusta isäntäorganisaation arkistoinnista vuokralaisen rekisteriin yhteisliittymismallissa.</p>	Kela	29.1.2016
2.14	Luku 8, Poistettu versioon 2.13 tehdyt Reseptin suostumuksenhallinnan muutokset suostumuksen ja informoinnin osalta. Reseptin kieltojen osalta muutokset jäävät voimaan.	Kela	8.6.2016
2.15 2.15.1	<p>Luku 8.3.2, päivitetty reseptien tietojen näyttämistä potilastietojärjestelmässä kieltojen hallintatilanteessa.</p> <p>Luku 8.3.2.2, lisätty käyttövaltuuksia koskeva tarkennus</p>	Kela	4.7.2016 23.8.2016

## Asiantuntijaryhmän jäsenet

### Versioon 1.5 asti

Riitta Alkula, RA  
Antero Ensio, AE  
Pia-Liisa Heiliö, PH  
Kristiina Häyrinen, KH  
Maritta Korhonen, MK  
Pirkko Kortekangas, PK  
Jari Porrasmaa, JP  
Marko Suhonen, MS

### Versiot 1.6–2.3

Kela-THL työpajoissa:

Eeva Huotarinen	Kela
Kirsi Hytönen	Kela
Marja-Leena Höylä	Kela
Marko Jalonen	Kela
Maritta Korhonen	THL / OPER
Antti Lehtinen	Kela
Merja Miettinen	Kela
Tiina Penttinen	Kela
Jari Porrasmaa	THL / OPER
Pekka Rinne	Kela
Tuula Ristimäki	Kuntaliitto
Jari Suhonen	THL / OPER
Tero Viitala	Kela
Heikki Virkkunen	THL / OPER
Riikka Vuokko	THL / TILU

Viila-työryhmän toimintaan osallistuneilla sairaanhoitopiireillä ja ohjelmistotoimittajilla on ollut mahdollisuus osallistua uusien käyttötapauksien kommentointiin syksyllä 2011.

### Versiot 2.4 →

Kela-THL-yhteistyönä

## KUVAT

Kuva 1-a Merkinnän rakenne (Kertomus ja lomakkeet -dokumentti)	19
Kuva 2-a Asiakirjojen arkistointia koskevat käyttötapaukset	23
Kuva 2-b Asiakirjojen hakua koskevat käyttötapaukset	24
Kuva 2-c Tiedonhallintapalvelua koskevat käyttötapaukset	25
Kuva 2-d Ostopalvelua koskevat käyttötapaukset	26
Kuva 2-e Potilastiedon arkiston palvelupyynnöt yleisellä tasolla	28
Kuva 3-a Merkinnän tekemisen vaiheet ja mahdolliset tilat	33
Kuva 3-b Merkinnän tekemisen poikkeukset	34
Kuva 3-c Kertomusasiakirjan muodostaminen	52
Kuva 3-d Lomakeasiakirjan muodostaminen	57
Kuva 3-e Esimerkki haun tuloksena palautetuista asiakirjoista ja niiden merkinnöistä	64
Kuva 3-f Esimerkki merkintöjen näyttämisestä	65
Kuva 4-a Omien tietojen hakemisen prosessi ja siinä kutsuttavat alikäyttötapaukset	67
Kuva 7-a Ostopalvelun valtuutuksen käsittely	89
Kuva 7-b Ostopalvelun hoitoasiakirjojen käsittelyprosessi, ostopalvelun valtuutuksen perusteella käsiteltävä aineisto	90
Kuva 7-c Ostopalvelun hoitoasiakirjojen käsittelyprosessi, luovutussääntöjen perusteella saatava aineisto	91
Kuva 7-d Ostopalvelun valtuutuksen arkistoinnin käyttämät käyttötapaukset	93
Kuva 7-e Ostopalvelun valtuutuksen korjauksen ja mitätöinnin käyttämät käyttötapaukset	95
Kuva 7-f Ostopalvelun valtuutuksen omasta rekisteristä haun käyttämät käyttötapaukset	96
Kuva 7-g Ostopalvelun valtuutuksen ostopalvelun järjestäjän rekisteristä haun käyttämät käyttötapaukset	97
Kuva 7-h Palvelutapahtuman käsittelyn käyttämät käyttötapaukset ostopalvelutilanteessa	99
Kuva 7-i Potilaan hoitoasiakirjojen haun käyttämät käyttötapaukset ostopalvelutilanteessa	102
Kuva 7-j Potilaan hoitoasiakirjan muodostamisen ja arkistoinnin käyttämät käyttötapaukset ostopalvelutilanteessa	107
Kuva 7-k Potilaan hoitoasiakirjojen muuttamisen tai korjaamisen käyttämät käyttötapaukset ostopalvelutilanteessa	108
Kuva 8-a Informointi ja suostumuksen hallinnointiprosessi	111
Kuva 8-b Suostumuksen laadinta ja peruminen	116
Kuva 8-c Potilastiedon arkiston luovutuskiellon laadinta ja ylläpito	121
Kuva 8-d Reseptin kieltojen ylläpitoprosessi	125
Kuva 8-e Elinluovutustahdon hallinta	132
Kuva 10-a Vanhojen tietojen arkistoinnin toimintaperiaate	146

## TAULUKOT

Taulukko 1 Yhteenveto eri arkistoitavien asiakirjatyyppeiden hallintaan liittyvistä toiminnallisuuksista ja säännöistä	27
Taulukko 2 Asiakirjan korvaustilanteet ja HL7-korvausinteraktiosanomassa käytettävät korvauksen syykoodit	76

## Sisällysluettelo

1	Johdanto	14
1.1	Dokumentin rakenne ja käyttötapauksen jaottelu	14
1.2	Huomioita asiakastietojen lainmukaisesta ja luottamuksellisesta käsittelystä	15
1.3	Keskeiset käsitteet	15
2	Yleistä käyttötapauksista	22
2.1	Käyttötapauskaaviot	22
2.2	Potilastiedon arkistossa olevien asiakirjatyyppeiden hallinta	26
2.3	Potilastiedon arkiston palvelupyynnöt	27
3	Käyttötapaukset merkintöjen tekemiseen ja asiakirjojen muodostumiseen	29
3.1	Tee merkintä	29
3.2	Muuta tai korvaa merkinnän tietosisältöä	38
3.3	Muodosta, päivitä tai päättä palvelutapahtuma ja tuota sen kuvailutiedot	43
3.4	Muuta palvelutapahtumatietoja	47
3.5	Muodosta kertomusasiakirja	49
3.6	Muodosta lomakeasiakirja (ja välitä kolmannelle osapuolelle)	54
3.7	Näytä merkinnät	59
4	Käyttötapaukset kuvailutietojen ja asiakirjojen hakemiseen	66
4.1	Hae omia asiakirjoja tai niiden kuvailutietoja	66
4.2	Hae luovutuksella saatavia asiakirjoja palvelunantajien rekistereistä	69
4.3	Haku luovutuksella hätätilanteessa palvelujen antajien rekistereistä	72
5	Käyttötapaukset arkistoidun asiakirjan korvaamiseksi ja poistamiseksi	75
5.1	Korvaa arkistoitu asiakirja	75
6	Lokit	81
6.1	Yleistä lokeista	81
6.2	Tee luovutusilmoitus (muu kuin Kanta-luovutukset)	83
7	Ostopalvelut	86
7.1	Yleistä ostopalveluista	86
7.2	Tee ja arkistoi ostopalvelun valtuutus	92
7.3	Korjaa tai mitätöi ostopalvelun valtuutus	94
7.4	Hae ostopalvelun valtuutus omasta rekisteristä	95
7.5	Hae ostopalvelun valtuutus ostopalvelun järjestäjän rekisteristä	97
7.6	Muodosta, päivitä tai päättä palvelutapahtuma ostopalvelutilanteessa	98
7.7	Hae potilaan hoitoasiakirjat ostopalvelutilanteessa	100
7.8	Muodosta potilaan hoitoasiakirja ostopalvelutilanteessa	106
7.9	Muuta tai korvaa potilaan hoitoasiakirja ostopalvelutilanteessa	108
8	Tiedonhallintapalvelun käyttötapaukset – Kelan rekisteriin arkistoitavat asiakirjat	110
8.1	Tarkasta ja arkistoi informointimerkinnät	112
8.2	Tee tai peru Potilastiedon arkiston suostumus	115
8.3	Tee tai muuta kieltoja	119
8.4	Hae informoinnit ja kiellot järjestelmän näkymärajausta varten	128
8.5	Tee tai muuta tahdonilmaisua	129
9	Tiedonhallintapalvelun käyttötapaukset – terveydenhuollon palvelunantajan rekisteriin arkistoitavat asiakirjat	134

9.1	Näytä potilaan hoidon kannalta keskeiset terveystiedot	136
9.2	Näytä koosteasiakirja	137
9.3	Näytä ja muokkaa keskeisten terveystietojen ylläpidettävää asiakirjaa	141
10	Vanhat asiakirjat (CDA R2 tai CDA R2 + PDF/A)	145
10.1	Vanhojen asiakirjojen arkistoinnin periaatteet	145
10.2	Vanhojen asiakirjojen massa-arkistointi	146
10.3	Muodosta, päivitä tai päätä vanha palvelutapahtuma ja tuota sen kuvailutiedot	147
10.4	Arkistoi vanha kertomusasiakirja	147
10.5	Hae omia vanhoja asiakirjoja tai niiden kuvailutietoja	148
10.6	Vanhojen asiakirjojen korvaus & mitätöinti	148
11	Alikäyttötapauksia	149
11.1	Luo palvelutapahtuman OID-tunniste –alikäyttötapaus	149
11.2	Arkistoi asiakirja – alikäyttötapaus	150
11.3	Määritä hakuehdot – alikäyttötapaus	151
11.4	Hae kuvailutiedot – alikäyttötapaus	153
11.5	Asiakirjojen haku –alikäyttötapaus	154
11.6	Välitä asiakirja – alikäyttötapaus	155
12	Kevyet kyselyrajapinnat	158
12.1	Hae luovutuslupa	158
12.2	Hae luovutustiedot	158
12.3	Hae aktiiviset palvelutapahtumat	159
12.4	Hae palvelutapahtumat luovutuskieltojen ylläpitoa varten	159
13	Yksityinen terveydenhuolto ja liittyminen Potilastiedon arkistoon	160
13.1	Johdanto	160
13.2	Yksityisten liittymismallit	160
13.3	Palvelunantajatie	160
13.4	Rekisterinpitäjä	161
13.5	Palvelutapahtuma	162
13.6	Potilastietojen luovutuskiellot	163
13.7	Järjestelmävarmenne	164
13.8	Tiedot sanomissa ja asiakirjoilla	164

## LIITELUETTELO

Liite 1	Merkintöjen tietosisältö ja kuvailutiedot
Liite 2	Palvelutapahtumien esimerkkejä (ent. liite 10, päivitetty)
Liite 3	Lähetteen arkistointipisteet (uusi liite)
Liite 4	Merkintöjen hoitoprosessin vaiheita koskevia sääntöjä (ennallaan)
Liite 5	Vaatimukset potilastietojärjestelmien käyttölokeille
Liite 6	Rekisterinpitäjän muutokset: Toimintamalli muutostilanteessa

# 1 Johdanto

Tämä dokumentti kuvaa sähköisten potilasasiakirjojen muodostamisen ja niiden Kanta-palveluun lähettämiseen tarvittavan toiminnallisuuden Kanta-palveluun liittyvien potilastietojärjestelmien ja niiden käyttäjien osalta. Se ei sisällä itse Kanta-palvelun käyttötapauksia, joista Kela on tuottanut omat dokumenttinsa. Tämä dokumentti on tarkoitettu potilastietojärjestelmien toimittajille ja näiden asiakkaille, jotka määrittelevät toiminnallisia ja muita vaatimuksia toimittajilleen.

Dokumentissa kuvataan potilastietojärjestelmän käyttötapauksia. Kukin käyttötapaus kuvaa, mitä käyttäjä ja potilastietojärjestelmä tekevät, jotta käyttäjä saa suoritettua jonkin itsenäisen, lyhyen ja kerralla suoritettavan toimenpiteen, joka tukee hänen muuta toimintaansa. Kuvaukset eivät kaikilta osin määrittele tarkkoja teknisiä yksityiskohtia vaan toiminnallisen tavoitteen, joka tulee saavuttaa. Käyttötapauksen kuvaaman toiminnallisuuden voi toteuttaa teknisesti monin eri tavoin.

Tämä ohjeistus koskee kaikkia tietojärjestelmiä, joissa potilaan Potilastiedon arkistosta peräisin olevia tietoja käsitellään tai jolla tehdään merkintöjä, riippumatta siitä, tuottaako tietojärjestelmä itse arkistoitavat asiakirjat vai toimittaako se merkintänsä varsinaiseen potilastietojärjestelmään, joka sitten muodostaa arkistoitavat asiakirjat. Edelleen on kuitenkin mahdollista kirjata potilastietoa sellaisen tietojärjestelmän tai laitteen avulla, joka ei itse muodosta merkintöjä tai asiakirjoja. Tällaisen järjestelmän tai laitteen tulee osata siirtää potilashoidon kannalta tarpeelliset tietonsa potilastietojärjestelmään, joka muodostaa merkinnän tai asiakirjan.

Käyttötapauksen käyttäjäroolissa voi olla myös tietojärjestelmä, joka voi esimerkiksi muodostaa potilasasiakirjan valmiista merkinnästä ilman terveydenhuollon ammattihenkilön toimenpiteitä. Toiminnot ja vaatimukset on kuvattu potilastietojärjestelmään kohdistuviksi.

## 1.1 Dokumentin rakenne ja käyttötapauksen jaottelu

Seuraavissa luvuissa kuvataan potilastietojärjestelmään (PTJ) liittyvät käyttötapaukset. Käyttötapauksissa kuvataan merkintöjen ja potilasasiakirjojen tuottamiseen ja arkistointiin, korvaamiseen sekä asiakirjojen Kanta-palvelusta hakuun liittyvät käyttötapaukset. Sen jälkeen kuvataan käyttötapaukset, jotka liittyvät lokitukseen ja luovutusilmoituksen tekemiseen. Ostopalveluihin liittyvät käyttötapaukset on kuvattu omassa luvussaan. Sitten kuvataan asiakas-tietolakiin perustuvat tiedonhallintapalvelun (THP) käyttötapaukset. Nämä käyttötapaukset on jaettu loogisesti kahteen lukuun sen perusteella, arkistoidaanko asiakirjat Kelan rekisteriin, vai terveydenhuollon palvelunantajan omaan rekisteriin. Vanhojen asiakirjojen arkistoinnin käyttötapauksen erityispiirteet on kuvattu omassa luvussaan. Näiden jälkeen on kuvattu yleiset eri käyttötapauksissa hyödynnettävät alikäyttötapaukset. Luvut 12 ja 13 ovat rakenteeltaan erilaisia, sillä ne ovat enemmän informatiivisia, eivätkä noudata käyttötapauksen rakennetta, kuten muut dokumentin luvut. Luvussa 12 viitataan kevyisiin rajapintoihin ja niiden tarkemmat määrittelyt on kuvattu omassa erillisessä dokumentaatioissa. Luvussa 13 kuvataan yksityisessä terveydenhuollossa huomioitavat erityispiirteet.

Potilastietojärjestelmien käyttötapauksiin liittyy monia määrittelyjä, joihin käyttötapauksissa viitataan. Tämä dokumentaatio täydentyy. Keskeisimmät määrittelydokumentit julkaistaan osoitteessa [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi) ja koodistot sekä CDA R2 -lomakerakenteet löytyvät THL:n ylläpitämän kansallisesta koodisto-palvelusta.

## 1.2 Huomioita asiakastietojen lainmukaisesta ja luottamuksellisesta käsittelystä

Tässä dokumentissa määritellään ainoastaan vaatimukset potilastietojärjestelmälle sen suhteen, miten potilastietojärjestelmä käsittelee asiakastietoja. Asiakastiedon lainmukaisessa ja luottamuksellisessa käsittelyssä tulee tämän lisäksi ottaa huomioon myös muut asiaan liittyvät periaatteet, lait, ohjeet, eettiset periaatteet, yhteisöläinsäädäntö, mahdolliset kansainväliset sopimukset, kansalliset lait ja periaatteet, hallinnolliset ja toiminnalliset ohjeet sekä alaa koskevat standardit. Tällaisia voimassa olevia lainsäädäntöjä ovat esimerkiksi:

Asiakastietolaki eli laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (L159/2007).

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta (L1227/2010).

Terveydenhuoltolaki (L30.12.2010/1326) 9 §.

## 1.3 Keskeiset käsitteet

Tässä luvussa on määritelty käyttötapausten ymmärtämisen kannalta keskeiset käsitteet. Osa käytetyistä käsitteistä on määritelty muissa dokumenteissa ja kyseinen dokumentti on ilmaistu käsitteen jälkeen suluissa.

**Asiakirjalomake** -> katso **Kirjaamispohja**

**Asiayhteys** käyttäjän ja potilaan välillä tarkoittaa, että käyttäjällä on työtehtäviensä takia asiallinen syy käsitellä potilaan tietoja.

**Hoitoprosessin vaihe** -> katso **Sähköisen potilaskertomuksen rakenne**

**Kertomusteksti** on pääsääntöisesti terveydenhuollon ammattilaisen kirjoittamaa narratiivista tekstiä.

**Kirjaamispohja** on yleisnimitys potilastietojärjestelmän näytölle, lomakkeelle tai yleensä tietokentälle, jolle käyttäjä tekee merkinnän tai merkintöjä. Kirjaamispohjaan voidaan esimerkiksi kerätä ja tallentaa tietokokonaisuus, tai kirjaamispohjaan voidaan kirjoittaa pelkästään yksittäinen tieto tai havainto, joka on vain yksi osa myöhemmin koostettavassa ja arkistoitavassa asiakirjassa.

**Lomakeasiakirjoiksi** kutsutaan potilaan hoidon tietojen määrämuotoisia koosteita esimerkiksi rekisteriviranomaisen tai etuuksien myöntäjien tarpeisiin. Määrämuotoiset lomake-asiakirjat ovat ensisijaisesti tiedonvälitystä terveydenhuollon palvelujen antajien ulko-puolisille tahoille.

**Käyttäjä** on potilastietojärjestelmään kirjautunut henkilö. Käyttäjän tulee olla luotettavasti tunnistettu terveydenhuollon ammattihenkilö, palvelujenantajan toimeksiannosta toimiva avustava henkilö tai opiskelija, tai tietyissä tulevaisuudessa yleistyvissä tilanteissa potilas tai potilaan edustaja. Potilaan rooli tietojärjestelmän käyttäjänä voi toteutua erillisen edustajajärjestelmän kautta eikä hän välttämättä käytä potilastietojärjestelmää suoraan. Käyttäjien ryhmittelyssä ja luokituksissa huomioidaan kuitenkin kansalaisen rooli yhtenä käyttäjäryhmänä tarpeen mukaisesti.

**Käyttäjän tunnistetiedoilla** tarkoitetaan käyttäjän yksilöintitietoja ja kuvailutietoja. Käyttäjän yksilöintitiedot ovat henkilötunnus, tai sen puuttuessa muu yksilöintitunnus, sukunimi ja etunimi. Lisäksi käyttäjällä voi olla tietojärjestelmien sisäisessä käytössä tai rekistereissä muita yksilöintitunnuksia, joita hallinnoidaan paikallisesti, alueellisesti tai kansallisesti.

PTJ:llä on käytettävissä seuraavat käyttäjän kuvailutiedot:<sup>1</sup>

- toimenkuva: ammatillinen tai muu tehtävä, jossa käyttäjä toimii. Toimenkuva on johdettavissa työntekijöiden ja muiden PTJ käyttöön oikeutettujen työ- tai muun suhteen perusteista (mihin tehtävään palkattu).
- käyttäjän ammattipätevyys tai vastaava
- käyttäjän terveydenhuollon palvelujen antajan (terveydenhuollon organisaation) OID tunnus
- käyttäjän työskentely-yksiköt eli ne organisaation palveluyksiköt, joiden potilaiden hoitoon käyttäjä työssään osallistuu.
- Muita käyttäjästä tarpeen mukaan organisaatio- tai potilastietojärjestelmäkohtaisesti ylläpidettäviä kuvailutietoja ovat
- käyttäjän virkanimike: organisaatiokohtaisen virkanimikkeistön termi, jonka ilmaisussa ei ole valtakunnallista koodistoa
- käyttäjän käyttöoikeuksien antoa ohjaava rooli
- Kuvailutietoja voidaan hyödyntää PTJ:ssä esim. näyttämällä jokin tai jotkut niistä merkinnän tekijän tai kirjaajan nimen yhteydessä ja poimimalla toimenkuvaluokitustieto lokiin.

**Luonnos -> katso Merkintä**

**Luovutusilmoitusasiakirja** on Kanta-palveluiden luovutuslokiä täydentävä asiakirja, jonka avulla ilmoitetaan Kanta-palveluiden ulkopuolella PTJ:stä sähköisesti tehty luovutukset sen jälkeen kun palvelujen antaja on liittynyt Potilastiedon arkiston käyttäjäksi.

**Merkinnän kirjaaja -> katso Merkinnän tekijä**

### **Merkintä**

Merkinnällä tarkoitetaan yhden käyttäjän yhdellä kertaa tallentamia yhden potilaan tietoja, jotka tullaan arkistoimaan samaan asiakirjaan. Yhden merkinnän sisältö ja laajuus on seuraus tavasta, jolla PTJ:n kirjaamispohjat toteutetaan. Yksi merkintä muodostuu laajaksi, jos käyttäjä voi tallentaa yhtä aikaa usean näkymän, usean prosessivaiheen, usean otsikon ja usean nimisiä tietoja yhdellä kertaa. Merkintä muodostuu pieneksi, jos käyttäjä voi käsitellä ja tallentaa kirjaamispohjalla vain yhden nimisiä tietoja, esim. lääkitystietoja.

---

<sup>1</sup> Kaikkia käyttäjän kuvailutietoja ei tuoteta CDA-asiakirjoihin (ks. CDA R2 -ohjeistus Kertomus ja lomakkeet -oppaasta). Tiedot on tarkistettavissa järjestelmien taustarekistereistä tarpeen vaatiessa. Osa tiedoista on saatavilla myös Valviran attribuuttipalvelun sisällöstä.



Merkinnällä on merkinnästä vastaava yksikkö, joka ilmenee merkinnän tekijäksi ilmoitetun käyttäjän tunnistetiedoista. Merkinnästä vastaa aina hoidon tuottaja (joka voi olla hoidon järjestäjä itse tai ostopalvelutilanteessa sopimuksella hoitoa tuottava yksikkö). Jos hoidon tuottaja hankkii hoidon osasuorituksia alihankintana muilta tuottajilta, tuottajaorganisaatio ilmenee merkinnän kirjaajan tunnistetiedoissa.

Merkinnän tilat ovat seuraavat:

**Tilapäinen tallenne = muistiinpano** on käyttäjän, tietojärjestelmän tai laitteen tuottama merkinnän aihio; se ei vielä ole merkintä. Vastaavan tasoista dataa digitaalisissa laitteiden tuottamissa tallenteissa kutsutaan raakadataksi (Kuntaliitto 2003: Digitaalisten hoito- ja tutkimustallenteiden arvonmäärittäminen: digitaalisen tiedon säilyttämisen perusteet).

Muistiinpano saa näkyä vain muistiinpanon tuottaneelle käyttäjälle ja tarvittaessa rajatulle joukolla muistiinpanojen käsittelyyn osallistuvia terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Tällainen rajattu joukko voi olla esimerkiksi opiskelijan tekemien kirjausten hyväksymisestä vastaavat opettajat tai ohjaajat tai raaka-datan validointiin osallistuvat henkilöt. Muistiinpano voidaan näyttää myös avustaville henkilöille, joiden tehtäviin kuuluu tietojen käsittelyn viiveettömyydestä huolehtiminen.

**Luonnos** = keskeneräinen merkintä (Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta). Merkintä on luonnos, kunnes se tulee valmiiksi. Luonnosmerkinnät näkyvät muille käyttäjille hoidollisessa käytössä ja ne on säilytettävä 12 vuotta. Luonnosversioiden säilytys voi vain tapahtua PTJ:ssä.

**Valmis** = merkintä, joka siirtyy aiemmista tiloista valmiiksi tarkastuksen, korjauksen tai hyväksymisen jälkeen. Osa merkinnöistä voi syntyä suoraan tilaan valmis, jos niitä ei tarvitse erikseen hyväksyä. Valmiiden merkintöjen säilytys voi tapahtua ainoastaan Kanta-palvelussa.

**Arkistoitu** = merkintä, joka on siirretty asiakirjaan ja arkistoinnista on saatu sovellustason kuittaus.

Merkinnät ovat joko **hoidollisia merkintöjä** tai potilashallinnollisia eli **hoitoprosessin merkintöjä**. Hoidollisilla merkinnöillä kuvataan hoidon sisältöä ja prosessimerkinnöillä hoidon ajankohtia, hallinnollista luonnetta ja toteuttajayksiköitä. PTJ:ssä hoidollisia ja hoitoprosessin merkintöjä ja niiden kuvailutietoja voidaan yhdistää tiedon eri käyttötarkoituksissa. Esimerkiksi tilastointitarkoituksessa potilaskontaktin aiheen ilmaisevat hoidolliset merkinnät diagnoosista ja toimenpiteistä liitetään hoitoprosessin merkintöihin. Hoidon päivittäisen kirjaamisen tarkoituksessa hoitoprosessin merkinnän kontaktin ajankohtaa, yksikköä ym. tarpeelliset kontaktin kuvailutiedot yhdistetään hoidolliseen merkintään.

Merkintöjä järjestetään tiedon käyttöä, esim. tiedon lajittelua ja suodatusta, helpottaviksi kokonaisuuksiksi tiedon rakenteilla. Pakollisia rakenteita kaikissa hoidollisissa merkinnöissä ovat näkymä, otsikko ja hoitoprosessin vaihe. Hoitoprosessin merkintöjen osalta rakenteiden pakollisuus määritellään myöhemmin.

**Merkinnän tekijä** on vastuussa merkinnän tietosisällöstä. Hoidollisissa merkinnöissä merkinnän tekijänä voi olla vain terveydenhuollon ammattihenkilö. Sairaankuljetuksen merkinnöissä merkinnän tekijä voi olla sairaankuljettaja. Hoitoprosessin merkinnöissä merkinnän tekijä voi olla myös palvelujen antajan toimeksiannosta toimiva avustava henkilö. Merkintöjen tekemisen oikeudet on todettu potilasasiakirja-asetuksen luonnoksessa (6 §) ja lisä-ohjeita tulee olemaan asetukseen liittyvässä oppaassa.

**Merkinnän kirjaaja** on henkilö (käyttäjä), joka voi syöttää tietoja potilastietojärjestelmään, esimerkiksi sanelua tekevä tai itse järjestelmään tekstiä kirjoittava terveydenhuollon ammattihenkilö, sanelun purkaja, opiskelija tai osastosihteeri. Merkinnän kirjaaja siis osallistuu merkinnän tuottamiseen, mutta ei välttämättä ole merkinnän tekijä. Jos merkinnän kirjaa joku muu henkilö kuin merkinnän tekijä, merkinnän valmistuminen edellyttää tekijän hyväksyntää.

**Tietosisällön tuottaja** voi merkinnän osalta olla, paitsi käyttäjä, myös tietojärjestelmä tai laite. Vastuuta merkinnästä ei kuitenkaan voi siirtää potilastietojärjestelmälle eikä laitteelle.

**Muistiinpano** -> katso **Merkintä**

**Näyttömuoto** -> katso **Rakenteinen muoto**

**Näkymä** -> katso **Sähköisen potilaskertomuksen rakenne**

**Otsikko** -> katso **Sähköisen potilaskertomuksen rakenne**

**Palvelupyyntö:** PTJ:n ja Kanta-palvelun välisen asioinnin käsite. Palvelupyyntö on sanoma, jonka tietojärjestelmä lähettää toiselle tietojärjestelmälle ja jossa se pyytää tiettyä, tarvitsemaansa tietoa. Palvelupyynnössä voidaan antaa myös parametrit (ehdot), mitä tietoa tarvitaan tai mitä rajoituksia pyynnön suorittamisessa tulee tehdä. Toinen tietojärjestelmä hakee halutun tiedon annettujen parametrien mukaan ja palauttaa vastauksen sovitussa muodossa sitä pyytäneelle tietojärjestelmälle. Palvelupyynnöistä on tarkka kuvaus HL7-dokumentaatioissa

**Palvelutapahtuma, PT,** (Asiakastietolaki ja tarkennukset STM:n Ydindokumentti) voi koostua yhdestä tai useammasta terveydenhuollon palvelujen antajan toteuttamasta potilashoidon prosessin tapahtumasta.

Tässä dokumentissa tällaisia yksittäisiä tapahtumia kutsutaan nimellä **prosessitapahtuma**. Synonyymejä termille prosessitapahtuma ovat hoitoprosessin tapahtuma, potilashallinnon tapahtuma, tilastotapahtuma ja osin myös palvelu. (Laskentatoimessa prosessitapahtumia kutsutaan nimellä suorite tai välisuorite). Merkinnät voidaan kytkeä myös suoraan palvelutapahtumaan, eli prosessitapahtumien käyttö on valinnaista. Prosessitapahtuma voi liittyä vain yhteen palvelutapahtumaan. Prosessitapahtuma voi olla esimerkiksi yhden vuodeosaston hoitajakso, vastaanottokäynti, näytteenotto tai kuvanottokäynti.

**Palvelutapahtuma-asiakirja** on palvelutapahtumaa kuvaava asiakirja.

**Potilasasiakirja** -> katso **Kirjaamis pohja**

**Potilaskertomusasiakirja** -> katso **Kirjaamis pohja**

**Potilaskertomuspohja** -> katso **Kirjaamis pohja**

**PTJ** = potilastietojärjestelmä

**Rakenteinen muoto:** potilastiedot on kuvattu luokituksia, koodistoja tms. käyttäen niin, että niitä voidaan käsitellä automaattisesti. (Katso tarkemmin HL7 dokumentaatio.)

**Näyttömuoto:** potilaan tiedot näytetään ihmiselle luettavassa tekstimuodossa. Näyttömuoto on osa CDA R2 -standardia, se on pakollinen ja sen avulla voidaan toteuttaa minimitoiminnallisuus eli tietojen näyttäminen vaikka järjestelmä ei kykenisi prosessoimaan kaikkea rakenteista tietosisältöä. Käyttötapauksissa määritellään pelkkää tyylitiedostoa

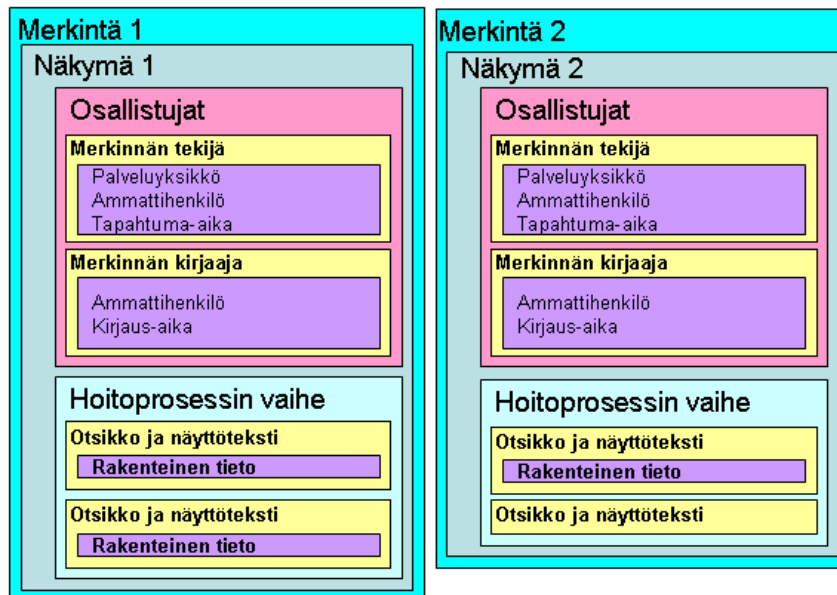
laajempi minimitoiminnallisuus, jonka pohjalta näyttömuodossa olevia merkintöjä voidaan lajitella ja käsitellä asiakirjoista riippumattomalla tavalla.

**Sähköisen potilaskertomuksen rakenne:** Potilaskertomuksen tietosisältöä eli merkintöjä jäsennetään näkymien, hoitoprosessin vaiheiden ja otsikoiden avulla (kuva 1-a Merkinnän rakenne).

**Näkymällä** (Ydintieto-opas) tarkoitetaan terveydenhuollon tietokokonaisuutta, joka sitoo tiedon tiettyyn tieto- ja hoitokokonaisuuteen kuten lääketieteen erikoisalaan, ammattialaan tai palveluun. Tässä dokumentissa sitä käytetään myös merkinnän kuvailutietona, joka kuvaa potilaan ongelman hoidollista näkökulmaa. Näkökulma luokitellaan kansallisesti karkealla tasolla perustuen lääketieteelliseen erikoisalaan (HILMO erikoisalat 2 merkkiä), ammattialaan ja perusterveydenhuollon eriytyneisiin palveluihin. Näkymiksi kutsutaan lisäksi kansallisesti määriteltäviä määrämuotoisia asiakirjalomakkeita. Näkymien kansallista luokitusta ylläpidetään THL:n koodistopalvelussa.

**Hoitoprosessin vaiheella** (Ydintieto-opas) tarkoitetaan merkinnän kuvailutietoa, jolla ilmaistaan merkinnän sijainti kokonaishoidon dokumentaatiossa. Hoitoprosessin vaihe kertoo koskeeko merkintä hoitokontaktin tulotilannetta, hoidon suunnittelua, toteutusta vai arviointia. Hoitoprosessin vaihetta koskevat säännöt esitetään liitteessä 4.

**Otsikolla** (Ydintieto-opas) tarkoitetaan tekstin rakenteistamisen välinettä, jolla haluttu joukko eri tietoja voidaan sitoa tiedollisesti yhteenkuuluvaksi ryhmäksi. Otsikoiden kansallista luokitusta ylläpidetään THL:n koodistopalvelussa.



Kuva 1-a Merkinnän rakenne (Kertomus ja lomakkeet -dokumentti)

**Tiedonhallintapalvelu:** Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettua lakia (159/2007), jäljempänä asiakastietolakia, muutettiin 1.1.2011 voimaan tulleella lainmuutoksella. Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetun lain muuttamisesta annetun lain (1227/2010) yhtenä keskeisenä muutoksena säädetään Kansaneläkelaitoksen toteuttamasta ja ylläpitämästä valtakunnallisesta potilaan tiedonhallintapalvelusta.

Asiakastietolain mukaan tiedonhallintapalvelu sisältää sekä potilaan antamat suostumukset että hänen tekemät kiellot koskien omien potilastietojensa ja lääkemääräystietojensa luovutusta häntä hoitavalle terveydenhuollon toimintayksikölle. Suostumusten ja kieltojen hallinnan lisäksi tiedonhallintapalvelu sisältää myös muita potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä tietoja, kuten hoitotahto ja kiello irrottaa elimiä, kudoksia tai soluja toisen ihmisen sairauden tai vamman hoitoon.

Tiedonhallintapalvelun kautta luodaan myös näkymä potilaan terveyden- ja sairaanhoidon kannalta keskeisiin tietoihin. Asiakastietolain 14 a §:ssä säädetään keskeisten hoidossa tarvittavien tietojen osalta seuraavasti:

”Potilaan tiedonhallintapalvelun kautta voidaan lisäksi näyttää potilaan terveyden- ja sairaanhoidon kannalta keskeiset tiedot. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää siitä, mitkä ovat tiedonhallintapalvelun kautta näytettäviä keskeisiä tietoja. Tiedonhallintapalvelun välityksellä ei saa kuitenkaan näyttää sellaisia tietoja, joiden luovutuksen potilas on kieltänyt 10—12 §:n perusteella. Kansaneläkelaitos on potilaan tiedonhallintapalvelun rekisterinpitäjä”

Lainsäädäntöä tulkitaan siten, että tiedonhallintapalvelun kautta näytettävien keskeisten tietojen tulee pohjautua rekisterinpitäjäkohtaiseen Potilastiedon arkistoon ja lääkityslistan osalta myös reseptikeskuksen ja reseptiarkiston tietosisältöön, eikä tiedonhallintapalveluun tallenneta hoidossa hoitoon liittyviä asiakirjoja – ei myöskään hoidossa tarvittavia keskeisiä tietoja.

Tiedonhallintapalvelun kautta näytettävät keskeiset tiedot on määritelty sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen (1257/2015) 2 §:ssä. Asetuksella tarkennetaan suostumuksen antamisen jälkeen tehtyjen kieltojen vaikutusta tiedonhallintapalvelun toimintaan. Asetuksen voimaantulosäännöksessä on määritelty ajankohdat, jolloin keskeisten tietojen tulee olla saatavissa tiedonhallintapalvelun kautta.

**Tiedon nimellä** tarkoitetaan ydintietomäärittelyn, muun kansallisen rakenteisen tiedon määrittelyn tai sovelluskohtaisen määrittelyn yhteydessä tunnistettua tiedon nimeä. Tiedon atomisella tasolla (CDA entry) voi olla oma nimensä ja atomisten tietojen vakiintuneella yhdistelmällä oma nimensä. Atomisella tasolla on esimerkiksi systolinen verenpaine ja diastolinen verenpaine; niiden yhdistelmänimen nimityksenä taas on verenpaine.

Tiedolla voi olla myös muita yksilöintimekanismeja kuin selväkielinen nimi<sup>2</sup>. Merkinnän kuvailutiedoissa tiedon nimi on toteutettu tiedon nimen yksilöintitunnus kentällä. Tiedon nimen tai yksilöintitunnuksen käyttö on tässä vaiheessa optio, koska kaikille tällaisille tiedoille ei vielä tässä vaiheessa ole määritelty kansallista yhtenäistä rakennetta (ts. kun rakenne on optionaalinen, myös nimi on optionaalinen).

**Tietosisällön tuottaja -> katso Merkinnän tekijä**

---

<sup>2</sup> TemplateID voi esiintyä CDA-asiakirjoissa hyvin monissa yhteyksissä. Se voi asiakirjatasolla määritellä yleisesti, minkä mallien mukainen asiakirja on kyseessä. Näkymätasolla (1. section) se voi puolestaan ilmaista, että näkymän tiedot toteutaan tietyn määrittelyn mukaisesti (esim. riskitiedot sisältävät tietyt kentät, joissa on tietyt luokitukset). Alemmilla tasoilla, kuten otsikko tai yksittäinen rakenteinen tieto (CDA entry), templateID voi ohjeistaa ja rajata tietyn tiedon toteuttamista (esim. verenpaineen koostuminen yllä mainituista komponenteista ja mittausmenetelmästä). TemplateID on toteutusmekanismi tiedon nimi / tiedon nimen yksilöintitunnus kentälle. Katso yksityiskohdat HL7 määrittelyistä.

**Tilapäinen tallenne -> katso Merkintä**

**Ydintiedot** (Ydintieto-opas) ovat keskeisiä rakenteisia potilaan terveyden- ja sairaanhoidon tietoja, jotka ilmaistaan luokitusten, nimikkeistön tai koodiston avulla. Ydintietoja ovat esimerkiksi diagnoosit, toimenpiteet, laboratorio- tai kuvantamistutkimukset, jotka ilmaistaan sovitun luokituksen mukaisesti.

**Yhteisliittymismallissa** vuokralaisena oleva toimija ei liity itse suoraan Kanta-palveluihin, vaan liittyy isäntä-organisaation liityntäpisteen kautta. Isäntä-organisaation on tällöin oltava liittynyt Kanta-palveluihin (esimerkiksi SOTE-rekisteriin viety yritys tai itsenäinen ammatinharjoittaja on vuokralla Kanta-palveluihin liittyneelle isäntäyritykselle).

## 2 Yleistä käyttötapauksista

Potilaan tietojen käsittelyyn liittyvä ydintoiminnallisuus on terveydenhuollossa potilaskertomusmerkintöjen tekeminen, sekä näiden tietojen hakeminen potilaan hoitotilanteessa. Kanta-palvelu edellyttää, että siihen tallennettavista merkinnöistä on muodostettu asiakirja, jossa on tarpeelliset kuvailutiedot mm. siitä, missä asiayhteydessä (hoitokontaktissa) potilastiedot ovat syntyneet. Vastaavasti näitä kuvailutietoja käytetään haettaessa potilaan tietoja Kanta-palvelusta.

Potilastietojärjestelmien käyttötapauksissa on viitattu lukuisiin muihin dokumentteihin, joihin on myös perehdyttävä kun määritellään ja toteutetaan Potilastiedon arkistoon liitettäviä tietojärjestelmiä ja niiden toiminnallisuutta. Ajantasaiset versiot oheisdokumenteista julkaistaan Kansan-eläkelaitoksen ylläpitämällä kanta.fi-sivustolla, jossa on eri osioita eri kohderyhmiä varten. Potilastietojärjestelmien käyttötapauksiin liittyvä tekninen dokumentaatio löytyy potilastietojärjestelmien toimittajille suunnatusta osiosta ja erillisestä HL7-osasta.

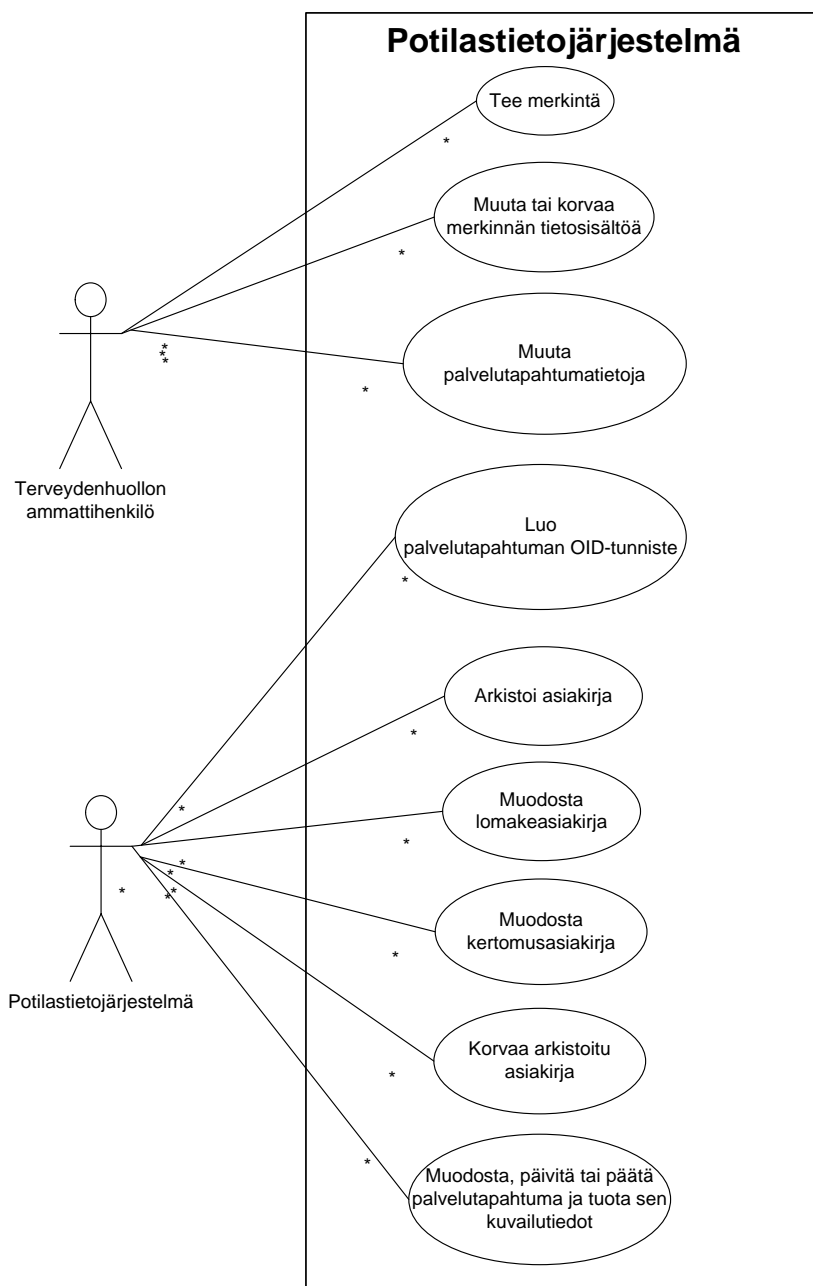
### 2.1 Käyttötapauskaaviot

Tässä luvussa on esitetty käyttötapauskaaviot, jotka toimivat yhteenvetona dokumentissa määriteltävästä toiminnallisuudesta. Kuvassa 2-a on käyttötapauskaavio, jossa kuvataan asiakirjojen muodostamiseen ja arkistointiin liittyvä toiminnallisuus. Tämä kattaa merkintöjen tekemisen ja muuttamisen, lomake- ja kertomusasiakirjojen muodostamisen ja asiakirjojen arkistoinnin.

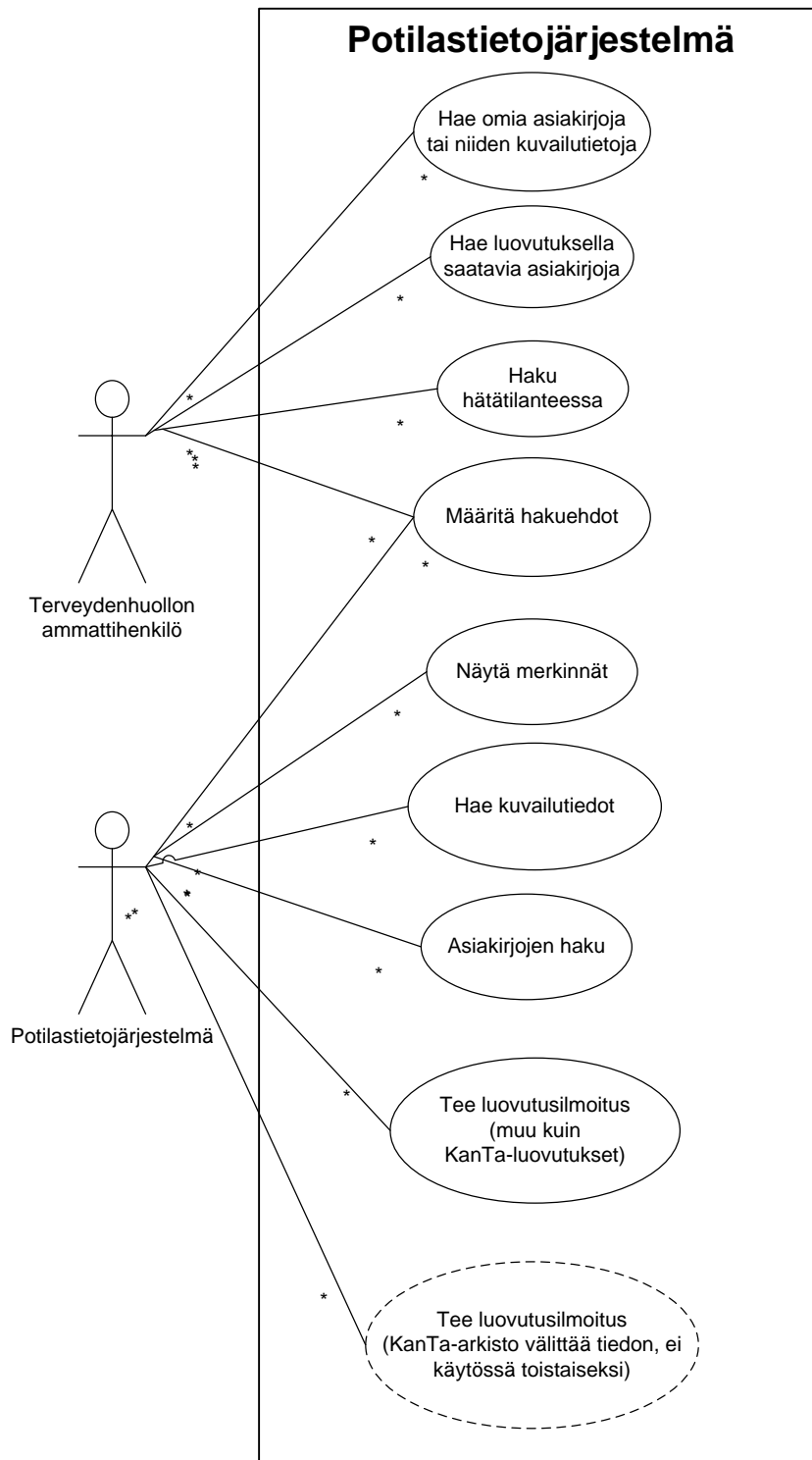
Toisessa käyttötapauskaaviossa (kuva 2-b) on kuvattu asiakirjojen hakuun ja luovutuksiin liittyvät käyttötapaukset.

Kolmannessa käyttötapauskaaviossa (kuva 2-c) on kuvattu tiedonhallintapalveluun liittyvät käyttötapaukset, jotka käyttävät sekä asiakirjojen arkistointia että hakuja koskevia käyttötapauksia.

Dokumentissa määritellään myös ostopalvelutilanteiden toteuttaminen Kanta-palvelun avulla ja lokien käsittelyyn liittyvät käyttötapaukset. Ostopalveluihin liittyvät käyttötapaukset on kuvattu neljännessä käyttötapauskaaviossa (kuva 2-d). Perustoimintoihin liittyen on määriteltyjä yhteisiä alikäyttötapauksia, joita hyödynnetään perusarkistoinnissa, tietojen haussa (olipa haku luovutusta tai omien tietojen hakua) ja ostopalveluissa. Osa näistä vastaa suoraan HL7-vuorovaikutuksia (interaktioita) arkiston ja potilastietojärjestelmien välillä. HL7-määrittelyissä vuorovaikutukset on kuvattu paljon yksityiskohtaisemmalla tasolla, joten käyttötapauksissa nämä käyttötapaukset on kuvattu hyvin karkealla tasolla. Lähellä teknistä rajapintaa olevien kohtien ylläpito toteutetaan suoraan HL7-määrittelyihin ja ajantasainen tilanne tulee varmistaa näistä määrittelyistä.

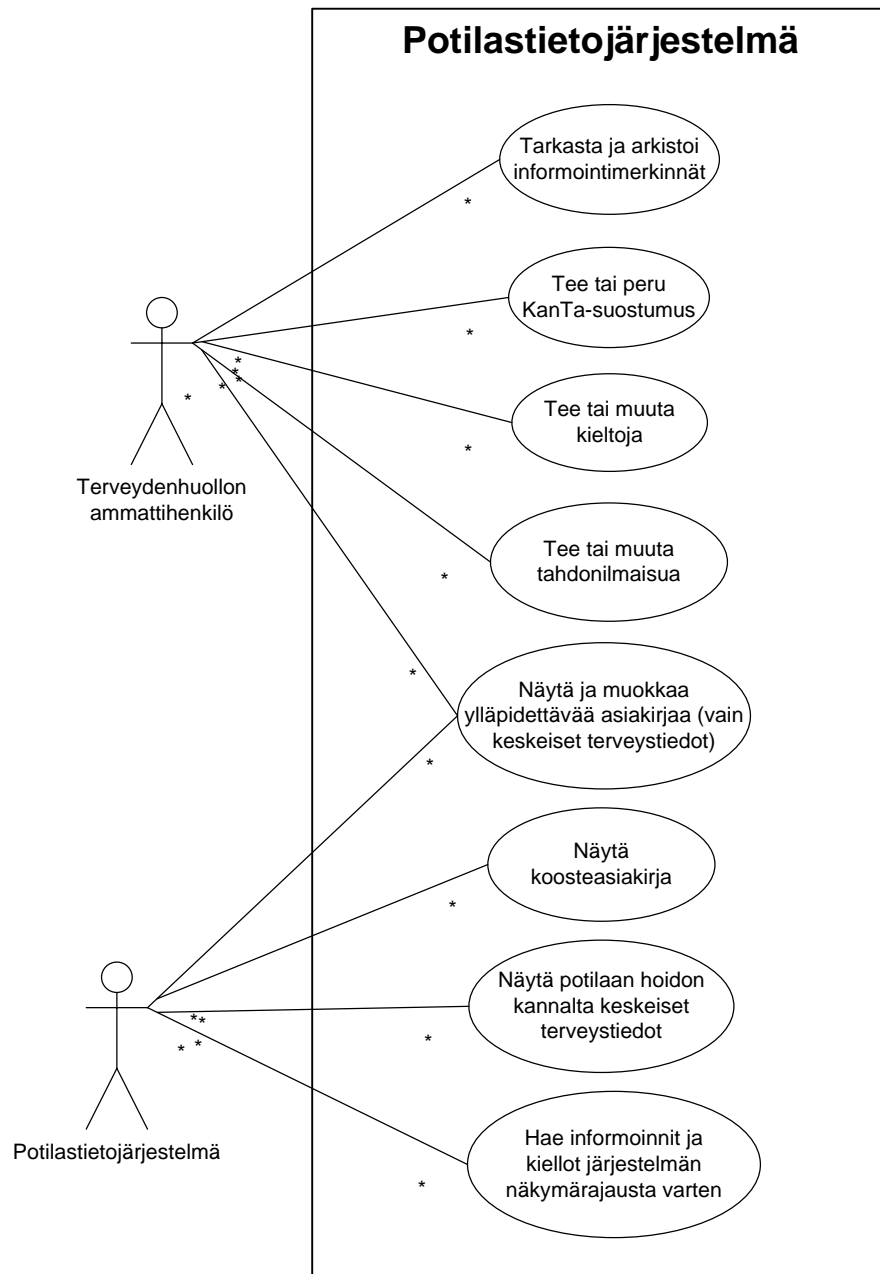


Kuva 2-a Asiakirjojen arkistointia koskevat käyttötapaukset

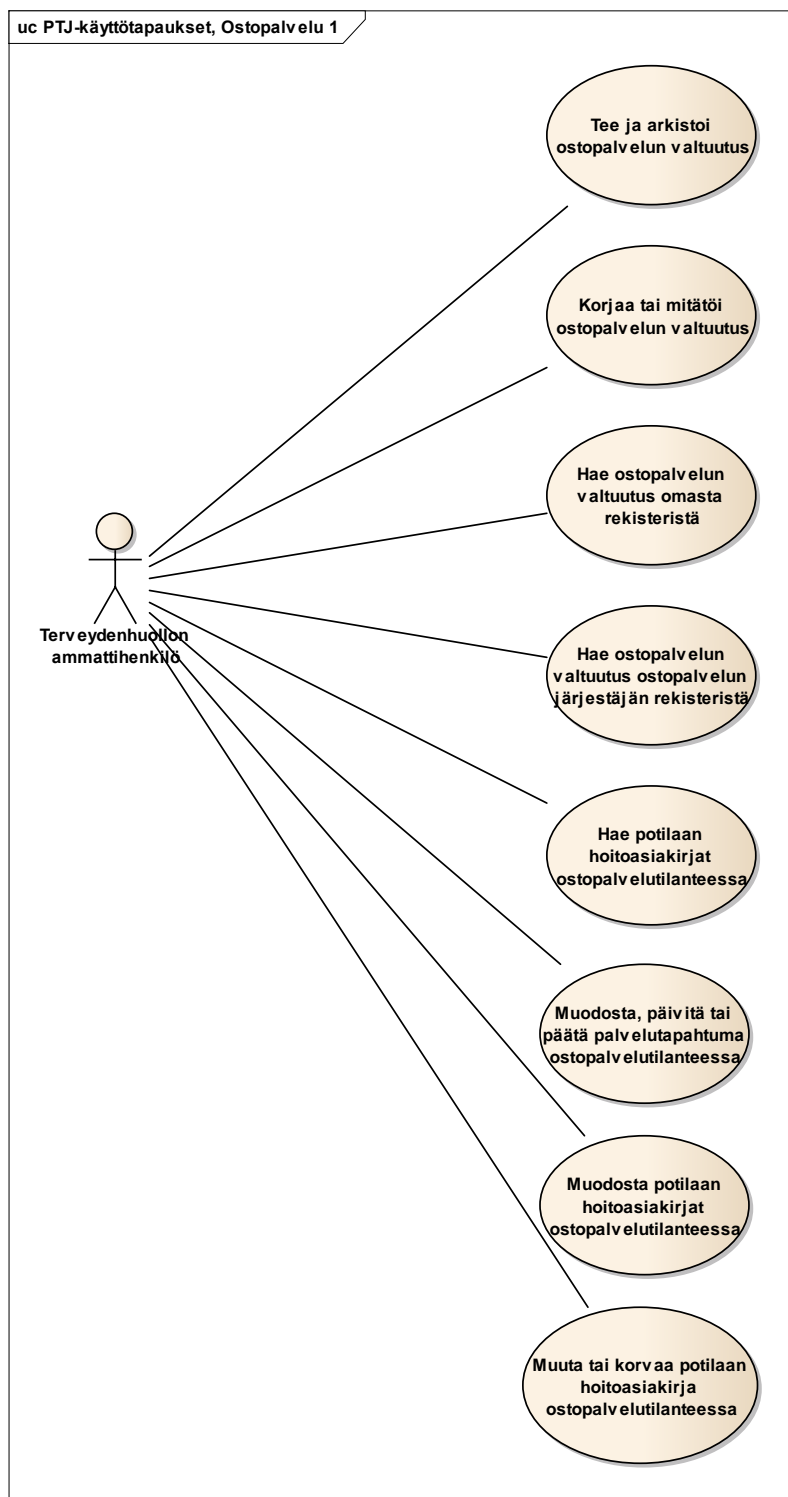


Kuva 2-b Asiakirjojen hakua koskevat käyttötapaukset





Kuva 2-c Tiedonhallintapalvelua koskevat käyttötapaukset



Kuva 2-d Ostopalvelua koskevat käyttötapaukset

## 2.2 Potilastiedon arkistossa olevien asiakirjatyypin hallinta

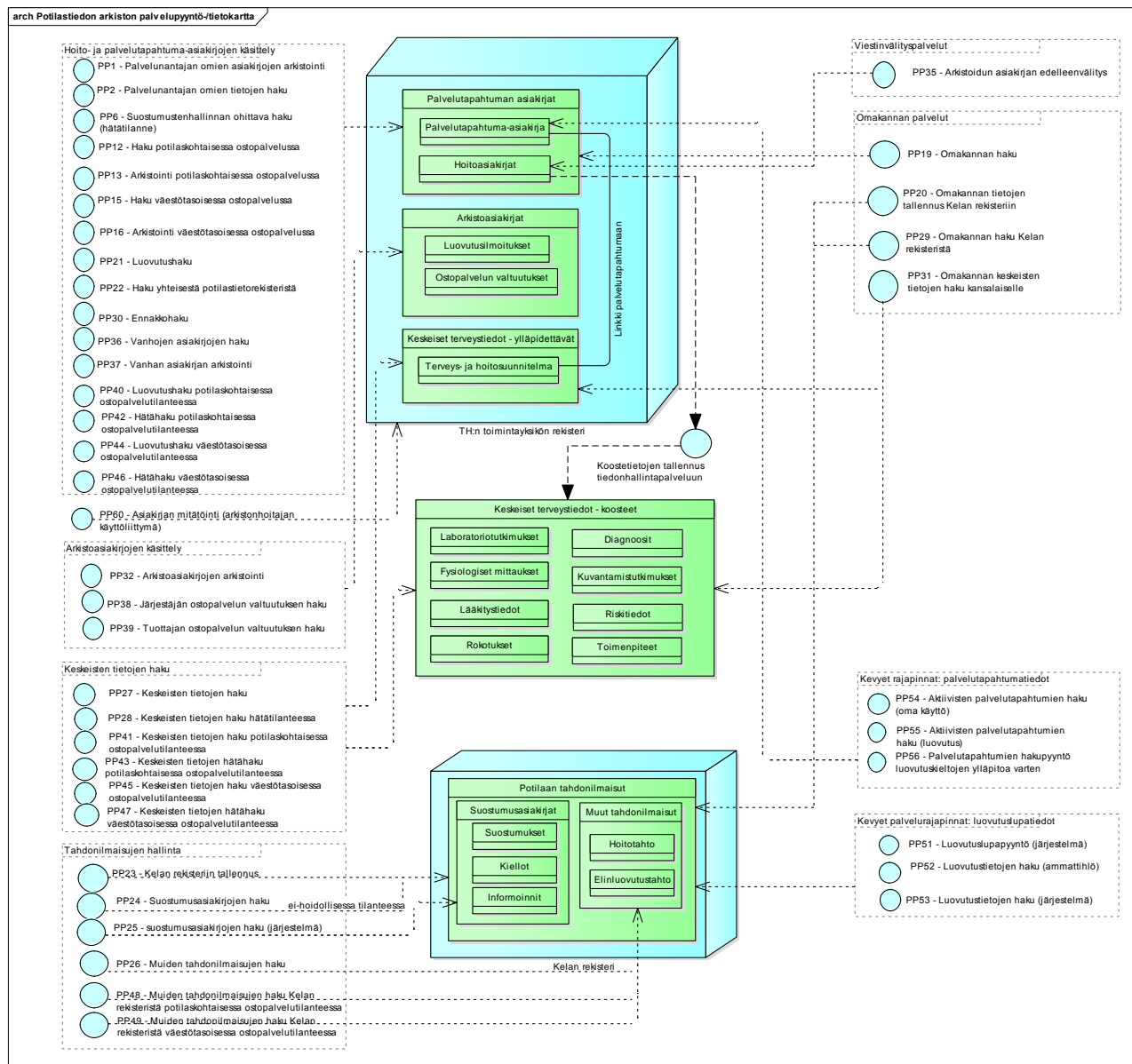
Seuraavassa taulukossa on esitetty yhteenveto eri arkistoitavien asiakirjatyypin hallintaan liittyvistä toiminnallisuuksista ja säännöistä. Kyseiset toiminnallisuudet ja säännöt toteutuminen hajautuu eri käyttötapauksiin.

Asiakirja	Rekisterin- pitäjä	Voi olla kiellon- alainen	Luovutus vaatii hoitosuhteen olemassaolon varmistamisen	Luovutus vaatii suostumuk- sen	Mahdollista luovuttaa sairaanhoido- piiriin yhteiseen potilastieto- rekisteriin perustuen****	Rajoitteet asiakirjojen määrissä	"Versioiden hallinta"
Palvelutapahtuma- asiakirja	palvelujen antaja	kyllä**	kyllä	kyllä*	kyllä	1 voimassaole va/ palvelutapahtuma	versioimalla
Vanha palvelu- tapahtuma- asiakirja	palvelujen antaja	ei	–	–	–	ei	versioimalla
<b>Hoitoasiakirja</b>							
kertomustekstityyp- pinen potilasasiakirja	palvelujen antaja	kyllä**	kyllä	kyllä*	kyllä	ei	versioimalla
lomakemuotoinen potilasasiakirja	palvelujen antaja	kyllä**	kyllä	kyllä*	kyllä	ei	versioimalla
Keskeiset terveystiedot/ ylläpidettävät	palvelujen antaja	kyllä**	kyllä	kyllä*	ei	1 voimassaole va/ylläpidettävä asiakirja/potilas	pvm- perusteella
(Keskeiset terveystiedot/ koosteet)	–	kyllä**	Kyllä	kyllä*	ei	–	–
Vanha potilas- asiakirja	palvelujen antaja	ei	–	–	–	ei	versioimalla
<b>Suostumusten- hallinnan asiakirjat</b>							
Suostumus	Kela	ei	ei	ei	kyllä	1/potilas	versioimalla
Kielto****	Kela	ei	ei	ei	kyllä	1/potilas	versioimalla
Informointi	Kela	ei	ei	ei	kyllä	1/potilas	versioimalla
<b>Tahdonilmaisut</b>							
Elinluovutustahto	Kela	ei	kyllä***	ei	kyllä	1 voimassaole va/potilas	versioimalla
Hoitotahto	Kela	ei	kyllä***	ei	kyllä	1 voimassaole va/potilas	versioimalla
<b>Muita asiakirjoja</b>							
Luovutusilmoitus	palvelujen antaja	ei	–	–	–	ei	ei sallita versiointia
Ostopalvelun valtuutus	palvelujen antaja	ei	–	–	–	ei	versioimalla
* hätätilanteessa ei vaadita suostumusta							
** potilas on voinut antaa oikeuden ohittaa kiellot hätätilanteessa							
*** haku ei-hoidollisessa tilanteessa ei vaadi hoitosuhteen olemassaolon varmistusta							
**** ei koske yksityisen terveydenhuollon toimijoita, sillä ne eivät kuulu sairaanhoidopiiriin yhteiseen potilastietorekisteriin							
***** Tähän kuuluvat asiakirjat Potilastiedon arkiston luovutuskielto ja Lääkemääräysten luovutuskielto							

**Taulukko 1 Yhteenveto eri arkistoitavien asiakirjatyyppeiden hallintaan liittyvistä toiminnallisuuksista ja säännöistä**

## 2.3 Potilastiedon arkiston palvelupyynnöt

Seuraavassa kuvassa (kuva 2-e) on esitetty Potilastiedon arkiston palvelupyynnöt yleisellä tasolla siten, että eroteltuna on tiedonhallintapalvelun rajapinnat. Kuvasta osin puuttuvat ostopalvelun palvelupyynnöt on kuvattu tarkemmin luvussa 7.1.



Kuva 2-e Potilastiedon arkiston palvelupyyntöt yleisellä tasolla

### **3 Käyttötapaukset merkintöjen tekemiseen ja asiakirjojen muodostumiseen**

#### **3.1 Tee merkintä**

##### **3.1.1 Yhteenveto**

Käyttäjä tekee merkinnän potilastietojärjestelmään. Merkintä tehdään, tallennetaan ja tulee valmiiksi arkistointia varten. Opiskelijan tallentama merkintä tulee valmiiksi vasta, kun terveydenhuollon ammattihenkilö on hyväksynyt merkinnän. Tässä käyttötapauksessa on käsitelty hoidollisten merkintöjen tekeminen, joten kaikki tässä määritellyt ehdot eivät päde hoitoprosessin järjestämiseen liittyviin merkintöihin. Käyttötapaus on pääosin kuvattu kertomusasiakirjan näkökulmasta, ja lomakeasiakirjojen osalta käyttötapausta noudatetaan soveltuvin osin. Käyttötapauksessa on esitetty useita polkuja merkinnän tekemisellä ja valmistumiselle. Perustapaus näistä on, että merkinnän tekijä kirjaa itse merkinnän ja se tulee saman tien valmiiksi. Merkintöjen rakennetta ja kuvailutietoja on kuvattu tarkemmin PTJ-käyttötapausten liitteessä 1 Merkinnän rakenne ja kuvailutiedot.

##### **3.1.2 Esiehdot**

Käyttäjä on kirjautunut potilastietojärjestelmään ja PTJ:llä on käytössään kirjautumisen tuloksena ainakin seuraavat tiedot käyttäjästä:

- yksilöintitunnus
- sukunimi ja etunimi
- toimenkuva karkealla (toimenkuvaluokitus) tai tarkalla (ammattiluokitus) tasolla
- ammattipätevyys
- organisaatio
- työyksiköt

Käyttäjällä on roolinsa mukaiset käyttöoikeudet tehdä kyseisiä merkintöjä PTJ:ään.

Potilas on yksilöity<sup>3</sup>.

##### **3.1.3 Lopputulos**

Merkintä ja sen kuvailutiedot on tallennettu potilastietojärjestelmään.

---

<sup>3</sup> Ts. potilaan henkilötunnusta, nimeä tms. ei välttämättä tiedetä, mutta potilaalle on annettu tunniste, jonka perusteella hänen tietonsa voidaan löytää ja toisaalta pitää erillään muiden potilaiden tiedoista.

Merkinnän kuvailutiedoista asiakirjan ja palvelutapahtuman OID-tunnisteen puuttuminen eivät estä merkinnän tallentamista. Nämä yksilöintitiedot voidaan tuottaa ja liittää merkintään myöhemmin. Ne on annettava kuitenkin viimeistään silloin, kun merkintä arkistoidaan osana yksilöityä asiakirjaa, joka liitetään yksilöityyn palvelutapahtumaan.

### 3.1.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Tarkistetaan asiayhteys potilaan ja käyttäjän välillä eli tarkistetaan, että käyttäjällä on oikeus tehdä merkintöjä tämän potilaan kyseessä olevaan kirjaamispohjaan.

Seuraavien kohtien valinnat voidaan tehdä missä tahansa järjestyksessä. Tämän luettelon järjestys ei siis tarkoita valintojen toteutusjärjestystä, vaan todellinen järjestys sovitetaan kunkin järjestelmän olemassa olevaan merkinnän tekemiseen.

Jos merkintään sisältyy ydintietoja, niiden muoto ja rakenne noudattaa ydintietomäärittelyä. Jos merkintään sisältyy muita rakenteisia, kansallisesti määriteltyjä tietoja, niiden muodossa ja rakenteessa suositellaan kyseisten määrittelyiden noudattamista.

2. Käyttäjä valitsee kirjaamispohjan (potilaskertomuspohjan tai asiakirjalomakkeen), johon merkintä tallennetaan.

- a. PTJ tuottaa merkintään tiedon näkymästä ja lisänäkymistä. Merkintä kirjataan tietojärjestelmään ja arkistoidaan vain kerran, mutta näkymätiedon perusteella sitä voidaan tarkastella kaikilla niillä näkymillä, joiden näkymätunnus merkinnällä on.

- i. Ensimmäinen näkymä ilmaisee, mihin kertomus- tai lomakenäkymään merkintä kuuluu (esimerkiksi SIS). Näiden näkymien tulee olla kansallisia näkymiä.

- ii. Lisänäkymillä voidaan ilmaista,

1. että merkintä on yhteenvetotietoa (lisänäkymä on YHT).
2. että merkintä sisältää kokonaishammasstatuksen tarkastuksen tiedot. Tällöin päänäkymä on HAM ja lisänäkymä HAMK.
3. merkinnän täydentävä näkymä, jolla ilmaistaan, että merkinnän tulee näkyä useammalla näkymällä.
4. Lisänäkymä voi olla kansallisesta näkymäkoodistosta tai jostain muusta soveltuvasta koodistosta.

Esimerkki: Jos organisaatiolla on käytössä endokrinologianäkymä, niin ensimmäiseksi näkymäksi laitetaan vastaava kansallinen näkymä eli SISätaudit, ja lisänäkymäkohdassa ilmoitetaan endokrinologia organisaatiokohtaisella koodistolla tai jollain muulla sopivalla kansallisella koodistolla.

- b. PTJ tuottaa merkintään hoidon prosessivaiheen

- i. Hoitoprosessin vaihe voidaan upottaa kirjaamis pohjaan jatkuvassa kertomuksessa ja hoitokertomuksessa otsikoiden avulla<sup>4</sup>.
  - ii. Tietyillä merkinnöillä on aina valmiiksi määrätty hoidon prosessivaihe. Luettelo tällaisista valmiiksi määrättyistä prosessivaiheista on tämän dokumentin liitteessä (liite 4), Hoitoprosessin vaiheen sääntöjä.
  - iii. Hoitoprosessin vaihe on kertomusrakenteen kannalta pakollinen tieto. Jollain näkymillä se on kuitenkin tarpeeton. Tällöin käytetään koodiarvoa, joka ilmaisee että hoitoprosessin vaihe ei ole käytössä.
- c. PTJ tai käyttäjä tuottaa yhden tai useampia otsikoita.
- i. Jokaisella merkinnällä pitää olla vähintään yksi otsikko. Yksi merkintä voi koostua eri otsikoiden alle kirjatusta osasta. Samaan merkintään liittyvät otsikot ovat yleensä samaa hoitoprosessin vaihetta.
  - ii. Jokaisen otsikon pitää vastata kansallista otsikkoa eli järjestelmä- tai palvelunantajakohtaisen otsikon tulee olla liitetty yhteen kansalliseen otsikkoon. Lisäotsikolla voidaan säilyttää organisaatio-kohtainen otsakkeisto rakenteisessa muodossa.
  - iii. Otsikon näyttömuoto tulee tehdä siten, että jos organisaatio-kohtainen otsikko näytetään, sen yhteydessä tulee näyttää myös kansallinen otsikko (esim. kansallinen otsikko näytetään suluissa organisaatiokohtaisen otsikon perässä)
- d. PTJ tuottaa merkinnästä vastaavan palveluyksikön tiedot merkinnän tekijän yksikkötietoihin.
- Vastuuyksikkö on palvelun tuottanut yksikkö, jonka lukuun merkinnän tekijä on merkinnän tehnyt. Poikkeustilanteissa on määritelty milloin normaalikäytännöstä voidaan poiketa.
- e. PTJ tuottaa tai käyttäjä yksilöi potilaan palvelutapahtuman tai prosessitapahtuman, jos PTJ sitoo merkinnät prosessitapahtumiin, ja mikäli valintaa ei tehty jo ennen merkinnän tekemistä.

Jos sidonta tapahtumaan joudutaan tekemään käyttäjän valinnalla, käytetään valinnassa apuna tietoja tapahtumasta, esimerkiksi: toteuttajayksikkö, yksikön kuvailutiedot, tapahtuman aika tai aikaväli ja tapahtuman tila (suunniteltu, varattu, alkanut jne.)

Järjestelmien käytettävyyssuunnittelussa tulee pyrkiä siihen, että suurin osa merkinnöistä kohdistuu prosessitapahtumaan tai palvelutapahtumaan automaattisesti. Käyttäjän ei tarvitse tehdä lisävalintoja.

Esimerkki: Tämä tapahtuu tyypillisesti sillä tavalla, että käyttäjä siirtyy potilaan tietojen tallennukseen osaston potilasluettelon tai ajanvarauksiin perustuvan

---

<sup>4</sup> Esim. lomakeasiakirjaan tehtävissä merkinnöissä ei käytetä hoitoprosessin vaihetta.

työlistan (esim. lääkärin tai muun resurssin potilaslista) kautta. Tällöin palvelutapahtuma tai prosessitapahtuma on järjestelmän tiedossa automaattisesti. Käyttö-tapauksissa ei pyritä määrittelemään kaikkia työnkuluja, joiden pohjalta tällainen automatiikka voidaan toteuttaa. Tämä on paremmin ratkaistavissa järjestelmäkohtaisen tilanteen mukaisesti. Jos yhdistämistä ei kyetä tekemään automaattisesti, tulee palvelu- tai prosessitapahtuman valintalistassa olla riittävästi tietoja, jotta merkinnän tekijä osaa kohdistaa mihin tapahtumaan kirjaus liittyy.

f. PTJ tuottaa muita merkinnän elinkaaren hallintaan tarvittavia tai muuten merkinnän rakenteeseen määriteltyjä tietoja. Näiden tietojen yksityiskohtaisempi määrittely ja pakollisuudet on määritelty liitteessä 1. Kyseisiä tietoja ovat mm.:

- merkinnän yksilöinti (merkinnän id)
- merkinnän kirjausaika
- merkinnän tekijän yksilöintitunnus
- eri merkintöjen tai niiden rakenneosien välinen linkitys.

3. Käyttäjä tuottaa merkinnän sisällön.

4. Käyttäjän tai järjestelmän tekemä mahdollinen asiakirjan viivästyttäminen tapahtuu kuvailutietojen CDA R2 header osassa Omakantaa varten. Viivästyttäminen tapahtuu päivämäärän perusteella, joka ilmaisee mistä lähtien (ensimmäinen päivä) asiakirja voidaan näyttää Omakannassa. Asiakirjan viivästyttämistä voidaan tarvita silloin, kun halutaan estää potilasta näkemästä Omakannasta ennakoon hoitoonsa koskevaa tietoa, jonka hoitotilanteeseen hoitava ammattihenkilö ei ole voinut henkilökohtaisesti osallistua. Automaattinen viivästys on mahdollinen joko käyttäjän tekemänä tai järjestelmään voidaan konfiguroida tiettyjen tietojen viivästyttäminen automaattisesti. Potilastietojärjestelmän tulee myös pystyä purkamaan viivästystieto käyttäjän niin halutessaan.

Asiakirja voidaan estää näkymästä kokonaan Omakannan kautta samalla viivästysmekanismilla kuin aikaisempi esimerkki, kun päiväysarvoksi määritellään 31.12.4000. Asiakirjan näkymisen estäminen Omakannassa perustuu lainsäädäntöön (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 19 § 3. momentti), jonka perusteena on terveydenhuollon ammattihenkilön harkinnan mukainen päätös siitä, että potilaalle ei näytetä Omakannassa tiettyä hänen hoitoaan koskevaa tietoa, jos siitä koetaan olevan vakavaa vaaraa potilaan terveydelle tai jonkun muun oikeuksille.

Erillisjärjestelmiin liittyvissä tutkimuspyynnöissä (esim. kuvantaminen ja laboratoriotutkimus) tietojen viivästys Omakantaa varten voidaan tehdä tutkimusta tilattaessa, tutkimustuloksen tai lausunnon teon yhteydessä tai käytettäessä tuloksia ydinjärjestelmässä<sup>5</sup>.

5. Käyttäjä tallentaa merkinnän potilastietojärjestelmään (ks. kuva 3-a).

---

<sup>5</sup> Erillisjärjestelmien osalta tarkempi määrittely löytyy Erillisjärjestelmien liittäminen KanTa-palveluun olevasta dokumentista ([www.kanta.fi](http://www.kanta.fi)).



7. Merkintä on valmis.

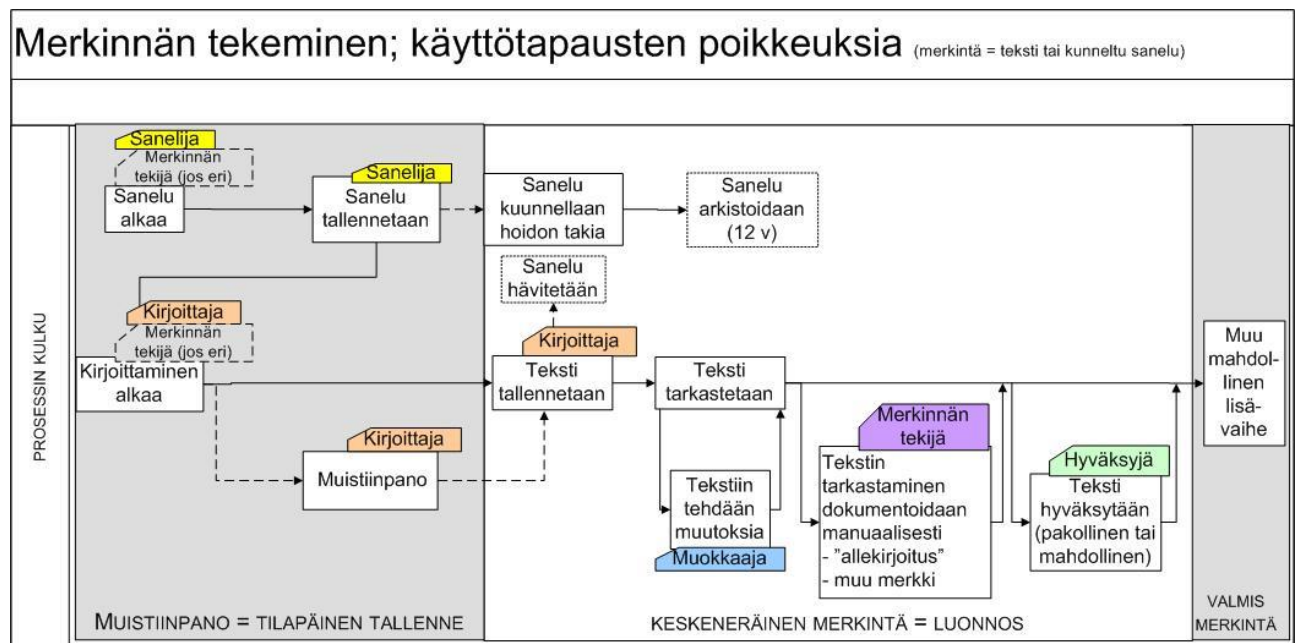


### 3.1.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

Poikkeustilanteet kuvataan tilanteina, joissa peruskäyttötapauksen kulku toteutetaan PTJ:ssä poikkeavasti. Poikkeustilanteista esitetään vain tiedon käsittelyn vähimmäisvaatimukset ja joistakin tilanteista myös esimerkki.

P1: Käyttäjä tarkastaa merkinnän ja huomaa siinä puutteita tai virheitä. Käyttäjä korjaa merkinnän ja tallentaa muokatun (merkinnän uusi versio) potilastietojärjestelmään (ks. kuva 3-b merkinnän tekemisen poikkeukset)

Vaatus: Tallennetun merkinnän muutoshistorian tulee näkyä kaikille kyseisen potilaan tietoihin oikeutetuille käyttäjille. Tallennetun merkinnän muutoshistoria säilytetään potilastietojärjestelmässä tai tulevaisuudessa mahdollisesti myös Potilastiedon arkistossa. Asiakirjaan viedyn ja arkistoidun merkinnän muutos johtaa aina joko uuden asiakirjaversioon tai mahdollisesti jopa uuden, alkuperäisen asiakirjan tekemiseen, ks. käyttötapaus 3.2.



Kuva 3-b Merkinnän tekemisen poikkeukset

P2: PTJ ei osaa automaattisesti tuottaa käyttötapauksessa esitettyjä merkinnän kuvailutietoja kirjauspohjasta.

Vaatus: PTJ:n käyttäjän tulee voida tehdä vaadittavat valinnat kansallisten koodistojen mukaisista vaihtoehtoista.

P3: Merkintä liittyy yksilöidyn potilaan hoitoon, mutta sen tiedot käsittelevät muuta henkilöä. Tällöin toisen henkilön tietoihin on myös liitettävä ko. henkilön henkilötunnus jos se on saatavilla.

Vaatus: Merkinnän kohde tulee voida ilmaista merkintää tehdessä, jos kohde on joku toinen henkilö kuin potilas. Esimerkki: Lapsen potilaskertomukseen on hoidon kannalta välttämätöntä kirjata tietoa lapsen läheisistä. Toista henkilöä koskevat merkinnät tulee

arkistoida aina erilliseen asiakirjaan (ERAS -näkymlle), joka on osa potilaan palvelutapahtuman asiakirjoja, mutta se ei mene katsottavaksi kansalaiselle Omakantaan. CDA R2 header –osassa tulee olla ilmaistuna ”asiakirjan erityissisältö” sekä pakollisena tietona ”toisen henkilön tunnistetiedot”, jos kyse on toista henkilöä koskevista tiedoista. (Tarkastusoikeus asiakirjoihin on tällä toisella henkilöllä, ei potilaalla, jota palvelutapahtuma muuten koskee. Tietoja ei kuitenkaan saa Omakannasta, vaan ne on pyydetävä rekisterinpitäjältä.)

Toista henkilöä koskevan merkinnän kirjaamispohjan toteutustapa tehdään PTJ:n tasolla. Käytännössä voidaan järjestelmäkohtaisesti päättää voiko toisen henkilön tietoja tallentaa minkä tahansa merkinnän yhteydessä vai onko järjestelmässä oma kirjaamispohja tai näyttö, jonka kautta ei-potilasta koskevien tietojen kirjaaminen tapahtuu. ERAS-näkymlle tuotettava tiedon tulee kuitenkin muodostaa oma itsenäinen asiakirja, kirjaamistavasta riippumatta.

P5: Merkinnällä (näkymlle) on tietty oletusarvoinen säilytysaika. Säilytysaikaa voidaan pidentää tarpeen mukaan.

Vaatus: Järjestelmän tulee huolehtia siitä että säilytysaikaa ei voida lyhentää järjestelmän antamasta, asetuksen mukaisesta säilytysajasta.

P6: Kansalliset vaatimukset edellyttävät tai palvelun tuottaja edellyttää kansallisten vaatimusten lisäksi omassa sisäisessä laatuajrjestelmässään, että jokin tallennettu merkintä voidaan kirjata valmiiksi vasta kun sille on tehty ja dokumentoitu tietyt tarkistukset ja hyväksynät.

Vaatus: PTJ:n tulee tukea palvelun antajan mahdollisia vaatimuksia, että ennen kuin merkintä voidaan määritellä valmiiksi ja poimia osaksi arkistoitavaa asiakirjaa,

- tietynlaisen käyttäjän (opiskelijan) tekemät merkinnät edellyttävät aina, että terveydenhuollon ammattihenkilö tai tietyllä toimenkuvalla toimiva henkilö tarkastaa merkinnän ja tarkastus dokumentoidaan.
- tietyn tiedon nimen mukaiset merkinnät edellyttävät aina tallentamisen lisäksi, että terveydenhuollon ammattihenkilö tai tietyssä roolissa toimiva käyttäjä on ne tarkastanut ja tarkastaminen on dokumentoitu (esimerkiksi vuodeosastojakson yhteenveto).
- tietyn tiedon nimen mukainen merkinnän tarkastaminen voidaan haluttaessa dokumentoida.
- tietyn tiedon nimen mukainen merkintä vaatii tarkastamisen lisäksi aina erillisen hyväksymisen tai useamman eri henkilön tekemän hyväksymisen tai
- tietyn tiedon nimen mukainen merkintä voidaan haluttaessa erikseen hyväksyä.

Esimerkki: Opetussairaalassa on päätetty, että erikoistuvan lääkärin tekemä loppulausunto vaatii aina sekä lääkärin itsensä tekemän tarkastuksen dokumentoinnin että hänen ohjaajansa hyväksymisen ja sen dokumentoinnin.

P7: Merkinnän ei haluta tulevan valmiiksi, jos siihen liittyvä toinen merkintä on kesken. Merkintöjen välisten riippuvuuksien ja valmistumissääntöjen tukeminen on optionaalista ja ratkaistaan järjestelmäkohtaisesti.

Vaativuudet: PTJ:n tulee tukea asiakirjojen eheyttä. Jos asiakirjan eheys vaarantuu siitä, että siitä puuttuu olennaisesti yhteenkuuluvia merkintöjä, PTJ:ään voidaan rakentaa säännöstö, joka estää tällaisten toisistaan riippuvien merkintöjen valmistuminen eri aikaan.

Esimerkki: Potilaan vuodeosaston tekstiyhteenvedo on PTJ:ssä yksi merkintä ja siihen liittyvät diagnoosit toinen merkintä. PTJ:n tulee estää yhteenvedon vienti asiakirjaan ennen kuin diagnoosimerkintä on olemassa.

Säännöstö voi pohjautua merkintöjen välisiin suhteisiin (esimerkiksi tietyn näkymän kaikki merkinnät) tai merkintöjen rakenteisiin tietoihin (yllä oleva diagnoosi esimerkki) tai tietosisältöön (esim. merkinnän tekstiosuudesta löytyvä merkijono).

P8: Käyttäjä haluaa tehdä uuden merkinnän, joka liittyy saman palvelutapahtuman toiseen merkintään.

Vaativuudet: PTJ tulee tukea merkintöjen eheyttä. Merkintä tulee pystyä liittämään aikaisempaan saman palvelutapahtuman merkintään siten, että merkinnät viittaavat toisiinsa ja että viittaukset näkyvät merkintöjä katseltaessa.

P9: Merkintä on sisällöltään sellainen, jota kaikki merkintöjen tekemiseen muuten oikeutetut käyttäjät eivät saa tehdä<sup>6</sup>.

Vaativuus: PTJ:n voi tukea mahdollisuutta rajoittaa tietyn tiedon nimen omaavien tietojen merkinnän tekijöitä.

Esimerkki: Oikeus tehdä merkintä antibioottiresistentin bakteerin kantajuudesta halutaan rajata vain hygieniayksikön käyttäjiin. Kyseiseen tiedon nimeen toteutetaan kenttä, jonka käyttöoikeudet voidaan rajata käyttäjän tietojen perusteella (käyttäjä, käyttäjän yksikkö, käyttäjäryhmä tm. tieto).

P10: Merkinnästä vastaava palveluyksikkö ja tekijä alihankintaketjuissa.

Vaativuus: Tilanteissa joissa alihankintaketjusta ei pystytä tuottamaan merkintöjä sellaisessa muodossa, että rakenteissa on merkinnän alkuperäinen tekijä ja vastuuyksikkö, voidaan arkistoitavaan tietoon tuottaa PTJ:n omista tiedoista tietty vastuuyksikkö ja merkinnän tekijä (ylilääkäri tms. henkilö joka vastaa että ostettu palvelu on tuotettu määriteltujen laatuksien mukaisesti). Näissä tilanteissa merkinnän tietosisällössä on syytä olla palvelun tuottaneen tahon vastuuyksikkö ja merkinnän tekijä tiedot.

Esimerkki: Tietyissä tapauksissa merkinnästä vastaava palveluyksikkö voi olla eri yksikkö kuin merkinnän kirjaajan tai tietosisällön tuottajan yksikkö. Esimerkiksi, jos kyse on alihankintatilanteesta, jossa hoidon järjestäjä ostaa palvelun toiselta terveydenhuollon organisaatiolta, joka edelleen ostaa jonkin palvelun osan alihankkijalta.

P11: Käyttäjä ei pääse tekemään merkintää, koska käyttäjällä ei ole asiayhteyttä potilaaseen. Tämän seurauksena merkintä ei siirry asiakirjan osana arkistoon.

Vaativuus: Järjestelmän tulee hallita merkinnän saattaminen valmiiksi. Järjestelmän tulee aktiivisesti tuottaa muistutuksia käyttäjille, jos merkintä jää keskeneräiseksi mistä syystä tahansa. Koska merkintöjen hyväksyntä on ihmiskäsittelyyn sidottu prosessi, järjestelmästä tulee voida ottaa raportti jossa eritellään pitkään hyväksymättömänä olleet merkinnät.

---

<sup>6</sup> Organisaatiokohtainen rajoitus, joka voi koskea mm. kirjauspohjaa, otsikkoa tai tiedon nimeä

V1: Merkinnästä puuttuu kuvailutieto. Virhe havaitaan merkinnän tekohetkellä – merkinnän tuleminen valmiiksi ei onnistu.

Vaatus: Jos merkinnästä puuttuu jokin muu kuin myöhemmin täydennettäväksi määritelty kuvailutieto (jokin muu tieto kuin palvelutapahtuman ja asiakirjan OID), kyseessä on virhe, jonka tulee estää merkinnän tuleminen valmiiksi. Kirjaus voi tallentua vain muistiinpanona.

V2: Merkinnästä puuttuu kuvailutieto. Virhe havaitaan asiakirjan muodostamishetkellä.

Vaatus: Asiakirjaa ei voi muodostaa.

V3: Merkinnästä puuttuu tarkastamisen dokumentointi tai hyväksyntä

Vaatus: Niistä merkinnöistä, joiden valmistuminen odottaa käyttäjän manuaalisen tarkastuksen dokumentointia ja/tai hyväksymistä, tulee aktiivisesti muistuttaa käyttäjiä.

V4: Merkintään ei liity tietoa siitä asiakirjasta ja palvelutapahtumasta, jonka osana se on arkistoitu.

Vaatus: Tämä vaatimus koskee kaikkia niitä merkinnän kuvailutietoja, jotka on sallittua lisätä myöhemminkin. Jokainen merkintä tulee liittää yhteen asiakirjaan. Merkintään ei voida liittää tietoa asiakirjan tunnisteesta ennen kuin muodostettava asiakirja on voitu yksilöidä. PTJ:n tulee huolehtia, että ilman palvelutapahtuman ja asiakirjan tunnusta jääneet merkinnät havaitaan ja että niiden löytyminen johtaa aktiiviseen virheilmoitukseen.

Jos merkintä on luonnos tai valmis, mutta se ei ole saanut asiakirjan tunnistetta, on kyseessä virhe kun palvelutapahtuman loppupäivämäärästä ja merkinnän syntyhetkestä on<sup>7</sup> kulunut asetuksen määrittelemä vähimmäisaika.

V5: Merkinnästä puuttuu merkinnän tekijä.

Vaatus: Merkinnässä tulee aina olla merkinnän tekijä eli merkinnästä vastuussa oleva taho. Jos merkinnän tekijä puuttuu, merkintä voidaan tallentaa, mutta se ei voi tulla valmiiksi.

Opiskelija ei voi olla merkinnän tekijä.

Merkinnän tekijäksi voidaan ottaa tiedon tarkastamisen manuaalinen dokumentoija tai myös merkinnän hyväksyjä.

### **3.1.6 Tietosisältö**

Merkinnän kuvailu- ja rakennetiedot on lueteltu liitteessä 1.

### **3.1.7 Käyttäjä ja roolit**

Merkinnän tuottaja voi olla henkilö, laite tai tietojärjestelmä.

Merkinnän tekijä voi olla terveydenhuollon ammattihenkilö tai sairaankuljetuksen avustava henkilö, jos kyseessä on hoitomerkit. Hoitoprosessin merkintöjen tekijä voi olla myös muu henkilö.

---

<sup>7</sup> Asetusluonnoksen mukaan 5 vuorokautta.

### 3.1.8 Lisätiedot

Käyttäjän tulee pystyä käynnistämään tarvittaessa uuden palvelutapahtuman tai prosessitapahtuman luominen. Tämä tukee tilanteita joissa pitää tehdä merkintä, joka liittyy uuteen palvelutapahtumaan. Näin merkintä saadaan liitettyä suoraan palvelutapahtumaan.

Jos PTJ:ssä potilashoidon merkinnät liitetään aina potilaan prosessitapahtumaan, on tarkoituksenmukaista liittää merkinnät palvelutapahtumaan prosessitapahtumien kautta. Tällöin merkintään liitetään prosessitapahtuman tunniste merkintää tehdessä ja palvelutapahtuman tunniste viimeistään, kun merkintä arkistoidaan osana yksilöityä asiakirjaa.

## 3.2 Muuta tai korvaa merkinnän tietosisältöä

### 3.2.1 Yhteenveto

PTJ:ssä on merkintä, jonka käyttäjä haluaa muuttaa tai poistaa. Käyttäjä valitsee merkinnän, tekee muutokset ja tallentaa merkinnän uuden version tai tyhjän merkinnän.

- Jos merkintä on tilapäinen tallenne eli muistiinpano, alkuperäinen merkintä häviää kun uusi tallennetaan.
- Jos merkintä on tilassa tallennettu (keskeneräinen tai valmis), mutta ei vielä arkistoitu asiakirjassa, merkinnän aikaisempi versio tallennetaan ja se säilytetään PTJ:ssä. Jatkossa voi olla mahdollista säilyttää tällaiset merkinnät myös arkistossa omassa ei-hoidollisessa asiakirjassa.
- Jos merkintä on tilassa arkistoitu, muodostetaan uusi asiakirja käyttötapauksen "Korvaa arkistoitu asiakirja" mukaisesti. Asiakirjan aiemmat versiot ovat saatavissa omassa käytössä, mutta ei luovutuksien yhteydessä.
- Ylläpidettävien keskeisten terveystietojen kohdalla arkistoidun merkinnän poisto voidaan tehdä kuten edellä muodostamalla uusi asiakirjaversio käyttötapauksen "Korvaa arkistoitu asiakirja" mukaisesti. Tällaisen asiakirjan merkinnän muuttaminen vaatii kuitenkin uuden, alkuperäisen asiakirjan muodostamisen käyttötapauksen "Muodosta kertomusasiakirja" ja "Arkistoi asiakirja" mukaisesti.
- Jos merkintä pitää poistaa tai muuttaa potilaan vaatimuksesta, vanha versio arkistoituu siten, ettei se enää ole käytettävissä hoidon tai hoidon järjestämisessä potilastietojärjestelmän kautta omasta tietokannasta eikä Potilastiedon arkistosta omassa käytössä tai luovutuksella. Tieto kuitenkin säilyy taustarekisterissä ja on käytettävissä palvelun antajan omassa käytössä poikkeustilanteissa Potilastiedon arkiston arkistonhoitajan käyttöliittymästä.

### 3.2.2 Esiehdot

Käyttäjä on kirjautunut sisään potilastietojärjestelmään ja hänellä on käyttöoikeushallinnan kautta annettu oikeus tehdä merkintöjä.

PTJ:ssä on potilasta koskeva merkintä, jonka käyttäjä näkee.

Käyttäjällä on käyttöoikeudet muuttaa tai poistaa kyseinen merkintä.



Käyttäjällä on asiayhteys potilaaseen tai tietojen käsittelyyn annetaan muu eritelty syy.

### 3.2.3 Lopputulos

Käyttäjä korvaa tai poistaa aikaisemman merkinnän. Seurauksena on asiakirjan aiemman version korvaaminen. Asiakirjojen kaikki versiot säilyvät arkistossa. Omassa käytössä tiedot ovat sanomarakjapinnan kautta saatavissa yhteenvedossa esitellyn jaottelun mukaisesti. Luovutuksissa on aina käytettävissä vain ajantasainen tieto (uusin versio).

### 3.2.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Käyttäjä valitsee jo aiemmin tehdyn merkinnän.

2.Käyttäjä muokkaa merkinnän tekstiä tai poistaa sen kokonaan. Korvattava merkintä säilyttää alkuperäisen yksilöintitunnuksensa ja käsitellään joko vaihtoehdon a, b tai c mukaisesti		
a) Muistiinpano	b) Tallennettu merkintä, jota ei vielä ole viety asiakirjaan	c) Arkistoitu merkintä, viety asiakirjaan
Korvattu muistiinpano hävitetään kokonaan	Korvattu merkintä häviää pois käyttäjän normaalinäytöltä, mutta se säilyy PTJ:ssä	Korvattu merkintä on Potilastiedon arkistossa arkistoidun asiakirjan edellisessä versiossa.
	Korvattujen merkintöjen tai kokonaan poistettujen merkintöjen polku on kuvattu erikseen. Periaatteelliset vaatimukset ovat samat riippumatta siitä, missä muutoshistoria säilytetään*).	
3. Käyttäjä tallentaa muokatun merkinnän. Korvaava merkintä saa uuden tunnuksen merkinnän tekemiseen käytettävässä järjestelmässä joko vaihtoehdon a, b tai c mukaisesti <sup>8</sup>		
a) Korvaava muistiinpano tai merkintä tallennetaan. Se saa aiemman muistiinpanon yksilöintitiedot ("tietojen päällekirjoitus")	b) Korvaava merkintä tallennetaan. Se saa oman tunnisteensa, ja tähän korvaavaan merkintään liitetään tieto, linkitys tms. korvatun merkinnän tunnisteesta (vastaava kuin CDA-dokumenteissa käytetty setID-tieto)	c) Asiakirjasta tuotetaan uusi asiakirjaversio, johon uusi, korvaava merkintä sisältyy. Se arkistoituu uudessa asiakirjaversiossa. Uuteen merkintään liitetään korvatun merkinnän tunniste (vastaava kuin CDA-dokumenteissa käytetty setID-tieto, mutta merkintä tasolla) Poikkeuksena

<sup>8</sup> Tässä esitetty merkinnän versiointitieto ei tule CDA R2 -asiakirjoihin, vaan se esitetään pelkästään PTJ:n omissa tiedoissa.

		ylläpidettävien keskeisten terveystietojen kohdalla, kun merkintää muutetaan, tuotetaan asiakirjasta uusi, alkuperäinen asiakirja uuden asiakirjaversioon sijaan.
		<p>4.</p> <p>c) Muille samaan asiakirjaan sisältyville, mutta muuttumattomana pysyneille merkinnöille annetaan uuden asiakirjan tunniste-tieto.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- joko: muut merkinnät haetaan merkinnät tuottaneesta potilastietojärjestelmästä, joka muodostaa niistä uuden asiakirjan ja toimittaa sen arkistoon</li> <li>- tai: alkuperäinen asiakirja haetaan Kantasta, korvataan sen muuttunut merkintä ja muodostetaan uudesta /uusista muuttuneista merkinnöistä ja entisellään pysyneistä aiemmista merkinnöistä asiakirjan uusi versio, joka lähetetään arkistoon. Mikäli merkinnät ovat edelleen tallessa myös PTJ:ssä, päivitetään niiden kuvailutietoihin tieto uuden asiakirjaversioon OID-tunnisteesta.</li> </ul>

#### 5. Merkintä tallentuu PTJ:n tietokantaan

\*) Korvattujen merkintöjen polut on eritelty seuraavassa alaotsikossa *Korvattujen merkintöjen kirjaaminen ja niiden muutoshistoria*. Ensin on esitetty yhteiset vaatimukset, jotka koskevat kaikkea tapauksia joiden takia muutoksia voidaan tehdä. Tämän jälkeen on määritelty muutamien tapauksien tarkempia erityisehtoja.



### 3.2.5 Korvattujen merkintöjen kirjaaminen ja niiden muutoshistoria

Vaatus: Muutoshistorian tulee olla PTJ:n käyttäjän saatavilla, mutta selvästi oikeellisista merkinnöistä erotettuna 12 vuoden ajan (hoitoon kohdistuvan valitusprosessin vireillepanon aika + 2 vuotta), jos korvattua merkintää on voitu käyttää hoidossa eli sen käyttöä ei voida poissulkea.

Muutoshistoriassa tulee näkyä ne alkuperäisen merkinnän kohdat, jotka on korvattu, ja korvauksen sisältö. Uudesta, korvaavasta merkinnästä tulee ilmetä, että se on korvaava.

PTJ voi tallentaa muutoshistorian itse tai arkistoida muutoshistorian Kantaan. Kanta-arkistoinnin edellytys on, että arkistoidaan ensin alkuperäinen merkintä omassa asiakirjassaan ja tämän jälkeen koko korvattu kuvailutiedoilla varustettu merkintä, jossa ilmaistaan muutetut ja poistetut tiedot asiakirjan uudessa versiossa.

Kuunneltu digitaalinen sanelu tulee arkistoida 12 vuodeksi, jos sanelua on käytetty hoidossa ennen sen kirjoittamista merkinnäksi. Tieto arkistoidaan palveluntarjoajan omassa järjestelmässä. Muussa kuin tekstikirjoitus-tarkoituksessa (sanelun purku) kuunnellusta sanelusta tulee jäädä tieto potilaskertomukseen. Talteen jää kuuntelupäivä ja kuuntelijan yksilöintitiedot.

Muutoksen syy tulee ilmaista muutoksen kirjaamisvaiheessa tavalla josta on pääteltävissä asiakirjan korvaamisessa tarvittava korvauksen syy (koodisto eArkisto - Asiakirjan korvauksen syy, OID: 1.2.246.537.5.40178.2008). Käytettävyyden kannalta voi olla järkevää, että muutokset kirjautuvat omaehtoisiksi korjauksiksi ja potilaan oikaisuvaatimukset tehdään erityisellä valinnalla (harvinaisempi tapaus).

1. Merkintää on muutettu sen sisällöllisen virheen takia.

Hoidollisen merkinnän korvaavan merkinnän tekijän tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö. Käytettävä korvauksen syykoodi on 1 ("korjaus").

2. Merkintää on muutettu sen teknisen tallennusvirheen takia.

Käytetään, kun kyse on teknisestä tallennusvirheestä, jonka on tehnyt muu kuin terveydenhuollon ammattihenkilö. Merkintä on tallennettu esimerkiksi oikean potilaan väärälle näkymälle tai väärään palvelutapahtumaan. Käytettävä korvauksen syykoodi on 1 ("korjaus").

Teknisen tallennusvirheen korjauksen tekijä voi olla terveydenhuollon ammattihenkilö.

3. Merkintää on muutettu, koska merkintä on tallennettu väärälle potilaalle, ja se on puuttunut oikean potilaan potilaskertomuksesta.

Potilaan asiakirjasta tehdään uusi versio, josta kaikki toista potilasta koskevat tiedot on poistettu ja asiakirjaan tehdään ns. tekniset kirjaukset niille näkymille, joista tietoa poistettiin. Teknisessä kirjauksessa on annettava vähintään seuraavat poistoa koskevat tiedot: poiston syy/peruste, kenen aloitteesta poisto on tehty (potilas, rekisterinpitäjä jne.), poiston tekijä, poiston teko aika. Uusi asiakirjaversio arkistoidaan asiakirjan korvaus –interaktiolla käyttäen korvauksen syykoodia 3, eli "korjaus siten, että vanhat versiot merkitään käytöstä poistetuiksi".

Mikäli uuteen asiakirjaversioon ei jää ko. potilasta koskevaa tietoa, tehdään asiakirjaan tekninen kirjaus tietojen poistamisesta ja asiakirjaversio arkistoidaan,

kuten edellä, korvauksen syykoodilla 3 ("korjaus siten, että vanhat versiot merkitään käytöstä poistetuiksi").

Korjausten jälkeen PTJ:n kautta saadaan Potilastiedon arkistosta vain asiakirjan uusin versio niin omassa käytössä kuin luovutuksissa. Uusinta versiota edeltävät versiot, jotka Potilastiedon arkisto on siirtää syykoodilla 3 tehdyn korvauksen yhteydessä "käytöstä poistetut asiakirjat" -rekisteriin, voidaan tarvittaessa hakea rekisterinpitäjän käytössä olevan Kanta-palvelun arkistonhoitajan käyttöliittymän kautta.

Väärälle potilaalle aiemmin arkistoidut merkinnät viedään oikean potilaan potilaskertomukseen ja arkistoidaan uutena asiakirjana siihen palvelutapahtumaan, johon ne kuuluvat.

Tiedonhallintapalveluun poimitaan uusien asiakirjojen mukaiset tiedot

4. Merkintää on muutettu tai poistettu potilaan vaatimuksesta. Tilanne koskee käytännössä vain arkistoituja merkintöjä.

Vaatimus: Muutettu tai poistettu merkintä tulee arkistoida. Alkuperäiset merkinnät eivät saa olla potilasta hoitavan käytössä eivätkä osa hoidon tarkoituksessa kerättyä potilasrekisteriä. Näihin merkintöihin päästään Kanta-palvelun arkistonhoitajan käyttöliittymän kautta, jos hoitoon liittyvien valitusprosessien käsittelijät tarvitsevat tietoa.

Korvauksen syyksi asetetaan koodi 3 ("korjaus siten, että vanhat versiot merkitään käytöstä poistetuiksi"), jos osa asiakirjojen merkinnöistä poistetaan tai korjataan. Jos koko asiakirja on virheellinen ja se halutaan mitätöidä (kaikki asiakirjan merkinnät poistetaan), niin korvauksen syyksi asetetaan koodi 4 ("mitätöinti siten, että vanhat versiot merkitään käytöstä poistetuiksi"). Erona korvattaessa syykoodeilla 3 ja 4 on se, että syykoodi 4 siirtää myös uuden korvaavan asiakirjan aiempien versioiden mukana "käytöstä poistetut asiakirjat" -rekisteriin, kun syykoodi 3 siirtää vain aiemmat versiot, ei uutta korvaa asiakirjaa.

### **3.2.6 Poikkeus- ja virhetilanteet**

P1: Merkinnän muokkausoikeus on rajoitettu vain merkinnän tekijään, merkinnän kirjaajaan tai muulla tavoin esim. käyttäjän kotiyksikön perusteella.

Vaatimus: Potilastietojärjestelmä voi tukea merkinnän muokkausoikeuden rajaamista käyttäjän tietojen perusteella.

V: Kuten "Tee merkintä" -käyttötapauksessa.

### **3.2.7 Tietosisältö**

Kuten "Tee merkintä" -käyttötapauksessa.

### **3.2.8 Käyttäjä ja roolit**

Korvaavan merkinnän tekijä voi olla terveydenhuollon ammattihenkilö, jos kyseessä on hoitomerkinä. Väärälle potilaalle kirjattuun tietoon liittyvien huomautusten merkinnän tekijä voi olla myös muu henkilö.

### **3.3 Muodosta, päivitä tai päätä palvelutapahtuma ja tuota sen kuvailutiedot**

#### **3.3.1 Yhteenveto**

Käyttötapauksen tuloksena potilastietojärjestelmä luo uuden palvelutapahtuman, antaa sille OID-tunnisteen ja ne kuvailutiedot, jotka muodostamishetkellä on mahdollista antaa. Potilastietojärjestelmä tuottaa palvelutapahtuma-asiakirjan ennen varsinaisia hoitoasiakirjoja, koska hoitoasiakirjojen arkistointi Potilastiedon arkistoon on mahdollista vasta palvelutapahtuma-asiakirjan arkistoinnin jälkeen. Palvelutapahtuma-asiakirja kannattaa arkistoida Potilastiedon arkistoon mahdollisimman pian palvelutapahtuman syntymisen jälkeen myös siitä syystä, että hoitosuhteen olemassaolo potilaan ja palvelujen antajan välillä varmistetaan Kantassa luovutusten yhteydessä palvelutapahtuma-asiakirjan avulla. Tässä tarkoituksessa palvelutapahtuma-asiakirja on voimassa sen arkistoinnista alkaen kolmen kuukauden päähän palvelutapahtuman päättymisestä, ja jos palvelutapahtuman päättymispäivää ei ole asiakirjassa annettu, 12 kuukauden päähän palvelutapahtuman alkamisesta.

Tällä käyttötapauksella toteutetaan myös palvelutapahtuman ajankohdan päivitys ajankohdan muuttuessa tai palvelutapahtuman päättyessä. Palvelutapahtuman ajankohta on pakollinen tieto palvelutapahtuma-asiakirjan header-osassa. Koska palvelutapahtuman päättymispäivää ei aina lähtötilanteessa tiedetä, riittää alkamispäivän antaminen pakollisuuden täyttämiseen. Päättymispäivä tulisi kuitenkin päivittää palvelutapahtuman tietoihin niin pian kuin se on mahdollista.

Palvelutapahtumista on esimerkkejä PTJ-käyttötapauksen liitteessä 2 Palvelutapahtumien esimerkkejä.

#### **3.3.2 Esiehdot**

Potilastietojärjestelmässä muodostetaan uusi palvelutapahtuma, kun potilas on yksilöity ja tunnistettu mahdollisuuksien mukaan luotettavalla tavalla ja jokin seuraavista tilanteista toteutuu:

1. Potilaalle halutaan varata aika heti tai viivästetysti (= potilas laitetaan jonoon odottamaan ajan varausta)
  - a. avohoitoon
    - i. esimerkiksi yksittäinen käynti, sarjahoito, puhelinkeskustelu tai muu fyysistä käyntiä vastaava kontakti terveydenhuoltoon
    - ii. uusi sarjahoitopalvelutapahtuma voidaan luoda pitkissä sarjahoidossa jokaisen väliarvion jälkeen
  - b. osastohoitojaksolle
  - c. tutkimukseen, joka liittyy myöhemmin varattavaan avohoitoon tai osastohoitoon
2. Todetaan tarve potilaan muuhun (käyntiä vastaava) kontaktiin terveydenhuollon palvelujen antajaan, kuten puhelimitse saatu yksilöllinen hoidon tarpeen arviointi tai muu neuvonta, taikka internetin tai vastaavien etäpalvelujen kautta saatu yksilöllinen hoidon tarpeen arviointi tai muu neuvonta.

- a. jos kontaktin perusteella varataan avohoitokäynti tai osastohoitojakso tai niitä edeltävä tutkimus, kontaktin merkinnät ovat osa tulevaa palvelutapahtumaa (liitetään osaksi tulevaa palvelutapahtumaa)
  - b. jos kontaktia edeltää samaan aiheeseen liittyvä avohoitokäynti tai osastohoitojakso, kontaktiin liittyvät merkinnät ovat osa edeltävää palvelutapahtumaa.
  - c. jos kontaktia ei seuraa eikä sitä edellä samaan hoitokokonaisuuteen tai hoidon syyhyn liittyvää palvelutapahtumaa, kontaktista muodostetaan itsenäinen palvelutapahtuma.
3. Potilaasta on kirjattu lähete (sisäinen tai ulkoinen<sup>9</sup>)
- a. jos lähetteen vastaanottamisesta seuraa käynti tai osastohoitojakso (ks. ed. kohta 1), lähetteen käsittely on osa ko. palvelutapahtumaa.
  - b. jos lähete hylätään/palautetaan/siirretään, käsittely ja hylkäyksen tms. perusteleminen ovat oma palvelutapahtumansa, jonka aikana tehdyt päätökset kirjataan, vaikka varsinaista (kohdan 1 mukaista hoidollista) palvelutapahtumaa ei synnykään.
4. Potilaasta tulee ulkoinen konsultaatiopyyntö – vastauksen antamisesta syntyy oma palvelutapahtumansa vastauksen antajalle (ts. pyytäjällä on oma palvelutapahtumansa ja OID-tunnisteensa, ja vastaajalla omansa). Vaikka potilas ei ole itse läsnä, on hänen potilastiedoillaan kuitenkin tässä tapauksessa ”kontakti” terveyden-huoltoon.
5. Potilas ilmoittautuu tai kirjataan sisään palveluysikköön ennakkoimatta (päivystystapaus).
6. Potilaasta on vastaanotettu palaute, jota ei ole liitetty aiempaan ko. rekisterinpitäjän lähteneeseen läheteeseen (esimerkiksi päivystyskäynnin jälkeen laadittu hoito-palaute tai yksityisen lähetteen pohjalta jatkohoito ohjataan terveyskeskukseen).
7. Potilas siirretään vuodeosastolta toiselle ja hoidon syy vaihtuu osasto-/erikois-alasiirron yhteydessä.
8. Halutaan luoda oma palvelutapahtuma manuaalisesti esim. potilaan pyynnöstä halutaan asiakirja liittää omaan palvelutapahtumaan.

### **Potilastietojärjestelmässä palvelutapahtuman loppupäivä syntyy seuraavissa tilanteissa**

1. Potilaan käynti vastaanotolla on toteutunut, ja jos kyseessä on monivaraus, palvelutapahtuman päätöspäivä on pääkäynnin päivämäärä, vaikka muut tutkimus, konsultaatio tai vastaavat olisivat pääkäynnin jälkeen, tai käyntiin liittyviä merkintöjä tehdään jälkikäteen.
2. Potilas kirjataan laitoshoidojaksolta ulos.

---

<sup>9</sup> Potilasasiakirjaoppaassa tulee ohjeistaa lähetteen ja konsultaatioiden kirjaamisen periaatteet.

3. Osastolta toiselle siirtopäivä, kun hoidon syy vaihtuu siirron yhteydessä.
4. Ajanvarauksen peruutuksen yhteydessä loppupäivä on sama kuin ajanvarauksen päivä. Palvelutapahtumalle viedään peruuntumisen syy joko koodistolla tai vapaa-muotoisena tekstinä.
5. Lähetteen palautuksen yhteydessä loppupäivä on päivä, jolloin lähete on käsitelty.
6. Lähete suljetaan tai hoitokokonaisuus päätetään. Jos lähete tai hoitokokonaisuus avataan, syntyy siitä uusi palvelutapahtuma.

### 3.3.3 Lopputulos

Potilastietojärjestelmä tallentaa ja arkistoi Kanta-palveluun palvelutapahtuma-asiakirjan sekä siihen liittyvät kuvailutiedot niiltä osin kuin ne ovat tiedossa.

### 3.3.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Jos potilastietojärjestelmä tunnistaa uuden palvelutapahtuman tarpeen, luo se itse tai pyytää OID-generaattorilta uuden OID-tunnisteen palvelutapahtumalle (ks. alikäyttö-tapaus "Luo palvelutapahtuman OID-tunniste")
2. Seuraavat alikohdat toteutetaan, jos kyseessä on uuden palvelutapahtuman perustaminen tai olemassa olevan palvelutapahtuman alkupäivän muutostilanne [P1]. Potilastietojärjestelmä voi antaa palvelutapahtumalle (oletusarvoisen) alkupäivämäärän, joka on:
  - a. potilaalle varatun ajan päivämäärä tai suunnitellun ajan tavoitteellinen päivämäärä tai jos tavoitepäivää ei ole, jonoonasetuspäivä
  - b. potilaan puhelinsoiton, sähköpostin vastaanottamisen, internet-palvelun kautta tehdyn yhteydenoton tms. ajankohta, jos kontaktia ei seuraa avo- tai osastohoito
  - c. päivämäärä, jolloin lähete on kirjattu, jos lähetteen pohjalta ei ole vielä tiedossa seuraako siitä avohoito tai osastohoito
  - d. päivämäärä, jolloin konsultaatiopyyntö on vastaanotettu
  - e. päivämäärä, jolloin potilas on kirjattu sisään päivystykseen tai osastolle
  - f. potilaan sisäänkirjauspäivä vastaanottavalle osastolle hoidon syyn vaihtuessa
  - g. jos palvelutapahtuma luodaan käyttäjän toimesta, siihen liittyvän merkinnän päivämäärä
3. Jos kyseessä on palvelutapahtuman päättäminen, niin potilastietojärjestelmä tuottaa palvelutapahtumalle loppupäivän (esiehdoissa kuvatut tilanteet).
4. Jos kyseessä on uuden palvelutapahtuman muodostaminen, tuotetaan palvelutapahtumalle päivämäärien lisäksi vähintäänkin kaikki palvelutapahtuma-asiakirjalle pakolliset kuvailutiedot ja ne optionaaliset kuvailutiedot, joista potilastietojärjestelmälle on palvelutapahtumaan liittyvää tietoa. [V1]

- Uuden palvelutapahtuman tapauksessa kuvailutiedoista muodostetaan palvelutapahtuma-asiakirja. Palvelutapahtuma-asiakirja merkitään kuvailutiedoissaan aina ensisijaiseksi asiakirjaksi ja sen tulee olla sisältöosaltaan ns. tyhjä asiakirja, eli se ei saa sisältää hoidollista tietoa, vaikka sisältääkin potilaan tunnistetiedot.

Palvelutapahtuman päivityksen tai päättämisen yhteydessä muuttunut/täydentynyt päivämäärätieto vietään versioimalla Kanta-palveluun tallennettu palvelutapahtuma-asiakirja käyttötapauksen "Korvaa arkistoitu asiakirja" mukaisesti.

- Muodostettu asiakirja arkistoidaan Kanta-palveluun.

### **3.3.5 Poikkeus- ja virhetilanteet**

P1: Potilaalle varattu aika muuttuu.

Vaatus: Muutetaan palvelutapahtuman aloituspäivämäärätieto uuden varatun ajan mukaiseksi (ks. Muuta palvelutapahtumatietoja). Ajanvaraustieto tai sen päivittäminen muuttaa palvelutapahtuman aikaa.

V1: Potilastietojärjestelmä ei pysty antamaan palvelutapahtumalle automaattisesti alkupäivämäärää.

Vaatus: Palvelutapahtuman alkupäivämäärä on voitava antaa tarvittaessa manuaalisesti.

### **3.3.6 Tietosisältö**

Palvelutapahtuma-asiakirjan kuvailutiedot, ks. eArkiston asiakirjojen kuvailutietojen ja KanTa eArkiston CDA R2 Headerin uusimmat määrittelyt.

### **3.3.7 Käyttäjä ja roolit**

Potilastietojärjestelmä; periaatteessa palvelutapahtuma muodostuu automaattisesti ilman käyttäjän toimenpiteitä, kun asiayhteyden aihe on kirjattu potilastietojärjestelmään (toisin kuin palvelutapahtuman kuvailutietojen muuttaminen, joka edellyttää käyttäjän tietoisia valintoja).

### **3.3.8 Lisätiedot ja avoimet asiat**

Uutta palvelutapahtumaa ei synny, kun:

- Potilas siirtyy hoidettavaksi suoraan yksiköstä toiseen (avohoitoyksiköstä vuodeosastolle tai vuodeosastolta toiselle), jos hoidon syy on sama. Siirtyminen avohoitoyksiköstä vuodeosastolle aiheuttaa alkuperäisen palvelutapahtumaluokan muuttumisen (eli kun jokin prosessitapahtuma on osastohoitoa, koko palvelutapahtuman luokaksi tulee osastohoitojakso).
- Potilas on ollut lomalla ja palaa samaan yksikköön (vrt. esiehdot kohta 1, osastohoitojakso).
- Potilas siirretään tilapäisesti toiselle vuodeosastolle, esim. viikonlopun yli, ja palaa takaisin omaan yksikköönsä jatkamaan jo aiemmin alkanutta hoitoa (vrt. esiehdot kohta 1).

4. Annetaan vastaus saman palvelujen antajan omaan, sisäiseen konsultaatiopyyntöön – vastaus liitetään jo olemassa olevaan palvelutapahtumaan.
5. Potilaalla on vanha palvelutapahtuma, johon puhelu liittyy ja johon puhelua koskevat merkinnät voidaan liittää ”jälkimerkintänä” (esimerkiksi potilas tiedustele tutkimustensa tuloksia). Mikäli aiempaan palvelutapahtumaan perustuvaa hoitosuhdetta ei enää ole eikä hoitosuhteen olemassaolon varmistusta voida tehdä, perustetaan uusi palvelu-tapahtuma (eli tulkitaan yhteydenotto uudeksi kontaktiksi).
6. Kansalaiselle annetaan yleistä puhelinpalveluneuvontaa, missä yhteydessä henkilöä ei yksilöidä eikä asiasta tehdä potilasasiakirjamerkintöjä.
7. Potilas palaa tilapäisesti muistakin kuin edellä mainituista syistä tilapäisesti keskeytyneen tai keskeytetyn hoidon jatkamiseen (vrt. esiehdot kohta 1), esim.
  - a. Sytostaattihoito on keskeytetty yleistilan takia, mutta hoito jatkuu aikaisemmalla suunnitelmalla tilan kohennuttua.
  - b. Laitoshoidossa olevan potilas joutuu toisen yksikön hoitoon toisen äkillisesti ilmenneen ongelman takia, mutta jo alkanutta hoitoa voidaan jatkaa ensimmäisessä yksikössä suoraan toisen hoidon jälkeen.
  - c. Potilas palaa hoitoon käytyään toisen yksikön sovituissa hoidossa kesken ensimmäisen hoidon. Esim. potilas käy kesken osastohoitojakson poliklinikkakäynnillä, joka on varattu jossain muussa yhteydessä. Kyseinen muu käynti on erillinen palvelutapahtuma, joka sattuu olemaan ajallisesti lähekkäin/päällekkäin osastohoitojakson kanssa.
8. Potilas tulee leikkaussaliin.
9. Potilas joutuu teho-osastolle vuodeosastolta.
10. Potilaalle varataan tiettyyn sarjakäyntipalvelutapahtumaan liittyvä yksittäinen käynti.
11. Potilaalle tehdään väliarvio. Kyseessä on vain uusi potilaalle tehtävä merkintä (josta myös syntyy uusi asiakirja) ja/tai 3 kk välein tehtävä kooste osastohoitojakson aikana kertyneistä merkinnöistä, mutta se liitetään entiseen palvelutapahtumaan.
12. Samassa yhteydessä varatut ajat tutkimuksiin, palveluyksiköihin, terapioihin ja vastaaviin, liitetään samaan palvelutapahtumaan (ns. monivaraus).

Jos hoito jatkuu itsenäisenä palveluyksiköissä, muodostetaan niistä omat palvelutapahtumat.

### 3.4 Muuta palvelutapahtumatietoja

#### 3.4.1 Yhteenveto

Normaalitapauksessa käyttäjän ei tarvitse tarkastella tai ottaa kantaa palvelutapahtuman kuvailutietoihin. Tietojen päivittäminen potilastietojärjestelmän potilashallintoon yleensä



päivittää palvelutapahtuman tiedot vastaavasti. Suurin osa palvelutapahtuman kuvailutiedoista muodostuu automaattisesti näiden kirjausten pohjalta. Käyttäjällä pitää kuitenkin olla mahdollisuus muuttaa palvelutapahtuman tietoja.

Potilastietojärjestelmä puolestaan voi automaattisesti päivittää palvelutapahtuman kuvailutietoja, mikäli alkuperäiseen tilanteeseen tulee muutos. Tällainen tapahtuu esimerkiksi, kun palvelutapahtuman loppuajankohta selviää tai ajanvarauksen tiedot muuttuvat. Automaattiset päivämäärämuutokset on kuvattu kohdassa 3.3 ”Muodosta, päivitä tai päätä palvelutapahtuma ja tuota sen kuvailutiedot”.

### 3.4.2 Esiehdot

Käyttäjä on kirjautunut potilastietojärjestelmään ja hänellä on käyttöoikeushallinnan kautta annettu oikeus muuttaa palvelutapahtuman tietoja.

Potilaalle on muodostettu yksilöity palvelutapahtuma (palvelutapahtumalle on annettu OID-tunniste).

### 3.4.3 Lopputulos

Palvelutapahtuman kuvailutiedot on muutettu onnistuneesti. Potilastietojärjestelmän ei tarvitse tehdä mitään muuta, jos palvelutapahtuma-asiakirjaa ei vielä ole lähetetty Kanta-palveluun. Mikäli palvelutapahtuma-asiakirja on jo arkistoitu Kanta-palveluun, potilastietojärjestelmä tallentaa muuttuneet kuvailutiedot palvelutapahtuma-asiakirjan seuraavaan versioon ja tallentaa uuden asiakirjaversioon Kanta-palveluun käyttötapauksen ”Korvaa arkistoitu asiakirja” mukaisesti.

### 3.4.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Potilastietojärjestelmä näyttää käyttäjälle listan potilaan palvelutapahtumista, joista tämä valitsee haluamansa palvelutapahtuman. Jos käyttötapaukseen siirrytään aktiivisen palvelutapahtuman käsittelystä tai potilaalla ei ole useita palvelu-tapahtumia järjestelmäkohtaisen aikaikkunan puitteissa, voidaan valintalista jättää näyttämättä.
2. Käyttäjä valitsee toiminnon, jolla voi muuttaa palvelutapahtuman kuvailutietoja (esimerkiksi näytä palvelutapahtuman ominaisuudet ja muuta niitä).[P1]
3. Potilastietojärjestelmä näyttää käyttäjälle palvelutapahtuman kuvailutiedot. Ne tiedot, joita käyttäjä ei voi muuttaa, näkyvät vain tekstinä. Useimmat palvelutapahtuman tiedoista tulevat järjestelmään konfiguroiduista parametreista (palvelujen tuottaja ja järjestäjä) tai potilashallinnon tiedoista (palvelutapahtuman ajankohta tai potilashallinnon kirjauksen tehneen ammattihenkilön tiedot) ja niiden muuttamista ei tehdä tällä käyttötapauksella.

Muutettavissa olevia kuvailutietoja voivat olla muun muassa:

- a. Toteuttavan palveluyksikön tiedot (suositellaan kuitenkin, tämäkin että tulisi automaattisesti potilashallinnon kirjauksista).
- b. Palvelutapahtuman päivämäärä: mikäli potilas ei ole tullut vastaanotolle tms., palvelutapahtuma joudutaan erikseen päättämään (mikäli tietojärjestelmä ei osaa tehdä tätä palvelutapahtuman päättämistä automaattisen säännösten perusteella).



- c. Palvelutapahtumassa annettu palvelu (palveluluokituksen mukaisesti).
  - d. Palvelutapahtuman laji: määrittelee, sisältääkö palvelutapahtuma osastohoitoa vai ei.
- 4. Käyttäjä muuttaa haluamansa tiedot
  - 5. Käyttäjä tallentaa tekemänsä muutokset
  - 6. Potilastietojärjestelmä vie muutokset palvelutapahtuma-asiakirjaan versioimalla Kanta-palveluun tallennetun palvelutapahtuma-asiakirja käyttötapauksen "Korvaa arkistoitu asiakirja" mukaisesti.

### **3.4.5 Poikkeus- ja virhetilanteet**

P1:Käyttäjällä ei ole oikeuksia muuttaa palvelutapahtuman tietoja.

Vaatus: Potilastietojärjestelmä ilmoittaa, että käyttäjällä ei ole tarvittavia oikeuksia.

### **3.4.6 Tietosisältö**

Palvelutapahtuman kuvailutiedot (ks. KanTa eArkiston CDA R2 Header)

### **3.4.7 Käyttäjä ja roolit**

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja.

Potilastietojärjestelmä, joka voi automaattisesti muuttaa tiettyjä palvelutapahtuman kuvailutietoja.

### **3.4.8 Lisätiedot ja avoimet asiat**

Käyttötapauksessa ei ole eritelty yksityiskohtaisesti, mitkä palvelutapahtuman tiedot päivittyvät automaattisesti potilashallinnon kirjausten perusteella. Tämä määrittely tehdään järjestelmäkohtaisesti.

## **3.5 Muodosta kertomusasiakirja**

### **3.5.1 Yhteenveto**

Asiakirja muodostetaan, kun potilasasiakirja-asetuksessa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298) määritellyt aikarajat merkinnän tekemiselle ja asiakirjan valmistumiselle ovat täyttyneet. Tällöin palvelutapahtuma ja hoitokontakti on päättynyt ja siihen liittyvät valmiit merkinnät koostetaan asiakirjaan. Asiakirjan muodostus on tietojärjestelmän säännöillä ohjattu automaattinen prosessi. Tietojärjestelmään määritellyt aikarajat ja säännöt määräävät milloin asiakirjoja muodostetaan ja mitä merkintöjä niihin koostetaan. Käyttäjä (terveydenhuollon ammattihenkilö tms.) voi kuitenkin tarvittaessa käynnistää asiakirjan muodostamisen myös manuaalisesti.

Merkinnän tilatietoa ei koskaan muuteta asiakirjan muodostamisen yhteydessä valmiiksi tai hyväksytyksi, vaan merkinnän tilatieto muuttuu ainoastaan "Tee merkintä" käyttötapauksessa määriteltyjen ehtojen puitteissa.

Asiakirjaan liitetään kuvailutiedot ja se allekirjoitetaan potilastietojärjestelmän toimesta. Valmis asiakirja toimitetaan Potilastiedon arkistoon.

Potilastietojärjestelmien toteutuksessa pyritään lueteltujen sääntöjen noudattamiseen, mutta poikkeaminen perustellusta syystä on sallittua. Asiakirjamuodostuksen **pääperiaatteet** ovat seuraavat:

1. Yhdestä palvelutapahtumasta muodostetaan mahdollisimman vähän erillisiä asiakirjoja. Tavoitteena on koostaa riittävän isoja asiakirjoja, jolloin asiakirjan kuvailu-tietojen koko ei ole suhteettoman suuri verrattuna merkintöjen kokoon.
2. Palvelujen antajan tulee huolehtia siitä, että hoidon dokumentoinnissa tuotetaan jatkohoidon kannalta keskeisimmät merkinnät riittävän nopeasti valmiiksi. Tietojärjestelmän työnkulkujen ja käytettävyyden tulee tukea tätä tavoitetta.
3. Asiakirja muodostetaan palvelutapahtuman päättymisen jälkeen (= hoidollisen kontaktin päättymisen jälkeen). Aikarajat on määritelty potilasasiakirja-asetuksessa (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista 30.3.2009/298).
4. Asiakirjan muodostuminen voi estyä jos palvelutapahtuman merkinnöistä puuttuu tietty tieto (esim. yhteenveto tai diagnoosi puuttuu laitoshoidoksesta). Näiden sääntöjen määrittely on tietojärjestelmäkohtaista (ks. "Tee merkintä" käyttötapaus).
5. Terveystietojärjestelmän ammattihenkilön harkinnan mukaan potilaalle ei saa näyttää jotain tiettyä hänen hoitoaan koskevaa tietoa Omakannan kautta. Tällaisista merkinnöistä muodostetaan oma erillinen asiakirja<sup>10</sup>.
6. Jos asiakirja sisältää muusta henkilöstä kirjattua tietoa, johon potilaalla ei ole tarkastusoikeutta, muodostetaan näistä merkinnöistä oma erillinen asiakirja.
  - a. Merkinnän lisänäköymäksi merkataan "ERAS". Merkinnän päänäköymänä on se näköymä, johon muu potilaan hoitoon liittyvä tieto kirjataan (esim. SIS tai PSY).
  - b. Asiakirjan header-osassa täytetään kentät "asiakirjan erityissisältö" sekä "toisen henkilön tunnistetiedot".
  - c. Asiakirjan body-osaan kirjataan tieto: "Tämä on toisen henkilön itsestään kertomaa tietoa (Erillinen asiakirja) Sukunimi Etunimi (henkilötunnus)".
7. Asiakirja pitää muodostaa mahdollisimman pian, jos potilas joutuu välittömästi jatkohoitoon tai jos on todennäköistä, että potilas voi joutua päivystykseen johonkin muuhun yksikköön kuin missä palvelutapahtuma on ollut.
  - a. Jatkohoidon kannalta keskeiset merkinnät mm. potilaan lääkitys ja siirtopäivänä jo annetut lääkkeet tulee olla kirjattuna.
  - b. Tämän säännön voi automatisoida osittain, jos potilastietojärjestelmään saa tiedon potilaan lomista tai jos tiedetään, että potilas kotiutuu niin kauas, ettei hän mahdollisessa äkillisessä sairastumistilanteessa (päivystyksessä) tule takaisin tämän palvelujen antajan toimipaikkaan.
8. Seuraavat asiakirjan kuvailutiedot ovat keskeisiä asiakirjojen muodostuksen kannalta:

- a. Potilas (yhden potilaan tietoja asiakirjassa).
  - b. Palvelutapahtuma (yhden palvelutapahtuman tietoja asiakirjassa).
  - c. Säilytysaika ilmaistaan säilytysaikaluokka-koodiston mukaisesti (vain yhden säilytysajan tietoja samassa asiakirjassa).
  - d. Potilasrekisteri (vain yhden rekisterin tietoja asiakirjassa, palvelutapahtuma kuuluu vain yhteen potilasrekisteritunnuksen hoidolliseen luokkaan). Jos potilasrekisteri on työterveyshuolto, on annettava myös rekisterin tarkenne. Jos kyseessä on sairaanhoitopiirin työntekijöilleen tuottamasta työterveyshuollosta, rekisterin tarkenne on sairaanhoitopiiriä vastaava y-tunnus.
9. Lomaketyyppisistä näkymistä tuotetaan aina oma itsenäinen asiakirja (ks. ”Muodosta lomakeasiakirja” käyttötapaus).
10. Alkuvaiheessa seuraavat kertomusnäkyvät tuotetaan itsenäisenä asiakirjana:
- a. VLÄÄ (voimassa oleva lääkitys).
  - b. Hoitokertomuksen päivittäiset merkinnät. Hoitokertomuksen yhteenveto voi kuitenkin olla samassa asiakirjassa muun tyyppisten merkintöjen kanssa eikä sitä tuoteta itsenäisenä asiakirjana.
  - c. Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävät asiakirjat.

### 3.5.2 Esiehdot

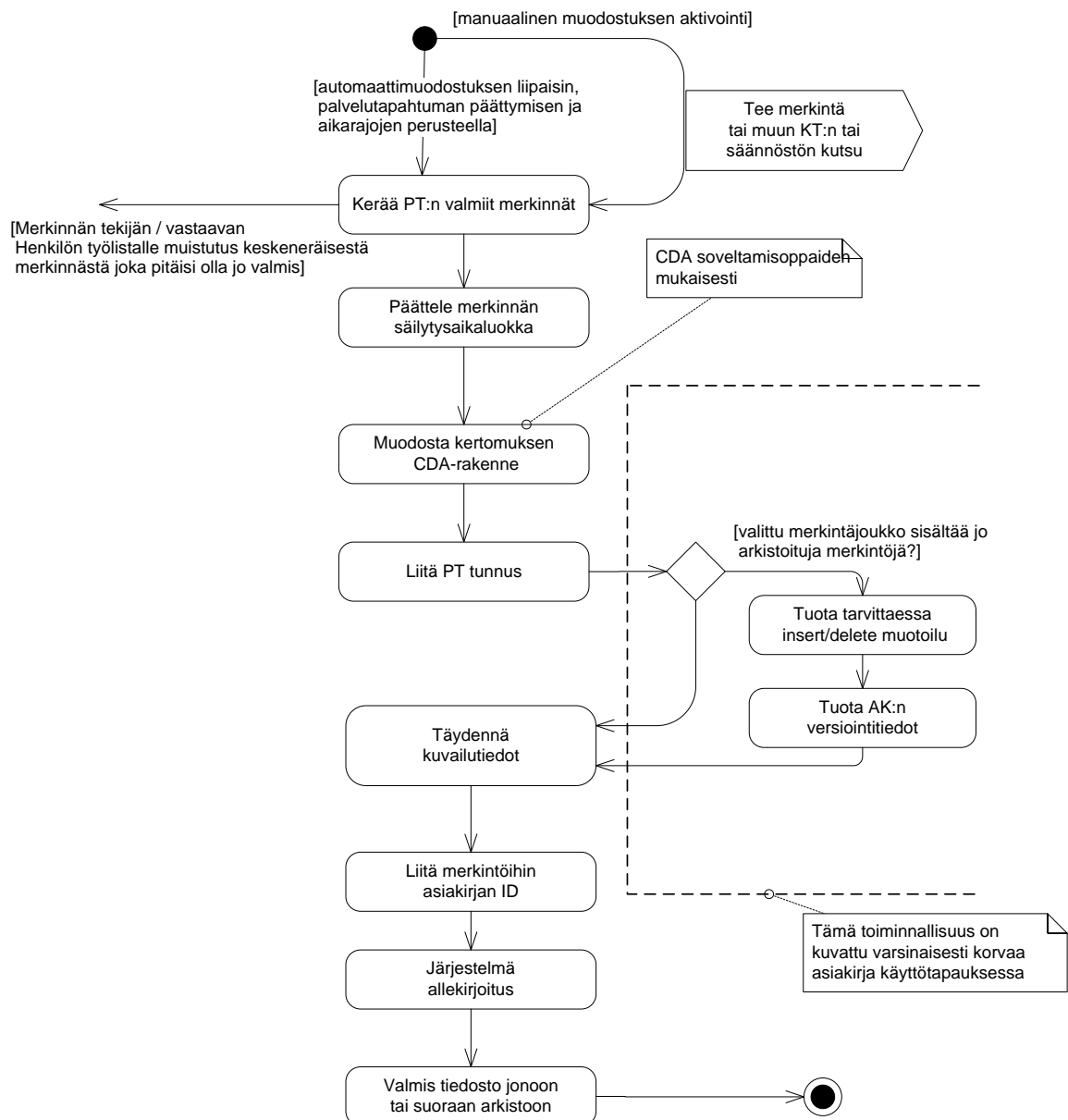
Palvelujen antaja on liittynyt Potilastiedon arkistoon

Palvelutapahtuma (hoitokontakti) on päättynyt, potilas poistuu tilapäisesti toisen palvelujen antajan hoitoon tai lomalle, palvelutapahtumasta tehdään väliarvio, tai asiakirja pitää viedä muusta hoidollisesta syystä arkistoon.

Jos käyttäjä käynnistää asiakirjan muodostuksen manuaalisesti, käyttäjällä on oikeus käyttää Kanta-palveluja ja on kirjautunut PTJ:ään.

### 3.5.3 Lopputulos

Hoitoa kuvaava dokumentaatio on kuvailutiedoilla varustetussa asiakirjassa, joka on arkistoitunut Potilastiedon arkistoon. Asiakirjan arkistoinnista on saatu kuittaus ja asiakirjan säilytysvastuu on Potilastiedon arkistolla. Kertomusasiakirjan muodostaminen on kuvattu seuraavassa aktiviteettikaaviossa.



Kuva 3-c Kertomusasiakirjan muodostaminen

### 3.5.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Asiakirjan muodostuminen voi tapahtua järjestelmän toimesta automaattisesti (alikohta a) tai sen voi aktivoida käyttäjä (alikohta b). Automaattinen muodostaminen tapahtuu viimeistään palvelutapahtuman päättymisen ja potilasasiakirja-asetuksessa määriteltyjen aikarajojen puitteissa, jotka parametrisoidaan potilas-tietojärjestelmään.
  - a. Nykyinen ajanhetki on suurempi tai yhtä suuri kuin järjestelmäparametrin AK\_MUODOSTUS\_AIKA + palvelutapahtuman päättymisajankohta. AK\_MUODOSTUS\_AIKA parametreja voi olla useita (muodostusajankohdat voivat olla esimerkiksi 1 ja 5 vuorokautta).
  - b. Käyttäjän toimesta asiakirjojen muodostus käynnistetään kun tiedetään, että palvelutapahtuman tietoja tarvitaan ennen automaattista muodostamista (on

laadittava lähete tai jokin muu ulkopuoliselle taholle menevä asiakirja, esim. lausunto). Keskeneräisten merkintöjen tuottaminen valmiiksi on määritelty ”Tee merkintä” käyttötapauksessa. Merkintöjen valmiiksi saattamisesta tulee huolehtia palveluntajan tai tietojärjestelmän säännöstoilla.

2. Järjestelmä kerää käsittelyssä olevaan palvelutapahtumaan liittyvät valmiit merkinnät. Tässä vaiheessa osa valmiista merkinnöistä voidaan jättää pois käsittelystä, jos järjestelmään on toteutettu merkintöjen välisten riippuvuuksien tarkastus.
3. Järjestelmä päättää jokaiselle käsittelyyn valitulle merkinnälle säilytysaikaluocon<sup>11</sup>. Tämän päättelyn pohjalta tiedetään, minkä säilytysaikaluocon mukaisia asiakirjoja prosessin tuloksena syntyy.
4. Merkinnän kuvailutietoihin liitetään tieto siitä, mihin asiakirjaan merkintä liitettiin.
5. Järjestelmä muodostaa merkinnöistä CDA R2 -asiakirjan seuraavilla ehdoilla:
  - a. Asiakirjan rakenne noudattaa yleistä Kanta eArkiston ”Kertomus ja lomakkeet”-oppaan rakennetta.
  - b. CDA R2 -rakenteessa käytetään aihealuekohtaista tarkempaa rakennetta jos sellainen on määritelty (esim. kuvantamisen viite ja lausunto, laboratoriotutkimukset jne.).
  - c. Merkinnät sijoitetaan asiakirjaan näkymittäin aikajärjestyksessä (merkinnän tapahtuma-ajan mukaisesti) ja näkymät sijoitetaan asiakirjaan aakkosjärjestyksessä.
  - d. Ydintietojen mukaisesti kirjatut rakenteiset tiedot tuotetaan asiakirjan sisältöosiin.
6. Jos kyseessä on jo arkistoitujen merkintöjen korjaus ja näiden pohjalta uuden asiakirjan muodostaminen, (eli asiakirjan versiointi) niin tässä kohdassa käytetään ”Korvaa arkistoitu asiakirja” käyttötapauksta.
7. Asiakirjan kuvailutiedoista täytetään hoitoasiakirjoille pakolliseksi määritellyt kuvailutiedot. Lisäksi asiakirjaan tuotetaan kaikki ne vapaaehtoiset kuvailutiedot, joihin järjestelmällä on olemassa tietosisältöä.
8. Asiakirjaan liitetään palvelutapahtumatunnus.
9. Tietojärjestelmä allekirjoittaa asiakirjan käyttäen järjestelmäallekirjoitusvarmennetta.
10. Asiakirjan arkistointi
  - a. Jos järjestelmässä on asiakirjojen lähetyksen puskurointi, niin asiakirja siirretään arkistoon lähetettävien asiakirjojen jonoon. Jos asiakirja on muodostettu käyttäjän aloitteesta eli sitä tarvitaan jatkohoidossa heti, niin tällöin asiakirja lähetetään välittömästi.[P2, V1]
  - b. Jos järjestelmässä ei ole puskurointia, tai asiakirjanmuodostuksen käynnistänyt liipaisin ilmaisee asiakirjan kiireellisen arkistointitarpeen, niin tässä kutsutaan alikäyttötapauksta ”Arkistoi asiakirja”.

11. Kun "Arkistoi asiakirja" käyttötapaus on päättynyt onnistuneesti (eli arkistosta on saatu sovellustason kuittaus, jossa on todettu asiakirjan arkistoinnin onnistuneen), merkitään muodostetun asiakirjan merkintöjen tilaksi arkistoitu.

### 3.5.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Asiakirjan muodostaminen manuaalisesti.

Vaatus: Mikäli tässä vaiheessa palvelutapahtumaan jää keskeneräisiä merkintöjä, ne siirtyvät merkinnän tekijöiden tai näiden tehtäviä hoitavien henkilöiden työlle.

Jos muodostaminen on käynnistetty manuaalisesti, voidaan asiakirja muodostaa, vaikka osa merkinnöistä olisikin hyväksymättä. Tällöin käyttäjä päättää oman harkintansa perusteella, mitkä tiedot ovat oleellisia mahdollisessa jatkohoidossa, ja valitsee vain nämä haluamansa merkinnät mukaan asiakirjaan. Valitut merkinnät on kuitenkin muutettava valmiiksi merkinnöiksi ennen niiden liittämistä asiakirjaan (merkinnän kirjaamisen ja muuttamisen käyttötapauksen mukaisten käytäntöjen avulla).

V1: Pakollista kuvailutietoa tai muuta pakollista tietoa ei pystytä tuottamaan.

Vaatus: Jos pakollista kuvailutietoa tai muuta pakollista tietoa ei pystytä tuottamaan, ilmaistaan HL7 nullFlavorin avulla miksi tieto puuttuu (tarkemmat ohjeet HL7 tietotyyppioppaassa).

### 3.5.6 Tietosisältö

Yksityiskohtaisempi tekninen ohjeistus löytyy HL7 dokumenttiarkiston oppaista:

CDA R2 Header opas

CDA R2 Kertomus ja lomakkeet opas

mahdolliset CDA R2 aihealuekohtaiset oppaat (lääkityslista, laboratorio jne.)

### 3.5.7 Käyttäjä ja roolit

Asiakirjamuodostuksen käynnistäjä voi olla terveydenhuollon ammattihenkilö, joka mahdollisesti hyväksyy tai täydentää merkintöjä.

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto

## 3.6 Muodosta lomakeasiakirja (ja välitä kolmannelle osapuolelle)

### 3.6.1 Yhteenveto

Kertomustekstistä poiketen lomakeasiakirjan muodostamisen käynnistäminen ei tapahdu koostamissääntöjen perusteella, vaan käyttäjä päättää ja kuittaa, milloin on täyttänyt tarvittavat tiedot lomakkeelle ja se on hänen mielestään valmis. Asiakirjaan liitetään kuvailutiedot ja se allekirjoitetaan potilastietojärjestelmän toimesta. Jos lomake on ammattihenkilön allekirjoitettava, niin valmistumista ei ilmaista erikseen, vaan se päätellään allekirjoitustoimenpiteestä. Valmis asiakirja toimitetaan Potilastiedon arkistoon. Jos potilas on halunnut kyseisen asiakirjan myös välitettäväksi kolmannelle osapuolelle (esim.

lääkärintodistus Kelaan), toimitetaan se onnistuneen arkistoinnin jälkeen Kansallisen viestinvälityksen kautta vastaanottajalle.

Lomakeasiakirjojen muodostamisen **pääperiaatteita** ovat seuraavat:

1. Järjestelmä tukee todistuksien, lomakkeiden ja lausuntojen laatimista:
  - a. Järjestelmässä on työjonoja joiden avulla voidaan hallita, mitä todistuksia pitää laatia, mahdolliset kiireellisyysasteet pystytään esittämään jonoissa, työnkulkua voidaan muuttaa esim. pitkän sairausloman tai muun poissaolon takia, työjonot huolehtivat etteivät tehtävät jää roikkumaan (esim. esitetään listat käänteisessä aikajärjestyksessä eli vanhin ensin).
  - b. Potilastietojärjestelmä voi tarjota lomakkeiden esitäyttöä, jolloin esimerkiksi henkilötiedot (demograafiset perustiedot) poimutuvat lomakkeelle automaattisesti. Lomakekohtaisesti voidaan myös määritellä, että lomakkeelle poimitaan aktiivisen palvelutapahtuman tiettyjä tietoja tai tarjotaan pidemmän potilashistorian ajalta tiettyjä tietoja ehdotelmina (esimerkiksi diagnoositieto tai potilaan työkyvyttömyysjaksot). Näiden poimintasääntöjen määrittely on järjestelmä- tai palvelunantajakohtainen tehtävä.
2. Potilastietojärjestelmän tulee automaattisesti pitää huolta siitä, että lomakkeen tietosisältö on yhtenäinen seuraavien tietojen osalta:
  - a. Potilas on yksilöity (yhden potilaan tietoja lomakeasiakirjassa).
  - b. Palvelutapahtuma (vain yhden palvelutapahtuman tietoja asiakirjassa, mikäli lomake liitetään palvelutapahtumaan).
  - c. Potilasrekisteri (vain yhden rekisterin tietoja asiakirjassa).
3. Tiedot lomakkeet eivät ole potilasasiakirjoja (esimerkiksi syöpärekisteri-ilmoitus) ja ne säilytetään erillisessä rekisterissä.
4. Lomakeasiakirjat ovat aina itsenäisiä asiakirjoja. Jokaisesta lomakkeesta tulee oma itsenäinen CDA R2 -tiedosto. Yhdessä tiedostossa voi olla vain yhden lomakkeen tietoja, eikä kertomustekstiin liittyviä merkintöjä voi olla lomakeasiakirjan sisällä.
5. Jos asiakirja halutaan välittää kolmannelle osapuolelle (esim. lääkärintodistus Kelaan), tulee arkistointi suorittaa onnistuneesti ennen erillisen välityssanoman lähetystä Kansalliseen viestinvälitykseen. Tässä tapauksessa sekä arkistointi-että välityssanoma tulee lähettää reaaliaikaisesti. Asiakirja voidaan kuitenkin välittää myös erikseen, jos sama asiakirja on jo aikaisemmin arkistoitu. Tässä tapauksessa potilastietojärjestelmän tulee hakea asiakirja ensin Potilastiedon arkistosta. Jos asiakirja halutaan välittää useammalle vastaanottajalle, tulee jokaista kohti lähettää erillinen välityssanoma.

### 3.6.2 Esiehdot

Palvelujen antaja on liittynyt Potilastiedon arkistoon.

Käytettävä tietojärjestelmä täyttää Kelan liittymisohjeen mukaiset vaatimukset.

Potilas on pyytänyt todistusta tai tarve asiakirjan laatimiseen on muusta syystä tullut asiakirjan tekijän työlialle.

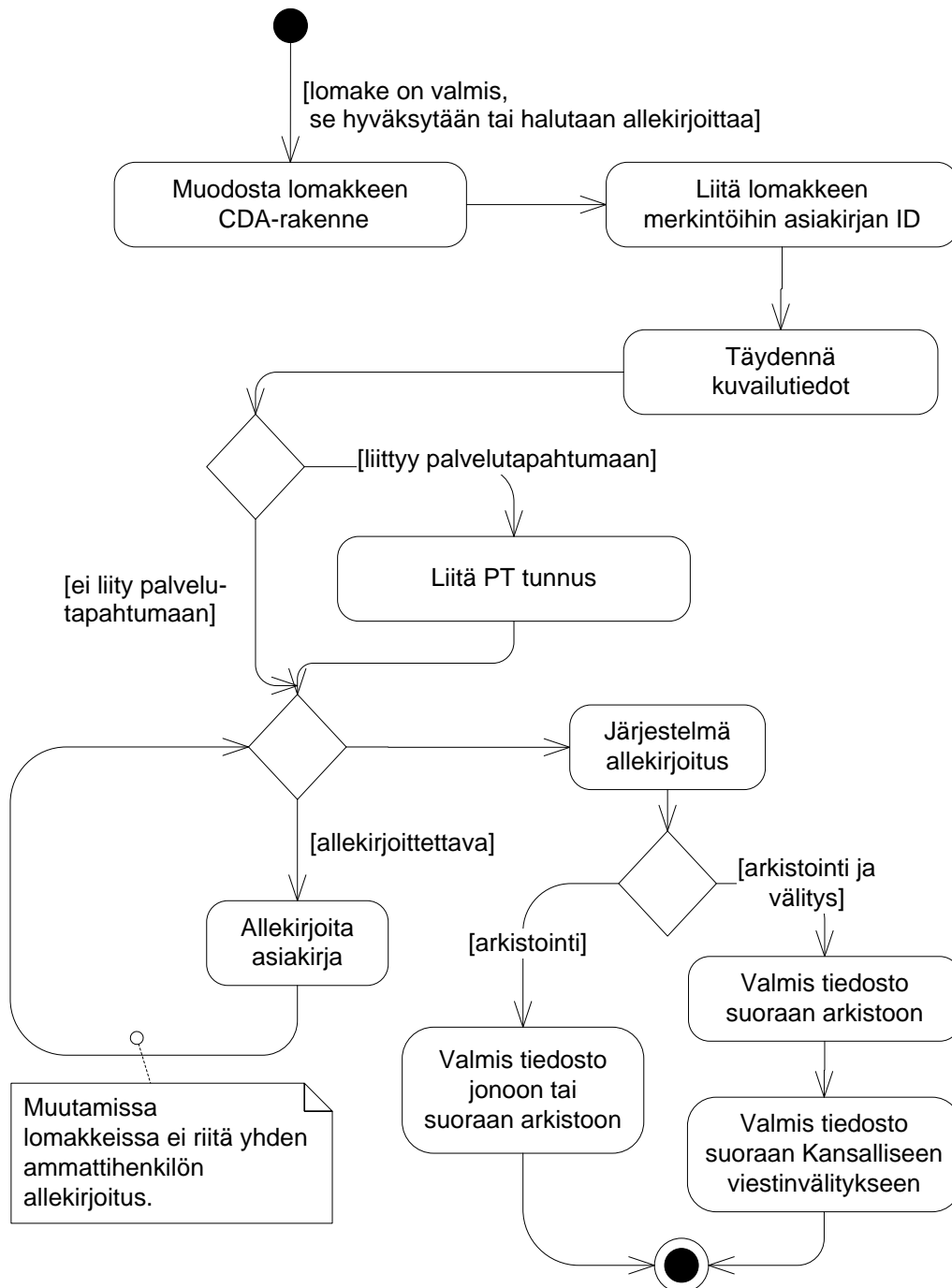
Potilastietojärjestelmään on toteutettu tarvittavat lomakepohjat, ja niiden tietosisältö noudattaa lomakkeen määrittästä.

Asiakirjan välityksen tapauksessa potilastietojärjestelmällä on käytössään koodistot, joilla ilmaistaan vastaanottaja ja välityspäriste.

### **3.6.3 Lopputulos**

Lomakkeen tietosisältö on kuvailutiedoilla varustetussa CDA R2 -asiakirjassa (tai muussa Kelan sallimassa teknisessä formaatissa), joka on siirretty kansalliseen arkistoon. Siirrosta on saatu kuittaus ja asiakirjan säilytysvastuu on Potilastiedon arkistolla. Asiakirjan välityksen tapauksessa siirrosta on saatu kuittaus ja vastuu asiakirjasta on siirtynyt vastaanottajalle. Lomakeasiakirjan muodostaminen on kuvattu alla olevassa aktiviteettikaaviossa.





Kuva 3-d Lomakeasiakirjan muodostaminen

### 3.6.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Terveystietojärjestelmän ammattihenkilö valitsee hoitotilanteeseen sopivan lomakepohjan.
2. Ammattihenkilö täyttää lomakkeessa tarvittavat tiedot ja kuittaa lomakkeen olevan valmis. Jos lomake on ammattihenkilön allekirjoitettava, niin lomake merkitään valmiiksi vasta, kun lomakkeelle on tehty kaikki sille vaadittavat allekirjoitukset (on valmis vasta viimeisen allekirjoituksen jälkeen; katso vaihe 7). Jos potilas haluaa

lomakkeen välitettäväksi myös muulle vastaanottajalle (esim. lääkärintodistus Kelaan), ammattihenkilö valitsee käyttöliittymästä oikean vastaanottajatiedon (esim. Kela) ja välityspäätteen (esim. Asiakkaan toimeksianto). Tässä yhteydessä välitys kuuluu samaan kokonaisuuteen arkistoinnin kanssa, joten ammattihenkilöltä ei vaadita muita erillisiä toimenpiteitä. [P1]

3. Potilastietojärjestelmä poimii käsittelyynsä merkinnän, joka on kirjattu kyseiselle lomakkeelle.<sup>10</sup>
4. Potilastietojärjestelmä muodostaa merkinnästä CDA R2 -asiakirjan seuraavilla ehdoilla:
  - a. Asiakirjan rakenne noudattaa yleistä KanTa eArkiston Kertomus ja lomakkeet CDA R2 -oppaan rakennetta ja siellä määriteltyä lomakemekanismia.
  - b. CDA R2-rakenteessa käytetään lomakekohtaista tarkempaa rakennetta, jossa on eritelty kenttärühmät (kaikki kentät ja kunkin kentän tietotyyppi).
  - c. Kentät sijoitetaan asiakirjaan lomakkeen rakennemäärittelyssä olevan tulostusjärjestyskentän mukaisesti (alkaen pienimmästä numerosta ja nousevassa järjestyksessä rivinnumero kentän mukaan).
  - d. Jos lomake halutaan myös välittää muulle vastaanottajalle, pitää CDA R2 – asiakirjaan lisätä tarvittavat header-tiedot.
5. Kun asiakirja on muodostettu, liitetään lomakkeeseen poimituihin merkintöihin tieto sen asiakirjan tunnisteesta, joka ko. lomakkeesta tuotettiin.
6. Jos kyseessä on jo arkistoidun lomakkeen merkintöjen korjaus ja näiden pohjalta uuden asiakirjan muodostaminen, (eli asiakirjan versiointi), niin tässä kohdassa käytetään ”Korvaa arkistoitu asiakirja” käyttötapausta.
7. Asiakirjan kuvailutiedoista täytetään hoitoasiakirjoille tai ko. lomakkeelle pakolliseksi määritellyt kuvailutiedot. Lisäksi asiakirjaan tuotetaan kaikki ne vapaaehtoiset kuvailutiedot, joihin järjestelmällä on olemassa tietosisältöä.
8. Asiakirjan tietosisältö (body-osio) allekirjoitetaan. Alla olevista a- ja b-kohta toteutuu vain erikseen määritellyissä lomaketyypeissä, c-kohta toteutuu aina. Henkilön allekirjoituksen vaativat lomakkeet on määritellyt näkymäliitteessä.
  - a. Jos kyseessä on ammattilaisen allekirjoitusta vaativa asiakirja ja merkintöjen tekijä on itse käynnistänyt asiakirjan muodostuksen, niin käyttäjää pyydetään tekemään sähköinen allekirjoitus.
  - b. Jos merkinnän on kirjannut sellainen henkilö, joka ei itsenäisesti saa tehdä merkintöjä (esim. opiskelija), siirtyy kyseinen asiakirja allekirjoitettavaksi

---

<sup>10</sup> Lomake on yksi merkintä ja sillä on yksi merkinnän tekijä. Jos lomaketta täydennetään osissa ja mahdollisesti eri henkilöiden toimesta, voi PTJ:ssä syntyä keskeneräisen lomakkeen versioita, joissa kullakin versiolla voi olla eri merkinnän tekijä. Sitten kun valmis lomake arkistoidaan, jää lomakkeelle viimeisin päivittäjä, joka hyväksyy lomakkeen valmiiksi, merkinnän tekijäksi.

merkinnän tekijän (eli merkinnästä vastaavan) tai hänen tehtäviään hoitavan henkilön työjonoon.

c. Tietojärjestelmä allekirjoittaa asiakirjan.

9. Asiakirja siirretään arkistoon kutsumalla alikäyttötapausta "Arkistoi asiakirja".

10. Kun "Arkistoi asiakirja" käyttötapaus on päättynyt onnistuneesti eli arkistosta on saatu sovellustason kuittaus, jossa on todettu asiakirjan arkistoinnin onnistuneen, merkitään muodostetun asiakirjan merkintöjen tilaksi arkistoitu.

11. Jos asiakirja on merkitty myös välitettäväksi kolmannelle osapuolelle (esim. lääkärintodistus Kelaan), lähetetään se onnistuneen arkistoinnin jälkeen Kansalliseen viestinvälityksen kautta vastaanottajalle alikäyttötapauksen "Välitä asiakirja" mukaisesti.

### 3.6.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Käyttäjä yrittää tallentaa lomakkeen, kun lomaketyypille määritelty pakollinen kenttä puuttuu (kentän sisältö on tyhjä).

Vaatus: Lomakkeen muodostaminen keskeytyy ja käyttäjälle ilmoitetaan mitkä pakolliset kentät puuttuvat. Käytettävyyssyistä suositellaan, että pakolliset kentät esitetään käyttöliittymässä selkeästi jo lomakkeen täyttövaiheessa. Yleisesti ottaen lomakkeella liikkumista (kursorin siirtämistä eri kenttien välillä) ei täyttövaiheessa kannata estää, vaan esittää pakollisten tietojen puuttuminen muilla selkeillä visuaalisilla vihjeillä, jotka eivät estä käyttäjän toimintaa. Pakollisten kenttien tarkastus voidaan tehdä myös ennen varsinaista lomakeasiakirjan muodostamisprosessia, jos se on järjestelmän kannalta järkevämpää.

### 3.6.6 Tietosisältö

**Yksityiskohtaisempaa teknisenä ohjeistuksena käytetään:**

KanTa – eArkiston CDA R2 Header -opas

KanTa – eArkiston Kertomus ja lomakkeet -opas, lomakemekanismin määrittelevä kohta

Lomakkeen tietosisältö ja CDA R2 määrittely

### 3.6.7 Käyttäjä ja roolit

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja. Asiakirjan muodostuksen käynnistäjä voi olla terveydenhuollon ammattihenkilö, joka mahdollisesti hyväksyy tai täydentää merkintöjä.

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto

## 3.7 Näytä merkinnät

### 3.7.1 Yhteenveto

Käyttötapauksen tarkoituksena on esittää merkinnät käyttäjälle. Käyttötapaus on jatkumo (alikäyttötapaus) asiakirjojen hakemisen käyttötapaukselle. Merkintöjen näyttämistä

voidaan tarvita myös merkintöjen (asiakirjan) korvaamisessa ja muuttamisessa. Käyttäjä tai järjestelmä voi suodattaa, jaotella ja luokitella merkintöjä haluamallaan tavalla myös perustoiminnasta poikkeavalla tavalla, jolloin merkinnät voidaan esittää esimerkiksi valintalistana näkymittäin tai palvelutapahtumittain. Merkinnöistä ja niiden atomisista rakenneosista (mm.ydintiedot ja muut rakenteiset tiedot) voidaan myös koostaa yhteenveto tulosteita. Tällaisia ovat mm. Potilastiedon arkiston lääkemerkintöjen tietojen ja Reseptikeskuksen tietojen yhdistäminen, diagnoosilistan muodostaminen merkinnöistä tai laboratoriotutkimustulosten taulukointi.

### 3.7.2 Esiehdot

Asiakirjat on haettu Potilastiedon arkistosta.

Merkinnät voidaan näyttää käyttäjälle eli käyttäjällä on riittävät käyttöoikeudet ja asiayhteys potilaaseen.

### 3.7.3 Lopputulos

Merkinnät näytetään käyttäjälle hänen valintojen mukaisella tavalla.

### 3.7.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Potilastietojärjestelmä muodostaa haettujen asiakirjojen kuvailutiedoista seuraavat listat:
  - a. Palvelutapahtumaan poimitaan kaikkien palvelutapahtuma-asiakirjojen palvelutapahtumatiedot. Jos palautettujen asiakirjojen joukossa on useita yhteen palvelutapahtumaan kohdistuvia palvelutapahtuma-asiakirjan versioita, niin vain uusimman tiedot huomioidaan.
  - b. Näkymäluetteloon poimitaan asiakirjojen kuvailutiedosta (sisällysluettelo kenttä) kaikki asiakirjoissa olevat näkymät. Järjestelmän pitää hallita näkymäluettelo itsenäisesti, palvelutapahtumien alla. Näkymäluetteloon jää myös tieto lisänäkymästä, jonka avulla voidaan ilmoittaa, että kyseessä on yhteenveto merkintöjen kuulumisesta useampaan kansalliseen näkymään tai organisaatiokohtainen näkymä.
2. Käyttäjälle tarjotaan mahdollisuus valita kohdassa 1 muodostettujen listojen pohjalta, mistä näkökulmasta haettujen asiakirjojen merkintöjä halutaan käsitellä. Listojen lisäksi käyttäjälle tarjotaan yhteenvetotulosteita, joiden avulla voidaan hahmottaa helposti mitä tietoja haetusta kokonaisuudesta löytyy. Yhteenvetoja voi olla mm. laboratoriotulostaulukko, diagnoosien poiminta merkinnöistä, kuvaluettelo (muodostetaan radiologian viite ja lausuntoasiakirjojen pohjalta), lääkitysyhteenveto tai yhteenvetotekstien näyttäminen. Kuvassa 3-f esitetään esimerkki, kuinka listat voidaan esittää käyttäjälle. Lisäksi voidaan tehdä järjestelmäkohtaisesti luokittelu- ja suodatustoimintoja, joiden avulla voi hakea ja käsitellä merkintöjä:
  - a. Merkinnät näkyvät aina sillä näkymällä, jolle ne on kirjattu ja joka on kansallisen näkymäkoodiston mukainen. Lisänäkymien käsittely tapahtuu seuraavasti. Jos kyseessä on organisaatiokohtainen lisänäkymä, tieto näytetään käyttäjälle. Jos lisänäkymällä ilmoitetaan, että tiedon pitää näkyä useammalla näkymällä, kyseiset merkinnät poimitaan näytettäväksi myös näillä näkymillä.

Esimerkki: käyttäjä valitsee Kuvan 3-e ”haun tuloksena palautetuista asiakirjoista ja niiden merkinnöistä” mukaisesta asiakirjakokonaisuudesta nähtäväksi NKIR-näkymän merkinnät, jolloin näytettävät merkinnät ovat: (huomaa että merkinnät on samalla lajiteltu kirjausjärjestyksen mukaisesti, esimerkissä käytetään abstraktia notaatiota merkinnästä, todellisuudessa näytetään varsinainen tietosisältö)

NKIR 16.8.2005@15:55

HOKE-YHT-NKIR 20.8.2005@14:20

NKIR-YHT 23.8.2005@15:55

- b. Potilastietojärjestelmä näyttää listan palvelutapahtumista. Tässä vaiheessa käyttäjä voi valita, minkä palvelutapahtuman merkintöjä hän haluaa tarkastella. Jos merkinnät näytetään palvelutapahtuman mukaisesti, niin järjestelmä näyttää tiedot näkymien mukaan aakkosjärjestyksessä. Järjestelmä yhdistää eri asiakirjoissa olevat samalle näkymälle kohdistetut merkinnät. Merkinnät näytetään kirjausjärjestyksessä.

Esimerkki: käyttäjä valitsee Kuvan 3-e ”haun tuloksena palautetuista asiakirjoista ja niiden merkinnöistä” mukaisesta asiakirjakokonaisuudesta palvelutapahtuman 1.1.2003–4.1.2003 (huomaa kahdessa eri asiakirjassa olevat tiedot on yhdistetty ja merkinnät näytetään asiakirjoista riippumattomasti näkymittäin kirjausjärjestyksessä):

HOKE 1.1.2003@11:03

HOKE 1.1.2003@13:07

HOKE 1.1.2003@20:03

HOKE 1.1.2003@23:55

HOKE 2.1.2003@12:46

HOKE 3.1.2003@09:46

KIR 3.1.2003@15:14

LAB 1.1.2003@14:67

LAB 1.1.2003@15:55

LAB 1.1.2003@16:30

LAB 2.1.2003@10:32

LAB 2.1.2003@16:32

LAB 10.1.2003@10:10

PAT 15.1.2003@13:34

SIS 2.1.2003@9:15

SIS-YHT 4.1.2003@12:43

SIS-YHT 16.1.2003@17:15

- c. Potilastietojärjestelmä näyttää listan näkymistä, jotka ovat mukana haetuissa asiakirjoissa. Jos käyttäjä valitsee merkintöjen näyttämisen näkymän mukaan, niin järjestelmä yhdistää samaan näkymään kirjatut tiedot, palvelutapahtumasta riippumatta.

Esimerkki: käyttäjä valitsee haetusta asiakirjakokonaisuudesta nähtäväksi LÄÄ-näkymän tiedot: Lääkitysmerkinnöistä tulisi muodostaa tiedon jatkumo, jonka avulla kokonaisuus hahmottuu paremmin (esim. saman lääkkeen määräykset, vaihdot, ym. kootaan yhteen ja duplikaatit poistetaan).

LÄÄ 3.4.2005@13:04 (PT=5)

LÄÄ 12.3.2005@15:04 (PT=99)

LÄÄ 10.5.2005@10:04 (PT=998)

3. Käyttäjä tarkastelee merkintöjä ja hyödyntää niitä jatkotyössään ja päätöksissään. Rakenteisia tietoja voidaan poimia oman kertomuksen osaksi (esim. tulohaastattelu osastolla voi sisältää voimassa olevan lääkityksen kirjaamisen ja tämän pohjana voidaan käyttää arkistosta saatuja tietoja).
4. Jos näytettävä tietokokonaisuus on lomaketyyppinen, niin lomakkeen kentät poimitaan asiakirjasta ja näytetään järjestelmässä lomaketta vastaavalla näytöllä. Jos lomakkeelle ei ole vastaavuutta järjestelmässä, niin lomake näytetään tyylitiedostolla web-selaimen avulla.

### 3.7.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Joku näytettävien merkintöjen päänäkymistä (esim. PSY) vaatii ko. käyttäjältä erillisen vahvistuksen, eli on ns. erityissuojattavaa tietoa

Vaatus: Potilastietojärjestelmä kysyy käyttäjältä, haluaako hän hädä erityissuojattavat tiedot, ennen tällaisten tietojen näyttämistä.

P2: Näytettävien merkintöjen joukossa on sellaisia merkintöjä, joiden lisänäkymänä on ERAS, mikä tarkoittaa, että ko. merkinnät liittyvät yksilöidyn potilaan hoitoon, mutta sen tiedot käsittelevät muuta henkilöä.

Vaatus: Vaikka näin merkityt erillisasiakirjat luovutetaan normaalisti potilaan muiden asiakirjojen mukana, liittyy niiden näyttämiseen ja tulostamiseen omia vaatimuksia. Erillisasiakirja näytetään potilastietojärjestelmissä sen näkymän (esim. SIS tai PSY) yhteydessä, joka on merkitty päänäkymäksi sekä muiden erillisasiakirjassa mahdollisesti annettujen kliinisten lisänäkymien yhteydessä. Ja mikäli erillisasiakirjan päänäkymä on erityissuojattava, on asiakirjaa erillisasiakirjaa koskevien vaatimusten lisäksi käsiteltävä

kuten erityissuojattavia asiakirjoja. Potilastietojärjestelmän näytöllä erillisasiakirjasta on aina esitettävä selkeästi, että kyse on toista henkilöä koskevasta tiedosta, esimerkiksi siten että ERAS on käyttöliittymässä sekä merkintöjen teossa että niiden näyttämisessä erillinen osio tai se avataan erillisellä toiminnolla. Toista henkilöä koskevaa erillisasiakirjaa ei tulosteta potilaalle annettavaksi. Erikseen erillisasiakirja voidaan tulostaa sille henkilölle, jonka tietoja erillisasiakirjaan on kirjattu. Toista henkilöä koskevaa erillisasiakirjaa (ERAS) ei myöskään näytetä Omakannassa (ei potilaan eikä toisen henkilön tiedoissa) riippumatta asiakirjan päänäkymästä.

### **3.7.6 Tietosisältö**

Asiakirjat, potilaaseen ja palvelutapahtumaan liittyvät merkinnät sekä niiden kuvailutiedot.

### **3.7.7 Käyttäjä ja roolit**

Potilastiedon arkisto

Potilastietojärjestelmä

CDA	
Header (Kuvailutiedot)	
Palvelutapahtuma aika= 1.1.2003-4.1.2003	
Palvelujen antaja = Pohjois-savon sairaanhoitopiiri	
Palvelutapahtuma ID = 5546	
Body (c.sB.section.code)	
HOKE	1.1.2003@11:03
HOKE	1.1.2003@13:07
HOKE	1.1.2003@20:03
HOKE	1.1.2003@23:55
HOKE	2.1.2003@12:46
HOKE	3.1.2003@09:46
KIR	3.1.2003@15:14
LAB	1.1.2003@14:67
LAB	1.1.2003@15:55
LAB	1.1.2003@16:30
LAB	2.1.2003@10:32
LAB	2.1.2003@16:32
SIS	2.1.2003@9:15
SIS-YHT	4.1.2003@12:43

CDA	
Header (Kuvailutiedot)	
Palvelutapahtuma aika= 1.1.2003-4.1.2003	
Palvelujen antaja = Pohjois-savon sairaanhoitopiiri	
Palvelutapahtuma ID = 5546	
Body (c.sB.section.code)	
LAB	10.1.2003@10:10
PAT	15.1.2003@13:34
SIS-YHT	16.1.2003@17:15

CDA	
Header (Kuvailutiedot)	
Palvelutapahtuma aika= 3.4.2005-3.4.2005	
Palvelujen antaja = Medivire	
Palvelutapahtuma ID = 5	
Body (c.sB.section.code)	
LÄÄ	3.4.2005@13:04
YLE-YHT	3.4.2005@13:03

CDA	
Header (Kuvailutiedot)	
Palvelutapahtuma aika= 5.1.2005-5.1.2005	
Palvelujen antaja = Kuopion kaupunki	
Palvelutapahtuma ID = 67	
Palvelukokonaisuus = alaselkäkipu	
Palvelukokonaisuus ID = 73337	
Body (c.sB.section.code)	
YLE-YHT	5.1.2005@13:03

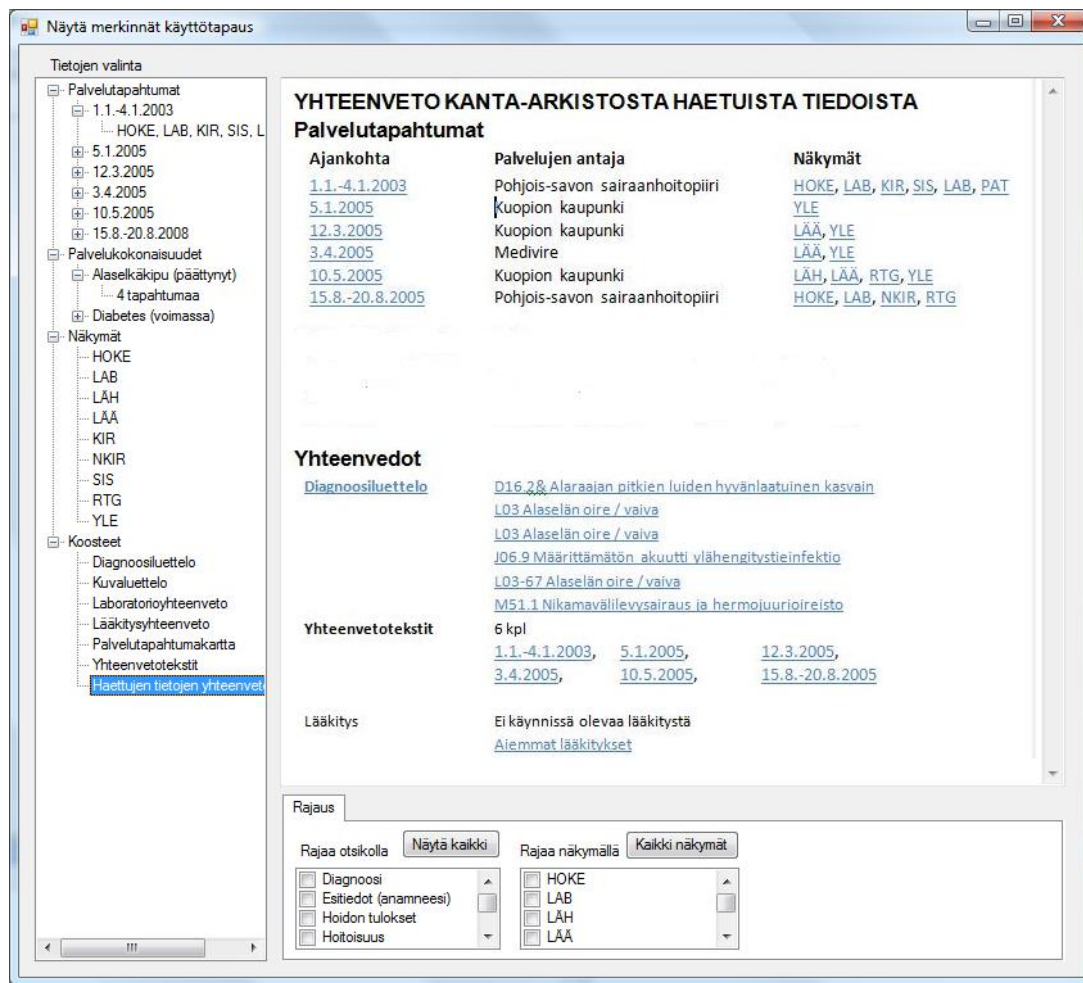
CDA	
Header (Kuvailutiedot)	
Palvelutapahtuma aika= 12.3.2005-12.3.2005	
Palvelujen antaja = Kuopion kaupunki	
Palvelutapahtuma ID = 99	
Palvelukokonaisuus = alaselkäkipu	
Palvelukokonaisuus ID = 73337	
Body (c.sB.section.code)	
LÄÄ	12.3.2005@15:04
YLE-YHT	12.3.2005@15:03

CDA	
Header (Kuvailutiedot)	
Palvelutapahtuma aika= 10.5.2005-10.5.2005	
Palvelujen antaja = Kuopion kaupunki	
Palvelutapahtuma ID = 998	
Palvelukokonaisuus = alaselkäkipu	
Palvelukokonaisuus ID = 73337	
Body (c.sB.section.code)	
LÄH	13.5.2005@9:45
LÄÄ	10.5.2005@10:04
RTG	10.5.2005@9:56
RTG	12.5.2005@12:54
YLE-YHT	13.5.2005@10:03

CDA	
Header (Kuvailutiedot)	
Palvelutapahtuma aika= 15.8.2005-20.8.2005	
Palvelujen antaja = Pohjois-savon sairaanhoitopiiri	
Palvelutapahtuma ID = 58889	
Palvelukokonaisuus = alaselkäkipu	
Palvelukokonaisuus ID = 73337	
Body (c.sB.section.code)	
HOKE	15.8.2005@11:03
HOKE	15.8.2005@13:07
HOKE	16.8.2005@20:03
HOKE	16.8.2005@23:55
HOKE	17.8.2005@12:46
HOKE	18.8.2005@09:46
HOKE	19.8.2005@15:45
HOKE-YHT-NKIR	20.8.2005@14:20
LAB	15.8.2005@14:67
NKIR	16.8.2005@15:55
NKIR-YHT	23.8.2005@15:55
RTG	15.8.2005@15:30
RTG	16.8.2005@14:27

**Kuva 3-e Esimerkki haun tuloksena palautetuista asiakirjoista ja niiden merkinnöistä**





**Kuva 3-f Esimerkki merkintöjen näyttämisestä**

Vasemmalla puolella kuvassa 3-f "Esimerkki merkintöjen näyttämisestä" on haettujen asiakirjojen pohjalta muodostetut palvelutapahtuma ja näkymälistaukset. Alimmaisena ovat erilaiset koosteet, joita haetuista tiedoista voidaan muodostaa. Tässä esimerkissä vakiotoiminnallisuutena on avata "Näytä merkinnät" näyttö tilassa, jossa käyttäjälle näytetään yhteenveto haetuista tiedoista. Käyttäjä voi siirtyä yhteenvedosta eri osakokonaisuuksiin tai käyttää vasemman puolen puuhierarkiaa valitsemaan mitkä tiedot halutaan nähdä.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Esimerkiksi HOKE-tekstiä klikkaamalla pääsee näkemään kaikkien palvelutapahtumien HOKE-näkymät (jotka siten muodostavat eräänlaisen jatkuvan kertomuksen). Suostumusten antaminen on tehty jo aiemmin, jotta yleensä näkee muidenkin rekisterinpitäjien tiedot. On toimijan valinta, näytetäänkö omat ja KanTasta haetut tiedot samassa ikkunassa vai erikseen. (On ehdotettu lisättäväksi myös tällaisia valintoja: palveluyksiköt, joissa hoitoa on annettu, prosessitapahtumat, personoidut tiivistelmänäytöt.)

## **4 Käyttötapaukset kuvailutietojen ja asiakirjojen hakemiseen**

### **4.1 Hae omia asiakirjoja tai niiden kuvailutietoja**

#### **4.1.1 Yhteenveto**

Käyttötapauksen tarkoituksena on kuvata asiakirjojen ja niihin liittyvien kuvailutietojen hakeminen arkistosta. Päätoiminnot hakemiseen liittyen ovat:

- Hae omien asiakirjojen kuvailutietoja
- Hae omia asiakirjoja
- Määritä hakuehdot (molemmissa yllä olevista, toteutettu alikäyttötapauksena)

Haut rajautuvat tässä käyttötapauksessa yhden potilaan tietojen hakuun (laajennetaan myöhemmässä vaiheessa) ja lisäksi hakijan (tietty rekisteripitäjä) rekisterin ja työterveyshuollon tapauksessa myös rekisterin tarkenteen mukaan. Mikäli on tarve hakea yli edellä mainittujen rajojen, tulee tällöin käyttää luovutushakua ("Hae luovutuksella saatavia asiakirjoja" tai "Haku hätätilanteessa").

#### **4.1.2 Esiehdot**

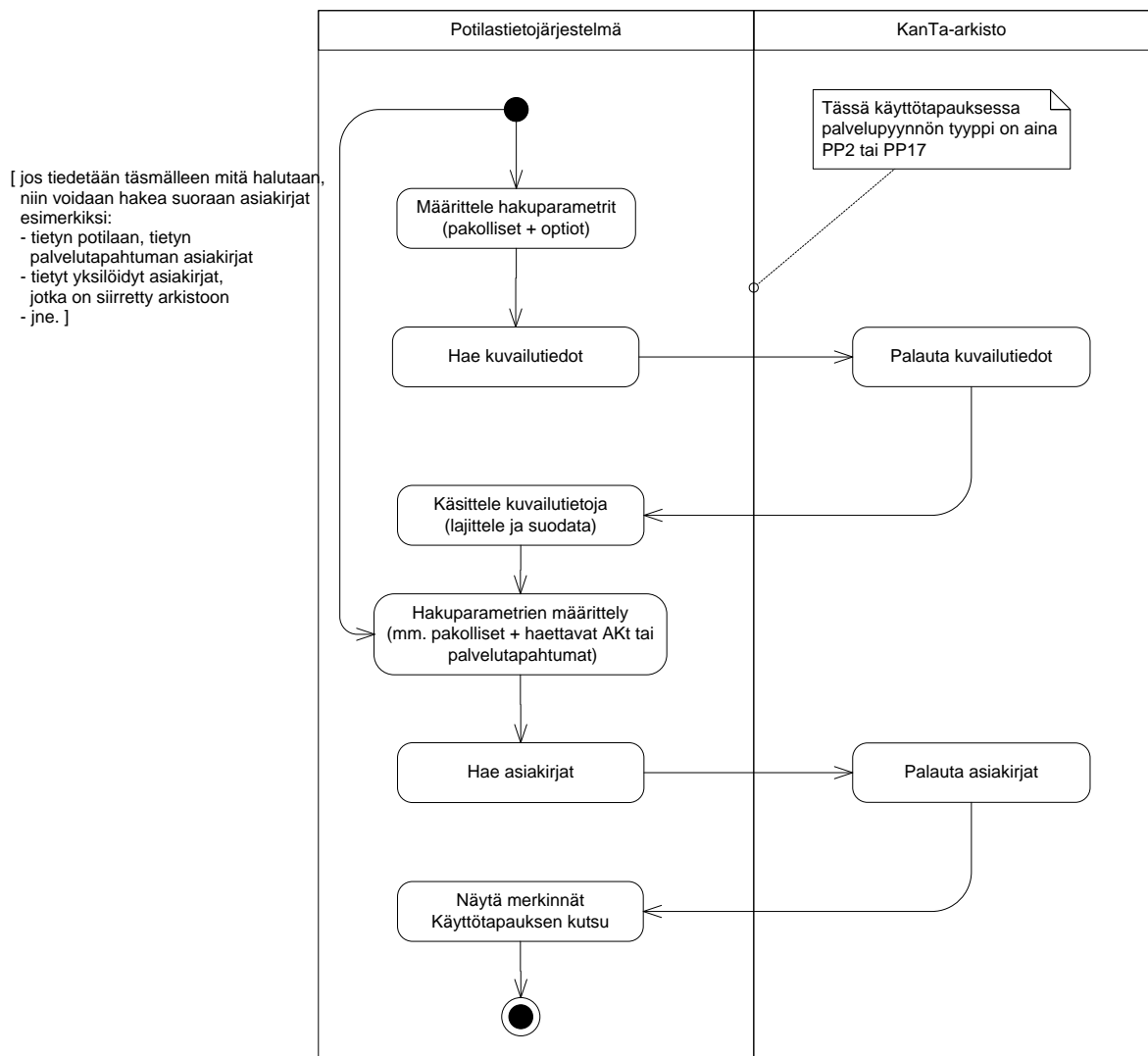
Potilas on yksilöity virallisella henkilötunnuksella tai väliaikaisella henkilötunnuksella. Jos tietoja haetaan väliaikaisella henkilötunnuksella, niin Potilastiedon arkisto palauttaa vain sellaisia asiakirjoja joihin ei ole kirjattu virallista henkilötunnusta.

Jos hakutoiminto on käyttäjän aktivoima, niin käyttäjä on kirjautuneena toimikortilla tietojärjestelmään ja hänellä on käyttöoikeudet hakea omia asiakirjoja arkistosta.

#### **4.1.3 Lopputulos**

Käyttötapauksen perustoiminnassa potilastietojärjestelmä lähettää palvelupyynnön CDA R2 -asiakirjojen hakemiseksi. Onnistuneen käyttötapauksen lopputuloksena arkistosta palautetaan asiakirjojen kuvailutiedot tai asiakirjojen kuvailutiedot ja asiakirjat. Asiakirjojen merkinnät näytetään käyttäjälle, jos asiakirjojen haku on henkilön käynnistämä (ks. "Näytä merkinnät" käyttötapaus).

Alla olevassa aktiviteettikaaviossa (Kuva 4-a) on kuvattu sitä miten omien tietojen hakeminen Potilastiedon arkistosta tapahtuu.



Kuva 4-a Omien tietojen hakemisen prosessi ja siinä kutsuttavat alikäyttötapaukset

#### 4.1.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Järjestelmä tai käyttäjä päättää haetaanko kuvailutietoja vai haetaanko asiakirjoja. Asiakirjojen suora haku voidaan tehdä, jos halutaan tietyt yksilöidyt asiakirjat, esimerkiksi potilastietojärjestelmässä tallessa olevien kuvailutietojen tai asiakirjalinkkien perusteella. Jos haetaan suoraan asiakirjat, niin siirrytään käyttötapauksen kohtaan 3.
2. Kuvailutietojen haku
  - a. Kutsutaan alikäyttötapaukselta Määritä hakuehdot ja parametrina annetaan palvelupyynnön tyyppi PP2.
  - b. Kutsutaan alikäyttötapaukselta Hae kuvailutiedot seuraavilla parametreilla
    - i. palvelupyynnöntyyppi PP2

- ii. halutaanko asiakirjojen täydellinen versiohistoria
  - iii. halutaanko kuvailutiedot asiakirjan vai palvelutapahtuman tasolla
- c. Asiakirjan tai asiakirjojen kuvailutiedot palautuvat Kanta-palvelusta kysyvälle potilastietojärjestelmälle [P1].
- d. Kuvailutietojen käsittely potilastietojärjestelmässä: Käsittelytoimintoja ovat kuvailutietojen näyttäminen, lajittelu, suodatus ja asiakirjojen valinta. Se, mitä ja millä tavalla kuvailutietoja pystytään käsittelemään, riippuu tietojärjestelmästä (toimittaja/järjestelmäkohtainen toiminnallisuus ja alla esitetyt ovat esimerkkejä mahdollisista toiminnoista).
- i. Kuvailutietojen näyttäminen: esittää palautetut kuvailutiedot käyttäjälle siinä järjestyksessä kuin haku on ne palauttanut. Kuvailu-tiedoista näytettäviksi valitaan keskeisimmät, mm. näkymätunnus, palveluluokitus, palveluyksikkö jne.
- Lajittelutoiminnolla asiakirjojen kuvailutietolista voidaan muuttaa käyttäjän haluamaan järjestykseen. Tässä käytettävät kuvailutiedot ovat esimerkiksi: palvelutapahtuman ajankohta, asiakirjan luontiaika, palveluyksikkö jne.
- Esimerkiksi käyttäjä voi valita palvelutapahtuman ajankohdan lajittelutekijäksi ja päättää, onko listassa uudet vai vanhat palvelutapahtumat ensimmäisenä.
- ii. Suodatustoiminnolla rajataan näkyvillä olevat asiakirjat tiettyjen kuvailutietojen arvojen mukaisesti. Rajauksessa käytetään esimerkiksi näkymätunnusta, palvelutapahtuman ajankohtaa, asiakirjan tiedostomuotoa jne. Esimerkiksi:
    - 1. näytä vain palvelutapahtumien asiakirjat kolmelta viimeiseltä vuodelta (suodatetaan palvelutapahtuman ajankohdan mukaan).
    - 2. näytä vain asiakirjat, joissa on yhteenvetomerkintöjä (suodatetaan näkymätunnuksen mukaan).
    - 3. näytä vuoden aikana luodut asiakirjat, joissa on laboratorio-merkintöjä (yhdistetään kahden kentän suodattaminen, asiakirjan luontiaika ja näkymätunnus).
  - iii. Asiakirjojen valinta, lajittelun ja suodattamisen jälkeen tapahtuu normaaleilla käyttöliittymätoiminnoilla: joko yksitellen, maalamalla joukko asiakirjoja tai pikavalinnalla, jossa kaikki näkyvillä olevat asiakirjat valitaan haettavaksi.
3. Haetaan varsinaiset asiakirjat kutsumalla ”Asiakirjojen haku” käyttötapausta. Syötteenä toimitetaan valikoitu asiakirjajoukko aiempien kohtien mukaisesti ja palvelupyyntökoodi PP2.
4. Jos haku on käyttäjän aktivoima, niin kutsutaan ”Näytä merkinnät” käyttötapausta, jolle annetaan syötteenä haetut asiakirjat kuvailutietoineen.

#### 4.1.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Mikäli Kanta-palvelusta palautuu tyhjä hakujoukko (ei osumia), kyseessä ei välttämättä ole virhetilanne, vaan tulostajien tyhjyys joko johtuu siitä, että kyseisellä potilaalla ei ole arkistossa asiakirjoja tai hakuparametreissa on määritetty liian tiukat rajaukset.

Vaatus: Käyttäjälle ilmoitetaan, että hakuun ei saatu yhtään osunaa, ja tälle tarjotaan mahdollisuus siirtyä hakuparametrien (uudelleen) määrittelyyn.

Potilastiedon arkiston virhekoodistosta selviää millaisia virheitä asiakirjojen haku voi palauttaa.

#### 4.1.6 Tietosisältö

Asiakirjojen kuvailutietoja ja tietosisältöä on määritetty seuraavissa dokumenteissa:

- KanTa eArkiston Medical Records (mm. hakuehdot ja kuvailutietojen palautusformaatti)
- eArkiston asiakirjojen kuvailutiedot
- KanTa eArkiston Kertomus ja lomakkeet
- KanTa eArkiston CDA R2 Header (kuvailutietojen merkityksestä) ja
- muissa yksityiskohtaisissa HL7-soveltamisoppaissa.

#### 4.1.7 Käyttäjä ja roolit

Potilastietojärjestelmä

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja

Potilastiedon arkisto

#### 4.1.8 Lisätiedot ja avoimet asiat

Käyttötapauksen toiminnallisuudessa ei huomioida tässä vaiheessa (syksy 2012) omien tietojen massahakua, joka toteutetaan palvelupyynnötkoodilla PP17. Tämän palvelupyynnön toiminnallisuus määritellään myöhemmin.

### 4.2 Hae luovutuksella saatavia asiakirjoja palvelunantajien rekistereistä

#### 4.2.1 Yhteenveto

Käyttötapaus kuvaa, kuinka potilastietojärjestelmä hakee hoitoasiakirjoja, asiakirjojen kuvailutietoja tai palvelutapahtumien kuvailutietoja luovutuksena toisten terveydenhuollon palvelujen antajien rekistereistä. Häätötilanteita ja tiedonhallintapalvelua koskevat luovutushaut on käsitelty erikseen myöhemmissä luvuissa.

Tätä käyttötapauksia voidaan käyttää sekä potilaan suostumukseen perustuvaan potilastietojen luovutushakuun (PP21 luovutushaku) että sairaanhoitopiirin yhteiseen potilastietorekisteriin perustuvaan luovutushakuun (PP22 shp-haku) Potilastiedon

arkistosta. Nämä haut ovat aina yksittäisen käyttäjän tekemiä ja siksi tällaisissa hakusanomissa vaaditaan aina käyttäjän, eli hakevan henkilön tunnistetiedot. Luovutushaku voidaan rajata suoraan sairaanhoitopiiriin yhteiseen potilastietorekisteriin sille tehdyllä omalla palvelupyynnöllä (PP22) niin haluttaessa. Mutta myös potilaan suostumukseen perustuva luovutushaku (PP21) palauttaa potilaan tiedot vain sairaanhoitopiiriin yhteisestä potilastietorekisteristä, ei laajemmin, mikäli potilaalla ei ole voimassa olevaa suostumusta, ja hakija kuuluu sairaanhoitopiiriin ja siihen oikeuttava tietojen palautus on mahdollinen. Yksityiset toimijat eivät kuulu sairaanhoitopiiriin yhteiseen potilastietorekisteriin, joten PP22 käyttäminen yksityisten toimijoiden osalta on tarpeetonta.

Edellisten lisäksi hoitoasiakirjoja tai kuvailutietoja voidaan hakea potilastietojärjestelmiin ennakkoon (PP30 ennakkohaku) ennen tietojen varsinaista käyttöä. On esimerkiksi mahdollista hakea Potilastiedon arkistosta edellisenä yönä seuraavan päivän ajanvarauspotilaiden tiedot. Tällöinkin tietojen mahdollinen luovutus perustuu potilaan suostumukseen tai suostumuksen puuttuessa sairaanhoitopiiriin yhteiseen potilastietorekisteriin. Hakusanomassa ei kuitenkaan tässä tapauksessa esitetä hakevan henkilön tunnistetietoja.

Mikäli potilaan suostumukseen perustuva potilastietojen luovutushaku (PP21) tai ennakkohaku (PP30) ei voi palauttaa tietoja mahdollisimman laajasti voimassa olevan suostumuksen puuttumisesta johtuen, palautetaan tieto potilaan suostumuksen puuttumisesta paluusanomassa hakevalle potilastietojärjestelmälle.

Riippumatta palvelupyynnöstä hakusanomassa on aina annettava sen palvelutapahtuman tunnus, johon potilaan tietoja luovutuksella haetaan. Ja jotta potilastietojen luovutus voidaan toteuttaa, on Potilastiedon arkistosta löydyttävä hakusanomassa annetun palvelutapahtumatunnuksen mukainen palvelutapahtuma-asiakirja, joka on validi ja voimassaoleva hoitosuhteen olemassaolon varmistamiseksi.

Mikäli luovutushaku perustuu ns. erityiseen syyhyn, tulee hakusanomassa antaa aina myös tähän liittyvä koodiarvo ja mahdollinen seliteteksti. Erityisellä syyllä tarkoitetaan tilannetta, jossa terveydenhuollon ammattilainen hakee potilastietoja, vaikka tietojärjestelmä ei pysty automaattisesti varmistamaan hoitosuhteen olemassaoloa potilaan ja ammattilaisen välillä. Pääsääntöisesti hoitosuhteen olemassaolo voidaan tietoteknisesti varmistaa toisen henkilön tekemillä potilashallinnon merkinnöillä, mutta aina näin ei ole ja silloin tietojärjestelmän on kysyttävä erityistä syytä potilastietojen käyttöön. Syy annetaan Potilastiedon katselun erityinen syy –koodistolla (THL- Potilastietojen katselun erityinen syy 1.2.246.537.6.240.2012). Lisäksi koodiarvoon ”muu syy” on liitettävä käyttäjän antama selitys.

Käyttötapauksella haetaan aina yhden potilaan tietoja ja haku voi kohdistua suoraan asiakirjoihin tai vaihteittain ensin esim. potilaan palvelutapahtumien kuvailutietoihin ja siitä sitten edelleen jonkun tietyn palvelutapahtuman hoitoasiakirjoihin.

Vaikka ylläpidettäviä keskeisiä terveystietoja haetaan tiedonhallintapalvelun kautta, kannattaa huomioida, että myös luovutushaut palauttavat samat ylläpidettävien keskeisten terveystietojen asiakirjat toisten palvelujen antajien rekistereistä, mikäli ne sisältyvät haettuun tulospöytäkirjaan. Luovutushaun tuloksena saatu ylläpidettävän keskeisen terveystiedon asiakirja ei kuitenkaan ole välttämättä se sama kuin, jonka tiedonhallintapalvelu ko. ylläpidettävästä keskeisestä terveystiedosta palauttaisi, koska tiedonhallintapalvelu palauttaa aina vain uusimman asiakirjan, jota ei ole kielloin rajattu. Luovutushaun tuloksena ylläpidettävän keskeisen terveystiedon asiakirjasta voidaan saada useita eri aikaan syntyneitä kappaleita.

Sen lisäksi, että luovutushaku ei hae tietoja tiedonhallintapalvelusta, haun tuloksena ei palauteta myöskään potilaan kiellon alaisia tietoja. Haku ei lähtökohtaisesti hae tietoja myöskään hakijan omasta rekisteristä, mutta luovutushaun (PP21, PP22 ja PP30) ja hätähaun (PP6) palvelupyynnöissä on käytettävissä valinta, jolla haku voidaan laajentaa koskemaan myös hakijan omia rekisterejä.

Sairaanhoitopiirin omalle henkilöstölleen tuottama työterveyshuolto ei kuulu yhteisen potilastietorekisterin piiriin. Sairaanhoitopiirin yhteiseen potilastietorekisteriin perustuvassa luovutushaussa (PP22 shp-haku) haun tuloksesta rajataan pois ne asiakirjat, joissa rekisterinpitäjä on sairaanhoitopiiri ja työterveydenhuolto-rekisterin tarkenteena on rekisterinpitäjää vastaavan sairaanhoitopiirin y-tunnus.

#### 4.2.2 Esiehdot

Mikäli kyseessä on käyttäjän tekemä haku:

- käyttäjä on kirjautuneena potilastietojärjestelmään toimikortilla,
- potilastietojärjestelmä on tarkastanut hoitosuhteen olemassaolon käyttäjän ja potilaan välillä
- potilaan tai hänen edustajan kanssa käydyn keskustelun nojalla tai muun aiemmin määritellyn tiedon perusteella on oletettavissa, että arkistossa on hoidon järjestämisen ja toteuttamisen kannalta oleellista tietoa

Mikäli kyseessä on ennakkohaku:

- ehdot, joilla järjestelmän on määriteltä käynnistävän luovutushaun ennakkoon, ovat täyttyneet

Lisäksi sekä käyttäjän tekemän haun että ennakkohaun kohdalla:

- potilas, jonka tietoja halutaan hakea, on yksilöity virallisella henkilötunnuksella
- potilaalla on olemassa suostumus tai sairaanhoitopiiriin kuuluva palvelujen antaja hakee potilaan tietoja sairaanhoitopiirin yhteisestä potilastietorekisteristä
- potilaalla on olemassa palvelutapahtuma, johon liittyen tietoja luovutuksella haetaan, ja tätä palvelutapahtumaa koskeva palvelutapahtuma-asiakirja, joka on validi ja voimassaoleva hoitosuhteen olemassaolon varmistamiseksi, on arkistoitu Potilastiedon arkistoon käyttötapauksen "Muodosta, päivitä tai päätä palvelutapahtuma ja tuota sen kuvailutiedot" mukaisesti

#### 4.2.3 Lopputulos

Tarvittavat kuvailutiedot tai asiakirjat on saatu Potilastiedon arkistosta ja niiden tietoja voidaan käyttää potilaan hoidossa.

#### 4.2.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Järjestelmä tai käyttäjä päättää, haetaanko Potilastiedon arkistosta kuvailutietoja tai asiakirjoja.



2. Järjestelmä kutsuu alikäyttötapausta "Määritä hakuehdot"
3. Järjestelmä kutsuu aiemman valintansa mukaisesti joko alikäyttötapausta "Hae kuvailutiedot" tai alikäyttötapausta "Hae asiakirjat"
4. Järjestelmä voi tallentaa saamansa tuloksen myöhempää käyttöä varten tai se voi käsitellä sitä seuraavasti ennen käyttäjälle näyttämistä (V1):
  - kuvailutietojen kohdalla järjestelmä käsittelee ja näyttää järjestelmäkohtaisesti saamansa kuvailutiedot käyttäjälle
  - asiakirjojen kohdalla järjestelmä kutsuu alikäyttötapausta "Näytä merkinnät".

#### **4.2.5 Poikkeus- ja virhetilanteet**

V1: Haussa saatu tulosjoukko on liian suuri palautettavaksi

Vaatus: Käyttäjää tai järjestelmää pyydetään rajaamaan palautettavaa tulosjoukkoa tarkemmilla hakuehdoilla

#### **4.2.6 Tietosisältö**

Asiakirjojen hakuehtoja ja tietosisältöä on määritelty seuraavissa dokumenteissa:

- KanTa eArkiston Medical Records (mm. hakuehdot ja kuvailutietojen palautusformaatti)
- eArkiston asiakirjojen kuvailutiedot
- KanTa eArkiston Kertomus ja lomakkeet
- KanTa eArkiston CDA R2 Header (kuvailutietojen merkityksestä) ja
- muissa yksityiskohtaisissa HL7-soveltamisoppaissa.

#### **4.2.7 Käyttäjä ja roolit**

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja.

### **4.3 Haku luovutuksella hätätilanteessa palvelujen antajien rekistereistä**

#### **4.3.1 Yhteenveto**

Jos kyse on potilaslain 13 §:n 3 mom. 3 kohdan mukaisesta tilanteesta luovutetaan Potilastiedon arkistosta tietoja ilman potilaan suostumusta, mutta mahdollisesti voimassa



olevat Potilastiedon arkistoa koskevat luovutuskiellot rajaavat tulosjoukkoa. Luovutuskiellot voidaan ohittaa vain, mikäli potilas on kieltoja tehdessään näin halunnut ja ilmaissut tämän Potilastiedon arkiston kieltolomakkeella.

Muilta osin hätätilanteessa käytettävän palvelupyynnön (PP6 hätähaku) mukainen hakusanoma vastaa edellisen luvun käyttäjän tekemää luovutushakusanomaa. Eli sanomassa on annettava hakevan henkilön tunnistetiedot sekä sen palvelutapahtuman tunnus, johon potilaan tietoja haetaan. Tarvittaessa on annettava myös tiedot ns. erityisen syyn käytöstä (kts. tarkemmin edellinen luku).

Potilasta informoidaan potilaslain 13 §:n 3 mom. 3 kohdan mukaisesta tietojen käytöstä ja siitä tehdään merkintä potilasasiakirjaan potilasasiakirja-asetuksen 18 §:n mukaisesti. Asetuksen pohjalta täydennettävässä potilasasiakirjaoppaassa voidaan antaa täsmällisempää ohjeistusta informointiin liittyen.

Hätätilanteessa tehtyjä hakujen kohdalla tullaan seuramaan, että näitä tietoja on haettu ja käytetty asianmukaisesti.

Hätätilahaku on aina tehtävä reaaliaikaisesti, eikä potilastietojärjestelmän välimuistissa mahdollisesti olevaa aineistoa tule käyttää. Hätähaun yhteydessä potilastietojärjestelmän on käyttäjän kannalta automaattisesti haettava myös potilaan mahdolliset tahdonilmaisut (hoitotahto ja elinluovutustahto) käyttäen muiden tahdonilmaisujen erillistä hakua (PP26).

#### **4.3.2 Esiehdot**

Potilaan hoito edellyttää potilastietojen luovutusta Potilastiedon arkistosta eikä potilas tai hänen laillinen edustajansa voi antaa suostumusta ja tiedonsaanti perustuu potilaslain 13 §:n 3 mom. 3 kohtaan. Kysymyksessä voi olla hätätilanne, jossa potilas ei kykene antamaan suostumusta tai on jokin muu potilaslain tarkoittama este informoidun suostumuksen saamiselle.

Potilas, jonka tietoja halutaan hakea, on yksilöity virallisella henkilötunnuksella

Potilaalla on olemassa palvelutapahtuma, johon liittyen tietoja luovutuksella haetaan, ja tätä palvelutapahtumaa koskeva palvelutapahtuma-asiakirja, joka on validi ja voimassaoleva hoitosuhteen olemassaolon varmistamiseksi, on arkistoitu Potilastiedon arkistoon käyttötapauksen ”Muodosta, päivitä tai päätä palvelutapahtuma ja tuota sen kuvailutiedot” mukaisesti

Käyttäjällä pitää olla oikeus tehdä haku hätätilanteessa (PP6 haku hätätilanteessa) (ks. potilaslain 13 §:n 3 mom. 3 kohta) sekä kirjautua toimikortilla potilastietojärjestelmään.

#### **4.3.3 Lopputulos**

Tarvittavat asiakirjat on saatu kansallisesta arkistosta ja niiden tietoja voidaan käyttää potilaan hoidossa.

#### **4.3.4 Onnistunut käyttötapaus**

1. Käyttäjä valitsee ”hätähaku” tai järjestelmä pystyy automaattisesti päättelemään omasta kontekstistaan, että kyseessä on hätätilanne.
2. PTJ siirtyy suoraan hakuvaiheeseen.

3. Järjestelmään määriteltujen ennakkovalintojen tai käyttäjän määrittelemänä tehdään rajaukset tietojen haulle. Tämä tapahtuu kutsumalla ”Määritä hakuehdot” alikäyttö-tapausta palvelupyynnön tyyppillä PP6 (haku hätätilanteessa).
4. Potilastietojärjestelmä lähettää palvelupyynnön asiakirjojen tai palvelutapahtuman kuvailutietojen tai asiakirjojen hakemiseksi. Se, haetaanko ensin kuvailutietoja, voidaan ratkaista järjestelmäkohtaisesti. Periaatteena on, että voidaan käyttää samaa käytettävyysslogiikkaa, kuin normaalisti hakutilanteissa (eli käyttötapauksen ”Hae luovutuksella saatavia asiakirjoja” mukaisesti)
5. Asiakirjat tai kuvailutiedot palautuvat tietojärjestelmälle V1:
  - kuvailutietojen kohdalla järjestelmä käsittelee ja näyttää järjestelmäkohtaisesti saamansa kuvailutiedot käyttäjälle
  - asiakirjojen kohdalla järjestelmä kutsuu alikäyttötapausta ”Näytä merkinnät”.

#### **4.3.5 Poikkeus- ja virhetilanteet**

V1: Haussa saatu tulosjoukko on liian suuri palautettavaksi

Vaatus: Käyttäjää tai järjestelmää pyydetään rajaamaan palautettavaa tulosjoukkoa tarkemmilla hakuehdoilla

#### **4.3.6 Tietosisältö**

Asiakirjojen hakuehtoja ja tietosisältöä on määritelty seuraavissa dokumenteissa:

- KanTa eArkiston Medical Records (mm. hakuehdot ja kuvailutietojen palautusformaatti)
- eArkiston asiakirjojen kuvailutiedot
- KanTa eArkiston Kertomus ja lomakkeet
- KanTa eArkiston CDA R2 Header (kuvailutietojen merkityksestä) ja
- muissa yksityiskohtaisissa HL7-soveltamisoppaissa.

#### **4.3.7 Käyttäjä ja roolit**

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja.

#### **4.3.8 Lisätiedot ja avoimet asiat**

Keskeisten terveystietojen hakeminen hätätilanteessa tapahtuu tiedonhallintapalvelusta palvelupyynnöllä PP28 (keskeisten tietojen haku hätätilanteessa).

## 5 Käyttötapaukset arkistoidun asiakirjan korvaamiseksi ja poistamiseksi

Potilastiedon arkistoon toimitetun potilasasiakirjan korjaaminen tai poistaminen tapahtuu tekemällä ja tallentamalla uusi asiakirja, joka korvaa tai poistaa olemassa olevan asiakirjan ns. aktiivikäytöstä. Korvaamisen jälkeen haussa palautetaan vain asiakirjan uusin versio ja poiston tapauksessa ei palauteta mitään. Rekisterinpitäjän omassa käytössä on kuitenkin mahdollista hakea asiakirjan kaikki versiot, jolloin saadaan uusin asiakirja ja kaikki sen edeltävät versiot, sekä mitätöidyt asiakirjat ja niiden aiemmat versiot. Poikkeuksena tähän ovat asiakirjat, jotka on korjattu tai poistettu/mitätöity niin, että vanhat versiot merkitään käytöstä poistetuiksi. Tällöin Potilastiedon arkisto siirtää korjauksessa korvaavaa asiakirjaa aiemmat asiakirjan versiot ja mitätöinnissä sekä korvaavan että sitä aiemmat asiakirjan versiot ”käytöstä poistetut asiakirjat” -rekisteriin. Nämä siirretyt asiakirjat eivät ole hoidollisessa käytössä, mutta tarvittaessa rekisterinpitäjä pääsee niihin käsiksi Kanta-palvelun arkistohoitajan käyttöliittymän kautta. Asiakirjojen vanhoja versioita, poistettuja eli mitätöityjä asiakirjoja tai ”käytöstä poistetut asiakirjat” -rekisteriin siirrettyjä asiakirjoja ei luovuteta Potilastiedon arkistosta toisille terveydenhuollon palvelujen antajille. Lopullisesti asiakirjat hävitetään Potilastiedon arkistosta, kun asiakirjojen säilytysajat umpeutuvat.

Ennen merkintöjen arkistoon vientiä voidaan merkintöjä korjata korvaamalla merkintä uudella. Tässä tilanteessa arkistoitavassa merkinnässä ei jäljitetä muutoksia. Ne korjatut tai muutetut merkinnät ja niiden aiemmat versiot, joita on voitu käyttää potilaan hoitamisessa, on säilytettävä joko potilastietojärjestelmässä tai Potilastiedon arkistossa säädetyn ajan (katso tarkemmin luku 3.2). Koska muutokset ovat tallessa, voidaan jälkikäteen poikkeus-tilanteissa selvittää merkinnän tietosisältö kullakin ajanhetkellä.

Tyypillisesti asiakirjan korvausta käytetään tilanteissa, kun arkistoon on päätynyt virheellisiä merkintöjä, kun päivitetään palvelutapahtuma-asiakirjaa hoitoprosessin edetessä tai kun olemassa olevaan hoidolliseen asiakirjaan tehdään sisältöpäivityksiä.

### 5.1 Korvaa arkistoitu asiakirja

#### 5.1.1 Yhteenveto

Jos arkistoituja merkintöjä on muutettu ja muutokset pitää siirtää arkistoon. Asiakirjan muodostaminen noudattaa enimmäkseen uuden asiakirjan muodostamisen käytäntöjä, mutta sen lisäksi asiakirjaan on tuotettava versiotiedot ja merkinnöissä on eriteltävä poistot ja lisäykset. Ylläpidettävien keskeisten terveystietojen asiakirjoja ei muuteta korvaamalla asiakirja uudella versiolla, vaan tallentamalla uusi asiakirja, jonka header-osan tiedoissa viitataan edelliseen, eli pohjana käytettyyn asiakirjaan. Vaikka kyse ei ole varsinaisesti korvauksesta versioinnilla, on tässä käyttötapauksessa käsitelty rajatusti (asiakirjan kuvailutiedot käyttötapauksen vaiheessa 1.a: korvaussuhde) myös näiden asiakirjojen korjausta. Sen sijaan ylläpidettävien keskeisten terveystietojen poistaminen (mitätöinti) tehdään kuten muidenkin asiakirjojen poistaminen korvaamalla asiakirja uudella asiakirjan versiolla, jonka body-osa on ns. tyhjä. Todellisuudessa asiakirjan body-osassa on aina potilaan tiedot, mutta varsinaista hoitoon liittyvää asiakirjasisältöä siellä ei saisi olla.

Hoidolliset lomakeasiakirjat ovat terveydenhuollon ammattihenkilöiden allekirjoittamia, ja niiden korvaaminen on potilastiedon arkiston kannalta mahdollista ainoastaan mitätöimällä arkistossa oleva asiakirja ja arkistoimalla korjattu asiakirja uutena asiakirjana.

Seuraavassa taulukossa (Taulukko 2) on kuvattu, mitkä HL7-korvausinteraktiosanomassa käytettävät syykoodit ovat käytettävissä erityyppisten asiakirjojen korvauksen yhteydessä (eArkisto - Asiakirjan korvauksen syy, 1.2.246.537.5.40178.2008; tarkista koodiston ajantasainen tietosisältö aina koodistopalvelimelta).

Asiakirja	Mahdollista korvata syykoodilla (eArkisto - Asiakirjan korvauksen syy, 1.2.246.537.5.40178.2008)			
	"korjaus" (koodiarvo 1)	"mitätöinti" (koodiarvo 2)	"korjaus siten, että vanhat ver- siot merkitään käytöstä pois- tetuiksi" (koodiarvo 3)	"mitätöinti siten, että vanhat ver- siot merkitään käytöstä pois- tetuiksi" (koodiarvo 4)
<b>Palvelutapahtuma-asiakirja</b>	kyllä	kyllä	ei	ei
<b>Vanha palvelutapahtuma-asiakirja</b>	kyllä	kyllä	ei	ei
<b>Hoitoasiakirjat</b>				
"kertomustekstityyppinen potilasasiakirja"	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
lomakemuotoinen potilasasiakirja	ei	kyllä	ei	kyllä
Keskeiset terveystiedot/ ylläpidettävät	ei	kyllä	ei	kyllä
(Keskeiset terveystiedot/koosteet)	–	–	–	–
Vanha hoitoasiakirja	kyllä	kyllä	kyllä	kyllä
<b>Suostumushallinnan asiakirjat</b>				
Suostumus	kyllä	ei	ei	ei
Kielto **	kyllä	ei	ei	ei
Informointi	kyllä	ei	ei	ei
<b>Tahdonilmaisut</b>				
Elinluovutustahto	kyllä	kyllä	ei	ei
Hoitotahto	kyllä	kyllä	ei	ei
<b>Muita asiakirjoja</b>				
Luovutusilmoitus	ei	ei*	ei	ei
Ostopalvelun valtuutus	kyllä	kyllä	ei	ei
* Luovutusilmoitusten mitätöinti on sallittu vain arkistonhoitajan käyttöliittymästä				
** Tähän kuuluvat asiakirjat Potilastiedon arkiston luovutuskielto ja Lääkemääräysten luovutuskielto				

**Taulukko 2 Asiakirjan korvaustilanteet ja HL7-korvausinteraktiosanomassa käytettävät korvauksen syykoodit**

### 5.1.2 Esiehdot

Korvattava tai poistettava asiakirja on Potilastiedon arkistossa säilytyksessä. Toimintayksiköllä pitää olla oikeus korvata tai poistaa potilaskertomusasiakirja eli korjaava toimintayksikkö on korjattavan potilaskertomusasiakirjan rekisterinpitäjä. Poikkeuksena tähän ovat tiedonhallintapalvelun ylläpidettävät asiakirjat, joiden rekisterinpitäjä on Kela. Näiden asiakirjojen osalta mikä tahansa rekisterinpitäjä voi tehdä korvauksen. Korjattavasta asiakirjasta on käytössä sen viimeisin versio eli arkistosta tai potilastietojärjestelmästä on saatu käyttöön (= korjattavaksi) korvattavan asiakirjan merkinnät.<sup>12</sup>

<sup>12</sup> Katso *Muodosta asiakirja* -käyttötapaus ja siinä kuvattu polku.

### 5.1.3 Lopputulos

Potilastiedon arkistoon on tullut uusi korjattu versio potilaskertomusasiakirjasta tai Kelan rekisteriin kuuluvasta asiakirjasta tai asiakirjaketjun mitätöivä ja hoidollisista tiedoista tyhjä asiakirja.

### 5.1.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Tee uusi korvaava asiakirja, jossa
  - a. asiakirjan tunnistetiedot kuvailutiedoissa (HUOM! ylläpidettävät keskeiset terveystiedot käsitelty omana kohtanaan alaviitteissä, koska niiden ylläpidossa ei käytetä versiointia, ellei kyse ole mitätöinnistä),
    - i. asiakirja saa uuden asiakirjatunnuksen
    - ii. alkuperäisen asiakirjan tunnus setld säilyy muuttumattomana<sup>13</sup>
    - iii. asiakirjan versionumero kasvaa yhdellä<sup>14</sup>
    - iv. korjauksen kohde viittaa asiakirjan edelliseen versioon (id, setld ja versio) ja asiakirjojen välisen suhteen ilmaiseva tyyppi on RPLC (replace)<sup>15</sup>
  - b. potilaan henkilötietoja voidaan korjata; aiemmin saadun, pelkästään tilapäisen yksilöintitunnuksen lisäksi pitää asiakirjaan täydentää virallinen henkilötunnus, kun se saadaan tietoon. Tässä tilanteessa asiakirjaan jää sekä virallinen henkilötunnus (ensimmäisenä) että tilapäiset. Vastaavasti voidaan toimia, jos potilaan virallinen henkilötunnus muuttuu<sup>16</sup>. Väärälle henkilölle kirjatun tiedon korjaamisessa menetellään, kuten asiasta ohjeistetaan luvussa ”Muuta tai korvaa merkinnän tietosisältöä”.
  - c. Mahdollisesti väärälle potilaalle tehtyä (versioitua) tai muusta syystä mitätöitävää asiakirjaketjua ei voi vaihtaa oikealle potilaalle vain asiakirjan henkilötunnusta vaihtamalla, vaan väärä asiakirjaketju lopetetaan mitätöimällä asiakirja; merkinnöistä tehdään uusi potilasasiakirja ja siitä uusi asiakirjaketju (eri setld ja palvelutapahtumatunnus) oikealle potilaalle ja

---

<sup>13</sup> Ylläpidettävät potilaan keskeiset terveystiedot tallennetaan uutena, alkuperäisenä asiakirjana käyttäen setld:nä asiakirjan tunnusta

<sup>14</sup> Ylläpidettävät potilaan keskeiset terveystiedot tallennetaan uutena, alkuperäisenä asiakirjana käyttäen versionumerona 1:stä

<sup>15</sup> Ylläpidettävän potilaan keskeisen terveystiedon asiakirjan kohdalla korjauksen kohteen tilalla annetaan edellisen, pohjana käytetyn asiakirjan tiedot (id, setld ja versio) ja tällöin asiakirjojen välisen suhteen ilmaiseva tyyppi on APND (append)

<sup>16</sup> Henkilötiedon muuttaminen on hyvä aloittaa palvelutapahtuma-asiakirjasta ja tehdä se sitten kaikkiin palvelutapahtumaan liittyviin hoitoasiakirjoihin. Henkilötieto pitää muutta yhtäläisesti kaikkiin palvelutapahtumaan liittyviin asiakirjoihin, jotta ne kaikki saadaan palautumaan muutetulla henkilötunnisteella hakujen yhteydessä, koska potilastiedon arkisto tarkastaa henkilötunnuksen yhdenmukaisuuden palvelutapahtuman ja hoitoasiakirjan välillä vain hoitoasiakirjan ensimmäisen version arkistoinnin yhteydessä.

palvelutapahtumalle. Edellä kuvattu toimintatapa pätee, jos koko asiakirja on kirjattu väärälle potilaalle. Jos kyse on vain osasta merkintöjä, asiakirjoihin tehdään korjaukset molemmille henkilöille (katso ”Muuta merkintää” käyttötapaus 3.2).

- i. tyhjän mitätöivän asiakirjan näkymätiedot pitää olla samat kuin mitätöidyllä asiakirjalla säilytysaikaluokan ja muiden arkistonhallinnollisten eAMS:sta johdettujen kuvailutietojen vuoksi
    - ii. tyhjällä mitätöivällä asiakirjalla on asiakirjan OID-tunniste ja henkilötunnus allekirjoitettavassa body-osuudessa
  - d. jos korjauksen tehneen käyttäjän tiedot eivät ole ennestään asiakirjan kuvailutiedoissa, niin käyttäjän tiedot lisätään kuvailutietoihin
  - e. asiakirja saa uuden luontiajan ja vapaaehtoisia asiakirjan käsittelyhistoriatietoja voidaan päivittää (= merkinnän elinkaaren täydentäminen)
  - f. asiakirjahallinnon tietoja voidaan päivittää
  - g. asiakirjan tietoja voidaan päivittää
    - i. uuden potilaskertomusasiakirjan tietosisältö
    - ii. siirretään muuttumattomat merkinnät sellaisinaan vanhasta asiakirjasta merkinnän yksilöintitunnuksineen ja rakenteisine tietoineen
    - iii. muuttuneista merkinnöistä tehdään uudet ”versiot”, jotka saavat uuden merkinnän yksilöintitunnuksen.
    - iv. merkinnän rakenteiset tiedot korjataan uutta tilannetta vastaaviksi tai poistetaan
    - v. merkinnän näyttöteksti korjataan siten että poistettu teksti merkitään poistetuksi (HL7:n delete- ja insert-muotoilu) ja uusi teksti lisätyksi<sup>16</sup>
    - vi. päivitetään merkintöjen käsittelyhistoria, jos ominaisuus on tuettu PTJ:ssä (hl7fi:auditTrail)
2. Arkistointisanomaan tuotetaan tieto asiakirjan korvauksen syystä (eArkisto Asiakirjan korvauksen syy, 1.2.246.537.5.40178.2008; tarkista koodiston ajantasainen tietosisältö aina koodistopalvelimelta). Tämä tieto ratkaisee sen ovatko asiakirjan aiemmat versiot saatavissa palvelun antajan omassa käytössä sanomarakajapinnan kautta.[P1]
3. Asiakirjan arkistoinnissa käytetään HL7 korvaa asiakirja interaktiota.

---

<sup>16</sup> Delete-insert-muotoilun käyttöä on rajoitettu, ks. tarkemmin Kertomus ja lomakkeet -dokumentti versiosta 5.10 alkaen. Delete-insert-muotoiltu teksti on kuitenkin pystyttävä jatkossakin näyttämään näyttömuodossa.

4. Muodosta kertomusasiakirja ja arkistoi se kohdan 3.5 mukaisesti. Palataan käyttötapaukseen 3.5 ja tehdään siinä mainitut asiat.[V1]

Mikäli kyseessä on sellainen korjaus (kuten asiattomien merkintöjen poistaminen potilaan vaatimuksesta), josta ei saa jäädä jälkiä korjattuun asiakirjaan, niin kohdan 1 korjaus tehdään jälkiä jättämättä ja kohdan 2 arkistoinnin yhteydessä käytetään sellaista korvauksen syykoodia, että arkistopalvelu siirtää asiakirjan kaikki vanhat versiot potilasrekisteristä taustarekisteriin.

Mikäli käyttäjä tarvitsee omasta rekisteristä potilasasiakirjan aiempia versioita ja huomaa, että ei saa niitä Potilastiedon arkistosta, hän voi päätellä, että asiakirjat ovat siirretty jostain syystä tausta-arkistoon ja ne eivät ole hoidollisessa käytössä. Erityistilanteessa, kuten potilaan nostaman oikeustapauksen yhteydessä, näitä tausta-arkistoon siirrettyjä asiakirjaversioita voidaan hakea arkistonhoitajan käyttöliittymän kautta.

Tiedonhallintapalvelun ylläpidettäviä asiakirjoja voi asiakirjan alun perin tehneen rekisterinpitäjän lisäksi korjata myös muut rekisterinpitäjät.

### **5.1.5 Poikkeus- ja virhetilanteet**

P1: Asiakirjaa ei löydy.

Vaatus: Kanta-palvelu edellyttää että versioitava asiakirja löytyy arkistosta. Jos asiakirjaa ei löydy, niin tästä aiheutuu virhe.

V1: Yhtäaikainen asiakirjan päivitys tiedonhallintapalveluun.

Vaatus: Mikäli kaksi eri toimijaa yrittää päivittää samaa tiedonhallintapalvelun ylläpidettävää asiakirjaa, saa jälkimmäinen virheilmoituksen ja vain ensimmäinen päivitys menee läpi. Tällöin potilastietojärjestelmä, joka saa virheilmoituksen, voi tallentaa tehdyt muutokset ikään kuin potilastietojärjestelmän puskuriin ja hakea tuoreimman version ylläpidettävästä asiakirjasta ja auttaa käyttäjää täydentämisessä.

### **5.1.6 Tietosisältö**

Kaikki versioitavan asiakirjan merkinnät (tai versioitava asiakirja kokonaisuudessaan)

Muuttuneet merkinnät ja tarkka kirjanpito muutoksista (lisäykset ja poistot merkkien tasolla)

Asiakorvauksen syy (tuotettu merkintöjen muuttamisen yhteydessä)

Edellisten kohtien pohjalta muodostettu uusi potilasasiakirja

### **5.1.7 Käyttäjä ja roolit**

### **5.1.8 Lisätiedot ja avoimet asiat**

Täsmentäviä lisätietoja: PTJ ei pidä muuttaa setID kentän arvoa. Lisäksi henkilötunnuksen muutoksessa on toimittava tämän luvun ja käyttötapauksessa Muuta tai korvaa merkinnön tietosisältöä määriteltyjen sääntöjen mukaisesti. Muutoin uudessa asiakirjaversiossa voidaan muuttaa mitä tahansa kuvailutietoja lukuun ottamatta asiakirjan rekisterinpitäjää, rekisteriä ja rekisterin tarkennetta. Näiden kolmen asian muuttaminen asiakirjojen kuvailutiedoissa vaatii virheellisten asiakirjojen mitätöinnin ja oikeilla tiedoilla olevien asiakirjojen arkistoinnin uusina, alkuperäisinä asiakirjoina. Asiakirjan aikaisempi versio

säilyy aina muuttumattomana arkistossa, joten myös kuvailutietojen muutoshistoria on aina täydellisenä tallessa.

Organisaatiomuutostilanteessa Kela toteuttaa rekisterinpitämuutokset keskitetysti eräajona muuttuvan organisaation asiakirjoihin. Jos asiakirja tämän jälkeen korvataan, on korvaustilanteessa header-tiedoissa korvaavan asiakirjan rekisterinpitäjän oltava sama kuin korvattavan asiakirjan aktiivi rekisterinpitäjä eli eräjossa asetettu uusi rekisterinpitäjä.



## 6 Lokit

### 6.1 Yleistä lokeista

Potilastiedon arkiston turvallisuus perustuu toisaalta etukäteen tapahtuvaan käytön rajoittamiseen ja toisaalta jälkikäteen tapahtuvaan seurantaan ja valvontaan. Jälkikäteen tapahtuvan valvonnan mahdollistamiseksi järjestelmässä ylläpidetään lokeja, joihin talletetaan kaikista tapahtumista seurannan edellyttämät tiedot.

Lokeja ylläpidetään kahdella eri tasolla, Kansallisessa Terveysarkistossa (Kanta) ja perusjärjestelmissä. Potilastiedon arkistossa ylläpidetään lakisääteistä luovutuslokeja, jonne kerätään tiedot kaikista sähköisen potilastietolain mukaisista luovutuksista sekä käyttölokeja, jonne kirjataan muu potilastietoihin kohdistuva käyttö. Tämän lisäksi paikallisissa järjestelmissä pidetään lakisääteistä käyttölokeja, jonne kerätään tiedot rekisterinpitäjän sisällä tapahtuvasta potilastietojen käytöstä. Liitteessä 5 ohjeistetaan tarkemmin, minkälaisia tietoja PTJ:ien käyttölokiin potilastietojen käytöstä tulee tallentaa.

Suostumuksen perusteella tapahtuneesta asiakirjojen luovutuksesta potilastietojärjestelmään ei tehdä merkintää luovutuksensaajan potilastietojärjestelmän käyttölokiin. Käyttölokimerkinnot luovutuksensaajan käyttölokiin tehdään, kun tietoja käytetään. Potilasasiakirjojen luovutuksesta tulee luovutuslokimerkintä Kanta-palveluun.

Haettaessa muita kuin rekisterinpitäjän omia tietoja keskitetystä arkistosta paikalliseen järjestelmään, tapahtuu tietojen luovutus, joka kirjataan luovutuslokiin. Terveystietojen ammattihenkilön käyttäessä näitä samoja tietoja se kirjataan paikalliseen käyttölokiin. Arkiston luovutuslokissa tämä merkitsee yhtä tapahtumaa (tiedot luovutetaan paikalliseen järjestelmään). Paikallisessa käyttölokissa tapahtumia voi olla useita (eri henkilöt käyttävät tietoja tai tietoja käytetään useamman kerran). Luovutusta voi pyytää henkilö, joka ei koskaan itse käytä tietoja. Luovutuslokeja ja arkiston käyttölokeja säilytetään kansallisessa arkistossa. Paikalliset käyttölokit syntyvät paikallisissa järjestelmissä ja säilytetään siellä. Paikalliset käyttölokit voidaan jatkossa toimittaa säilytettäväksi kansalliseen arkistoon. Molempiin lakisääteisiin lokeihin kansalaisilla on henkilörekisterilain mukainen tarkistus-oikeus sekä julkisuuslain mukainen oikeus asianosaisena, joita käyttämällä kansalainen näkee kaikki itseään koskevat lokitiedot (pois lukien salassa pidettäväksi määrätty). Lisäksi Omakannan kautta kansalainen näkee luovutuslokinsa tiedot, pois lukien hakijan henkilötiedot.

#### 6.1.1 Kantan tuottama luovutusloki

Potilastiedon arkiston piiriin kuuluvien palvelujen antajien potilasrekisterin asiakirjat ovat Potilastiedon arkistossa. Potilastiedon arkisto voi luovuttaa asiakirjoja vain terveydenhuollon palvelujenantajalle ja kansalaiselle itselleen. Kun Potilastiedon arkisto luovuttaa potilasasiakirjoja, luovutuksesta tuotetaan merkintä luovutuslokiin. Merkinnän aiheuttavia toimenpiteitä ovat kuvailutietojen ja asiakirjojen luovutus toiselle rekisterinpitäjälle, toiseen rekisteriin, tiedonhallintapalvelun suostumuksiin ja kieltoihin liittyvien tietojen luovutus Kelan rekisteristä, tiedonhallintapalvelun keskeisten terveystietojen luovutus sekä merkintä kuvailutietojen, asiakirjojen ja luovutuslokitietojen luovutuksesta kansalaiselle itselleen, niin Omakannasta tehdyistä kuin terveydenhuollon toimintayksiköstä tehdyistäkin.

Kanta ei tuota luovutuslokeja palvelujen antajan käyttäessä omaa potilasrekisteriään Potilastiedon arkistosta, ellei kyse ole rekisterinpitäjän sisällä eri rekisterien välisestä

tiedonsiirrosta. Työterveyshuollon rekisterin yhteydessä myös eri rekisterin tarkentimien (eri työnantajien) välinen tiedonsiirto aiheuttaa luovutuslokimerkinnän.

Kun reseptikeskus luovuttaa haku- tai lääkemääräystietoja on aina kyseessä luovutus toiselle rekisterinpitäjälle ja tästä tulee aina merkintä reseptikeskuksen käyttölokiin.

Terveystietojärjestelmien palvelujen antaja voi tietyissä tilanteissa luovuttaa tietoja suoraan toiselle rekisterinpitäjälle. Vaikka tiedot näissä tapauksissa voidaan siirtää suoraan osapuolelta toiselle, on luovutuksesta tehtävä luovutusilmoitus, jonka avulla Kanta pystyy tekemään asianmukaisen merkinnän luovutuslokiinsa. Perustapaukset suoraluovutuksesta ovat

- Lähete, hoitopalaute, konsultaatio: potilaan suullisella/kirjallisella/asiayhteydestä ilmenevällä suostumuksella voidaan mukana toimittaa omia asiakirjoja. Mikäli halutaan toimittaa merkintöjä, niistä on ensin tehtävä asiakirja.
- Muille, kuin terveydenhuollon palvelunantajille annettavat lausunnot, esim. poliisi: voidaan antaa vain omia asiakirjoja. Merkinnät on muutettava asiakirjoiksi ennen luovutusta ja asiakirjat on tallennettava sähköisesti Potilastiedon arkistoon tai manuaalisesti paikalliseen arkistoon. Luovutetuista asiakirjoista tulee löytyä kopio luovutusilmoituksessa mainitulla tunnisteella.
- Potilaalle itselleen annettavat asiakirjat: Voidaan antaa sekä omia että muiden rekisterinpitäjien asiakirjoja. Merkinnät on muutettava asiakirjoiksi ennen luovutusta ja asiakirjat on tallennettava sähköisesti Potilastiedon arkistoon tai manuaalisesti paikalliseen arkistoon. Luovutetuista asiakirjoista tulee löytyä kopio luovutusilmoituksessa mainitulla tunnisteella.
- Myös lokit ovat luonteeltaan asiakirjoja ja niiden luovutuksesta tehdään luovutusilmoitus.

Potilastiedon arkistosta luovutetut asiakirjat voidaan purkaa merkinnöiksi luovutuksen vastaanottavassa järjestelmässä. Tällöin käyttäjä käyttää tietoja PTJ:n kautta merkintöinä. Merkintöjen käytöstä syntyy vastaavat lokitiedot kuin jos käyttö kohdistuisi PTJ:n omaan tietokantaan. Luovutettuihin merkintöihin liittyy lisäksi tieto siitä, että kyse on luovutettuun asiakirjaan liittyvistä tiedoista. Kun käyttöoikeus luovutettuun asiakirjaan päättyy, on myös kaikki siitä puretut merkinnät poistettava.

Kansalainen näkee tietojensa luovutukset Kantasta Omakannasta. Omakanta näyttää millä perusteella tiedot on luovutettu, milloin luovutus on tapahtunut ja mille terveydenhuollon organisaatiolle tietoja on luovutettu. Saadakseen tarkemmat tiedot mitä luovutettujen asiakirjojen tietoja todella on käytetty, hänen tulee ottaa yhteyttä luovutuksen vastaanottaneeseen rekisterinpitäjään.

## 6.1.2 Luovutusilmoitus

Luovutusilmoituksella täydennetään Potilastiedon arkiston ulkopuolella tehty luovutukset (esim. lähete ja hoitopalaute) osaksi Kanta-palveluiden luovutuslokiä. Luovutusilmoituslomakkeen rakenne ja tietosisältö löytyy kanta.fi:sta MR-lomakkeet-dokumentista ja tulevaisuudessa THL:n koodistopalvelimelta. Kanta arkistoi luovutusilmoitus-asiakirjan ei hoidollisten asiakirjojen rekisteriin Arkistoasiakirjat.

Myös yhteisrekisterin tietojen käyttö rekisterinpitäjien välillä on tulkittava luovutukseksi, ja mikäli tämä luovutus tapahtuu sähköisesti Kanta:n ulkopuolella, tulee siitä tehdä luovutusilmoitus. Näin ollen esimerkiksi alueellisessa potilastietojärjestelmässä tehty

luovutukset yhteisrekisteriin kuuluvien rekisterinpitäjien/rekistereiden välillä pitää toimittaa luovutusilmoituksen välityksellä Potilastiedon arkistoon. Jokaisesta yksittäisestä luovutuksesta ei luovutusilmoitusta tarvitse tehdä, vaan samasta rekisteristä samalle luovutuksen saajalle tehty luovutukset kutakin potilasta ja vuorokautta kohden voidaan koota yhteen luovutusilmoitukseen.

Yksityisessä terveydenhuollossa lääkäriasemien (ja muiden vastaavien useamman palvelunantajan toimintaa käsittävien organisaatioiden) luovutusilmoituksia sisäisistä luovutuksista ei tarvitse toistaiseksi tallentaa Arkistoon. Luovutusilmoitukset lääkäriaseman ulkopuolisille toimijoille tehtävistä luovutuksista tulee tuottaa.

Virheellisen luovutusilmoituksen korvaaminen on sallittu vain arkistonhoitajan käyttöliittymästä.

## 6.2 Tee luovutusilmoitus (muu kuin Kanta-luovutukset)

### 6.2.1 Yhteenveto

Potilasrekisterin tietoja luovutetaan suoraan PTJ:stä ja luovutuksesta koostetaan luovutusilmoitus, joka lähetetään Kantan luovutuslokiin. Omakannassa on nähtävissä mille terveydenhuollon organisaatioille hänen Kantaan arkistoituja potilastietojaan on luovutettu suoraan PTJ:stä. Luovutustiedot kattavat myös lakisääteisten käyttö- ja luovutuslokitietojen tarkastukset.

### 6.2.2 Esiehdot

1. a. Potilaan hoidossa toteutuu tilanne, jossa on syytä laatia lähete, hoitopalaute tai muu hoidon yhteenveto, eli tehdä työntävä luovutus (suoraan PTJ:stä), ja luovutuksen saaja on taho,
  - a. jolla on potilaslain 13§ 3. momentin 2. kohdan mukainen oikeus saada tiedot työntävällä luovutuksella potilaan suostumuksella
  - b. tai muu taho, jolle palvelujen antaja on velvollinen luovuttamaan tietoa työntävästi (esim. tapaturmalain tai sen soveltamisesta säättävän lain perusteella) tai
1. b. Palvelujen antajan potilastietoja pyydetään luovutettavaksi ja hakevan luovutuksen pyytäjä on
  - a. taho, jolla ei ole oikeutta hakea luovutuksessa pyydettäviä tietoja Kantan kautta.
  - b. terveydenhuollon palvelujen antaja, jolla on lakisääteinen oikeus ja/tai potilaan suostumus tietojen hakemiseen Kantasta, mutta joka ei voi toteuttaa sitä perustellusta syystä Kantan kautta.
  - c. potilas eli rekisteröity itse, tai potilaan laillinen edustaja, tai jatkossa potilaan valtakirjalla toimiva henkilö.
2. Hakevan luovutuksen pyytäjä on yksilöinyt säädöksen (laki, pykälä, momentti, kohta), jonka perusteella pyytää luovutusta sekä yksilöinyt ne tiedot, joita luovutuksella pyydetään, silloin kun luovutuspyyntö tapahtuu säädöksen nojalla

ilman potilaan kirjattua suostumusta. Jos pyytäjä on rekisteröity itse tai hänen laillinen edustajansa, säädöksen yksilöintiä ei pidä vaatia pyytäjältä.

3. Luovutus tapahtuu PTJ:stä, eikä paperisesta alkuperäisasiakirjasta.
4. Palvelunantaja on liittynyt Potilastiedon arkistoon.
5. Luovutettava materiaali on sähköisessä muodossa tai itse luovutus tapahtuu sähköisesti.
6. Luovutuksen tekijä on
  - a. joko potilaan hoitoon osallistuva ammattihenkilö
  - b. tai luovuttavan rekisterinpitäjän henkilö, jolle on annettu tehtäväksi hoitaa luovutuksia.

### 6.2.3 Lopputulos

Potilasrekisterin merkintöjen ja asiakirjojen kopioiden luovuttamisesta on lähetetty luovutus-ilmoitus Kantaan ja Kantasta on saatu kuittaus lähetyksen onnistumisesta. Luovutus-ilmoituksen onnistuneen lähettämisen jälkeen PTJ:n luovutuslokiin liitetään luovutusilmoitusasiakirjan OID-tunnus.

### 6.2.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Käyttäjä eli luovutuksen tekijä on kirjautunut PTJ:ään ja kirjautumisen yhteydessä käyttölokiin on rekisteröity ainakin käyttäjän tunnus, käyttäjän nimi, käyttäjän kirjautumisyksikkö, käyttäjän rooli ja tunnistamistapa.
2. Käyttäjä valitsee merkinnät, jotka luovutetaan. PTJ tunnistaa, että kyseessä on luovutusilmoituksen piiriin kuuluva tilanne.
3. Jos merkinnöistä on jo muodostettu asiakirja tai asiakirjoja, ne ovat luovutuksen kohteena. "Muodosta kertomusasiakirja" tai "Muodosta lomakeasiakirja" käyttötapauksia voidaan kutsua, jos merkinnöistä pitää tehdä asiakirjoja.
4. Käyttäjä valitsee toiminnon, jolla valitut asiakirjat joko tulostetaan luovutustarkoitusta varten, lähetetään sähköisesti tai lähetetään e-kirjeenä ja kirjaa luovutustapaa (1.2.246.537.5.40165.2008) ja luovutuksen perustetta vastaavat tiedot koodistojen mukaisesti luovutusilmoitukseen (1.2.246.537.5.40166.2013)
5. Luovutustapahtumasta rekisteröidään lisäksi luovutusilmoitusasiakirjan tietosisällön (ajantasainen tietosisältö löytyy kanta.fi MR-lomakkeet) mukaisesti
  - a. Potilaan tiedot
  - b. Luovutuksen antajan tiedot
  - c. Luovutuksen saajan tiedot
  - d. Luovutuksen kohde, Luovuttavan PTJ:n on rekisteröitävä vaihtoehtoisesti luovutettujen asiakirjojen tunnisteet tai luovutetut näkymät vapaamuotoisella kuvauksella. Ts. jos luovutetulla asiakirjalla ei ole OID-koodia, pitää luovutus identifioida näkymätunnuksella ja vapaamuotoisella kuvauksella.

- e. Salassapitoaika, ts. onko luovutuslokitiedot julkisia. Ei tarvitse perusteluita. Jos salassapito on pysyvä, salassapitoajan arvo luovutusilmoitusasiakirjassa on 31.12.4000.
  - f. Luovutuksen tekijän tiedot jos mahdollista (esim. kun toteutetaan ei-sähköinen luovutus, printattuna). Mikäli järjestelmä hoitaa luovutuksen automaattisesti, tekijän tietoja ei tarvita. Mikäli automaattiluovutuksessa luovutusilmoitukselle halutaan tieto luovutuksen ajankohdasta, annetaan Luovutuksen tekijä –rakenteen tiedot luovutusilmoituslomakkeen täyttöohjeessa kuvatulla tavalla (ks. lomakemäärittely koodistopalvelimelta).
6. Rekisteröidyt tiedot lähetetään luovutusilmoitusasiakirjana Kantaan Arkistoasiakirjat-rekisteriin vuorokauden kuluessa luovutuksen tapahduttua. Jos järjestelmässä ylläpidetään kopiota luovutus-lokista, niin kyseisen merkinnän tiedot voidaan tarvittaessa tallentaa myös paikallisesti. Kanta kuittaa lähetyksen onnistuneesti vastaanotetuksi.

### 6.2.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Luovutuksen pyytäjälle on oikeus Kantaan kautta tapahtuvaan luovutukseen potilaan suostumuksen tai Potilaslain 13§ perusteella, mutta pyytäjä ei ole liittynyt Kantaan.

Vaatus: Hakeva luovutus pitää voida toteuttaa paperitulosteiden tai sähköisellä yhteydellä, jos toinen osapuoli on yksittäinen ammatinharjoittaja, joka ei ylläpidä potilastietoja sähköisesti. Luovutuksesta tehdään luovutusilmoitus Kantaan.

### 6.2.6 Käyttäjä ja roolit

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto

Käyttäjä, jolla on oikeus luovutuksessa käytettäviin toimintoihin PTJ:ssä.

## 7 Ostopalvelut<sup>17</sup>

### 7.1 Yleistä ostopalveluista

Terveysthuollon palveluiden tuottamisessa ollaan siirtymässä laajenevassa määrin ostopalvelujen käyttöön. Potilasturvallisuus ja hoidon laadun varmistaminen edellyttävät, että ostopalvelutilanteissa palvelun tuottajalla on tarvittaessa Potilastiedon arkistoon laaja tietojen käyttöoikeus, eli potilastietojen tulisi olla käytettävissä samoin kuin palveluiden järjestäjällä itsellään. Ostopalvelussa palvelun tuottajalle syntyy sopimusperusteinen oikeus saada Potilastiedon arkistosta käyttöönsä ostopalvelun toteuttamiseen liittyvät hoitoasiakirjat sekä tarvittaessa arkistoida ostopalvelun toteuttamisessa syntyneet asiakirjat liittyvät hoitoasiakirjat.

#### 7.1.1 Ostopalvelun käsitteitä

Ostopalvelutilanteissa terveydenhuollon palvelujen antajilla on erilaisia rooleja.

**Ostopalvelun järjestäjä** on se palvelujen antaja, joka on lain tai muun velvoitteen johdosta vastuussa palvelun järjestämisestä. Ostopalvelun järjestäjä siis organisoii palvelun joko toteuttamalla sen itse tai hankkimalla sen joltakin toiselta palvelujen antajalta.

**Ostopalvelun tuottaja** on se palvelujen antaja, joka toteuttaa varsinaisen potilaaseen kohdistuvan hoidollisen tai muun palvelun.

Palvelun järjestäjän tulee ostopalvelutilanteissa ratkaista, missä laajuudessa tuottaja tarvitsee aiemmin syntyneitä tietoja palvelun toteuttamiseen. **Väestötasoisessa ostopalvelussa** palvelun tuottajalle syntyy sopimusperusteinen oikeus saada käyttöönsä Potilastiedon arkistosta kaikki palvelun järjestäjän potilasasiakirjat sekä oikeus arkistoida palvelun järjestäjän lukuun kaikki ko. palveluun liittyvät palvelun tuottajan yksiköissä tapahtuneisiin palvelutapahtumiin (käynteihin ja hoitojaksoihin) liittyvät potilasasiakirjat. Kunta tai kuntayhtymä voi esimerkiksi sopia ostavansa päivystyspalveluita tai laboratoriotutkimuksia tietyltä palveluntuottajalta.

**Potilaskohtaisessa ostopalvelussa** palvelun tuottajalle syntyy sopimusperusteinen oikeus tarvittaessa saada käyttöönsä Potilastiedon arkistosta palvelun järjestäjän kaikki tai sopimuksessa rajatut yksilöidyn potilaan potilasasiakirjat sekä tarvittaessa arkistoida palvelun järjestäjän lukuun kaikki ko. palveluun liittyvät palvelun tuottajan yksiköissä tapahtuneisiin yksilöidyn potilaan palvelutapahtumiin (käynteihin ja hoitojaksoihin) liittyvät potilasasiakirjat.

Palveluntuottajan oikeus palvelun järjestäjän potilasasiakirjoihin ja oikeus tallentaa syntyneet asiakirjat määritetään palveluntuottajakohtaisella **ostopalvelun valtuutuksella**, jonka palvelun järjestäjä arkistoi Kantaan. Tietojen käyttäminen Potilastiedon arkistosta edellyttää lisäksi potilaan ja palvelun tuottajan välillä olevaa **hoitosuhdetta**, mikä varmennetaan **palvelutapahtuma-asiakirjalla**. Myös potilaan tietojen arkistointi Kanta-palveluun edellyttää palvelutapahtuma-asiakirjaa ja ostopalvelun valtuutusta.

Ostopalvelun valtuutus koskee yhtä ostopalvelun tuottajaa, eikä siinä voi määritellä alihankintaketjua. **Alihankintatilanteessa** ostopalvelun järjestäjä on palvelun alkuperäinen

---

<sup>17</sup> Potilastiedon arkiston ostopalvelutoiminnallisuuksien asiakastestaus- ja tuotantovalmiusaikataulu julkaistaan Kanta.fi:ssä.

tilaaja, eikä mahdollinen jatkotilaaja. Jos alihankkija arkistoi tuottamansa asiakirjat Potilastiedon arkistoon omasta järjestelmästä, ostopalvelun järjestäjän on tehtävä ostopalvelun valtuutus myös alihankkijalle.

**Palvelusetelillä tuotettu ostopalvelu**, jossa ostopalvelun järjestäjä tuottaa ostopalvelun valtuutuksen palveluna, vastaa Potilastiedon arkiston näkökulmasta potilaskohtaista ostopalvelua.

### 7.1.2 Potilastiedon arkiston käyttö ostopalvelussa

Potilasasiakirja-asetus ja potilasasiakirjojen käsittelyn ohjeistus edellyttävät, että myös ostopalvelutilanteissa potilasasiakirjat tuotetaan ja arkistoidaan asianmukaisella tavalla. Ostopalvelutilanteissa tuotetut asiakirjat ovat palvelun järjestäjän asiakirjoja.

Kun asiakirjoja luovutetaan tai arkistoidaan ostopalvelun valtuutuksen nojalla, sekä palvelun järjestäjän että palvelun tuottajan on oltava liittynyt Kantaan. Ostopalvelun järjestäjän ja ostopalvelun tuottajan välillä on oltava sopimus palveluiden tuottamisesta ja sen järjestelyistä.

Ostopalvelun valtuutuksella palvelun järjestäjä voi antaa palvelun tuottajalle luvan hakea ostopalvelun valtuutuksen mukaiset potilasasiakirjat Potilastiedon arkistosta **palvelun järjestäjän rekisteristä** (käyttöoikeus) ja/tai luvan arkistoida ostopalvelun toteutuksessa syntyneet potilasasiakirjat Potilastiedon arkistoon **palvelun järjestäjän rekisteriin**. Potilaskohtaisessa ostopalvelussa ostopalvelun tuottajalle voidaan antaa käyttöoikeus ostopalvelun järjestäjän potilasasiakirjoihin, vaikka arkistointioikeutta ei olisi. Tällöin ostopalvelun tuottaja ei arkistoi palvelutapahtumaa, vaan käyttää hakutilanteessa hoitosuhteen varmentamiseen ostopalvelun järjestäjän rekisterissä oleva palvelutapahtumaa. Ostopalvelun tuottajalle voidaan antaa arkistointioikeus ostopalvelun järjestäjän rekisteriin, vaikka käyttöoikeutta ostopalvelun järjestäjän potilasasiakirjoihin ei olisi. Väestötasoisessa ostopalvelussa ostopalvelun tuottajalla on aina sekä käyttö- että arkistointioikeus.

Alla olevassa taulukossa on esitetty yhteenveto miten ostopalvelutilanteissa potilasasiakirjojen käyttö- ja arkistointioikeudet määräytyvät. Väestötasoisessa ostopalvelussa tuottajalla on palvelun järjestäjän omaan käyttöön verrattava oikeus järjestäjän potilastietoihin (asiakirjoja ei valikoida ennakoon) tai oikeutta potilasasiakirjoihin ei ole lainkaan (tuottaja pelkästään arkistoi järjestäjän rekisteriin). Potilaskohtaisessa ostopalvelussa on laajan käyttöoikeuden lisäksi myös mahdollisuus rajata palvelun tuottajan käyttöön vain tarvittavat asiakirjat.

<div>käyttökohde</div> <div>kriteeri</div>	<div>potilaskohtainen ostopalvelu (sidottu tiettyyn yksilöityyn potilaaseen)</div>		väestötasoinen ostopalvelu
<div>ostopalvelun valtuutuksen tuottajalle antama käyttöoikeus (asiakirjojen haku) järjestäjän rekisteriin</div>	<div>rajattu käyttöoikeus yksilöidyn potilaan asiakirjoihin, järjestäjä rajaa asiakirjat</div>	<div>käyttöoikeus yksilöidyn potilaan kaikkiin asiakirjoihin</div>	<div>laaja käyttöoikeus ostopalvelun järjestäjän potilasrekisterin asiakirjoihin</div>
	<div>käyttöoikeus voi puuttua</div>		<div>aina käyttöoikeus</div>



ostopalvelun valtuutuksen tuottajalle antama <b>arkistointioikeus</b> järjestäjän rekisteriin	arkistointioikeus palvelun järjestäjän potilasrekisteriin tietyn potilaan osalta	arkistointioikeus palvelun järjestäjän potilasrekisteriin useiden potilaiden osalta
	arkistointioikeus voi puuttua	aina arkistointioikeus

Jos potilas on antanut Kanta-suostumuksen tietojen luovuttamiseen ja kieltoja ei ole kohdennettu palvelun järjestäjään, Kanta-palveluihin liittynyt palvelun tuottaja saa tiedot luovutushakua käyttäen. Tällöin ostopalvelun valtuutus mahdollistaa luovutushaun tekemisen ostopalvelun järjestäjän rekisteriin arkistoidun hoitosuhteen varmentavan palvelutapahtuman perusteella.

Ostopalvelun valtuutus mahdollistaa palvelujen järjestäjän potilastietojen luovuttamisen ostopalvelun tuottajalle siinäkin tilanteessa, että potilas ei ole antanut Kanta-suostumusta tai potilas on kieltänyt palvelunjärjestäjän tietojen luovuttamisen Potilastietojen arkistosta. Potilaan tekemät kiellot tai suostumuksen puuttuminen eivät siis vaikuta tietojen luovutukseen palvelun järjestäjän potilasasiakirjojen osalta (ks. Potilasasiakirjaopas, luku 2.2.1). Muiden palvelujen antajien potilasasiakirjojen luovutukseen ostopalvelun valtuutus ei tässä tilanteessa oikeuta.

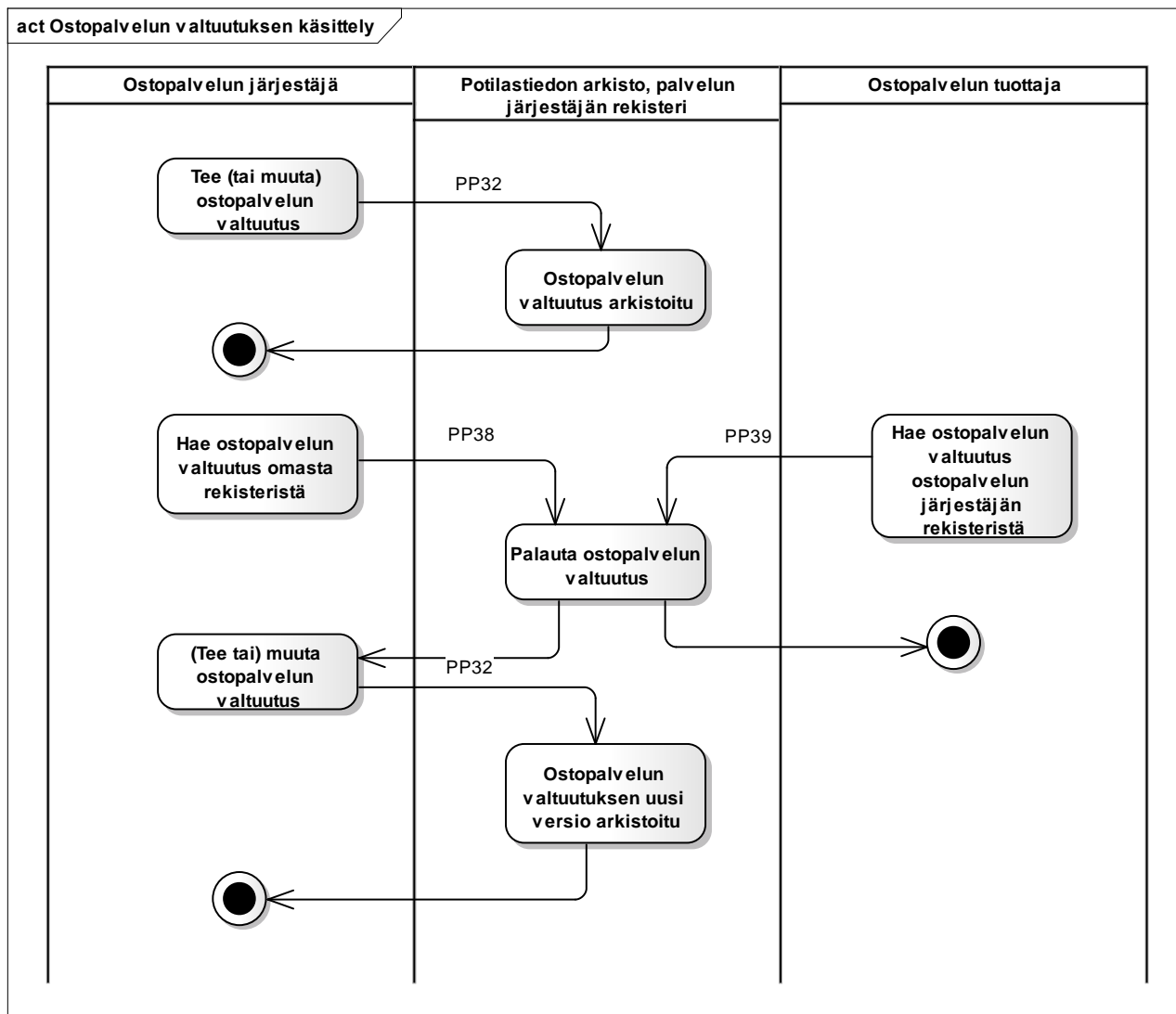
Potilaskohtaisessa ostopalvelussa ostopalvelun järjestäjä voi tarkentaa ostopalvelutilanteessa luovutettavat asiakirjat tai ajan, jolta ajalta potilasasiakirjoja luovutetaan. Tarkennukset on kuvattu luvussa "Tee ja arkistoi ostopalvelun valtuutus". Arkistopalvelu sallii ostopalvelun tuottajan arkistoida tai korjata arkistoituja hoitoasiakirjoja ostopalvelun järjestäjän rekisteriin myös ostopalvelun valtuutuksen voimassaolon päättymisen jälkeen, mikäli asianomainen palvelutapahtuma löytyy Potilastiedon arkistosta. Ostopalvelun tuottajan tekemä ostopalvelun valtuutukseen perustuva asiakirjojen haku ei kuitenkaan ole sallittu ostopalvelun valtuutuksen voimassaolon päättymisen jälkeen, joten tuolloin ostopalvelun tuottaja käyttää arkistoinnissa paikallista kopiota asiakirjasta.

Palvelun tuottaja voi hoidon toteutuksessa käyttää sekä ostopalvelun valtuutuksen nojalla haettua tietoa, luovutushaulla haettua tietoa että omassa järjestelmässään olevaa tietoa. Ostopalvelutilanteen päätyttyä palvelun tuottajalla ei ole suoraan Potilastiedon arkiston kautta pääsyä ostopalvelutilanteessa tuottamiinsa asiakirjoihin, vaan ne ovat saatavissa ainoastaan luovutuksen kautta. Palvelun tuottaja voi säilyttää ostopalvelutilanteessa syntyneet potilastiedot paikallisesti omassa järjestelmässään vain laadunvalvontaa, tilastointia ja laskutusta varten.

Ostopalvelun järjestäjä on ostopalvelussa tuotettujen asiakirjojen rekisterinpitäjä, joten tarvittaessa se voi korjata/mitätöidä asiakirjan. Ensisijaisesti korjauksen tekee kuitenkin asiakirjan tuottanut taho, mutta jos se ei jostain syystä ole mahdollista niin rekisterinpitäjän täytyy voida varmistaa asiakirjojensa asianmukaisuus. Ostopalvelun tuottaja ei saa korjata järjestäjän tekemiä asiakirjoja. Ostopalvelun tuottaja voi käsitellä ainoastaan itse kirjaamiaan asiakirjoja.

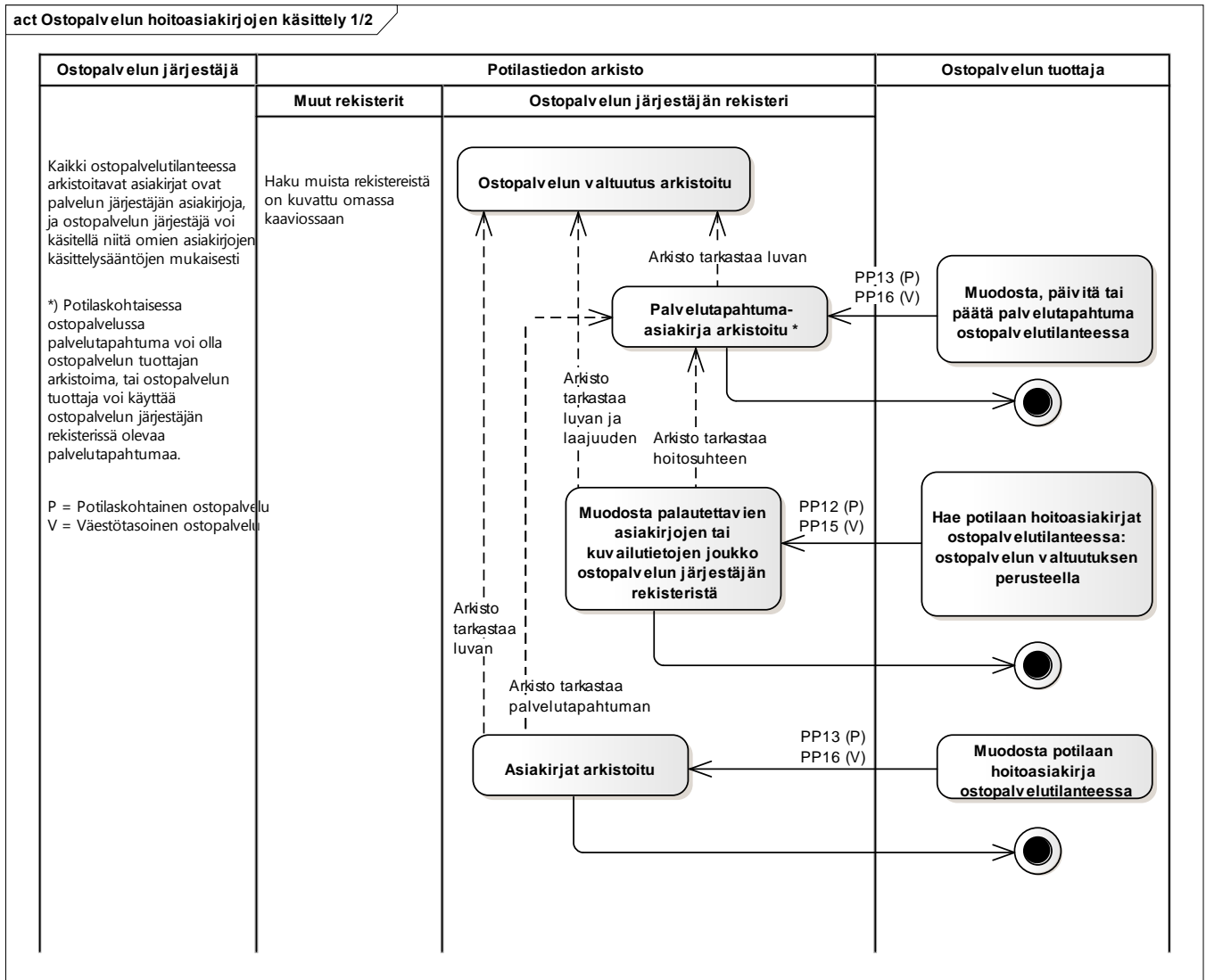


Ostopalvelun valtuutukseen liittyvät Potilastiedon arkiston toiminnallisuudet ja palvelupyynnöt on esitetty seuraavassa kuvassa.



Kuva 7-a Ostopalvelun valtuutuksen käsittely

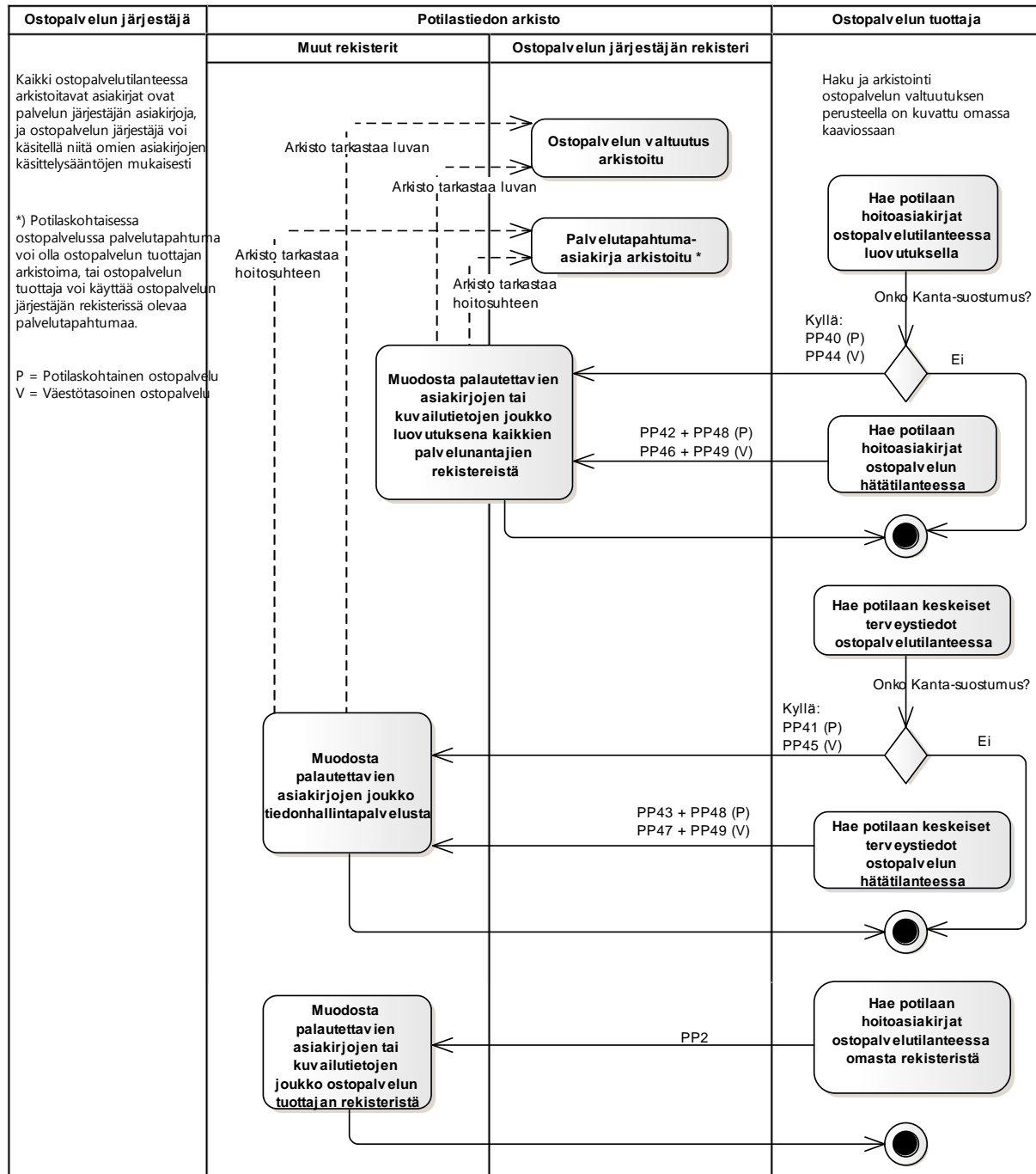
Potilastietojen hakuun ja arkistointiin liittyvät Potilastiedon arkiston toiminnallisuudet ja palvelupyynnöt ostopalvelutilanteessa ostopalvelun valtuutuksen perusteella on esitetty seuraavassa kuvassa.



Kuva 7-b Ostopalvelun hoitoasiakirjojen käsittelyprosessi, ostopalvelun valtuutuksen perusteella käsiteltävä aineisto

Potilastietojen hakuun liittyvät Potilastiedon arkiston toiminnallisuudet ja palvelupyynnot ostopalvelutilanteissa normaalien luovutussääntöjen perusteella on esitetty seuraavassa kuvassa.

## act Ostopalvelun hoitoasiakirjojen käsittely 2/2



Kuva 7-c Ostopalvelun hoitoasiakirjojen käsittelyprosessi, luovutussääntöjen perusteella saatava aineisto

### 7.1.3 Ostopalvelun valtuutuksen tuottaminen erillisjärjestelmässä

Ostopalvelun valtuutus voidaan tuottaa ostopalvelun järjestäjän käyttämässä palveluseteljä hallinnoivassa erillisjärjestelmässä. Palveluseteli-järjestelyn eri vaiheet tapahtuvat Kanta-palvelujen ulkopuolella, eikä niitä kuvata tässä dokumentissa. Ostopalvelun valtuutus arkistoidaan Kantaan siinä vaiheessa, kun tiedetään kuka palvelun tuottaa.

Palveluseteljä hallinnoiva erillisjärjestelmä toimii Kantaan päin edustamansa terveydenhuollon palvelujen antajan nimissä, jolloin ostopalvelun valtuutuksen arkistointi- ja hakusanoma tulee erillisjärjestelmästä ostopalvelun järjestäjän nimissä ja sen aiheuttamat toimenpiteet kohdistuvat ostopalvelun järjestäjän rekisteriin. Palveluseteljä hallinnoiva erillisjärjestelmä on siis yhteydessä Kantaan päin vastaavalla tavalla kuin muutkin palvelun järjestäjän erillisjärjestelmät. Arkistointi-sanomassa on yhteisen liityntäpisteen (tai erillisjärjestelmän) varmenne ja sanomakehyksessä sen palvelunantajan tiedot, jonka rekisteriin ostopalvelun valtuutus arkistoidaan.

Erillisjärjestelmä toimii ostopalvelun järjestäjän rekistereissä oman käytön tapaan, eikä kyse ole ostopalvelun valtuutuksia haettaessa luovutuksesta tai arkistoinnissa arkistoinnista toisen rekisteriin. Ostopalvelun valtuutukseen arkistointi tai päivitys erillisjärjestelmästä ei vaadi suostumusta eikä hoitosuhteen varmentamista. Erillisjärjestelmä käsittelee vain ostopalvelun valtuutuksia, eikä sen käyttämillä ostopalvelun valtuutuksen palvelupyynnöillä (PP32 ja PP38) pääse hakemaan tai käsittelemään hoitoasiakirjoja ostopalvelun järjestäjän rekistereistä.

Ostopalvelun valtuutuksen Kantaan arkistoivan erillisjärjestelmän on oltava liittynyt Kantaan, ja se on auditoitava. Kaikkien erillisjärjestelmää käyttävien ostopalvelun järjestäjien on ilmoitettava erillisjärjestelmän liityntäpisteen tiedot. Jos erillisjärjestelmä on yhteydessä suoraan Kanta-palveluihin, on Kantan teknisessä osoitteistossa oltava tieto siitä, että palvelun järjestäjän rekisteriin arkistointi sallitaan myös erillisjärjestelmän varmenteella. Muilta osin ostopalvelun valtuutuksen tuottaminen erillisjärjestelmää käyttäen vastaa Potilastiedon arkiston näkökulmasta potilaskohtaista ostopalvelua.

Potilastiedon arkisto ei erottele PTJ:stä ja erillisjärjestelmästä tehtyjä ostopalvelun valtuutuksia. PTJ:stä on mahdollista hakea ja päivittää erillisjärjestelmän arkistoima ostopalvelun valtuutus ja päinvastoin.

Erillisjärjestelmää koskevat käyttötapaukset

- Tee ja arkistoi ostopalvelun valtuutus
- Korjaa tai muuta ostopalvelun valtuutus
- Hae palvelun järjestäjän ostopalvelun valtuutus

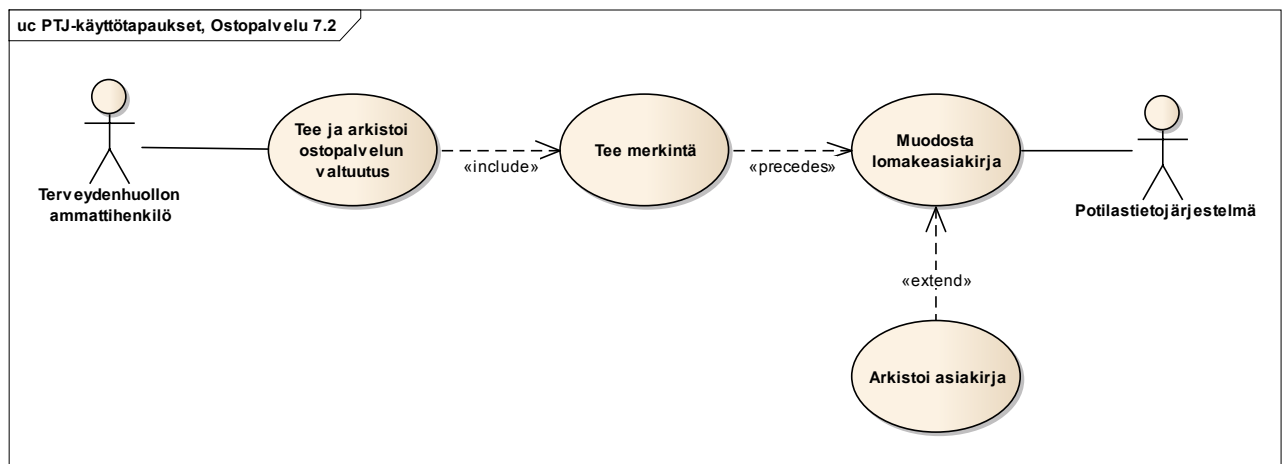
## 7.2 Tee ja arkistoi ostopalvelun valtuutus

Potilastietojärjestelmä tuottaa ostopalvelun valtuutuksen Potilastiedon arkistoon potilastietojärjestelmän tietojen perusteella. Potilastiedon arkistoon toimitettavassa valtuutusasiakirjassa tulee olla kaikki ostopalvelun valtuutuksen edellyttämät tietosisällöt. Ostopalvelun valtuutuksen arkistointi mahdollistaa arkiston osalta ostopalvelun toteuttamisen.

Ostopalvelun valtuutus muodostetaan sekä väestötasoisessa että potilaskohtaisessa ostopalvelussa. Potilaskohtaisen ostopalvelun tapauksessa ostopalvelun järjestäjä määrittelee ostopalvelun valtuutukseen, mitä ostopalvelun järjestäjän rekisterissä olevia asiakirjoja ostopalvelun tuottaja tarvitsee palvelun tuottamiseen. Ostopalvelun järjestäjän

voi valita luovutettavaksi kaikki oman rekisterinsä potilasta koskevat asiakirjat, rajatun aikavälin asiakirjat tai tiettyjä palvelutapahtumia koskevat asiakirjat. Väestötasoisessa ostopalvelussa näitä rajoituksia ei ole käytettävissä. Potilaskohtaisessa ostopalvelussa ostopalvelun järjestäjä voi lisäksi ilmoittaa ostopalvelun valtuutuksessa palvelutapahtuman, johon ostopalvelun tuottaja voi liittää arkistoitavat asiakirjat, jos ostopalvelun tuottajan ei ole tarkoitus tuottaa omaa palvelutapahtumaa ostopalvelun järjestäjän rekisteriin.

Ostopalvelun valtuutuksen käsittely tapahtuu käyttötapauksen "Tee merkintä" ja "Muodosta lomakeasiakirja" mukaisesti. Ostopalvelun valtuutus arkistoidaan "Arkistoi asiakirja" käyttötapauksen mukaisesti Arkistoasiakirjat-rekisteriin (rek. 13) palvelupyynnöllä PP32. Käyttötapauksen suhteet on esitetty seuraavassa kuvassa.



Kuva 7-d Ostopalvelun valtuutuksen arkistoinnin käyttämät käyttötapaukset

Ostopalvelutilanteessa em. käyttötapauksen esiehtojen lisäksi ovat voimassa seuraavat esiehdot:

- Palvelun järjestäjä on tehnyt ostopalvelusopimuksen palvelun tuottajan kanssa.

#### Poikkeukset käyttötapaukseen "Tee merkintä":

- Esiehdot:
  - o Kohta potilas on yksilöity. Tämä esiehto on relevantti ainoastaan potilaskohtaista ostopalvelun valtuutusta tehtäessä. Väestötasoisessa ostopalvelun valtuutuksessa ei yksilöidä potilasta.
- Onnistunut käyttötapaus:
  - o Väestötasoista ostopalvelun valtuutusta tehtäessä ei tarkisteta potilaan ja käyttäjän välistä asiayhteyttä. Potilaskohtaista ostopalvelun valtuutusta tehtäessä asiayhteys on tarkistettava.
  - o Ostopalvelun valtuutuksessa käytettävä kirjaamispohja on asiakirjalomake OSVA.

#### Poikkeukset käyttötapaukseen "Muodosta lomakeasiakirja":

- Yhteenveto:
  - o Kohta "Potilas on yksilöity" on relevantti ainoastaan potilaskohtaista ostopalvelun valtuutusta tehtäessä. Väestötasoisessa ostopalvelun valtuutuksessa ei yksilöidä potilasta.
  - o Ostopalvelun valtuutusta ei liitetä palvelutapahtumaan
- Onnistunut käyttötapaus:
  - o Ostopalvelun valtuutuksessa käytettävä kirjaamispohja on asiakirjalomake OSVA

- Ostopalvelun valtuutuksen sisältötiedot (huom. Tarkista ajantasainen tietosisältö lomakemäärittelystä):
  - a. Asiakirjan tunniste
  - b. Ostopalvelun tyyppi: väestötasoinen tai potilaskohtainen valtuutus
  - c. ostopalvelun voimassaoloaika (alku- ja loppupvm)
  - d. Palvelun järjestäjä: tunniste ja nimi sekä hoitovastuullinen palveluyksikkö (väestötasoisessa ostopalvelussa palveluyksikkö ei ole pakollinen)
  - e. Palvelun tuottaja: tunniste ja nimi
  - f. Ostopalvelun tuottajan oikeus käyttää palvelun järjestäjän rekisteriä
  - g. Ostopalvelun tuottajan oikeus tallentaa syntyneet asiakirjat palvelun järjestäjän rekisteriin
  - h. Lisäksi on annettava asiakirjan tallentajan tiedot.

Potilaskohtaisessa ostopalvelun valtuutuksessa lisäksi:

- i. Palvelun järjestäjän arkistoima palvelutapahtuma: Ostopalvelun järjestäjä voi yksilöidä, mitä ostopalvelun järjestäjän rekisterissä olevaa palvelutapahtumaa ostopalvelun tuottaja käyttää, jos ostopalvelu tuottajan ei ole tarkoitus arkistoida omaa palvelutapahtumaa ostopalvelun järjestäjän rekisteriin.
- j. Potilaan tiedot
- k. Luovutettavat asiakirjat. Ostopalvelun järjestäjä määrittelee järjestäjän rekisteristä ostopalvelun tuottajalle luovutettavan aineiston laajuuden. Käytössä on seuraavat kolme vaihtoehtoa, joista järjestäjä valitsee yhden:
  - i. kaikki asiakirjat
  - ii. arkistosta luovutettavan aineiston aikaväli
  - iii. luovutettavat palvelutapahtumat<sup>18</sup>.

#### Poikkeukset käyttötapaukseen "Arkistoi asiakirja":

- Onnistunut käyttötapaus:
  - o Käytettävä palvelupyyntö on PP32
  - o Rekisteri, johon arkistoidaan on Arkistoasiakirjat (rek. 13).

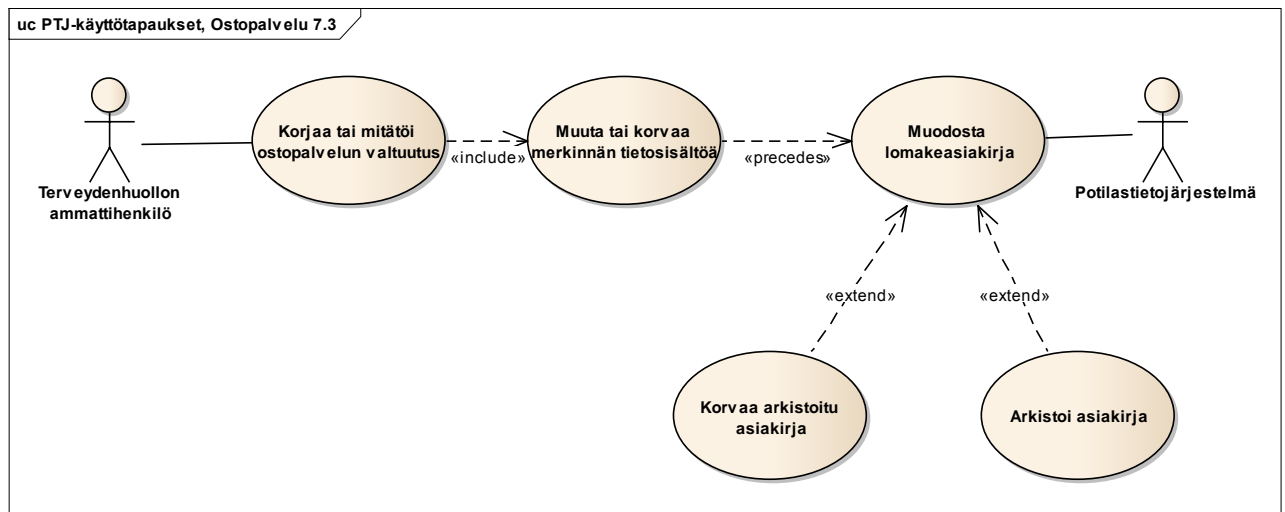
## 7.3 Korjaa tai mitätöi ostopalvelun valtuutus

Ostopalvelun valtuutuksen tietosisältöä voidaan tarvittaessa korjata tai valtuutus voidaan mitätöidä potilastietojärjestelmästä. Ostopalvelun valtuutus voidaan korjata esim. jos potilas peruu tai vaihtaa palveluntuottajaa, jos järjestäjä vaihtaa palveluntuottajaa, ostopalvelun valtuutuksen voimassaoloaika muutetaan tai luovutettavan aineiston laajuutta muutetaan. Mitätöinti on mahdollinen, jos ostopalvelun valtuutus on tehty väärälle potilaalle. Palveluntuottajan vaihtuessa ostopalvelun valtuutuksen voimassaoloaika päätetään ja tehdään uusi ostopalvelun valtuutus uudelle tuottajalle.

Ostopalvelun valtuutuksen käsittely tapahtuu käyttötapauksen "Muuta tai korvaa merkinnän tietosisältöä", "Muodosta lomakeasiakirja" ja "Korvaa arkistoitu asiakirja" mukaisesti. Ostopalvelun valtuutus arkistoidaan "Arkistoi asiakirja" käyttötapauksen mukaisesti Arkistoasiakirjat-rekisteriin (rek.13) palvelupyynnöllä PP32. Käyttötapauksen suhteet on esitetty seuraavassa kuvassa.

---

<sup>18</sup> Palvelutapahtumarajaus-mahdollisuutta ei ole välttämätöntä toteuttaa ostopalvelun valtuutuksia tuottaviin järjestelmiin, joissa ei ole käytettävissä tietoa palvelutapahtumista.



Kuva 7-e Ostopalvelun valtuutuksen korjauksen ja mitätöinnin käyttämät käyttötapaukset

#### Poikkeukset käyttötapaukseen "Muuta tai korvaa merkinnän tietosisältöä"

- Esiehdot:
  - o Kohta "PTJ:ssä on potilasta koskeva merkintä, jonka käyttäjä näkee": Tämä kohta on relevantti ainoastaan potilaskohtaista ostopalvelun valtuutusta tehtäessä. Väestötasoisessa ostopalvelun valtuutuksessa ei yksilöidä potilasta.
  - o Väestötasoista ostopalvelun valtuutusta muokattaessa ei tarvitse tarkistaa potilaan ja käyttäjän välistä asiayhteyttä. Potilaskohtaista ostopalvelun valtuutusta muokattaessa asiayhteys on tarkistettava.

#### Poikkeukset käyttötapaukseen "Muodosta lomakeasiakirja":

- Yhteenveto:
  - o Kohta "Potilas on yksilöity" on relevantti ainoastaan potilaskohtaista ostopalvelun valtuutusta tehtäessä. Väestötasoisessa ostopalvelun valtuutuksessa ei yksilöidä potilasta.
  - o Ostopalvelun valtuutusta ei liitetä palvelutapahtumaan
- Onnistunut käyttötapaus: Ostopalvelun valtuutuksessa käytettävä kirjaamispohja on asiakirjalomake OSVA.

#### Poikkeukset käyttötapaukseen "Korvaa arkistoitu asiakirja":

- Yhteenveto: käytettävissä ovat syykoodit 1 (korjaus) ja 2 (mitätöinti).

#### Poikkeukset käyttötapaukseen "Arkistoi asiakirja":

- Onnistunut käyttötapaus:
  - o Käytettävä palvelupyyntö on PP32
  - o Rekisteri, johon arkistoidaan on Arkistoasiakirjat (rek. 13).

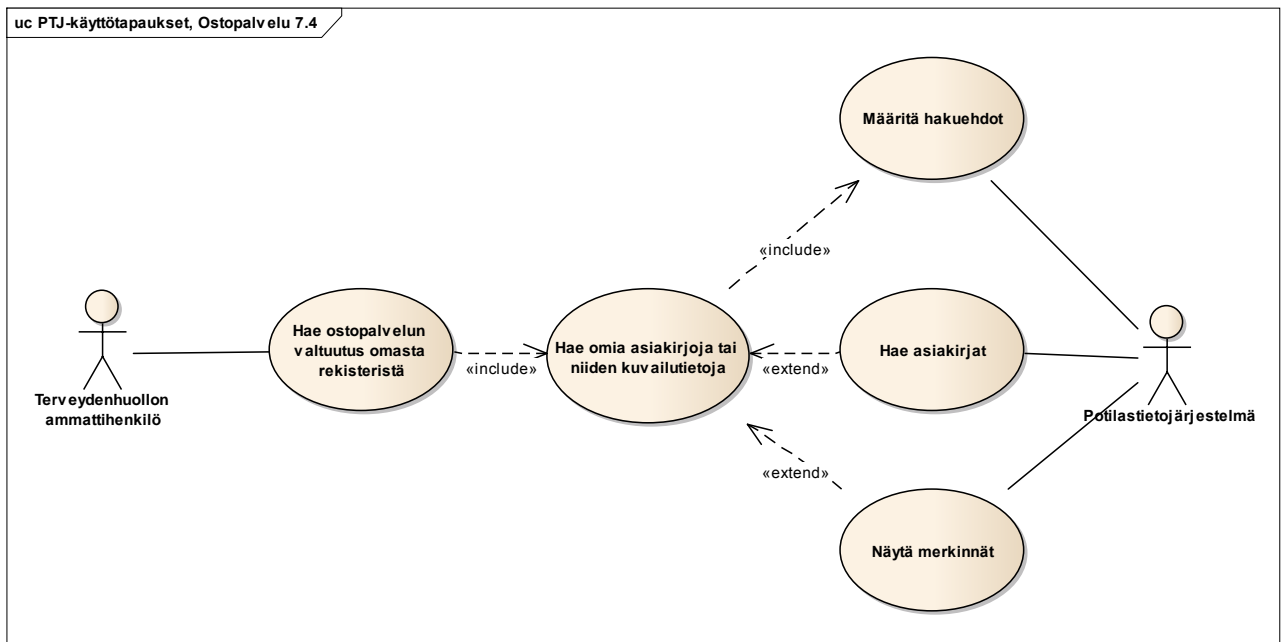
## 7.4 Hae ostopalvelun valtuutus omasta rekisteristä

Ostopalvelun järjestäjä voi hakea ostopalvelun valtuutus –asiakirjan tai sen kuvailutiedot Potilastiedon arkistosta katselua, muutosta tai mitätöintiä varten.

Potilaskohtaiset ostopalvelun valtuutukset haetaan antamalla hakuehtona potilaan virallinen henkilötunnus. Väestötasoiset ostopalvelun valtuutukset saadaan tekemällä haku ilman henkilötunnus-hakuparametria.

Ostopalvelun valtuutuksen haku omasta rekisteristä tapahtuu käyttötapauksen "Hae omia asiakirjoja ja niiden kuvailutietoja" ja sen käyttämien alikäyttötapauksen mukaisesti.

Haku kohdistuu palvelun järjestäjän omaan Arkistoasiakirjat-rekisteriin (13). Käytettävä palvelupyynnö on PP38 ja annettava asiakirjatyyppe on ostopalvelun valtuutus (OSVA). Käyttötapauksen suhteet on esitetty seuraavassa kuvassa.



Kuva 7-f Ostopalvelun valtuutuksen omasta rekisteristä haun käyttämät käyttötapaukset

#### Poikkeukset käyttötapaukseen "Hae omia asiakirjoja ja niiden kuvailutietoja":

- Yhteenveto: Potilaskohtaisen ostopalvelun valtuutuksen haku kohdistuu yhden potilaan ostopalvelun valtuutuksiin. Väestötasoisien ostopalvelun valtuutuksen haussa haetaan kaikki väestötasoiset ostopalvelun valtuutukset
- Esiehdot:
  - o Potilaan yksilöinti vain potilaskohtaisessa ostopalvelun valtuutuksen haussa, ei väestötasoisessa ostopalvelun valtuutuksen haussa
  - o Potilaan yksilöinti ostopalvelussa aina vain virallisella henkilötunnuksella
- Onnistunut käyttötapaus:
  - o Käytettävä palvelupyynnö on PP38
  - o Kuvailutiedot haetaan vain asiakirjan tasolla, ei palvelutapahtuma-tasolla.

#### Poikkeukset käyttötapaukseen "Määritä hakuehdot":

- Yhteenveto: haku kohdistuu aina asiakirjoihin, kuvailutietoja ei haeta erikseen
- Onnistunut käyttötapaus:
  - o Käytettävä palvelupyynnö on PP38
  - o Potilaskohtaisessa ostopalvelutilanteessa hakuparametrina on henkilötunnus, jolloin haku tuo vain potilaskohtaiset ostopalvelun valtuutukset. Väestötasoisessa ostopalvelussa ei ole henkilötunnus-parametria, ja haku tuo vain väestötasoiset ostopalvelun valtuutukset.
  - o Haku kohdistuu aina asiakirjoihin, kuvailutietoja ei haeta erikseen.



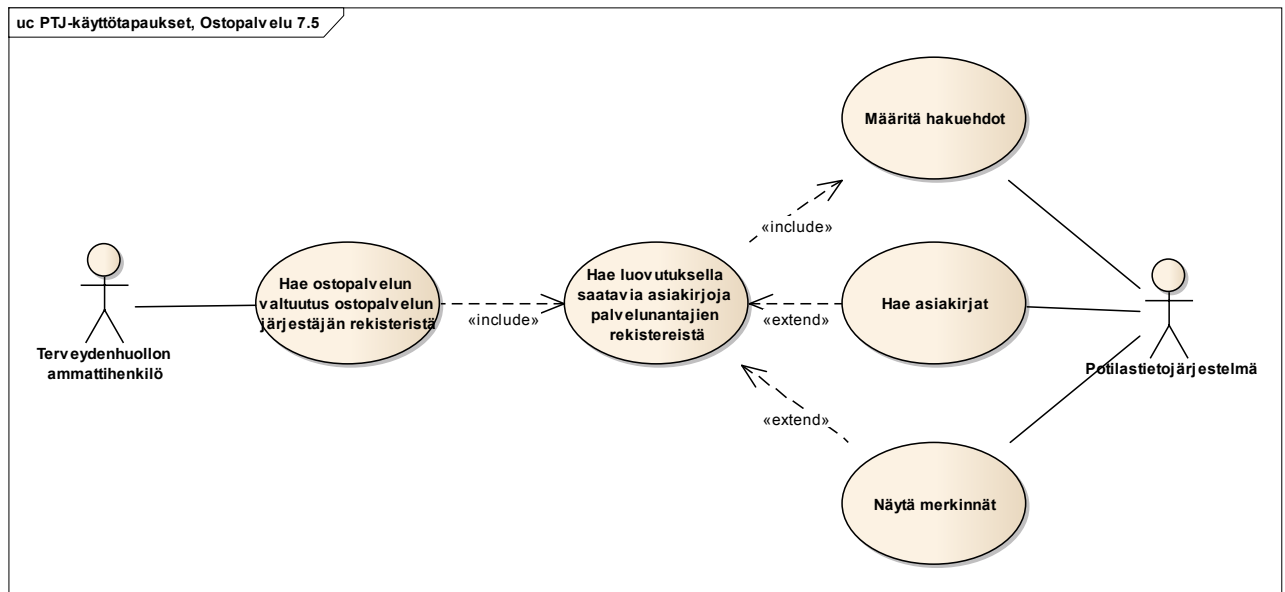
Ei poikkeuksia käyttötapauksiin "Asiakirjojen haku" ja "Näytä merkinnät".

## 7.5 Hae ostopalvelun valtuutus ostopalvelun järjestäjän rekisteristä

Ostopalvelun tuottaja voi potilastietojärjestelmästä hakea Potilastiedon arkistosta ostopalvelun järjestäjien rekistereistä ne ostopalvelun valtuutukset, joissa hakija on ostopalvelun tuottaja. Arkistopalvelu tarkastaa, että ostopalvelun tuottaja saa nähdäkseen vain ne voimassaolevat ostopalvelun valtuutukset, joissa on itse palvelun tuottajana.

Potilaskohtaiset ostopalvelun valtuutukset haetaan antamalla hakuehtona potilaan virallinen henkilötunnus. Väestötasoiset ostopalvelun valtuutukset saadaan tekemällä haku ilman henkilötunnus-hakuparametria. Ostopalvelun valtuutuksessa on ostopalvelun riittävät tiedot, jotta ostopalvelun toteuttamisen vaatimat palvelutapahtuman arkistointi, asiakirjojen haku ja arkistointi palvelun järjestäjän rekisteriin olisivat mahdollisia. Valtuutuksen haku ei edellytä hoitosuhteen varmentavan palvelutapahtuma-asiakirjan olemassaoloa.

Ostopalvelun valtuutuksen haku palvelun järjestäjän rekisteristä tapahtuu käyttötapauksen "Hae luovutuksella saatavia asiakirjoja palvelunantajien rekistereistä" ja sen käyttämien alikäyttötapauksen mukaisesti. Haku kohdistuu muiden rekisterinpitäjien (ei omaan) arkistoasiakirjat-rekisteriin (rek. 13). Käytettävä palvelupyyntö on PP39 ja haettava asiakirjatyyppeiksi ostopalvelun valtuutus (OSVA). Käyttötapauksen suhteet on esitetty seuraavassa kuvassa.



Kuva 7-g Ostopalvelun valtuutuksen ostopalvelun järjestäjän rekisteristä haun käyttämät käyttötapaukset

### Poikkeukset käyttötapaukseen "Hae luovutuksella saatavia asiakirjoja palvelunantajien rekistereistä":

- Yhteenveto:
  - o Potilaskohtaisen ostopalvelun valtuutuksen haku kohdistuu yhden potilaan ostopalvelun valtuutuksiin. Väestötasoisien ostopalvelun valtuutuksen haussa haetaan kaikki väestötasoiset ostopalvelun valtuutukset.
  - o Käytettävä palvelupyyntö on PP39
  - o Palvelutapahtumaa ei ole
  - o Haku kohdistuu aina asiakirjoihin, kuvailutietoja ei haeta erikseen

- Potilaskohtaisen ostopalvelun valtuutuksen haun yhteydessä ei tarkasteta potilaan suostumusta tai kieltoja
- Esiehdot:
  - Potilaan yksilöinti vain potilaskohtaisessa ostopalvelun valtuutuksen haussa, ei väestötasoisessa ostopalvelun valtuutuksen haussa
  - Potilaskohtaisen ostopalvelun valtuutuksen haun yhteydessä hoitosuhdetta ei tarkasteta, eikä palvelutapahtumaa ole.
- Onnistunut käyttötapaus: haku kohdistuu aina asiakirjoihin, kuvailutietoja ei haeta erikseen.

#### Poikkeukset käyttötapaukseen "Määritä hakuehdot":

- Yhteenveto:
  - Potilaskohtaisen ostopalvelun valtuutuksen haussa potilaan tekemät suostumukset ja kiellot eivät vaikuta hakutulokseen
  - Väestötasoisessa ostopalvelun valtuutuksen haussa potilasta ei yksilöidä
  - Haku kohdistuu aina asiakirjoihin, kuvailutietoja ei haeta erikseen
  - Palautetaan aina vain voimassa olevien ostopalvelun valtuutus -asiakirjojen viimeisin versio
- Onnistunut käyttötapaus:
  - Käytettävä palvelupyyntö on PP39
  - Potilaskohtaisessa ostopalvelutilanteessa hakuparametrina on henkilötunnus, jolloin haku tuo vain potilaskohtaiset ostopalvelun valtuutukset. Väestötasoisessa ostopalvelussa ei ole henkilötunnusparametria, ja haku tuo vain väestötasoiset ostopalvelun valtuutukset. Haku kohdistuu aina asiakirjoihin, kuvailutietoja ei haeta erikseen
  - Palautetaan aina vain voimassa olevien ostopalvelun valtuutus -asiakirjojen viimeisin versio.

Ei poikkeuksia käyttötapauksiin "Asiakirjojen haku" ja "Näytä merkinnät".

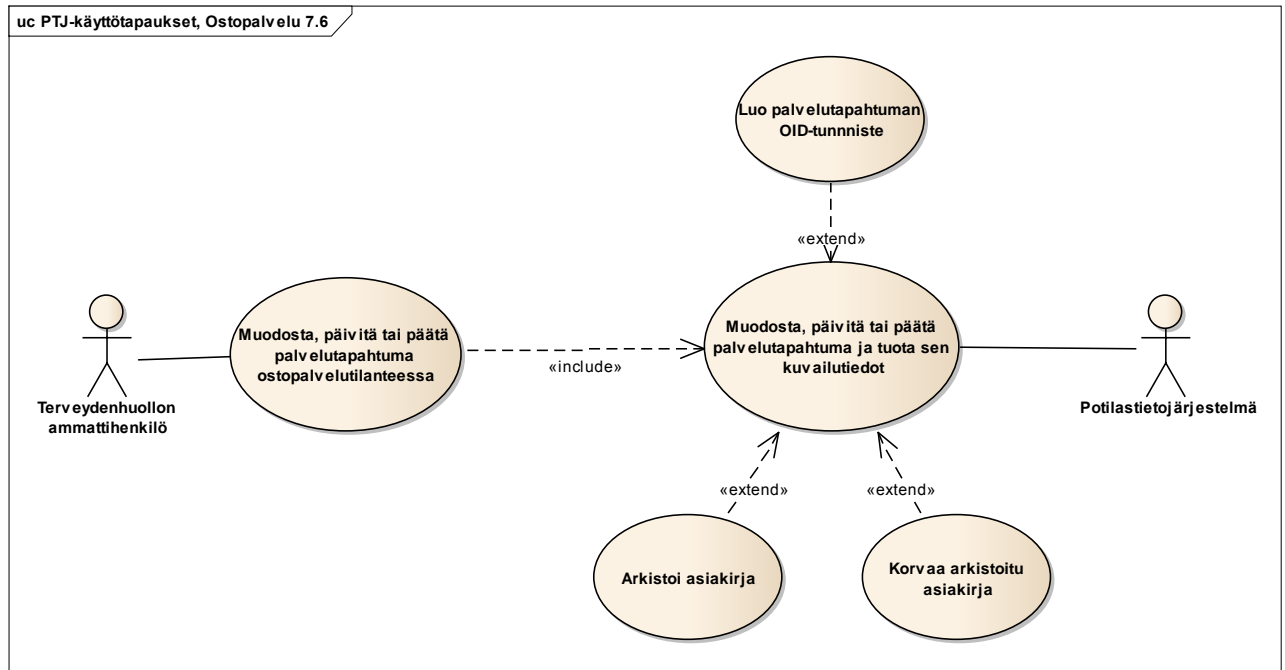
## 7.6 Muodosta, päivitä tai päätä palvelutapahtuma ostopalvelutilanteessa

Käyttötapauksessa ostopalvelun tuottaja muodostaa ja arkistoi palvelutapahtuma-asiakirjan ostopalvelun järjestäjän rekisteriin. Arkistopalvelu tarkastaa, että ostopalvelun järjestäjä on valtuuttanut ostopalvelun valtuutuksella ostopalvelun tuottajan arkistoimaan ostopalvelun toteutuksessa syntyvät asiakirjat ostopalvelun järjestäjän rekisteriin.

Ostopalvelutilanteessa tietojen käyttäminen Potilastiedon arkistosta edellyttää ostopalvelun valtuutuksen lisäksi potilaan ja palvelun tuottajan välillä olevaa hoitosuhdetta, joka todennetaan hoitosuhteen varmistavalla palvelutapahtumalla. Ostopalvelun tuottaja tarvitsee ostopalvelun järjestäjän rekisterissä olevan palvelutapahtuman myös hoitoasiakirjojen arkistointia varten. Ostopalvelun järjestäjä ja tuottaja sopivat, käyttäkö ostopalvelun tuottaja järjestäjän rekisterissä olevaa palvelutapahtumaa, vai arkistoiko ostopalvelun tuottaja oman palvelutapahtuman ostopalvelun järjestäjän rekisteriin..

Tämä käyttötapaus kuvaa ostopalvelun tuottajan ostopalvelun järjestäjän rekisteriin tuottaman palvelutapahtuman käsittelyä. Käyttötapaus koskee sekä väestötasoista että potilaskohtaista ostopalvelua. Tilanteet, joissa ostopalvelun järjestäjä arkistoi palvelutapahtuman omaan rekisteriinsä, kuvataan käyttötapauksessa "Muodosta, päivitä tai päätä palvelutapahtuma ja tuota sen kuvailutiedot".

Ostopalvelun tuottajan tuottaman palvelutapahtuman käsittely tapahtuu käyttötapauksen "Muodosta, päivitä tai päätä palvelutapahtuma ja tuota sen kuvailutiedot" ja sen käyttämien alikäyttötapauksen mukaisesti. Arkistoinnissa käytetään palvelupyynnöjä PP13 tai PP16 riippuen siitä onko kyseessä potilaskohtainen vai väestötasoinen ostopalvelu. Käyttötapauksen suhteet on esitetty seuraavassa kuvassa.



Kuva 7-h Palvelutapahtuman käsittelyn käyttämät käyttötapaukset ostopalvelutilanteessa

#### Poikkeukset käyttötapaukseen " Muodosta, päivitä tai päätä palvelutapahtuma ja tuota sen kuvailutiedot":

- Esiehdot:
    - o Ostopalvelujen järjestäjän ja ostopalvelun tuottajan välillä on olemassa ostopalvelusopimus. Ostopalvelusopimukseen sisältyy ostopalvelun järjestäjän ostopalvelun tuottajalle antama oikeus arkistoida asiakirjoja järjestäjän rekisteriin.
    - o Ostopalvelun valtuutus on arkistoitu Potilastiedon arkistoon ostopalvelun järjestäjän rekisteriin
    - o Ostopalvelun tuottajalla on ostopalvelusopimuksen perusteella tiedossa ostopalvelujen järjestäjän rekisteri, jota valtuutus koskee
    - o Käyttäjä, jolla on oikeudet aktivoida ostopalvelun toteutus, on kirjautunut potilastietojärjestelmään
  - Onnistunut käyttötapaus:
    - o Palvelun tuottajan palvelutapahtuma-asiakirja arkistoidaan palvelun järjestäjän rekisteriin
    - o Palvelutapahtuma yksilöi potilaan lisäksi:
      - ostopalvelun tuottajan ja ostopalvelun tuottajan ja järjestäjän palveluyksikön.
- Ostopalvelun tuottaja kirjaa palvelutapahtumalle ensimmäiseksi hoitotapahtumaan osallistuvaksi palveluyksiköksi oman palveluyksikkönsä. Potilaskohtaisessa ostopalvelussa ostopalvelun tuottaja kirjaa lisäksi toiseksi palveluyksiköksi ostopalvelun järjestäjän palveluyksikön, joka on määritelty ostopalvelun valtuutuksessa. Ostopalvelun järjestäjän palveluyksikön palvelutapahtuma-asiakirjan kuvailutiedoissa on oltava

- järjestyksessä viimeisin palveluyksikkö.  
Väestötasoisessa ostopalvelussa ostopalvelun järjestäjän palveluyksikön kirjaaminen palvelutapahtumaan ei ole pakollista.
- ostopalvelun järjestäjän sekä palvelun järjestäjän rekisterinpitäjän ja rekisterin.

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Korvaa arkistoitu asiakirja":**

- Esiehdot: Ostopalvelutilanteessa korjaava toimintayksikkö voi olla ostopalvelun valtuutuksen valtuuttamana ostopalvelun tuottaja.

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Arkistoi asiakirja":**

- Onnistunut käyttötapaus:
  - Väestötasoisessa ostopalvelutilanteessa käytettävä palvelupyyntö on PP16 ja potilaskohtaisessa PP13
  - Rekisteri, johon arkistoidaan, on ostopalvelun järjestäjän rekisteri.

Ei poikkeuksia käyttötapaukseen "Luo palvelutapahtuman OID-tunniste".

## 7.7 Hae potilaan hoitoasiakirjat ostopalvelutilanteessa

Ostopalvelun tuottaja hakee Potilastiedon arkistosta ostopalvelutilanteessa tarvittavat asiakirjat ostopalvelun toteuttamista varten. Arkistopalvelu tarkastaa, että palvelun järjestäjä on ostopalvelun valtuutuksella valtuuttanut palvelun tuottajan hakemaan asiakirjoja.

Jos potilas on antanut Kanta-suostumuksen, haettavissa ovat kaikki Kanta-luovutuksella saatavat asiakirjat mukaan lukien ostopalvelun järjestäjän rekisterissä olevat asiakirjat. Jos Kanta-suostumusta ei ole, haettavissa ovat vain ostopalvelun järjestäjän rekisterin asiakirjat. Haettavissa ovat aina myös ostopalvelun tuottajan omassa rekisterissä olevat potilasta koskevat asiakirjat.

Ostopalvelun toteuttamisen yhteydessä tapahtuvaa hätätilannetta varten ostopalvelun tuottajalla on käytössä myös hätätilanteessa tehtävät haut. Hoitosuhteen todentaminen tapahtuu tällöin ostopalvelun periaatteiden mukaisesti, ja Kanta-suostumuksen ja luovutuskieltojen käsittely hätätilanteessa tehtävien hakujen periaatteiden mukaisesti.

Potilastietojärjestelmällä on ostopalvelutilanteessa käytettävissä useita hakuja, joita potilastietojärjestelmässä voidaan käyttää tarpeen mukaan. Arkistopalvelu palauttaa kunkin haun tulosjoukon sellaisenaan. Potilastietojärjestelmä voi yhdistellä tulosjoukot tarvitsemallaan tavalla.

Käytettävissä olevat haut:

- Ostopalvelun valtuutukseen perustuva haku ostopalvelun järjestäjän rekisteristä (PP12 ja PP15)
- Haku ostopalvelun tuottajan omasta rekisteristä (PP2)
- Kanta-suostumukseen perustuva luovutushaku muiden palveluntuottajien hoitoasiakirjojen rekistereistä (PP40 ja PP44)
- Luovutushaku hätätilanteessa muiden palveluntuottajien hoitoasiakirjojen rekistereistä (PP42 ja PP46)
- Kanta-suostumukseen perustuva keskeisten terveystietojen haku (PP41 ja PP45)
- Keskeisten terveystietojen haku hätätilanteessa (PP43 ja PP47).

Palvelupyyntöjä PP40-PP43 käytetään, kun kyseessä on potilaskohtaiseen ostopalvelun valtuutukseen perustuva haku. Palvelupyyntöjä PP44-PP47 käytetään, kun kyseessä on väestötasoiseen ostopalvelun valtuutukseen perustuva haku.

### **7.7.1 Ostopalvelun valtuutukseen perustuva haku ostopalvelun järjestäjän rekisteristä**

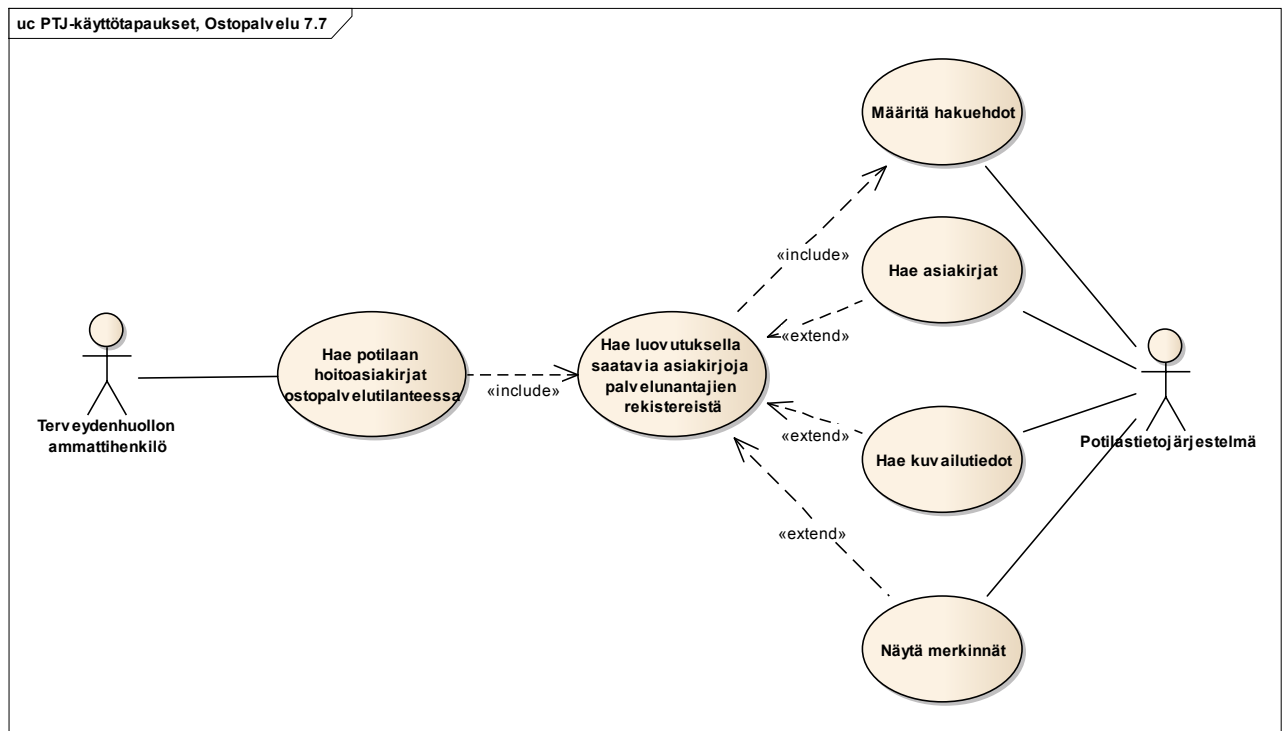
Ostopalvelun tuottaja hakee potilasta koskevat asiakirjat ostopalvelun valtuutuksen perusteella ostopalvelun järjestäjän rekisteristä. Arkistopalvelu tarkastaa ostopalvelun valtuutuksen ja hoitosuhteen todentavan palvelutapahtuman ostopalvelun järjestäjän rekistereistä, ja palauttaa potilastietojärjestelmälle tulosjoukon. Haku on sallittu ostopalvelun valtuutuksen voimassaolon ajan.

Potilaskohtaisessa ostopalvelussa arkistopalvelu rajaa haun tulosjoukon ostopalvelun valtuutuksen mukaisesti. Jos ostopalvelun valtuutuksessa on annettu erikseen palvelun järjestäjän arkistoiman palvelutapahtuman tunniste, palautetaan aina myös kyseisen palvelutapahtuman asiakirjat tai niiden mukaiset kuvailutiedot.

Potilaskohtaisessa ostopalvelutilanteessa ostopalvelun valtuutukset yhdistetään seuraavalla tavalla, jos ostopalvelun tuottajalla on useita samaa potilasta ja ostopalvelun järjestäjän rekisteriä koskevia voimassaolevia ostopalvelun valtuutuksia:

- Jos jossain käytettävissä olevassa ostopalvelun valtuutuksessa on asetettu palautettavaksi kaikki asiakirjat, palautetaan kaikki asiakirjat
- Jos käytettävissä olevissa ostopalvelun valtuutuksissa on asetettu luovutettavia palvelutapahtumia tai ajanjaksoja, nämä kaikki palautetaan.

Potilaan hoitoasiakirjojen ja niiden kuvailutietojen haku ostopalvelun järjestäjän rekistereistä ostopalvelun valtuutuksen valtuuttamana tapahtuu ostopalvelutilanteessa käyttötapauksen "Hae luovutuksella saatavia asiakirjoja palvelunantajien rekistereistä" ja sen käyttämien alikäyttötapauksien mukaisesti. Haussa käytetään palvelupyyntöjä PP12 tai PP15 riippuen siitä onko kyse potilaskohtaisesta vai väestötasoisesta ostopalvelusta. Molemmissa hauissa haetaan yhden potilaan tietoja. Käyttötapauksen suhteet on esitetty seuraavassa kuvassa.



Kuva 7-i Potilaan hoitoasiakirjojen haun käyttämät käyttötapaukset ostopalvelutilanteessa

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Hae luovutuksella saatavia asiakirjoja palvelunantajien rekistereistä":**

- Yhteenveto:
  - o Väestötasoisessa ostopalvelutilanteessa käytettävä palvelupyynnö on PP15 ja potilaskohtaisessa PP12
  - o Palvelun tuottajan hoitosuhteen potilaaseen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu palvelun järjestäjän rekisteriin.
  - o Arkistopalvelu huolehtii haun oikeasta rajaamisesta ostopalvelun valtuutuksen perusteella potilaskohtaisessa ostopalvelussa
  - o Potilaan tekemällä suostumuksella ei ole vaikutusta kun haku tehdään näillä ostopalvelun palvelupyynnöillä
  - o Potilaan tekemiä kielloja ei huomioida.
- Esiehdot:
  - o Palvelujen järjestäjän ja palvelun tuottajan välillä on olemassa ostopalvelusopimus. Ostopalvelusopimukseen sisältyy hoidon järjestäjän antama oikeus hoidon tuottajan käyttää järjestäjän potilasasiakirjoja.
  - o Ostopalvelun valtuutus on arkistoitu Potilastiedon arkistoon palvelun järjestäjän rekisteriin
  - o Palvelun tuottajalla on ostopalvelusopimuksen perusteella tiedossa palvelujen järjestäjän rekisteri jota valtuutus koskee.
  - o Palvelun tuottajan hoitosuhteen potilaaseen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu palvelun järjestäjän rekisteriin.

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Määritä hakuehdot":**

- Yhteenveto:
  - o Arkistopalvelu huolehtii haun oikeasta rajaamisesta ostopalvelun valtuutuksen perusteella potilaskohtaisessa ostopalvelussa. Potilaan tekemät kiellot eivät vaikuta hakutulokseen.

- Ostopalvelutilanteessa palautetaan vain viimeisin asiakirjan versio tai viimeisimmän asiakirjaversioiden mukaiset kuvailutiedot
- Onnistunut käyttötapaus:
  - Väestötasoisessa ostopalvelutilanteessa käytettävä palvelupyyntö on PP15 ja potilaskohtaisessa PP12
  - Ostopalvelutilanteessa palautetaan vain viimeisin asiakirjan versio tai viimeisimmän asiakirjaversioiden mukaiset kuvailutiedot
  - Asiakirjojen haku kohdistuu vain yhteen, ostopalvelun valtuutuksessa yksilöityyn ostopalvelun järjestäjän rekisteriin. Käytettävissä ovat lisäksi käytetyn palvelupyyntöön muut hakuparametrit (ks. Medical Records - määritykset)

Ei poikkeuksia käyttötapauksiin "Hae kuvailutiedot", "Asiakirjojen haku" ja "Näytä merkinnät".

### 7.7.2 Haku ostopalvelun tuottajan omasta rekisteristä ostopalvelutilanteessa

Ostopalvelun tuottaja hakee potilasta koskevat asiakirjat Potilastiedon arkistosta omasta rekisteristään. Arkistopalvelu ei tarkasta ostopalvelun valtuutusta ja eikä hoitosuhdetta todentavaa palvelutapahtumaa.

Hoitoasiakirjojen ja niiden kuvailutietojen haku ostopalvelun tuottajan omasta rekisteristä tapahtuu käyttötapauksen "Hae omia asiakirjoja tai niiden kuvailutietoja" ja sen käyttämien alikäyttötapauksien mukaisesti.

### 7.7.3 Kanta-suostumukseen perustuva luovutushaku ostopalvelutilanteessa

Ostopalvelun tuottaja hakee potilasta koskevat hoitoasiakirjat luovutushaulla Potilastiedon arkistosta. Ostopalvelun valtuutus mahdollistaa luovutushaun tekemisen, vaikka hoitosuhteen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu ostopalvelun järjestäjän rekisteriin. Haku on sallittu ostopalvelun valtuutuksen nojalla arkistoidun palvelutapahtuman voimassaolon ajan ja se on laajennettavissa koskemaan myös rekisterinpitäjän oman rekisterin tietoja, kuten muutkin luovutushaut.

Arkistopalvelu tarkastaa Kanta-suostumuksen tiedonhallintapalvelusta ja hoitosuhteen todentavan palvelutapahtuman ostopalvelun järjestäjän rekistereistä, ja palauttaa potilastietojärjestelmälle tulosjoukon. Ostopalvelun valtuutuksessa asetetut luovutettavan aineiston rajaukset eivät koske yleistä Kanta-luovutusta. Ostopalvelun järjestäjän tiedot palautetaan voimassaolevien kieltojen mukaisesti rajattuina, kuten muidenkin palvelunantajien tiedot.

Hoitoasiakirjojen ja niiden kuvailutietojen luovutushaku ostopalvelun valtuutuksen valtuuttamana tapahtuu käyttötapauksen "Hae luovutuksella saatavia asiakirjoja palvelunantajien rekistereistä" ja sen käyttämien alikäyttötapauksien mukaisesti. Haussa käytetään palvelupyyntöä PP40 (potilaskohtainen ostopalvelu) tai PP44 (väestötasoinen ostopalvelu). Käyttötapauksen suhteet on esitetty kuvassa 7-i.

#### Poikkeukset käyttötapaukseen "Hae luovutuksella saatavia asiakirjoja palvelunantajien rekistereistä":

- Yhteenveto:
  - käytettävä palvelupyyntö on PP40 tai PP44
  - Palvelun tuottajan hoitosuhteen potilaaseen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu palvelun järjestäjän rekisteriin.
- Esiehdot:



- Palvelujen järjestäjän ja palvelun tuottajan välillä on olemassa ostopalvelusopimus.
- Ostopalvelun valtuutus on arkistoitu Potilastiedon arkistoon palvelun järjestäjän rekisteriin
- Palvelun tuottajan hoitosuhteen potilaaseen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu palvelun järjestäjän rekisteriin.

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Määritä hakuehdot":**

- Onnistunut käyttötapaus:
  - Käytettävä palvelupyyntö on PP40 tai PP44.

Ei poikkeuksia käyttötapauksiin "Hae kuvailutiedot", "Asiakirjojen haku" ja "Näytä merkinnät".

**7.7.4 Hätähaku ostopalvelutilanteessa**

Ostopalvelun tuottaja hakee ostopalvelun toteuttamisen yhteydessä syntyneessä hätätilanteessa potilasta koskevat asiakirjat hätätilanteen luovutushaulla Potilastiedon arkistosta. Ostopalvelun valtuutus mahdollistaa luovutushaun tekemisen, vaikka hoitosuhteen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu ostopalvelun järjestäjän rekisteriin. Haku on sallittu ostopalvelun valtuutuksen nojalla arkistoidun palvelutapahtuman voimassaolon ajan.

Arkistopalvelu tarkastaa hoitosuhteen todentavan palvelutapahtuman ostopalvelun järjestäjän rekistereistä, ja palauttaa potilastietojärjestelmälle tulokset. Arkistopalvelu ei hätätilanteessa tarkasta Kanta-suostumusta. Ostopalvelun valtuutuksessa asetetut luovutettavan aineiston rajaukset eivät koske yleistä Kanta-luovutusta eivätkä hätähakua. Ostopalvelun järjestäjän tiedot palautetaan voimassaolevien kieltojen mukaisesti rajattuina, kuten muidenkin palvelunantajien tiedot. Jos potilas on määrännyt luovutuskiellot ohitettavaksi hätätilanteessa, tietoja ei rajata.

Hoitoasiakirjojen ja niiden kuvailutietojen luovutushaku hätätilanteessa ostopalvelun valtuutuksen valtuuttamana tapahtuu käyttötapauksen "Hae luovutuksella hätätilanteessa palvelunantajien rekistereistä" ja sen käyttämien alikäyttötapauksien mukaisesti. Haussa käytetään palvelupyyntöä PP42 (potilaskohtainen ostopalvelu) tai PP46 (väestötasoinen ostopalvelu). Hätähaun yhteydessä on haettava myös potilaan mahdolliset tahdonilmaisut, mihin ostopalvelutilanteessa käytetään palvelupyyntöä PP48 (potilaskohtainen ostopalvelu) tai PP49 (väestötasoinen ostopalvelu).

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Hae luovutuksella hätätilanteessa palvelunantajien rekistereistä":**

- Yhteenveto:
  - Käytettävä palvelupyyntö on PP42 tai PP46
  - Palvelun tuottajan hoitosuhteen potilaaseen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu palvelun järjestäjän rekisteriin
  - Potilaan mahdollisten tahdonilmaisujen haku palvelupyynnöllä PP48 tai PP49.
- Esiehdot:
  - Palvelujen järjestäjän ja palvelun tuottajan välillä on olemassa ostopalvelusopimus.
  - Ostopalvelun valtuutus on arkistoitu Potilastiedon arkistoon palvelun järjestäjän rekisteriin
  - Palvelun tuottajan hoitosuhteen potilaaseen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu palvelun järjestäjän rekisteriin



- Käytettävä palvelupyyntö on PP42 tai PP46.
- Onnistunut käyttötapaus:
  - Käytettävä palvelupyyntö on PP42 tai PP46
  - Potilaan mahdollisten tahdonilmaisujen haku palvelupyynnöllä PP48 tai PP49.

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Määritä hakuehdot":**

- Onnistunut käyttötapaus:
  - Käytettävä palvelupyyntö on PP42 tai PP46.

Ei poikkeuksia käyttötapauksiin "Hae kuvailutiedot", "Asiakirjojen haku" ja "Näytä merkinnät".

**7.7.5 Kanta-suostumukseen perustuva keskeisten terveystietojen haku tai hätähaku ostopalvelutilanteessa**

Ostopalvelun tuottaja hakee potilasta koskevat keskeiset terveystiedot luovutushaulla Potilastiedon arkistosta. Ostopalvelun valtuutus mahdollistaa luovutushaun tekemisen, vaikka hoitosuhteen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu ostopalvelun järjestäjän rekisteriin. Arkistopalvelu tarkastaa Kanta-suostumuksen tiedonhallintapalvelusta ja hoitosuhteen todentavan palvelutapahtuman ostopalvelun järjestäjän rekisteristä. Ostopalvelun valtuutuksessa asetetut luovutettavan aineiston rajaukset eivät koske yleistä Kanta-luovutusta. Haku on sallittu hoitosuhteen todentavan palvelutapahtuman voimassaolon ajan. Ostopalvelun toteuttamisen yhteydessä syntyneessä hätätilanteessa ostopalvelun tuottaja hakee potilasta koskevat keskeiset terveystiedot hätätilanteen luovutushaulla. Hätätilanteessa Kanta-suostumusta ei tarkasteta. Hoitosuhde todennetaan vastaavalla tavalla kuin keskeisten terveystietojen haussa ostopalvelutilanteessa.

Keskeisten terveystietojen luovutushaku tai luovutushaku hätätilanteessa ostopalvelun valtuutuksen valtuuttamana tapahtuu käyttötapauksen "Näytä potilaan hoidon kannalta keskeiset terveystiedot" ja sen käyttämien alikäyttötapauksien mukaisesti. Luovutushaussa käytetään palvelupyyntöä PP41 (potilaskohtainen ostopalvelu) tai PP45 (väestötasoinen ostopalvelu) ja luovutushaussa hätätilanteessa palvelupyyntöä PP43 (potilaskohtainen ostopalvelu) tai PP47 (väestötasoinen ostopalvelu).

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Näytä potilaan hoidon kannalta keskeiset terveystiedot":**

- Esiehdot:
  - Palvelujen järjestäjän ja palvelun tuottajan välillä on olemassa ostopalvelusopimus.
  - Ostopalvelun valtuutus on arkistoitu Potilastiedon arkistoon palvelun järjestäjän rekisteriin
  - Palvelun tuottajan hoitosuhteen potilaaseen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu palvelun järjestäjän rekisteriin.

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Näytä koosteasiakirja":**

- Esiehdot:
  - Palvelun tuottajan hoitosuhteen potilaaseen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu palvelun järjestäjän rekisteriin.
  - Ostopalvelun valtuutus on arkistoitu Potilastiedon arkistoon palvelun järjestäjän rekisteriin

- Lopputulos:
  - o Tiedonhallintapalvelu palauttaa koosteasiakirjalla kaikki koostetiedot lukuun ottamatta luovutuskieltojen rajaamien palvelunantajien ja palvelutapahtumien tietoja. Oman organisaation tiedot tulevat lain mukaisesti aina mukaan, sillä luovutuskiellot eivät koske niitä. Myös ostopalvelutilanteessa tietoja hakevalle ostopalvelun tuottajalle palautetaan koosteasiakirjalla siis oman organisaation tiedot kokonaisuudessaan, ostopalvelun järjestäjän arkistoimat tiedot palautetaan kielloilla rajattuina. Jos kyseessä on luovutushaku hätätilanteessa ja potilas on määrännyt luovutuskiellot ohitettavaksi hätätilanteessa, Tiedonhallintapalvelu palauttaa koosteasiakirjalla kaikki koostetiedot.
- Onnistunut käyttötapaus:
  - o Luovutushaun palvelupyyntö on PP41 tai PP45 ja hätätilanteen luovutushaun palvelupyyntö PP43 tai PP47.

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Näytä ja muokkaa keskeisten terveystietojen ylläpidettävää asiakirjaa":**

- Esiehdot:
  - o Palvelun tuottajan hoitosuhteen potilaaseen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu palvelun järjestäjän rekisteriin.
  - o Ostopalvelun valtuutus on arkistoitu Potilastiedon arkistoon palvelun järjestäjän rekisteriin
- Lopputulos:
  - o Myös ostopalvelutilanteessa ylläpidettävä asiakirja arkistoidaan ostopalvelun tuottajan rekisteriin, ei ostopalvelun järjestäjän rekisteriin.
- Onnistunut käyttötapaus:
  - o Luovutushaun palvelupyyntö on PP41 tai PP45 ja hätätilanteen luovutushaun palvelupyyntö PP43 tai PP47.

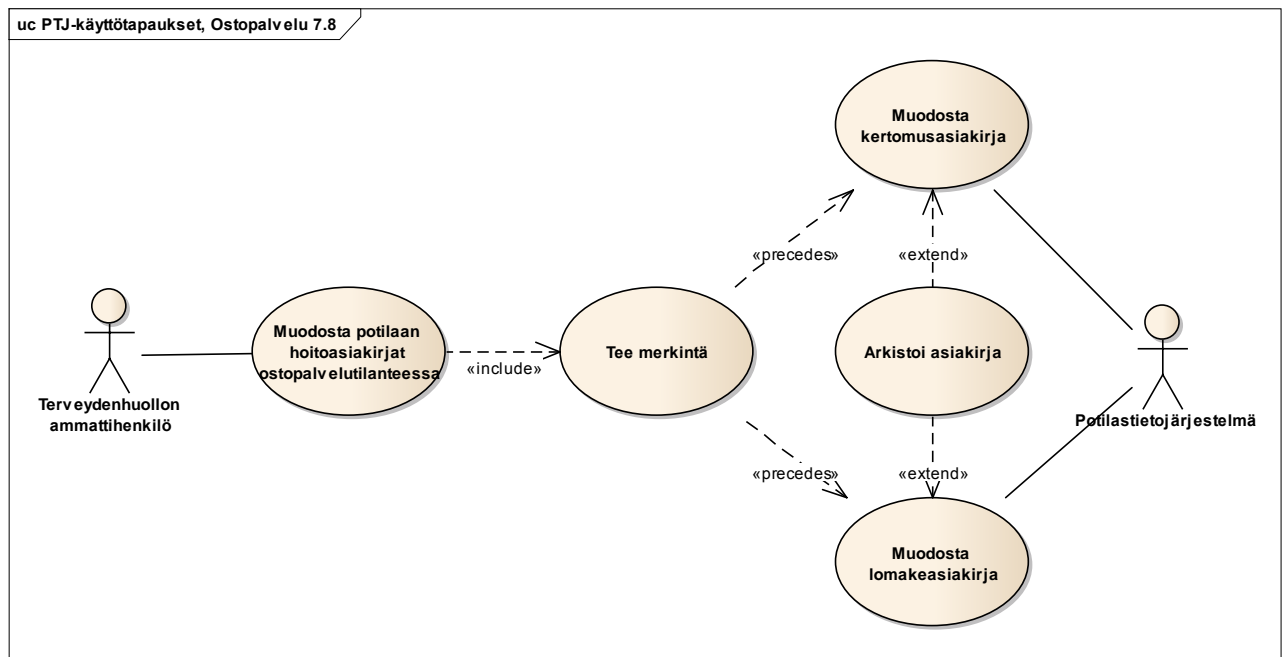
## 7.8 Muodosta potilaan hoitoasiakirja ostopalvelutilanteessa

Ostopalvelun toteuttamisesta syntyneet asiakirjat arkistoidaan ostopalvelun tuottajan potilastietojärjestelmästä Potilastiedon arkistoon ostopalvelun järjestäjän rekisteriin. Arkistopalvelu tarkastaa, että palvelun järjestäjä on valtuuttanut ostopalvelun valtuutuksella palvelun tuottajan arkistoidaan palvelun toteutuksessa syntyneet asiakirjat järjestäjän rekisteriin.

Palvelun tuottaja toteuttaa potilaalle varsinaisen palvelun ja tämän yhteydessä tekee palvelua koskevat merkinnät palvelun tuottajan potilastietojärjestelmään. Palvelun tuottajan potilastietojärjestelmä myös muodostaa merkintöjen pohjalta kertomusasiakirjat ja lomakeasiakirjat, ja arkistoi ne palvelun järjestäjän rekisteriin Potilastiedon arkistoon. Arkistoinnin jälkeen potilaan hoitoasiakirjat ovat Potilastiedon arkistossa palvelun järjestäjän käytettävissä. Palvelun järjestäjä voi tarpeen mukaan päivittää oman järjestelmänsä tiedot ajan tasalle.

Ostopalvelun toteuttamisen aikana syntyneitä hoitotietoja ei arkistoida lainkaan Kantaan palvelun tuottajan rekisteriin. Kun palvelutapahtuma on päättynyt, ostopalvelun aikana palvelun tuottajan potilastietojärjestelmään syntyneitä tietoja voidaan käyttää esim. taloudellista valvontaa varten, mutta ei potilaan hoidossa.

Hoitoasiakirjojen arkistointi tapahtuu käyttötapauksen "Tee merkintä", "Muodosta kertomusasiakirja" ja "Muodosta lomakeasiakirja" mukaisesti. Asiakirjat arkistoidaan käyttötapauksen "Arkistoi asiakirja" mukaisesti ostopalvelun järjestäjän rekisteriin palvelupyynnöllä PP13 tai PP16. Käyttötapauksen suhteet on esitetty kuvassa 7.i.



**Kuva 7-j Potilaan hoitoasiakirjan muodostamisen ja arkistoinnin käyttämät käyttötapaukset ostopalvelutilanteessa**

Ostopalvelutilanteessa em. käyttötapauksen esiehtojen lisäksi ovat voimassa seuraavat esiehdot:

- Palvelun tuottajalla on ostopalvelusopimuksen perusteella tiedossa palvelujen järjestäjän rekisteri, jota valtuutus koskee ja johon asiakirjat arkistoidaan.
- Palvelun tuottajan hoitosuhteen potilaaseen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu palvelun järjestäjän rekisteriin.

#### **Poikkeukset käyttötapauksiin "Muodosta kertomusasiakirja" ja "Muodosta lomakeasiakirja":**

- Yhteenveto:
  - o Potilasrekisteri on ostopalvelun järjestäjän rekisteri
  - o Arkistointi on mahdollinen ostopalvelun valtuutuksen valtuuttamana, vaikka ostopalvelun valtuutuksen voimassaolo olisi päättynyt
  - o Asiakirjalle tuotetaan sekä ostopalvelun tuottajan tiedot (ostopalvelun tuottajan tunnistetieto, palveluyksikkö) että ostopalvelun järjestäjän tiedot (ostopalvelun järjestäjän tunnistetieto, rekisterinpitäjä ja rekisteri)
  - o Väestötasoisessa ostopalvelutilanteessa käytettävä palvelupyynnö on PP16 ja potilaskohtaisessa PP13

#### **Poikkeukset käyttötapaukseen "Arkistoi asiakirja":**

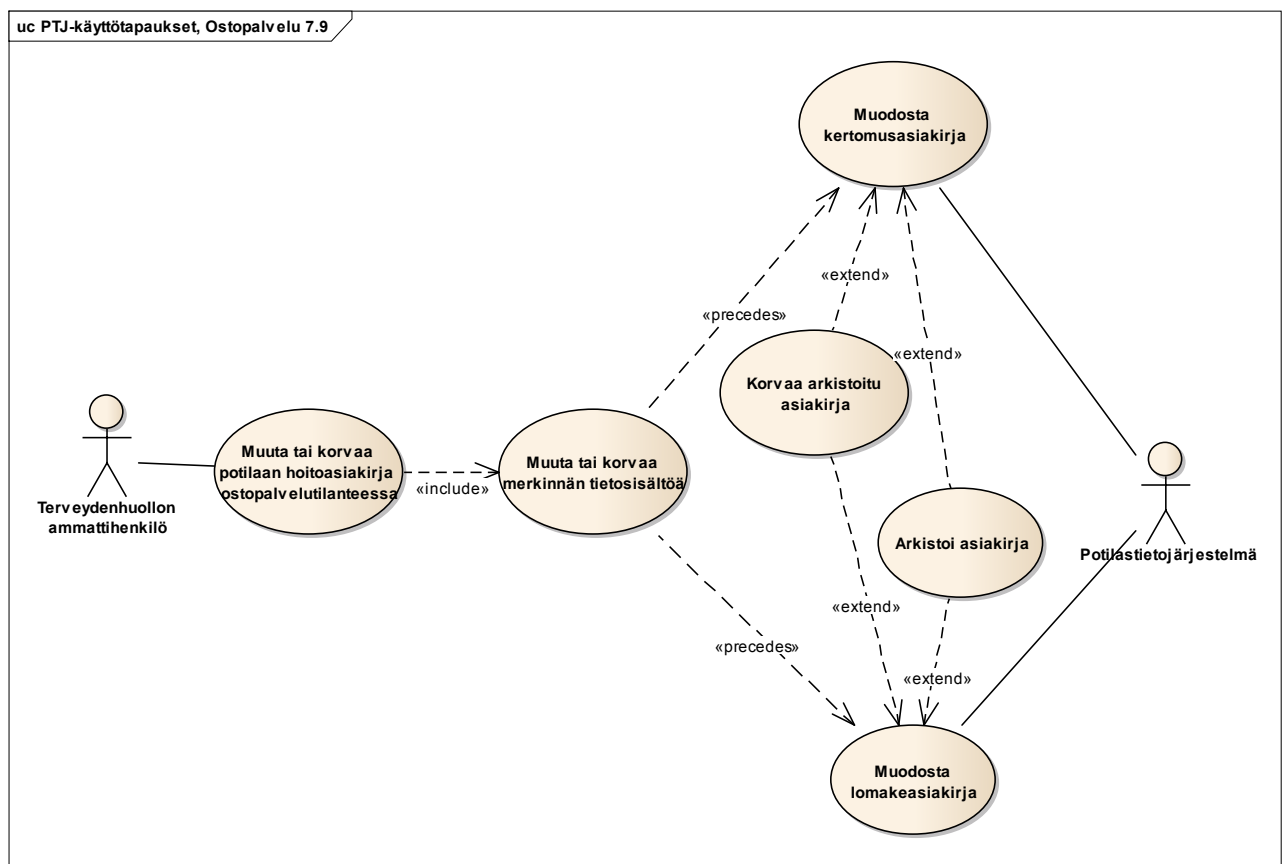
- Onnistunut käyttötapaus:
  - o Väestötasoisessa ostopalvelutilanteessa käytettävä palvelupyynnö on PP16 ja potilaskohtaisessa PP13
  - o Rekisteri, johon arkistoidaan, on ostopalvelun järjestäjän rekisteri.

Ei poikkeuksia käyttötapaukseen "Tee merkintä".

## 7.9 Muuta tai korvaa potilaan hoitoasiakirja ostopalvelutilanteessa

Ostopalvelutilanteessa arkistoituja asiakirjoja voidaan tarvittaessa korjata tai mitätöidä potilastietojärjestelmästä. Arkistopalvelu tarkastaa, että hoitosuhteen todentava palvelutapahtuma ja ostopalvelun valtuutus edelleen sallivat arkistoinnin. Arkistointi on mahdollinen ostopalvelun valtuutuksen valtuuttamana, vaikka ostopalvelun valtuutuksen voimassaolo olisi päättynyt.

Asiakirjojen muuttaminen ja korjaaminen tapahtuvat ostopalvelutilanteessa käyttötapauksen "Muuta tai korvaa merkinnän tietosisältöä", "Muodosta kertomusasiakirja", "Muodosta lomakeasiakirja" ja "Korvaa arkistoitu asiakirja" mukaisesti. Asiakirjat arkistoidaan "Arkistoi asiakirja" käyttötapauksen mukaisesti ostopalvelun järjestäjän rekisteriin palvelupyynnöllä PP13 tai PP16. Käyttötapauksen suhteet on esitetty seuraavassa kuvassa.



**Kuva 7-k Potilaan hoitoasiakirjojen muuttamisen tai korjaamisen käyttämät käyttötapaukset ostopalvelutilanteessa**

Ostopalvelutilanteessa em. käyttötapauksen esiehtojen lisäksi ovat voimassa seuraavat esiehdot:

- Palvelun tuottajalla on ostopalvelusopimuksen perusteella tiedossa palvelujen järjestäjän rekisteri, jota valtuutus koskee ja johon asiakirjat arkistoidaan.
- Palvelun tuottajan hoitosuhteen potilaaseen todentava palvelutapahtuma on arkistoitu palvelun järjestäjän rekisteriin.

### Poikkeukset käyttötapauksiin "Muodosta kertomusasiakirja" ja "Muodosta lomakeasiakirja":

- Yhteenveto:
  - o Potilasrekisteri on ostopalvelun järjestäjän rekisteri

- Asiakirjalle tuotetaan sekä ostopalvelun tuottajan tiedot (ostopalvelun tuottajan tunniste, palveluyksikkö) että ostopalvelun järjestäjän tiedot (ostopalvelun järjestäjän tunniste, rekisterinpitäjä ja rekisteri)

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Korvaa arkistoitu asiakirja":**

- Esiehdot: Ostopalvelutilanteessa korjaava toimintayksikkö voi olla ostopalvelun valtuutuksen valtuuttamana ostopalvelun tuottaja.

**Poikkeukset käyttötapaukseen "Arkistoi asiakirja":**

- Onnistunut käyttötapaus:
  - Väestötasoisessa ostopalvelutilanteessa käytettävä palvelupyyntö on PP16 ja potilaskohtaisessa PP13
  - Rekisteri, johon arkistoidaan, on ostopalvelun järjestäjän rekisteri.

Ei poikkeuksia käyttötapaukseen "Muuta tai korvaa merkinnän tietosisältöä".

## **8 Tiedonhallintapalvelun käyttötapaukset – Kelan rekisteriin arkistoitavat asiakirjat**

Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annettua lakia (159/2007; asiakastietolaki), on muutettu 1.1.2011 voimaan tulleella lailla 1227/2010, jonka vuoksi aiemmin kirjoitettuja potilaan suostumushallintaan liittyviä käyttötapauksia on muutettu.

Palvelutapahtumien asiakirjojen ja niiden kuvailutietojen luovutus liittyy palveluntarjoajien väliseen potilasasiakirjojen luovutukseen ja edellyttää kansallisen arkiston (Kanta) käytön osalta potilaan tai hänen laillisen edustajansa kirjallista suostumusta.

Palveluntarjoajan omien asiakirjojen haku Potilastiedon arkistosta on käyttöä, eikä edellytä potilaan suostumusta. Samoin yhteisessä potilasrekisterissä olevia eri toimintayksiköiden potilastietoja saa luovuttaa ilman potilaan antamaa erillistä suostumusta kun potilasta on informoitu (huom. ei koske valtiollisia eikä yksityisiä toimijoita, sillä ne eivät kuulu sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteiseen potilastietorekisteriin). Tässä kuvattavat suostumusten käsittelyn käyttötapaukset liittyvät luovutukseen palveluntarjoajien välillä tai yhden palvelujen antajan rekistereiden välillä palveluntarjoajan ilmoitukseen perustuen.

”Tee tai peru Potilastiedon arkiston suostumus” käyttötapauksessa kuvataan, miten Kanta-palvelujen käyttöön vaadittava suostumus tehdään tai miten voimassa oleva suostumus perutaan.

Luku ”Tee tai muuta kieltoja” liittyy potilaan oikeuteen kieltää hänen hoitoonsa liittyvien palveluntarjoajien, palveluntarjoajan tiettyjen rekisterien tai yksittäisten palvelu-tapahtumien asiakirjojen tai lääkemääräysten näkyminen potilastietojen luovutuksen yhteydessä. Luku sisältää käyttötapaukset Potilastiedon arkiston luovutuskieltojen ja reseptien luovutuskieltojen laatimiseen ja ylläpitoon.

Potilas voi hallita Omakannan kautta suostumuksiaan ja kieltojaan sekä niiden perumisia. Omakantaa ei määritellä tässä dokumentissa.

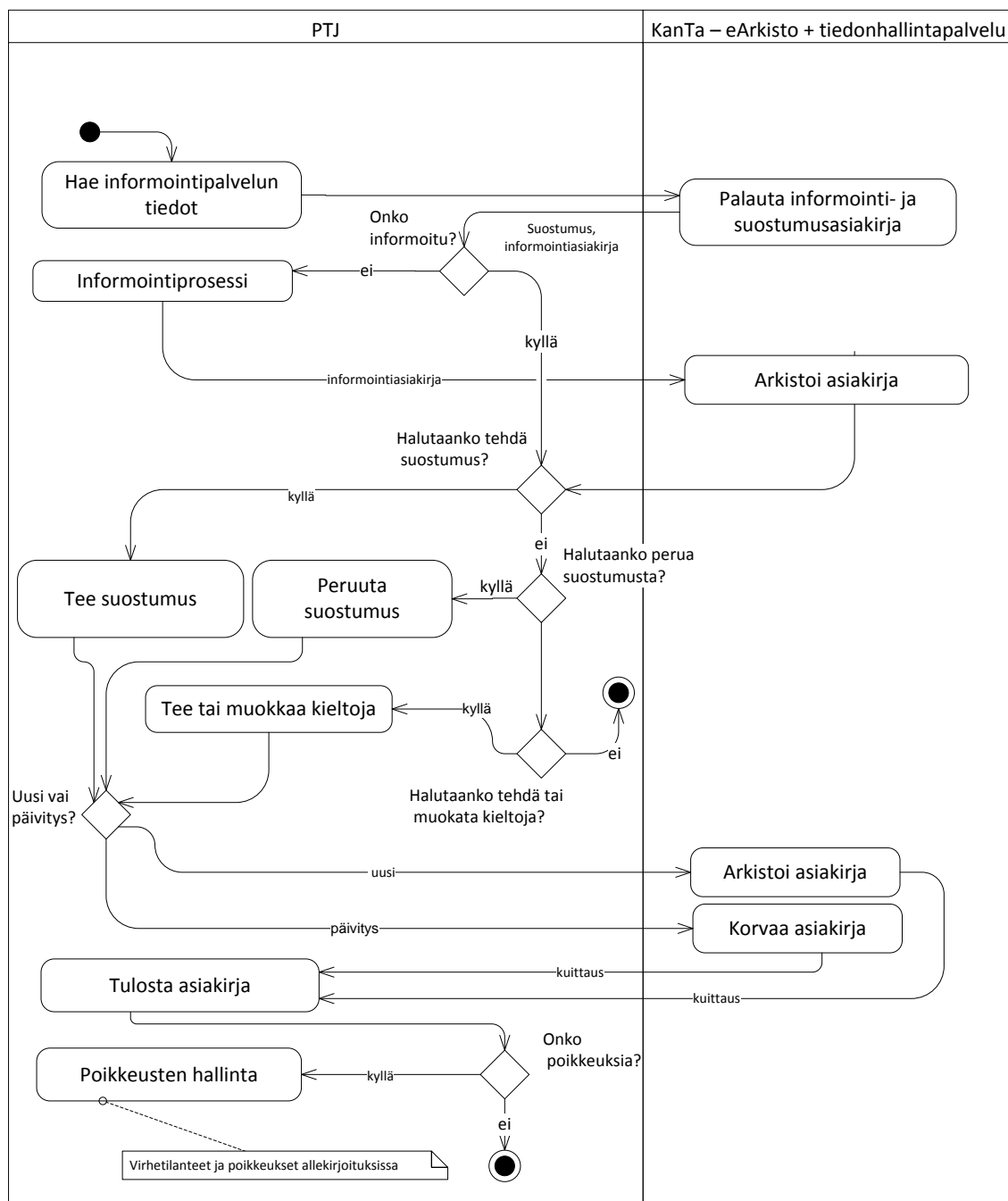
Potilastiedon arkiston luovutuksien hallintaan ja terveydenhuoltolain mukaisen sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteisen potilastietorekisterin toiminnallinen kuvaus on julkaistu Terveystietojen ja hyvinvoinnin laitoksen laatimassa dokumentissa Potilastiedon suostumushallinta ja yhteisen potilastietorekisterin liittyminen Kantaan. Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset pohjautuvat THL:n määrittelyyn ja täsmentävät määrittelyä yksityiskohtaisemmalla tasolla. Yksityisen terveydenhuollon poikkeukset kieltoihin ja informointeihin on kuvattu ainoastaan tässä käyttötapausdokumentissa.

Seuraavissa käyttötapauksissa viitteenä merkitty (L159/2007 §) viittaa asiakastietolain siihen pykälään, jonka perusteella ko. käyttötapauksen kohta on toteutettava lainsäädännön velvoittamana.

Kuva alla (kuva 8-a) esittää yleisen toiminnallisuuden kulun suostumuksen ja kieltojen hallinnasta. Ennen suostumusten tai Potilastiedon arkiston kieltojen tekemistä potilas tulee olla informoitu. Ajantasainen informointitieto haetaan aina Kanta-palvelusta ja tallennetaan sinne, jos terveydenhuollossa tehdään uusia informointeja. Kanta-palvelussa pidetään alkuvaiheessa kirjaa ainakin sähköisen potilastietoarkiston (Potilastiedon arkisto), sähköisen lääkemääräyksen ja sairaanhoitopiirin yhteisen potilastietorekisterin informoinneista.

Potilastiedon arkiston informoinnin jälkeen voidaan laatia suostumus. Informoidulla potilaalla voi olla aiemmin laadittuja suostumuksia ja potilaan näin halutessa, suostumus voidaan perua. Informoitu potilas voi tehdä Potilastiedon arkiston tietojen luovutuskiellon ja jo tehtyjä kieltoja voidaan muokata potilaan tahdon mukaisesti. Potilaan tekemien luovutuskieltojen olemassaolosta ei saa antaa tietoa hoidollisten tietojen yhteydessä.

Potilaan luovutustenhallintaa ohjaavien tietojen hakemiseen voidaan tarvittaessa käyttää myös luovutustietojen kyselyä, ks. tarkemmin luku Kevyet kyselyrajapinnat.



Kuva 8-a Informointi ja suostumuksen hallinnointiprosessi

## **8.1 Tarkasta ja arkistoi informointimerkinnät**

### **8.1.1 Yhteenveto**

Tieto potilaalle annetuista informoinneista merkitään potilastietojärjestelmään, jonka jälkeen tieto siirretään informointiasiakirjassa potilaan tiedonhallintapalveluun. Tietojärjestelmästä tulostettavan informaation lisäksi voidaan käyttää painettua informointimateriaalia, jolloin informoinnin kirjaamisen tekee informaation jakanut työntekijä. (HE 176/2010, s. 22).

Informointi voidaan tuottaa ja informointiasiakirja arkistoida myös itsepalveluautomaattia käyttäen. Potilaan tunnistamiseen itsepalveluautomaatilla informoitaessa riittää potilaan yksilöinti, vahvaa tunnistautumista ei tarvita. Informointiasiakirjaan ja hakusanomaan annetaan tällöin ammattihenkilön tunnisteeseen sijaan kansalaisen henkilötunnus.

Informointiasiakirjaan voidaan tallentaa ainakin seuraavat potilaan informoinnit:

- informointi Potilastiedon arkistosta
- informointi sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä
- informointi Sähköisestä lääkemääräyksestä.

Kunkin informaatiomerkinntyyppin muokkausmahdollisuus tulee riippua potilastietojärjestelmän konfigurointiparametreista, joiden avulla voidaan kontrolloida informointimerkintöjen tekemismahdollisuutta. Palvelujen antaja voi näin päättää, missä vaiheessa se aloittaa potilaiden informoinnin kustakin palvelusta. Tällä varmistetaan, että informointia tehdään oikea aikaisesti suhteessa palvelun käyttöönottoon. Palveluita ovat siis ainakin sähköinen reseptikeskus, Potilastiedon arkisto tai sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteinen potilastietorekisteri. Konfiguroinnin tulee olla mahdollista potilastietojärjestelmän pääkäyttäjän tasoisilla oikeuksilla. Sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteisrekisteriä koskeva informointi voidaan antaa ja kirjata ainoastaan ko. toimintayksiköistä. Tätä informointia ei siis kirjata/päivitetä eikä arkistoida yksityisen terveydenhuollon eikä valtion toimintayksiköistä. Muualla kirjatun informointimerkinntä voi kuitenkin näyttää käyttäjille myös näissä toimintayksiköissä, ja järjestelmän tulee säilyttää aiemmin tehty informointimerkintä informointiasiakirjalla.

Tiedonhallintapalvelu mahdollistaa informointitiedon tallentamisen potilaskohtaisesti yli organisaatorajojen. Palvelun avulla tiedetään onko potilas informoitu Omakannan kautta tai jonkin toisen terveydenhuollon palvelujen antajan luona.

### **8.1.2 Esiehdot**

Käyttäjä on kirjautunut potilastietojärjestelmään ja hänellä on oikeus käyttää Kanta-palveluja. Itsepalveluautomaattia käytettäessä potilas kirjautuu automaatin järjestelmään. Tässä käyttötapauksessa käytetty termi "käyttäjä" tarkoittaa tällöin potilasta itseään.

Potilas on yksilöity luotettavasti virallisella henkilötunnuksella.

### **8.1.3 Lopputulos**

Potilaan informointitiedot ovat käyttäjän tarkastettavissa.

Potilaalle annettavasta informoinnista on tehty merkintä potilastietojärjestelmään ja informointiasiakirja on siirtynyt Kanta-palveluun kuuluvaan tiedonhallintapalveluun.



### 8.1.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Käyttäjä tai järjestelmä valitsee potilaan informointitiedot. Toiminto on kuvattu tässä omana erillisenä toimintona, mutta käytännössä informointitiedon näkyminen kannattaa kytkeä sopiviin potilastietojärjestelmän kohtiin ja toimintaprosesseihin (esimerkiksi potilaan perustietonäyttö tai ilmoittautumisessa käytettävä toimintaprosessi).
2. Kanta-palvelusta haetaan tarpeelliset asiakirjat
  - a. Tietojärjestelmän tulee käyttää Kanta-palvelujen tarjoamaa informointipalvelua, joka palauttaa informointiasiakirjan sekä suostumusasiakirjan. Informointien statukset voidaan näyttää käyttäjälle ja lisäksi näytetään että suostumus on voimassa jos palautettu suostumusasiakirja osoittaa että tämä on tilanne. Jos suostumus on peruttu tai sitä ei palaudu ollenkaan, niin käyttäjälle näytetään vain että voimassa olevaa suostumusta ei ole.
  - b. Suostumusten sisältötiedot on nähtävissä ainoastaan suostumuksen hallintaan liittyvässä erityistilanteessa, jossa tehdään suostumusten ja luovutusten hallintaan liittyviä ylläpitoa potilaan pyynnöstä.
3. Jos informointikirjauksia halutaan tehdä, niin haetaan Kantasta varsinainen informointiasiakirja muokkaamista varten.
4. Käyttäjälle näytetään voimassa olevat informointitiedot
  - a. Käyttäjälle näytetään informointiasiakirjan tietosisältö (Kanta-potilastietoarkiston informointitiedot, yhteisen potilastietorekisterin tai Kanta-Reseptikeskuksen informointitiedot).
  - b. Käyttäjä ei voi normaalisti poistaa potilaan informointimerkintää, vaan tämä on tehtävä erillisellä korjaustoiminnolla.
5. Jos potilasta ei ole informoitu, hänet voidaan informoida, jonka jälkeen informointimateriaali voidaan tulostaa potilastietojärjestelmästä.
6. Alaikäisenä informoidun potilaan uudelleen informointi
  - a. Jos henkilön informointi on suoritettu ennen kuin henkilö tulee täysi-ikäiseksi, niin voidaan informointi suorittaa uudelleen täysi-ikäisyyden jälkeen. Kun informointitietoja tarkastellaan, tulee järjestelmän muistuttaa käyttäjää tästä, jos informointimerkinnän päivämäärä on ennen täysi-ikäisyyden saavuttamista ja nykyinen päivämäärä on samana päivänä tai myöhemmin kuin henkilön täysi-ikäisyyden saavuttamispäivä.
  - b. Tällaisesta uudelleen informoinnista tulee kyseisen palvelun kohdalle merkintä, että henkilö on uudelleeninformoitu täysi-ikäisenä. Käyttäjä merkitsee tämän tiedon omana valintaruutunaan. Muut informoinnin tiedot kuten informoinnin suorittanut henkilö, päivämäärä jne. määräytyvät kuten normaalissa informoinnissa. Alkuperäiset informointimerkinnät on jäljitettävissä vanhoista asiakirjaversioista tarpeen vaatiessa.
7. Jos informointimerkintöjä on muutettu, niin tieto tallennetaan potilastietojärjestelmään, joka tallentaa tiedot välittömästi tiedonhallintapalveluun.[P1, P2, V1]

- a. Jos Kanta-palvelusta palautui hakuvaiheessa informointiasiakirja, niin uusi tieto tallennetaan asiakirjan versioinnilla asianmukaisella palvelupyynnöllä Kelan rekisteriin.
- b. Jos aiempia informointeja ei ole tallennettu tiedonhallintapalveluun, niin asiakirja tallennetaan uutena asiakirjana asianmukaisella palvelupyynnöllä Kelan rekisteriin. Suostumuksen ja kieltojen yhteydessä todetut reunaehdot asiakirjan yksilöintitunnuksesta pätevät kaikissa Kelan rekisteriin arkistoitavissa asiakirjoissa.

### 8.1.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Informointimerkintä kirjataan vahingossa väärän potilaan tietoihin. Tämä koskee aiemmin potilastietojärjestelmään ja Kantaan tallennettuja informointimerkintöjä.

Vaatus: Tietojärjestelmän toteutuksessa ei välttämättä automatisoida tällaisia korjauksia, vaan käyttäjän on tehtävä toimenpiteet avaamalla eri potilaiden tiedot. Toimintaprosessi on seuraava:

1. Avataan väärän potilaan tiedot, valitaan "korjaa informointimerkintöjä" -toiminto. Toiminto voi olla esim. potilaan perustietojen ylläpidon yhteydessä.
2. Korjataan halutut informointimerkinnät.

Huom.! Koska informointitiedot tallennetaan hoidollisia merkintöjä suoraviivaisemmin, ei korjauskäsittelyssä tarvita "Tee merkintä" ja "Muuta tai korvaa merkinnän tietosisältöä" käyttötapauksen koko toimintalogiikkaa. Keskeinen tieto on aina rakenteisena ja asiakirjojen versioista voidaan päätellä tehdyt muutokset mahdollisissa poikkeus- ja selvittelytilanteissa.

3. Tallennetaan tiedot, jolloin potilastietojärjestelmä korvaa aiemman informointiasiakirjan Kanta-palvelussa.
4. Avataan oikean potilaan tiedot,
  - a. jos potilaalla on jo merkintä kyseisestä informoinnista, ei tarvitse tehdä mitään.
  - b. jos informointimerkintä puuttuu, niin täydennetään se ja tallennetaan tiedot.

P2: Käyttäjä on kirjannut väärän informoinnin.

Vaatuset: Jos informointimerkintää ei ole aiemmin tallennettu ja käyttäjä merkitsee informoinnin vahingossa tehdyksi, niin se voidaan korjata saman tien ilman siirtymistä erilliseen toimintaan tallentamalla informointiasiakirja.

Informointitieto "lukittuu" vasta siinä yhteydessä, kun käyttäjä tallentaa potilaan tiedot (esim. poistuu perustietonäytöltä tallentaen muutokset). Tällaisessa tilanteessa korjataan virheellinen merkintä ja tallennetaan informointiasiakirja uudelleen

V1: Informointitiedon tallennus ei onnistu potilastietojärjestelmään ja/tai tiedonhallintapalveluun.

Vaatus: Potilastietojärjestelmän tulee varmistaa informointiasiakirjan tallentaminen Potilastiedon arkistoon ensi tilassa häiriön korjaannuttua.

### 8.1.6 Tietosisältö

Informointiasiakirjan CDA R2 -lomakerakenteet löytyvät koodistopalvelimelta. Kyseisen lomakemäärittelyn yksilöintitunnus on: 1.2.246.537.6.12.2002.332. Tarkista ajantasainen tietosisältö aina koodistopalvelimelta.

### 8.1.7 Käyttäjä ja roolit

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja.

Potilas, jota informoidaan ja jolle informointimateriaali annetaan.

## 8.2 Tee tai peru Potilastiedon arkiston suostumus

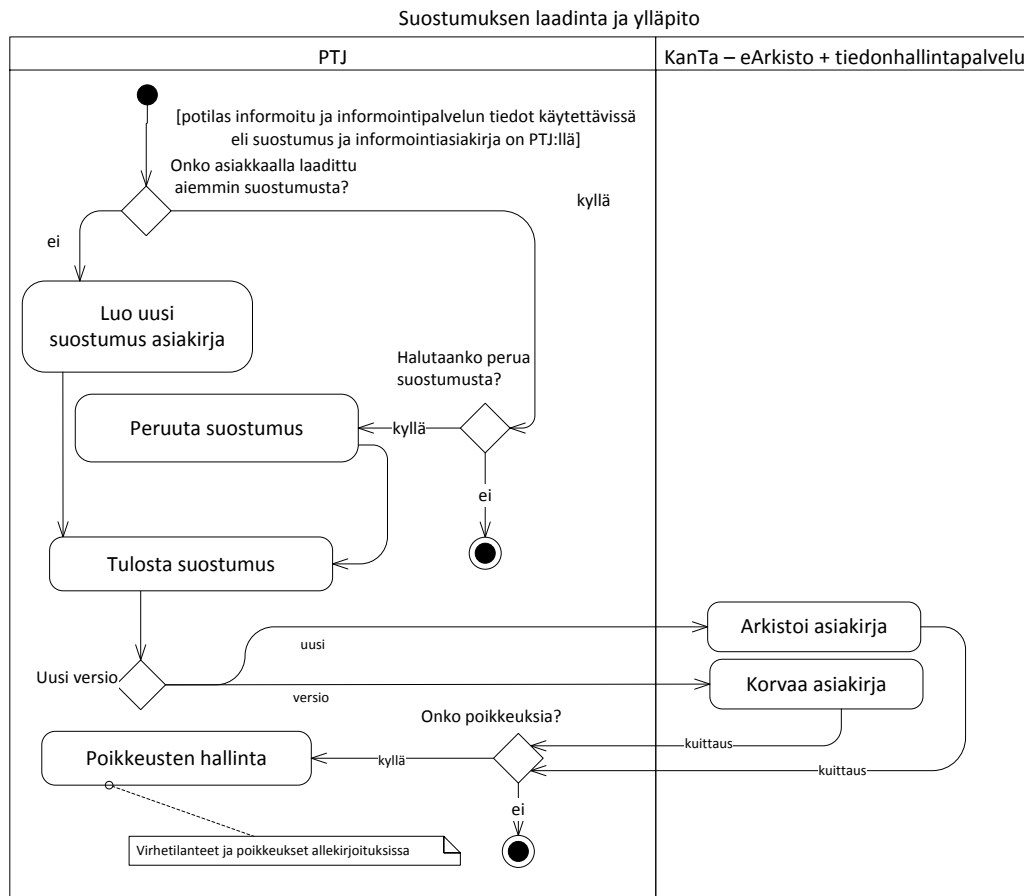
### 8.2.1 Yhteenveto

Voimassaolevan Potilastiedon arkiston suostumuksen tarkastamisen ja tekemisen tulisi tapahtua vaivattomasti. Kun palvelunantaja on todennut, että suostumus on voimassa, palvelunantaja voi esittää potilastietojen luovutuspyynnön ja haluttu potilastieto voidaan hakea Potilastiedon arkistosta.

Kun suostumus annetaan suoraan palvelujen antajalle, potilas allekirjoittaa suostumusasiakirjan ja hän saa asiakirjasta oman kopionsa. Palvelujen antaja säilyttää omassa paperiarkistossaan alkuperäisen allekirjoitetun suostumusasiakirjan ja kielto- tai suostumuksen peruutusasiakirjat potilaan tiedonhallintapalvelun rekisterinpitäjänä toimivan Kansaneläkelaitoksen lukuun. Arkistointipalveluun siirtyy identtinen toiste alkuperäisestä allekirjoitetusta asiakirjasta. Potilastietojärjestelmän ja järjestelmän käyttäjän tulee varmistaa, että Potilastiedon arkiston ja allekirjoitetun asiakirjan tietosisällöt ovat identtisiä (pois lukien allekirjoitustieto jota ei ole sähköisessä toisteessa).

Kun potilas on allekirjoittanut suostumuslomakkeen, tieto annetusta suostumuksesta tallennetaan PTJ:ään, joka arkistoi suostumusasiakirjan Kanta-palveluun. Suostumusasiakirja arkistoidaan sille määritellyllä palvelupyynnöllä. Kanta-palvelu arkistoi tiedonhallintapalvelun Kelan rekisterinpitoon kuuluvat asiakirjat automaattisesti oikeaan rekisteriin. Tämän jälkeen Kanta-palveluun voidaan lähettää asiakirjojen luovutuspyyntö ja suorittaa varsinaiset palvelutapahtumien asiakirjojen haut.

Seuraavassa kuvassa (kuva 8-b) on kuvattu suostumuksen laadinnan ja perumisen prosessia.



Kuva 8-b Suostumuksen laadinta ja peruminen

## 8.2.2 Esiehdot

Käyttäjä on kirjautunut potilastietojärjestelmään ja hänellä on oikeus käyttää Kanta-palveluja.

Potilas on yksilöity luotettavasti virallisella henkilötunnuksella.

Potilas on informoitu.

## 8.2.3 Lopputulos

Potilas on allekirjoittanut kirjallisen Potilastiedon arkiston suostumusasiakirjan.

Potilastiedon arkiston suostumuksesta on tehty merkintä potilastietojärjestelmään ja asiakirja on siirtynyt välittömästi potilaan tiedonhallintapalveluun.

Potilaan allekirjoittama suostumusasiakirja arkistoidaan paikallisesti Kansaneläkelaitoksen lukuun.

## 8.2.4 Onnistunut käyttötapaus

1. PTJ tietää informointipalvelun tietojen perusteella, onko potilaalla aiemmin laadittua suostumusta.
2. Käyttäjälle näytetään, onko potilaalla voimassaolevaa Potilastiedon arkiston suostumusta ja hän voi tehdä seuraavat valinnat:

- a. Jos potilaalla on voimassa oleva suostumus,
  - i. eikä potilas halua muuttaa suostumusta, käyttötapaus päättyy.
  - ii. ja potilas haluaa perua sen, siirrytään käyttötapauksen kohtaan 4.
- b. Jos potilaalla ei ole suostumusta, mutta potilas tai hänen laillinen edustaja haluaa antaa suostumuksen, siirrytään käyttötapauksen kohtaan 3.

Kun laaditaan suostumusta, niin käyttäjän näkökulmasta aiemmilla versioilla ei ole merkitystä. Suostumus on tiedonhallintapalvelun ylläpidettävä asiakirja, joten uudet Kanta-suostumukset laaditaan samaan versiopuuhun. Potilastietojärjestelmä tietää informointipalvelun perusteella, onko kyseessä kokonaan uusi suostumus vai versiointi. Versioinnissa ei ole myöskään merkitystä aiemman version tietosisällössä. Riittää, että versiohistorian osoittavat kuvailutiedot ovat kohdallaan. Tämä malli koskee vain suostumusta, jossa tietosisältö on niin yksinkertainen, ettei sitä tarvitse ottaa pohjaksi uusia asiakirjoja laadittaessa.

**3. Suostumuksen antaminen.** Käyttäjä varmistaa kansalaiselta/potilaalta, että hän haluaa laatia suostumuksen ja kirjaa sen potilastietojärjestelmään.[P2]

- a. Potilastietojärjestelmä esitäyttää automaattisesti seuraavat kohdat:
  - i. potilaan nimitiedot
  - ii. potilaan virallinen henkilötunnus
  - iii. asiakirjan tallentaja.
- b. Käyttäjä täydentää seuraavat poikkeustilanteiden tiedot tarvittaessa:
  - i. laillisen edustajan tiedot, jos suostumuksen antaa joku muu kuin potilas (laillisen edustajan esim. huoltaja, edunvalvoja, huoltaja jne. rooleja ei eritellä lomakkeella)
  - ii. peruste potilaan allekirjoituksen puutteesta, jos potilas ei ole sairauden tai vamman takia kykenevä allekirjoittamaan suostumusta.
- c. Siirrytään kohtaan 5.

**4. Suostumuksen peruuttaminen.** Asiakkaalta varmistetaan että suostumus halutaan perua. Peruminen kirjataan potilastietojärjestelmään.

- a. Potilastietojärjestelmällä on pohjana aiempi voimassa oleva suostumusasia-kirja.
- b. PTJ esitäyttää seuraavat tiedot:
  - i. suostumuksen peruminen kohtaan lomakkeelle potilaan nimitiedot
  - ii. asiakirjan tallentaja.
  - iii. asiakirjan teon päivämäärän ja kellonajan

5. **Laaditun asiakirjan tulostaminen.** PTJ tulostaa asiakirjan asiakkaalle allekirjoitettavaksi. Asiakirjoja tulostetaan normaalisti kaksi kappaletta. Allekirjoitettu kappale arkistoidaan paperiarkistoon (tai skannataan) ja toinen kappale annetaan potilaalle. Kuvassa 8-b toiminnon käynnistyminen on samalla toiminnallisuus tallenna asiakirja. Käyttäjälle tallennuksen ja tulostuksen käynnistäminen on yksi toiminto, joka voi olla käyttöliittymässä kuvattu asianmukaisella tavalla (tulosta tai tulosta ja tallenna -nappi).
- a. Laadittu asiakirja muodostetaan ”Muodosta lomakeasiakirja käyttötapauksen mukaisesti. Potilastietojärjestelmä tallentaa asiakirjan Kansaneläkelaitoksen lukuun, jonka jälkeen
    - i. Jos aiempaa suostumusta ei ollut, niin PTJ perustaa uuden suostumus asiakirjan eli kyseiselle potilaalle syntyy suostumuksen ensimmäisen versio. Uuden asiakirjan yksilöintitunnus generoidaan PTJ:n normaalilla asiakirjan yksilöintitunnuksen luontitavalla (yksilöinti-tunnuksen ei tarvitse tulla Kelan OID-juureen, vaan se on palvelujen antajan omassa juuressa).
    - ii. Jos arkistossa oli jo aiemmin laadittu suostumus, niin uuden asiakirjan version tulee tulla samaan versiopuuhun (sama setId) ja versiointi tietojen tulee pohjautua tähän aiempaan versioon [P2]
  - b. Tieto siirtyy välittömästi potilaan tiedonhallintapalveluun ja
  - c. potilastietojärjestelmä saa Kanta-palvelusta kuittauksen suostumusasiakirjan talletuksesta Kantaan. [P1]
  - d. Varsinainen tulostaminen tapahtuu vasta siinä vaiheessa, kun kuittaus on saatu. [P3]
  - e. PTJ muodostaa tulostettavan asiakirjan tyylisivun perusteella.
6. Suostumus allekirjoitetaan ja arkistoidaan palvelun antajan paperiarkistoon Kelan lukuun. [P3]
7. Käyttötapaus päättyy.

### 8.2.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Poikkeus syntyy tilanteessa, jossa suostumusasiakirja on tallennettu potilastietojärjestelmään, mutta Kanta-palvelusta ei ole saatu kuittausta arkistoinnista (yhteyskatko tms.).

Vaativuudet: Lomake voidaan kuitenkin tulostaa ja potilas voi allekirjoittaa sen. Potilastietojärjestelmän tulee varmistaa suostumusasiakirjan tallentaminen Potilastiedon arkistoon ensi tilassa häiriön korjaannuttua. Tilanteessa tulee informoida potilasta suostumuksen voimaantulossa tapahtuvasta viiveestä.

P2: Suostumus on tehty väärälle potilaalle.

Vaativuudet: Molempien potilaiden osalta on tehtävä korjaukset, jotta tilanne vastaa tarkoitettua. Toimitaan samalla tavalla kuin informointiasiakirjan osalta on esitetty.

P3: Potilas ei allekirjoitakaan suostumusasiakirjaa tai perumisasiakirjaa.

Vaatimukset: Jos potilas ei allekirjoitakaan suostumusasiakirjaa vaikka se on jo arkistoitu, niin on tehtävä suostumuksen peruminen. Tällöin voimassa on tilanne, missä potilaan tietoja ei luovuteta Potilastiedon arkistosta. Jos potilas ei suostu allekirjoittamaan perumisasiakirjaakaan, niin kirjataan perumisen syy kohtaan kuvaus siitä miksi allekirjoitus puuttuu.

Jos potilas ei allekirjoita suostumuksen perumisasiakirjaa vaikka se on jo arkistoitu, niin on tehtävä uusi suostumus. Tällöin on jälleen voimassa tilanne missä potilaan tiedot luovutetaan. Jos potilas ei suostu allekirjoittamaan uutta suostumus asiakirjaa, niin kirjataan perustelu siitä miksi allekirjoitus puuttuu.

### **8.2.6 Käyttäjä ja roolit**

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja.

Potilas, joka antaa kirjallisen suostumuksen Kanta-palvelun Potilastiedon arkiston asiakirjojen käyttöön.

### **8.2.7 Tietosisältö**

Suostumusasiakirjan CDA R2 -lomakerakenteet löytyvät koodistopalvelimelta. Kyseisen lomakemäärittelyn yksilöintitunnus on: 1.2.246.537.6.12.2002.330. Tarkista ajantasainen tietosisältö aina koodistopalvelimelta.

### **8.2.8 Lisätiedot**

Mikäli potilasta koskevia tietoja luovutetaan jotain muuta kautta kuin Kanta-palvelusta, on vastaava suostumusten ja luovutusten hallinnan toteutus oltava myös niissä (esimerkiksi potilastietojärjestelmissä, aluejärjestelmissä ja aluetietokannoissa), ja niiden kautta tapahtuvista luovutuksista on toimitettava luovutusilmoitus Kantaan. Katso tarkemmat yksityis-kohdat lokeihin liittyvistä käyttötapauksista ja siellä olevasta luovutusilmoituksesta.

## **8.3 Tee tai muuta kieltoja**

Tässä luvussa kuvataan sekä Potilastiedon arkiston että reseptien luovutuskieltojen tekeminen ja ylläpito terveydenhuollossa. Potilas voi tehdä ja muuttaa luovutuskieltoja myös Omakannassa. Omakannan toiminnallisuutta ei määritellä tässä dokumentissa.

Käyttötapaus Tee tai muuta Potilastiedon arkiston luovutuskieltoja liittyy potilaan oikeuteen kieltää hänen hoitoonsa liittyvien palvelunantajien, palvelunantajan tiettyjen rekisterien tai yksittäisten palvelu-tapahtumien asiakirjojen näkyminen potilastietojen luovutuksen yhteydessä. Käyttötapaus kuvaa myös Potilastiedon arkiston luovutuksia koskevan kieltoasiakirjan tuottamisen ja ylläpidon.

Käyttötapaus Tee tai muuta reseptien luovutuskieltoja liittyy potilaan oikeuteen kieltää reseptin tietojen luovuttaminen hoitotilanteissa. Käyttötapaus kuvaa myös reseptien tietojen luovutuksia koskevan kieltoasiakirjan tuottamisen ja ylläpidon.

### **8.3.1 Tee tai muuta Potilastiedon arkiston luovutuskieltoja**

#### **8.3.1.1 Yhteenveto**

Potilaan halutessa kieltää potilastietojensa luovuttamisen Potilastiedon arkistosta tehdään kieltoasiakirja, jonka potilas allekirjoittaa. Jos potilas haluaa poistaa tai lisätä kieltoja, päivitetään jo olemassa olevaa kieltoasiakirjaa, jonka potilas allekirjoittaa. Potilas voi asettaa luovutuskiellon, vaikka ei olisi antanut suostumusta.

Potilastiedon arkistoa koskeva luovutuskielto voidaan kohdistaa palvelujen antajaan tai palvelujen antajan rekisteriin tai palvelu-tapahtumaan. Yksityisessä terveydenhuollossa voidaan kohdistaa kieltoja vain tietyn toimintayksikön omiin palvelutapahtumiin (ks. kpl 13.6 Potilastietojen luovutuskiellot). Palvelunantajiin ja niiden rekistereihin kohdistuvat kieltoasiakirjan kiellot on osattava näyttää yksityisessä terveydenhuollossa mutta näitä kieltoja ei kirjata/päivitetä eikä arkistoida yksityisessä terveydenhuollossa.

Potilaalle annetaan oma kopio ja palvelujen antaja säilyttää omassa paperiarkistossaan alkuperäisen allekirjoitetun kieltoasiakirjan. Potilastietojärjestelmä arkistoi kiellot Potilastiedon arkistoon, josta tieto siirtyy tiedon-hallintapalveluun. Sanoman välittyminen potilastietojärjestelmän ja tiedonhallintapalvelun välillä vahvistetaan kuittauksin.

Potilasta on informoitava, että kielto koskee myös tilanteita, joissa hän on äkillisen henkeä uhkaavan sairauden tai loukkaantumisen vuoksi tajuton ja sen vuoksi kykenemätön peruuttamaan tekemänsä kiellon. Potilas voi kieltoilomakkeessa kuitenkin ilmoittaa että kiellot eivät ole voimassa hätätilanteessa.

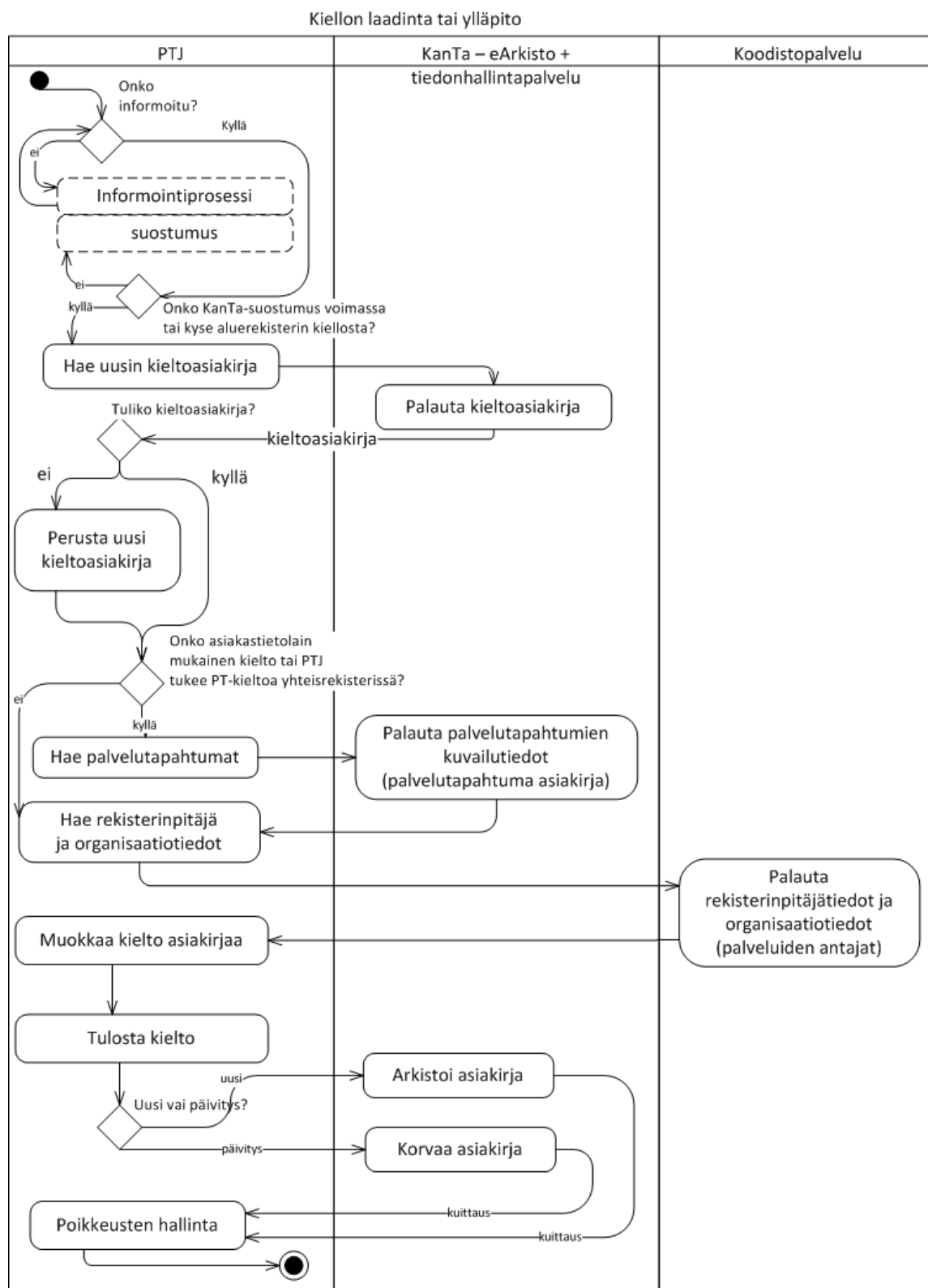
Potilaan tekemän kiellon tai kieltoja pystyy peruuttamaan potilas itse tai potilaan laillinen edustaja. Potilaan laillisella edustajalla ei ole oikeutta tehdä uusia kieltoja.

Potilas voi myös ilmoittaa suullisesti haluavansa purkaa kiellon/kiellot, jolloin terveydenhuollon ammattihenkilö voi katsoa kieltotiedot ja peruuttaa kiellot. Kieltoihin tehdyt muutokset potilas vahvistaa allekirjoituksellaan.

Jos potilas ei ole esimerkiksi sairauden tai vamman takia kykenevä allekirjoittamaan tietojen luovutuskieltoa / luovutuskiellon peruutusta, kirjataan peruste potilastietojärjestelmään.

Potilastiedon arkiston tietoja koskevan luovutuskiellon tekemisen ja ylläpidon toiminnallisuus on kuvattu pääpiirteissään alla olevassa kuvassa 8-c Potilastiedon arkiston luovutuskiellon laadinta ja ylläpito.





Kuva 8-c Potilastiedon arkiston luovutuskiellon laadinta ja ylläpito

### 8.3.1.2 Esiehdot

Potilas on informoitu ja tunnistettu

Potilaalla on voimassa informointi Potilastiedon arkistosta tai informointi sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä tai se tehdään samassa yhteydessä

Potilas haluaa laatia tai muuttaa kieltojaan

### 8.3.1.3 Lopputulos

Potilaan haluamat Potilastiedon arkiston luovutuskieollot tai niiden muutokset ovat voimassa.

### 8.3.1.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Potilastietojärjestelmä hakee Potilastiedon arkiston tiedonhallintapalvelusta potilaan uusimman Potilastiedon arkiston kieltoasiakirjan.
  - a. Jos kieltoasiakirjaa ei palaudu, niin PTJ perustaa uuden Potilastiedon arkiston kieltoasiakirjan eli kyseiselle potilaalle syntyy kiellon ensimmäinen versio. Uuden asiakirjan yksilöintitunnus generoidaan PTJ:n normaalilla asiakirjan yksilöintitunnuksen luontitavalla (yksilöintitunnuksen ei tarvitse tulla Kelan OID-juureen, vaan se on palvelujen antajan omassa juuressa).
  - b. Jos arkistosta palautuu asiakirja, niin siinä olevia tietoja käytetään pohjana asiakirjan seuraavalle versiolle. [P2]
2. Kieltojen hallinnan osalta kansallinen tavoitetilä edellyttää, että kaikki kieltoja laativat ja käyttävät tietojärjestelmät toimivat Kanta-kieltojen hallinnan kanssa yhteensopivasti. Edellytyksenä on että Kanta-kieltojen hallintaan liittyvät kykenevät tekemään ja tulkitsemaan kiellot palveluntarjoaja- ja rekisteritason lisäksi myös palvelutapahtumatasolla. Yksityiseen terveydenhuoltoon tehdään ainoastaan palvelutapahtumakohtaisia kieltoja, siten että kielto kohdennetaan oman organisaation / omasta järjestelmästä löytyviin palvelutapahtumiin. [P1]
3. Potilastietojärjestelmällä tulee olla ajantasainen tieto koodistopalvelimella käytössä olevasta rekisterinpitäjärekisteristä. Alkuperäinen tieto on koodistopalvelimessa, mutta toimintavarmuus ym. syistä rekisteri kannattaa replikoida säännöllisin väliajoin.
4. **Muokkaa kieltoa.** Kiellon muokkaaminen tehdään yhteistyössä potilaan kanssa, joko keskustellen tai siten, että potilas näkee mitä muutoksia tehdään. (Huom. yksityisessä terveydenhuollossa saa tehdä vain palvelutapahtumatasoisen kiellon.)
5. Jos potilaalla on voimassa olevia kieltoja, niin kiellon muokkaus toiminnossa mahdollistetaan näiden muokkaus. Voimassa olevat kiellot ja uudet mahdolliset kiellon kohteet eritellään selkeästi omina kokonaisuuksinaan. (Huom. yksityisessä terveydenhuollossa saa muokata vain toimintayksikön omiin palvelutapahtumiin kohdistuvia kieltoja.)
6. Käyttäjä voi poistaa vanhoja palvelutapahtumakieltoja ja rekisterinpitäjäkieltoja. [P3]
7. Lisää uusi kielto -kohdassa esitetään listaus palvelutapahtuma-tiedoista, joihin voidaan kohdistaa kielto valintaruudun avulla. Palvelutapahtumien hakuun voidaan tarvittaessa käyttää palvelutapahtumatunnusten hakupyyntöä luovutuskielten ylläpitoa varten, ks. tarkemmin luku Kevyet kyselyrajapinnat.

- a. palvelutapahtumalistaus esitetään normaalisti laskevassa aikajärjestyksessä (uusin ensin), palvelutapahtuma listauksen lajittelujärjestyksen voi muuttaa seuraavilla kriteereillä
  - b. aikajärjestys, nouseva / laskeva
  - c. palvelujen antaja roolissa palveluiden tuottaja, nouseva / laskeva
8. Näytöllä on erillinen toiminto, jolla voidaan lisätä rekisterinpitäjäkielto (huom. yksityisessä terveydenhuollossa saa tehdä vain palvelutapahtumatasoisen kiellon). Valitsemalla kyseisen toiminnon käyttäjälle näytetään rekisterinpitäjäluettelo, josta voi valita kiellettäviä rekisterinpitäjiä. Lista voi kohdistaa seuraavat toiminnot:
- a. näytä vain ne rekisterinpitäjät, joille potilaalla on palvelutapahtumia.
  - b. näytä tietyn sairaanhoitopiirin rekisterinpitäjät
9. Kun tarvittavat muokkaukset on tehty, käyttäjä valitsee tulosta ja arkistoi.
10. Kieltoasiakirja muodostetaan "Muodosta lomakeasiakirja" käyttötapauksen mukaisesti.
11. Asiakirjat arkistoidaan Potilastiedon arkistoon, josta on saatu sovellustason kuittaus.
12. Kieltoasiakirjoja tulostetaan kaksi kappaletta. Potilastietojärjestelmä muodostaa tulostettavan asiakirjan tyyllisivun perusteella.
13. Kielto allekirjoitetaan ja arkistoidaan palvelun antajan paperiarkistoon Kelan lukuun.[P2]

#### 8.3.1.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Kansalaisen tekemä kielto kattaa potilaan tiedonhallintapalvelussa olevan tiedon, joka on peräisin palvelujen antajalta tai palvelutapahtumasta, jonka tietojen luovuttamisen valtakunnallisen tietojärjestelmän kautta potilas on kieltänyt.

Vaatus: Jos potilaan keskeisissä tiedoissa on tietoja, joiden lähde on palvelujen antaja tai palvelutapahtuma, jonka tietojen luovutuksen kansalainen on kieltänyt, tietoja ei voi näyttää tiedonhallintapalvelun kautta.

P2: Kieltoasiakirja on tulostettu ja potilas on sen allekirjoittanut, mutta kieltoa ei pystytä tallentamaan potilastietojärjestelmään, eikä tieto siitä siirry välittömästi kansalliseen palveluun.

Vaatus: Potilastietojärjestelmän tulee varmistaa kieltojenhallinta-asiakirjan tallentaminen Potilastiedon arkistoon ensi tilassa häiriön korjaannuttua. Tilanteessa potilasta tulee informoida kieltojen muutoksen voimaantulossa tapahtuvasta viiveestä.

P3: Muutosten jälkeen potilaalla ei ole voimassa olevia luovutuskieltoja. Luovutuskieltojen ohittamista hätätilanteessa ohjaavaa valintaa ei ole poistettu.

Vaatus: Kieltolomakkeen oletusarvona on, ettei luovuttaminen hätätilanteessa ole sallittua. Jos potilaalle ei jää kieltoasiakirjalle luovutuskieltoja, potilastietojärjestelmän tulee varmistaa, että valinta "Kielletyt tiedot voidaan luovuttaa hätätilanteessa" on tyhjennetty.

### 8.3.1.6 Tietosisältö

Potilastiedon arkiston kieltoasiakirjan CDA R2 -lomakerakenteet löytyvät koodistopalvelimelta. Kyseisen lomakemäärittelyn yksilöintitunnus on: 1.2.246.537.6.12.2002.331. Tarkista ajantasainen tietosisältö aina koodistopalvelimelta.

### 8.3.1.7 Käyttäjä ja roolit

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja.

Potilas, joka antaa kirjallisen kiellon Kanta-palvelun asiakirjojen käyttöön.

## 8.3.2 Tee tai muuta reseptien tietojen luovutuskielloja

### 8.3.2.1 Yhteenveto

Potilas voi halutessaan kieltää reseptin tietojen luovuttamisen Reseptikeskuksesta hoitotilanteissa muille kuin lääkkeen määränneelle terveydenhuollon ammattilaiselle. Kiellot tallennetaan reseptien kieltoasiakirjalle, jonka potilas allekirjoittaa. Kiellot kohdistetaan yksittäisiin resepteihin.

Mikäli potilaalla ei ole entuudestaan reseptien luovutuskielloja, järjestelmä luo uuden reseptien kieltoasiakirjan. Mikäli potilas haluaa poistaa tai lisätä olemassa olevia kielloja, päivitetään jo olemassa olevaa reseptien kieltoasiakirjaa.

Potilaalle annetaan kieltoasiakirjasta kopio ja palvelujen antaja säilyttää omassa paperiarkistossaan alkuperäisen allekirjoitetun paperisen version kieltoasiakirjasta. Potilastietojärjestelmä arkistoi kiellot lisäksi Potilastiedon arkiston tiedonhallintapalveluun (THP). Tämän jälkeen kiellot rajaavat terveydenhuollon ammattihenkilöille hoitotilanteissa näytettävien reseptien joukkoa. Sanoman välittyminen potilastietojärjestelmän ja tiedonhallintapalvelun välillä vahvistetaan kuittauksin.

Potilaalle tulee tiedottaa, että kiello koskee myös tilanteita, joissa hän on äkillisen henkeä uhkaavan sairauden tai loukkaantumisen vuoksi tajuton ja sen vuoksi kykenemätön peruuttamaan tekemänsä kiellon. Potilas voi kieltolomakkeessa kuitenkin ilmoittaa että kiellot eivät ole voimassa hätätilanteessa. Lääkemääräyksien tiedot voidaan luovuttaa hätätilanteessa –valinta koskee kaikkia kiellettyjä reseptejä, sitä ei voi määritellä reseptikohtaisesti. Potilas voi asettaa kiellon, vaikka häntä ei olisi informoitu sähköisestä lääkemääräyksestä.

Potilas voi perua kiellon/kiellot, jolloin terveydenhuollon ammattihenkilö voi katsoa kieltotiedot ja peruuttaa kiellot. Kieltoihin tehdyt muutokset potilas vahvistaa allekirjoituksellaan.

Jos potilas ei ole esimerkiksi sairauden tai vamman takia kykenevä allekirjoittamaan tietojen luovutuskielloa / luovutuskiellon peruutusta, kirjataan peruste allekirjoituksen puuttumiselle potilastietojärjestelmään.

Potilaan sijaan hänen laillinen edustajansa voi perua potilaan tekemiä kielloja. Potilaan laillisella edustajalla ei ole oikeutta lisätä uusia kielloja.



Käyttäjä on kirjautunut potilastietojärjestelmään ja hänellä on oikeus käyttää Kanta-palveluita. Käyttäjän oikeus käsitellä lääkemääräysten kieltoja perustuu roolin mukaiseen käyttövaltuushallintaan, joka on organisaation vastuulla.

### 8.3.2.3 Lopputululos

Potilaan haluavat reseptien luovutuskiellot tai niiden muutokset ovat voimassa.

#### 8.3.2.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Potilas ilmaisee, että haluaa lisätä tai poistaa kieltoja.
2. Käyttäjä valitsee toiminnallisuuden kieltojen lisäys tai kieltojen poisto
3. Jos käyttäjä valitsee kiellon lisäyksen, niin potilastietojärjestelmä hakee kieltojen asettamista varten Reseptikeskuksesta potilaan reseptien kuvailutiedot.
  - a. Reseptit haetaan käyttäen reseptien kieltojen asettamista varten tarkoitettua hakua (*kts. Sähköisen reseptin määrittelyt*).
4. Jos käyttäjä valitsee kiellon poiston, niin potilastietojärjestelmä hakee Potilastiedon arkiston Tiedonhallintapalvelusta potilaan uusimman reseptien kieltoasiakirjan.
  - a. Mikäli tiedonhallintapalvelu palauttaa tiedon puuttuvasta reseptien kieltoasiakirjasta, järjestelmä perustaa uuden kieltoasiakirjan ja kyseiselle potilaalle syntyy kieltoasiakirjan ensimmäinen versio. Uuden kieltoasiakirjan yksilöintitunnus generoidaan potilastietojärjestelmän normaalilla asiakirjan yksilöintitunnuksen luontitavalla (yksilöintitunnuksen ei tarvitse tulla Kelan OID-juureen, vaan se on palvelujen antajan omassa juuressa). Tarkempi toiminnallisuuden kuvaus löytyy potilastiedon arkiston käyttötapauksesta Muodosta lomakeasiakirja (ja välitä kolmannelle osapuolelle). Kieltoasiakirjan tietosisällön kuvaus, kts. TR1 Sähköinen lääkemääräys/Lomake - Lääkemääräystietojen luovutuskielto

- b. Jos arkistosta palautuu kieltoasiakirja, siinä olevia tietoja käytetään pohjana asiakirjan seuraavalle versiolle.
- 5. Järjestelmä listaa käyttäjän aiemman valinnan mukaan reseptit, joihin voi lisätä kiellon tai reseptit joihin kohdistuu luovutuskielto.
  - a. Reseptikeskuksen palauttavat reseptit näytetään määräyspäivän mukaan laskevassa järjestyksessä. Potilas voi asettaa näille uusia luovutuskieltoja.
  - b. Kaikki reseptit, joihin potilas on kohdistanut luovutuskiellon, näytetään aina reseptin iästä riippumatta. Tiedot kielletyistä resepteistä saadaan kieltoasiakirjalta. Luovutuskiellon voi poistaa minkä tahansa ikäiseltä reseptiltä. Reseptit näytetään määräyspäivän mukaan laskevassa järjestyksessä.

Lisäksi järjestelmä näyttää valinnan ”Lääkemääräyksien tiedot voidaan luovuttaa hätätilanteessa”

- 6. Käyttäjä muokkaa yhteistyössä potilaan kanssa luovutuskieltoja ja/tai valintaa liittyen tietojen luovuttamiseen hätätilanteessa, joko keskustellen tai siten, että potilas näkee mitä muutoksia tehdään. (kts. P4)
- 7. Järjestelmä korostaa muutokset, jotka käyttäjä on tehnyt
- 8. Käyttäjä hyväksyy tehdyt muutokset
- 9. Jos käyttäjä on lisännyt kiellon tai kieltoja, niin järjestelmä hakee kieltoasiakirjan käyttötapauksen kohdan 1.4 mukaisesti
- 10. Järjestelmä päivittää kieltoasiakirjan
- 11. Käyttäjä tulostaa kaksi kappaletta kieltoasiakirjasta
- 12. Järjestelmä tulostaa kieltoasiakirjasta kaksi kappaletta tyylisivun mukaisena
- 13. Käyttäjä pyytää potilaalta allekirjoituksen (kts. myös P1 Potilas kieltäytyy allekirjoittamasta vaikka kielto on jo tallennettu sähköisenä sekä P2 Potilas ei ole kykenevä allekirjoittamaan tietojen luovutuskieltoa)
- 14. Käyttäjä kuittaa, että kieltoasiakirja on allekirjoitettu
- 15. Järjestelmä tallentaa Tiedonhallintapalveluun uuden version kieltoasiakirjasta tai uuden asiakirjan jos vanhaa ei ollut
- 16. Tiedonhallintapalvelu lähettää sovellustason kuittauksen tallennuksen onnistumisesta. Tallennuksen epäonnistuessa kts. P3 Arkistoon tallennus epäonnistuu.
- 17. Kieltoasiakirja arkistoidaan palvelun antajan paperiarkistoon Kelan lukuun

#### 8.3.2.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Potilas kieltäytyy allekirjoittamasta vaikka kielto on jo tallennettu sähköisenä

Allekirjoitus pyydetään ennen päivitetyn kieltoasiakirjan tallentamista tiedonhallintapalveluun. Mikäli kuitenkin asiakirja on jo ehditty tallentaa ja potilas kieltäytyy allekirjoittamasta paperi-asiakirjaa, terveydenhuollon ammattihenkilö peruu tehdyt kiellot.

Käyttötapaus päättyy.

P2: Potilas ei ole kykenevä allekirjoittamaan tietojen luovutuskieltoa

Jos potilas ei ole esimerkiksi sairauden tai vamman takia kykenevä allekirjoittamaan tietojen luovutuskieltoa / luovutuskiellon peruutusta, kirjataan peruste allekirjoituksen puuttumiselle potilastietojärjestelmään.

Käyttötapaus jatkuu normaalin tapahtumankulun kohdasta 11.

P3: Arkistoon tallennus epäonnistuu

Kieltoasiakirjan tallennuksen epäonnistuessa potilastietojärjestelmä varmistaa asiakirjan tallentamisen Potilastiedon arkistoon ensi tilassa häiriön korjaannuttua.

Kieltoasiakirjan tallennuksen epäonnistuessa/viivästyessä käyttäjä informoi potilasta kieltojen muutoksen voimaantulossa olevasta viiveestä.

Käyttötapaus jatkuu normaalin tapahtumankulun kohdasta 14.

P4: Muutosten jälkeen potilaalla ei ole voimassa olevia luovutuskieltoja. Luovutuskieltojen ohittamista hätätilanteessa ohjaavaa valintaa ei ole poistettu.

Vaatus: Kieltolomakkeen oletusarvona on, ettei luovuttaminen hätätilanteessa ole sallittua. Jos potilaalle ei jää kieltoasiakirjalle luovutuskieltoja, potilastietojärjestelmän tulee varmistaa, että valinta "Lääkemääräyksien tiedot voidaan luovuttaa hätätilanteessa" on tyhjennetty.

### **8.3.2.6 Tietosisältö**

TR1: Sähköinen lääkemääräys/Lomake - Lääkemääräystietojen luovutuskielto

Kieltoasiakirjan CDA R2 -lomakerakenteet löytyvät kansalliselta koodistopalvelimelta. Kyseisen lomakemäärittelyn yksilöintitunnus on: 1.2.246.537.6.12.2002.370. Tarkista ajantasainen tietosisältö aina koodistopalvelimelta.

### **8.3.2.7 Käyttäjät ja roolit**

Potilastietojärjestelmä

Tiedonhallintapalvelu

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja.

Potilas, joka haluaa ylläpitää Kanta-Reseptikeskuksen sähköisten lääkemääräysten luovutuskieltoja tai potilaan laillinen edustaja (kts. LT1).

### **8.3.2.8 Lisätiedot**

LT1: Potilaan laillisen edustajan oikeudet

Potilaan sijaan hänen laillinen edustajansa voi perua potilaan tekemiä kieltoja. Potilaan laillisella edustajalla ei ole oikeutta lisätä uusia kieltoja.

## **8.4 Hae informoinnit ja kiellot järjestelmän näkymärajausta varten**

### **8.4.1 Yhteenveto**

Potilastietojärjestelmille on toteutettu sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteisrekisterin toiminnan tukemiseksi palvelupyyntö (PP25), jonka avulla potilastietojärjestelmä (ml. esimerkiksi alueelliset erillisjärjestelmät) saa käyttöönsä potilaan informoinnit ja Potilastiedon arkistoa koskevat kiellot. Tämä palvelupyyntö on tarkoitettu vain järjestelmien käyttöön, eikä sillä haettua tietoa saa näyttää henkilökäyttäjälle. Jos potilaan suostumustietoja käsittelee henkilö, on suostumustenhallinnan asiakirjojen hakemista varten tehty oma palvelupyyntö (PP24), jonka käyttöä on kuvattu edellisissä luvuissa koskien informointien, suostumusten ja kieltojen tekoa ja muuttamista.

Järjestelmähaku ei edellytä hoitosuhteen olemassaoloa. Järjestelmähaun tulokset saavat olla potilastietojärjestelmän välimuistissa vuorokauden (24 tuntia) ajan tai osastohoitojaksoa koskien riittää, että suostumustenhallinnan tiedot haetaan järjestelmään kerran osastohoitojakson alkaessa

Potilaan luovutustenhallintaa ohjaavien tietojen hakemiseen voidaan tarvittaessa käyttää myös luovutustietojen kyselyä, ks. tarkemmin luku Kevyet kyselyrajapinnat.

### **8.4.2 Esiehdot**

Potilas on tunnistettu

Käyttäjä on tunnistettu ja ohjelmisto tietää minkä sairaanhoitopiirin tietoja käsitellään

### **8.4.3 Lopputulos**

Potilastietojärjestelmä pystyy päättämään mitkä tiedot on näytettävissä ammattihenkilölle terveydenhuoltolain mukaisen sairaanhoitopiirin yhteisen potilastietorekisterin avulla.

### **8.4.4 Onnistunut käyttötapaus**

1. Potilastietojärjestelmä hakee Potilastiedon arkiston tiedonhallintapalvelusta potilaan uusimman kieltoasiakirjan sekä informointiasiakirjan [P1].
2. Tarkistetaan onko potilas informoitu sairaanhoitopiirin kunnallisen terveydenhuollon yhteisestä potilastietorekisteristä
  - a. Jos informointiasiakirjaa ei palaudu, niin käyttötapaus päättyy eikä tietoja näytetä käyttäjälle.
  - b. Jos informointiasiakirjasta ei löydy informointimerkintää kyseisen sairaanhoitopiirin kohdalla, niin käyttötapaus päättyy eikä tietoja näytetä käyttäjälle.
  - c. Jos informointiasiakirjasta löytyy informointimerkintä, voi käyttötapaus jatkua eteenpäin
  - d. Jos kyseessä on yksityinen toimija, sairaanhoitopiirin yhteistä potilastietorekisteriä koskevat tarkastukset ohitetaan



3. Sairaanhoidopiiriin yhteisen potilastietorekisterin tiedot haetaan Kantasta tai alueellisesta potilastietojärjestelmästä
4. Potilastietojärjestelmä muodostaa kieltojen perusteella ammattihenkilölle näytön, jossa ei ole sisällytetty kieltojen alaisia tietoja [P2].

#### **8.4.5 Poikkeus- ja virhetilanteet**

P1: Asiakirjoja ei saada palautettua tai niitä ei ole tallennettuna. Mikäli informointitietoa ei ole tai sitä ei saada, tulee potilas informoida ammattihenkilön toimesta ennen tietojen näyttämistä. Tällöin tulisi tallentaa uusi informointiasiakirja tai sen versio, ettei potilasta informoida myöhemmin uudelleen.

#### **8.4.6 Tietosisältö**

Potilastiedon arkiston kieltoasiakirjan CDA R2 -lomakerakenteet löytyvät koodistopalvelimelta. Kyseisen lomakemäärittelyn yksilöintitunnus on: 1.2.246.537.6.12.2002.331. Tarkista ajantasainen tietosisältö aina koodistopalvelimelta.

Informointiasiakirjan CDA R2 -lomakerakenteet löytyvät koodistopalvelimelta. Kyseisen lomakemäärittelyn yksilöintitunnus on: 1.2.246.537.6.12.2002.332. Tarkista ajantasainen tietosisältö aina koodistopalvelimelta.

#### **8.4.7 Käyttäjä ja roolit**

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja.

### **8.5 Tee tai muuta tahdonilmaisua**

#### **8.5.1 Yhteenveto**

Tiedonhallintapalvelu sisältää suostumusten ja kieltojen hallinnan lisäksi myös muita potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä tietoja. Tällaisia tietoja ovat potilaan tahdonilmaisut, kuten hoitotahto tai elinluovutustahto. Elinluovutustahdolla henkilö voi esimerkiksi kieltää irrottamasta elimiä, kudoksia tai soluja toisen ihmisen sairauden tai vamman hoitoon tai vahvistaa suostumuksensa elinluovutukseen.

Kansalainen voi tehdä itse tahdonilmaisuja Omakannan kautta tai pyytää terveydenhuollon henkilöstöä kirjaamaan tahdonilmaisun tiedonhallintapalveluun (THP).

Tahdonilmaisuja koskevien tietojen luovuttaminen arkistosta terveydenhuollon palvelun antajalle ei edellytä suostumusta. Potilaan tehtyä tahdonilmaisunsa, se on kaikkien hoitosuhteessa olevien palvelujen antajien käytössä toistaiseksi<sup>19</sup>. Tahdonilmaisua koskevien asiakirjojen arkistointia on kuvattu elinluovutustahdon hallintaa kuvaavassa aktiviteettikaaviossa (kuva 8-d).

---

<sup>19</sup> Tieto siitä, että potilaalla on voimassaoleva tahdonilmaisua, näytetään riskitietokoosteella.

### 8.5.2 Esiehdot

Potilas on tunnistettu virallisella henkilötunnuksella.

Potilas haluaa laatia uuden tai muuttaa jo olemassa olevaa tahdonilmaisua.

Käyttäjä on kirjautunut potilastietojärjestelmään ja hänellä on oikeus käyttää Kanta-palveluja / tiedonhallintapalvelua.

### 8.5.3 Lopputulos

Sähköisessä muodossa oleva tahdonilmaisu on siirtynyt Potilastiedon arkistoon kuuluvaan tiedonhallintapalveluun ja se on nähtävissä potilaan tiedonhallintapalvelussa ja Omakannassa. Potilaalle voidaan haluttaessa tulostaa tietojärjestelmästä tahdonilmaisu.

### 8.5.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Käyttäjä valitsee potilaan tahdonilmaisut.
2. Käyttäjä valitsee kirjattavaksi haluttavan tahdonilmaisutyypin.
3. Tietojärjestelmä tekee palvelupyynnön tiedonhallintapalveluun.
4. Käyttäjälle näytetään, onko potilaalla THP:ssa aiempaa kyseistä tahdonilmaisua:
  - a. Jos potilaalla on aiempi kyseinen tahdonilmaisu, haetaan käyttäjälle ko. tahdonilmaisun viimeisin versio. Käyttäjän näkökulmasta aiemmilla versioilla ei ole merkitystä. [P1]
    - i. Jos potilas ei halua muuttaa tahdonilmaisua, käyttötapaus päättyy.
    - ii. Jos potilas haluaa muokata tahdonilmaisua, siirrytään käyttötapausten kohtaan 5
    - iii. Jos potilas haluaa perua tahdonilmaisun, korvataan tahdonilmaus-asiakirja tyhjällä asiakirjalla ja siirrytään käyttötapausten kohtaan 6.
  - b. Jos potilaalla ei ole aiempaa ko. tahdonilmaisua ja potilas haluaa tehdä sellaisen, luo potilastietojärjestelmä uuden asiakirjan.
5. Käyttäjä kirjaa potilaan tahdonilmaisun potilastietojärjestelmään.
  - a. Potilastietojärjestelmä esitäyttää automaattisesti seuraavat kohdat:
    - i. potilaan nimitiedot
    - ii. potilaan yksilöintitunnus
    - iii. asiakirjan tallentaja.
  - b. Käyttäjä kirjaa muut asiakirjalle vaadittavat tiedot potilaan tahdonilmaisun perusteella.
6. Käyttäjä tallentaa asiakirjan.

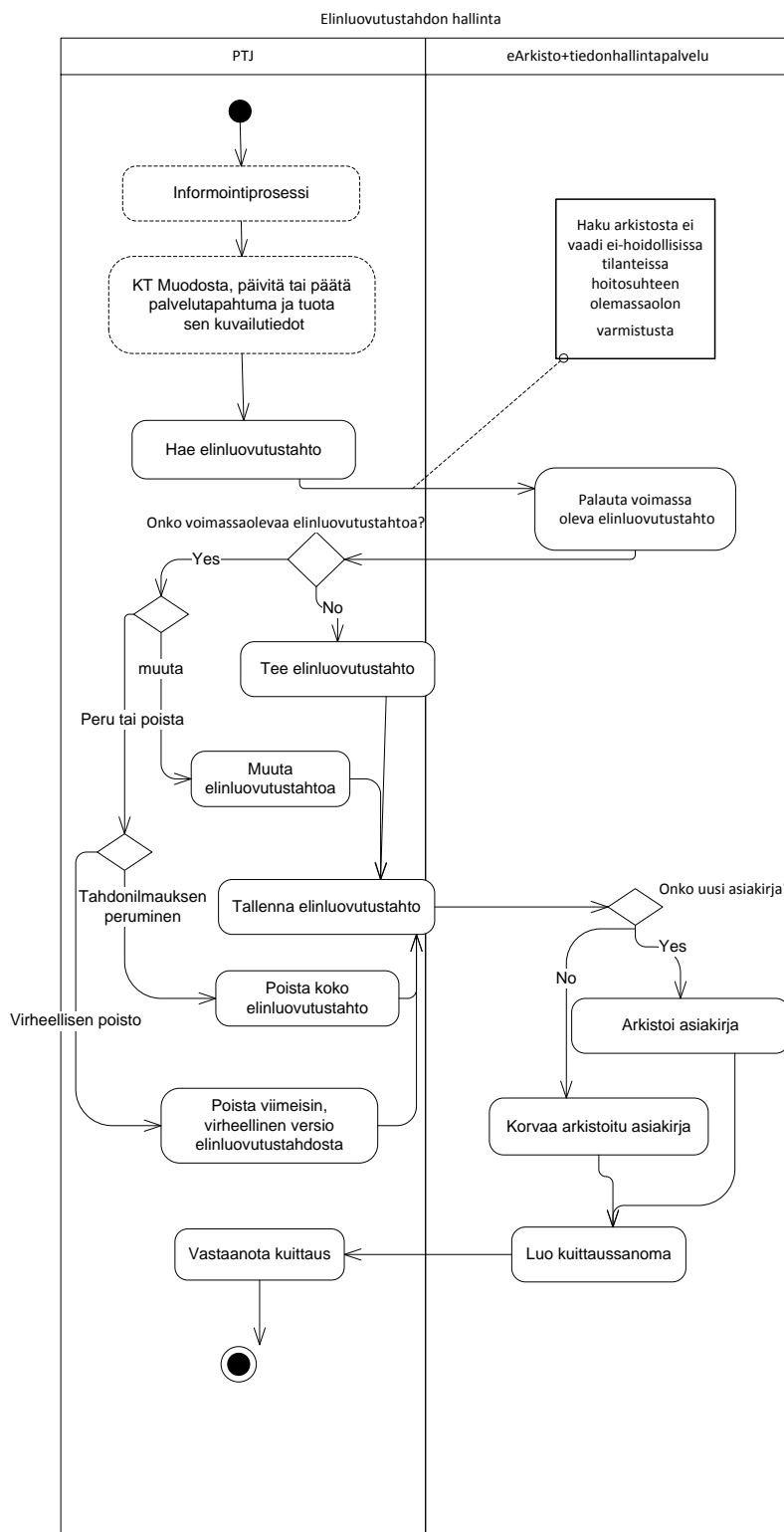
7. Tietojärjestelmä arkistoi asiakirjan.

- a. Laadittu asiakirja muodostetaan ”Muodosta lomakeasiakirja” käyttötapauksen mukaisesti, jonka jälkeen
- b. asiakirja siirtyy potilaan tiedonhallintapalveluun.[V1]

PTJ kirjaa tiedonhallintapalveluun Kelan rekisterinpitäjärekisteriin arkistoitavien asiakirjojen rekisterinpitäjäksi Kelan, ei siis asiakirjoja arkistoivaa organisaatiota. Potilastiedon arkisto tunnistaa asiakirjan näkymän eli käytännössä asiakirjatyypin perusteella ja osaa tallentaa asiakirjan Kelan rekisteriin.

8. Käyttäjä tulostaa tarvittaessa asiakirjan.

9. Käyttötapaus päättyy.



Kuva 8-e Elinluovutustahdon hallinta

### 8.5.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Tahdonilmaisuus on aiemmin kirjattu vahingossa väärän potilaan tietoihin.

Vaatimukset: Virheellinen asiakirja on mitätöitävä ja palautettava aiempi versio, jos potilaalla sellainen oli ollut.

V1: Tahdonilmaisua ei pystytä tallentamaan kansalliseen tiedonhallintapalveluun.

Vaatus: Tietojärjestelmän tulee varmistaa tahdonilmauksen tallentaminen tiedonhallintapalveluun ensi tilassa häiriön korjaannuttua.

### **8.5.6 Elinluovutustahdon tietosisältö**

Elinluovutustahtoasiakirjan CDA R2 -lomakerakenteet löytyvät koodistopalvelimelta. Kyseisen lomakemäärittelyn yksilöintitunnus on: 1.2.246.537.6.12.2011.152. Tarkista ajantasainen tietosisältö aina koodisto-palvelimelta<sup>20</sup>.

### **8.5.7 Hoitotahdon tietosisältö**

Hoitotahtoasiakirjan CDA R2 -lomakerakenteet löytyvät koodistopalvelimelta. Kyseisen lomakemäärittelyn yksilöintitunnus on: 1.2.246.537.6.12.2011.165. Tarkista ajantasainen tietosisältö aina koodistopalvelimelta.

#### **8.5.7.1 Käyttäjä ja roolit**

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto / tiedonhallintapalvelu

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja.

Henkilö, jonka tahdonilmaisua käsitellään.

---

<sup>20</sup> Tietosisältöjen kuvaukset löytyvät Tiedonhallintapalvelun määrittelystä.

## 9 Tiedonhallintapalvelun käyttötapaukset – terveydenhuollon palvelunantajan rekisteriin arkistoitavat asiakirjat

Tiedonhallintapalvelu (THP) sisältää suostumusten ja kieltojen hallinnan lisäksi myös muita potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä tietoja. Tiedonhallintapalvelun toiminnallisuutta ja vaatimuksia, sekä tietosisältöä on kuvattu tarkemmin seuraavissa Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) tuottamissa määrittelydokumenteissa, joiden uusimmat versiot ovat saatavilla osoitteesta [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi):

- Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely (lyh. Tiedonhallintapalvelun määrittely)
- Sairaanhoidopiirin yhteisen potilasrekisterin ja Kanta-suostumustenhallinnan toiminnallisuuksien määrittely - Potilaan informointi, suostumus ja kiellot (lyh. Suostumus ja kiellot).
- Kanta-palveluiden vaiheistussuunnitelma (lyh. Vaiheistussuunnitelma).

Tässä dokumentissa kuvatut potilastietojärjestelmien tiedonhallintapalvelua koskevat käyttötapaukset perustuvat em. THL:n määrittelyihin ja Kelan tuottamiin teknisiin määrittely- ja arkkitehtuurikuvauksiin.

Tiedonhallintapalvelun avulla kootaan ja ylläpidetään potilaskohtaisesti Potilastiedon arkistoon tallennettuja, yksittäisen potilaan tietoja. Potilastietojärjestelmässä ns. keskeiset tiedot<sup>21</sup> voidaan esittää yhdellä koontinäytöllä. Tämä vaatii sitä, että esimerkiksi lääkitystä, terveyst- ja hoitosuunnitelmaa, riskitietoja ja diagnooseja ylläpidetään potilaskohtaisesti. Alkuperäinen tieto on Potilastiedon arkistossa ja se tulee potilastietojärjestelmissä tehtävien muokkausten yhteydessä päivittää mahdollisimman reaaliaikaisesti Potilastiedon arkistoon.

Keskeiset tiedot kootaan tiedonhallintapalvelun avulla yhteen, potilasyyhteenvedoksi. Tämä THP:n kautta jaeltava tieto voidaan yhdistää paikallisesti, käyttäjän omassa potilastietojärjestelmässä olevaan tietoon. Tiedonhallintapalvelun palauttamista koostetiedoista ja ylläpidettävän asiakirjan tiedoista tulee pystyä tekemään tarvittavia jatkotoimintoja, kuten esimerkiksi

- uuden laboratoriopyynnön tekeminen koosteessa olevan laboratoriotutkimuksen kautta,
- vanhan diagnoosin poimiminen uuden kirjauksen pohjaksi tai
- niiden palvelutapahtuman potilasasiakirjojen hakeminen, joista tiedot on koostettu tai joissa ylläpidettävä tieto on kirjattu tai päivitetty.

Potilastietojärjestelmien teknisistä valmiuksista johtuen, kaikkia tiedonhallintapalvelun tavoitetilassa kuvattuja asiakirjoja ei ensi vaiheessa pystytä ottamaan käyttöön. Asiakirjojen käyttöönoton vaiheistusta kuvataan tarkemmin THL:n tuottamassa Kanta-palveluiden vaiheistussuunnitelmassa.

---

<sup>21</sup> Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella voidaan säätää siitä, mitkä ovat tiedonhallintapalvelun kautta näytettäviä keskeisiä tietoja.

Tiedonhallintapalveluun tallennettavat tiedot voidaan tietojen käytön ja hallinnan kannalta jakaa kahteen käsittelytavaltaan erilaiseen ryhmään<sup>22</sup>:

1. Koosteasiakirjat<sup>23</sup> (kertyvät eli kumulatiiviset tiedot), jotka eivät vaadi PTJ:n käyttäjältä aktiivista ylläpitoa, vaan tiedot kootaan tiedonhallintapalvelun avulla Potilastiedon arkistoon arkistoiduista potilaan tiedoista. Näitä ovat:
  - a. diagnoosit
  - b. toimenpiteet
  - c. toimenpidekoodistolla kirjatut kuvantamistutkimukset
  - d. laboratoriotulokset
  - e. keskeiset fysiologiset mittaustulokset
  - f. rokotukset
  - g. riskitiedot
  - h. lääkitys.
2. Ylläpidettävä asiakirja, joka vaatii PTJ:n käyttäjältä aktiivista ylläpitoa, kuten uusien tietojen lisäämistä ja vanhentuneiden tai muuttuneiden tietojen päivittämistä. Toistaiseksi ylläpidettäviä asiakirjoja on vain yksi:
  - a. terveys- ja hoitosuunnitelma.

Käyttäjä voi hyödyntää tiedonhallintapalvelun ”keskeisten asiakirjojen hakupalvelua” ts. toimintoa, jonka avulla on tavoitetilassa mahdollista hakea monipuolisesti tietoja kansallisesta tiedonhallintapalvelusta. Palvelulla voidaan hakea yhden potilaan kaikki potilaan terveyden ja sairanhoidon kannalta keskeiset tiedot, osan niistä tai yksittäisiä keskeisten tietojen asiakirjoja. Koosteasiakirjojen osalta aikarajauksen avulla voidaan hakea suppeampia osajoukkoja tiedoista. Esimerkiksi PTJ:n käyttäjä voi hakea kymmenen vuoden sisällä tehdyt rokotukset tai viimeisen kahden vuoden aikana arkistoidut laboratoriotutkimukset.

Mikäli keskeisten tietojen koosteita tallennetaan teknisistä syistä potilastietojärjestelmään väliaikaisesti, tulee ne hävittää palvelutapahtuman päättyessä.

---

<sup>22</sup> Ajantasainen listaus koosteasiakirjoista ja ylläpidettävistä asiakirjoista löytyy Tiedonhallintapalvelun määrittelystä.

<sup>23</sup> Koosteasiakirjat eivät ole samassa merkityksessä asiakirjoja kuin arkistoitavat potilaskertomusasiakirjat, koska koosteasiakirjoja ei esimerkiksi allekirjoiteta tiedonhallintapalvelun toimesta, eikä niitä ole tarkoitus arkistoida sellaisenaan esimerkiksi potilastietojärjestelmään lukuun ottamatta lyhytaikaista teknistä tallentamista.

## 9.1 Näytä potilaan hoidon kannalta keskeiset terveystiedot

### 9.1.1 Yhteenveto

Potilaan kokonaistilanteen hahmottamista varten on hoitotilanteessa hyödyllistä, että PTJ kokooa potilaan hoidon kannalta keskeiset tiedot ”yhdellä silmäyksellä” nähtäväksi potilaan yhteenvetotietojen näytöksi (Patient care summary).

Yhteenvetonäytöllä ei voida näyttää kaikkia keskeisiä tietoja kerralla, jonka vuoksi määritellään erikseen ne keskeiset tiedot, jotka näytetään käyttäjälle yhteenvetotietojen näytön ”etusivulla”<sup>24</sup>. Muut, vähemmän keskeiset tiedot voidaan sijoittaa ”yhden klikkauksen” päähän etusivulta.

Potilaan yhteenvetotietoihin voidaan yhdistää myös päätöksenteon tukea palvelevia ja hoitopolkuja ohjaavia toimintoja. Silloin palvelusta voidaan saada potilaan hoidolle entistä parempi hyöty.

Potilaan yhteenveto on näiden toiminnallisuuksien vuoksi parasta rakentaa potilastietojärjestelmien yhteyteen. Niitä tilanteita varten, joissa potilastietojärjestelmä ei pysty näyttämään potilasyhteenvetoa, on visioitu, että osaksi kansallista tiedonhallintapalvelua voitaisiin rakentaa ”Ammattilaisen katseluyhteys”, josta potilaan yhteenvedon voi nähdä, mutta tietoja ei voisi kirjata sen avulla. Myös tähän mahdolliseen ratkaisuun pitäisi olla mahdollista yhdistää päätöksenteon tukea palvelevia ja hoitopolkuja ohjaavia toimintoja.

Potilaan hoidon kannalta keskeisten terveystietojen hakeminen (PP27) Tiedonhallintapalvelusta edellyttää sekä hoitosuhteen olemassa oloa että potilaan antamaa Kanta-suostumusta. Hätilanteessa keskeisiä terveystietoja haettaessa (PP28) suostumusta ei vaadita, mutta molemmissa tilanteissa huomioidaan potilaan tekemien kieltojen vaikutus palautettaviin tietoihin. Mikäli potilaalta puuttuu voimassa oleva suostumus, palautetaan tästä tieto potilastietojärjestelmälle PP27-haun yhteydessä.

### 9.1.2 Esiehdot

Potilas on tunnistettu virallisella henkilötunnuksella.

Potilastiedon arkistosta löytyy voimassaoleva palvelutapahtuma-asiakirja hoitosuhteen olemassaolon varmistamiseksi. Käyttäjä on kirjautunut potilastietojärjestelmään toimikortilla ja hänellä on oikeus käyttää Kanta-palveluja / tiedonhallintapalvelua.

### 9.1.3 Lopputulos

Hoitotilanteessa terveydenhuollon ammattilainen näkee PTJ:stä yhteenvetotietojen näytölle koottuna näkymänä potilaan hoidon kannalta keskeiset tiedot, joita ovat esimerkiksi potilaan kriittiset riskitiedot, pitkäaikaisdiagnoosit ja voimassa oleva lääkitys. Käyttäjä voi halutessaan tarkastella muita, vähemmän keskeisiä tietoja valitsemalla kyseisen tietokokonaisuuden yhteenvetotietojen näytön etusivulta. Tällaisia tietoja voivat olla esimerkiksi rokotustiedot.

---

<sup>24</sup> Tietojen näyttämisen arvottamista on kuvattu tarkemmin Tiedonhallintapalvelun määrittelyssä.



### 9.1.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Käyttäjä valitsee potilaan yhteenvetotiedot, joka voi muodostua yhdestä tai useammasta
  - a. koosteasiakirjasta ja/tai
  - b. ylläpidettävästä asiakirjasta.
2. Tietojärjestelmä hakee tiedonhallintapalvelusta käyttäjän valitsemat tai järjestelmään valmiiksi parametroidut tiedot [P1]:
  - a. Jos käyttäjä on valinnut koosteasiakirjoilla olevia tietoja, siirrytään käyttötapauksen Näytä koosteasiakirjat / Onnistunut käyttötapaus kohtaan 1.
  - b. Jos käyttäjä on valinnut ylläpidettävällä asiakirjalla olevia tietoja, siirrytään käyttötapauksen Näytä ja muokkaa ylläpidettävää asiakirjaa / Onnistunut käyttötapaus kohtaan 1.
3. Käyttötapaus päättyy.

### 9.1.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Käyttäjälle ei palaudu tietoja tiedonhallintapalvelusta.

Vaatus: PTJ ilmoittaa käyttäjälle että henkilöllä ei ole ko. tietoa käytettävissä Potilastiedon arkistossa.

### 9.1.6 Tietosisältö

Potilastietojärjestelmä käyttää Näytä koosteasiakirja ja Näytä ja muokkaa ylläpidettävää asiakirjaa -käyttötapauksissa kuvattujen asiakirjojen tietosisältöä.

### 9.1.7 Käyttäjä ja roolit

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto / tiedonhallintapalvelu

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja

Henkilö, jonka tietoja käsitellään

## 9.2 Näytä koosteasiakirja

### 9.2.1 Yhteenveto

Koosteasiakirjat koostuvat eri rekisterinpitäjäkohtaisten asiakirjojen tiedoista ja ne kootaan aina kyselyhetkellä. Koosteasiakirjoissa kunkin koosteen lähteenä olevan asiakirjan rekisterinpitäjä on tiedon säilytyksestä vastaava toimintayksikkö ja varsinaisella dynaamisesti muodostettavalla koosteasiakirjalla ei ole rekisterinpitäjää.

Tiedot haetaan Potilastiedon arkiston rekisterinpitäjäkohtaisista tiedoista ja tiedonhallintapalvelu kokoaa ne yhteen, sekä välittää kokoamansa listan

potilastietojärjestelmälle kunkin tiedon osalta. Koosteasiakirjan palautusmuotona käytetään rajapintamäärittelyiden mukaisia CDA R2 -asiakirjoja. Nämä CDA R2 -asiakirjat muodostuvat ydintietojen mukaisista merkinnöistä koosterakenteessa. Käytettäviä rajapintamäärittelyjä on kuvattu tarkemmin HL7-kuva-uksissa ja ne julkaistaan HL7-dokumenttiarkistossa osoitteessa <http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/hl7>.

Koosteasiakirjatyypin asiakirjan tiedot ovat ns. kertyviä eli kumulatiivisia tietoja, jotka eivät vaadi potilastietojärjestelmän käyttäjän näkökulmasta aktiivista ylläpitoa, vaan ko. asiakirjoille kootaan tarvittavat tiedot Potilastiedon arkiston toimesta. Koottu yhteenveto näytetään käyttäjille, mutta koosteasiakirjoja ei tallenneta osaksi potilaskertomusta, vaan kysely tehdään joka kerta uudelleen. Näin taataan tietojen ajantasaisuus kyselyhetkellä. Koostelistat ovat näytettävää (read only) tietoa, jonka esitysmuotoa voidaan potilastietojärjestelmässä tarvittaessa muokata tiedon havainnollistamiseksi.

Käyttäjä ei tietoisesti päivitä koosteasiakirjan tietoja, vaan merkintöjen kirjaaminen tapahtuu normaalisti PTJ:n hoidollisille asiakirjoille rakenteisessa muodossa. Tiedot tallennetaan Kanta-palvelun Potilastiedon arkistoon rekisterinpitäjäkohtaisiin asiakirjoihin. Käyttäjä ei voi suoraan vaikuttaa siihen, mitä tietoja Potilastiedon arkiston asiakirjoilta koosteasiakirjoille siirretään, vaan päättelylogiikka tapahtuu kansallisessa tiedonhallintapalvelussa.

PTJ:ssä tulee olla näkymä tai toiminto, joka yhdistää ja näyttää käyttäjälle koosteasiakirjan palauttamattomat tiedot ja PTJ:ssä olevat vastaavat uudemmat, mutta vielä arkistoimattomat, rakenteiset tiedot.

## **9.2.2 Esiehdot**

Potilas on tunnistettu virallisella henkilötunnuksella.

Potilastiedon arkistosta löytyy voimassaoleva palvelutapahtuma-asiakirja hoitosuhteen olemassaolon varmistamiseksi. Käyttäjä on kirjautunut potilastietojärjestelmään toimikortilla ja hänellä on oikeus käyttää Kanta-palveluja / tiedonhallintapalvelua.

## **9.2.3 Lopputulos**

Käyttäjä näkee tiedonhallintapalvelusta hakemansa koostetiedot tiedot tiiviinä, ”yhdelle näytölle” muodostettuna, yhteenvetona. Käyttäjä pääsee näkemään ko. näytöstä hakemansa koostetiedon yksittäisen tietokokonaisuuden esim. laboratoriotutkimustietoja tai toimenpidetietoja. Käyttäjä voi hyödyntää koostenäytöllä olevia tietoja uusien kertomusmerkintöjen pohjana. Käyttäjä voi nähdä PTJ:ssä koosteasiakirjan palauttamattomat tiedot ja PTJ:ssä olevat vastaavat uudemmat, mutta vielä arkistoimattomat, rakenteiset tiedot.

## 9.2.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Käyttäjä valitsee tietojärjestelmästä haluamansa tietosisällön perusteella joko kaikki koosteasiakirjat tai rajaa hakua haettavan koostetyypin perusteella<sup>25</sup>.
2. PTJ tekee kyselyn THP:sta käyttämällä palvelupyyntöä P27 (tai PP28 hätätilanteessa).
3. PTJ yhdistää omat, vielä Potilastiedon arkistoon arkistoimattomat merkinnät THP:n palauttamiin tietoihin<sup>26</sup>.
4. Jos tiedoissa on erityissuojattavia tietoja, kysytään käyttäjältä haluaako, hän nähdä myös erityissuojattavat tiedot.
  - a. Jos käyttäjä vastaa Kyllä, näyttää PTJ kaikki palautetut tiedot.
  - b. Jos käyttäjä vastaa Ei, suodattaa PTJ erityissuojattavat tiedot pois näytettävistä tiedoista
5. Käyttäjälle näytetään potilaan THP:ssa oleva, kunkin koosteasiakirjan tietosisältö omana kokonaisuutenaan [V1]:
  - a. Jos potilaalla on Potilastiedon arkistossa kyseisen koosteasiakirjan muodostamiseksi tarvittavaa tietoa, näytetään käyttäjälle ko. kooste käytettävissä olevalla tietosisällöllä. Kooste muodostetaan THP:ssa dynaamisesti, eikä sitä tallenneta potilastietojärjestelmään<sup>27</sup>. [P1, P2]
    - i. Jos käyttäjä vain katsoo koosteasiakirjaa, käyttötapaus päättyy.
    - ii. Jos käyttäjä haluaa nähdä ko. koosteasiakirjan näytöstä haluamansa yksittäisen tietokokonaisuuden esim. laboratoriotutkimustietoja tai toimenpidetietoja, käyttäjä voi valita
      1. yksittäisen kirjauksen tarkemmat tiedot.
      2. ryhmitellyn koosteen, joka palauttaa käyttäjälle esimerkiksi valitun laboratoriotutkimuksen kaikki tutkimustulokset tai valitun toimenpiteen kaikki kirjaukset.
      3. koostetiedon, jolloin palvelutapahtuman yksilöintitunnuksen avulla haetaan Potilastiedon arkistosta kaikki ko. palvelutapahtuman asiakirjat. Käyttäjän on mahdollista selata palvelutapahtuman muita merkintöjä. Mikäli

---

<sup>25</sup> Koosteasiakirjan tietosisältöä on kuvattu tarkemmin mm. THL:n Tiedonhallintapalvelun yleinen toiminnallisuus ja keskeisten tietojen toiminnallinen määrittelyssä. Tietosisältöjä voivat olla esim. potilaan diagnoosit, tehdyt toimenpiteet tai saadut rokotukset. Tietosisältöjen käyttöönoton vaiheistusta on kuvattu THL:n KanTa-palveluiden vaiheistussuunnitelmassa.

<sup>26</sup> On suositeltavaa, että käyttäjälle näytettäviin tietoihin yhdistetään myös sellaiset paikallisessa tietojärjestelmässä olevat merkinnät, jotka ovat syntyneet ennen valtakunnalliseen arkistoon liittymistä ja ovat riittävän rakenteisessa muodossa.

<sup>27</sup> Poislukien tekniset väliaikaiset tarpeet.

palvelutapahtuman tiedot on tallennettu samaan potilastietojärjestelmään (eli palvelutapahtuma on tehty saman toimintayksikön tai vastaavan kokonaisuuden sisällä, kuin mistä katselu tapahtuu) tässä voidaan hyödyntää paikalliseen potilastietojärjestelmään tallennettuja tietoja.

- a. Jos käyttäjä haluaa hyödyntää koostenäytöllä olevia tietoja uusien kertomusmerkintöjen pohjana:
  - b. Käyttäjä valitsee haluamansa tiedon / tiedot koostenäytöltä, jonka jälkeen
  - c. käyttäjän koostenäytöltä valitsemat tiedot ovat käytettävissä käyttäjän tehdessä merkintöjä paikallisessa tietojärjestelmässä.
- b. Jos potilaalla ei ole valitun koosteasiakirjan tietosisältöä Potilastiedon arkistoon arkistoiduissa asiakirjoissa, palautetaan Potilastiedon arkistosta PTJ:lle virheilmoitus ja PTJ näyttää käyttäjälle, että kyseistä tietoa ei ole käytettävissä Potilastiedon arkistossa.

6. Käyttötapaus päättyy.

### 9.2.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Potilas on kieltänyt joko osan tai kaikki koosteasiakirjalla näytettävän tiedon.

Vaatus: Kumulatiivisiin / koosteasiakirjoihin tuotettavat tiedot koostetaan siten, että kyselyhetkellä voimassa olevien kieltojen rajaamia tietoja ei tuoda koosteelle. Oman organisaation tiedot tulevat lain mukaisesti aina mukaan. Näin ollen eri organisaatioihin palautetut tiedot voivat poiketa toisistaan, mikäli potilas on tehnyt tiedon luovutusta rajoittavia kieltoja.

P2: Potilas haluaa perua antamansa kiellon, jotta koosteasiakirjalla näkyisi saatavilla oleva tieto.

Vaatus: Perutaan kiello tai kiellot, kuten käyttötapauksessa Tee tai muuta kieltoja on kuvattu, jonka jälkeen siirrytään tämän käyttötapauksen kohtaan 1.

V1: Ko. asiakirjaa ei näytetä käyttäjälle riittävän nopeasti.

Vaatus: Potilastietojärjestelmien tulee pystyä näyttämään tiedonhallintapalvelun palauttamien tiedot vaaditussa ajassa Tiedonhallintapalvelun määrittelyn mukaisesti.

### 9.2.6 Koosteasiakirjojen tietosisältö

Yksityiskohtaisempi, kutakin koosteasiakirjaa koskeva tietosisältö, tietorakenteet ja toiminnallisuus on kuvattu Tiedonhallintapalvelun määrittelyssä. Tietosisällön käyttöönoton vaiheistus on kuvattu Kanta-palveluiden vaiheistussuunnitelmassa.

Koosteasiakirjan kuvailutiedot ovat minimaaliset ja koosteasiakirja on tyyppitetty sisältämänsä tietosisällön mukaisesti. Kullekin koosteasiakirjalle määritellään oma koodiarvo kansalliseen näkymäkoodistoon ja kuvataan HL7-määrittelyissä.

CDA R2 -asiakirjarakenteet ja alustava tietosisältö löytyvät osoitteesta [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi).

### 9.2.7 Käyttäjä ja roolit

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto / tiedonhallintapalvelu

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja

Henkilö, jonka tietoja käsitellään

## 9.3 Näytä ja muokkaa keskeisten terveystietojen ylläpidettävää asiakirjaa

### 9.3.1 Yhteenveto

Terveystietojärjestelmän tuottamat ”keskeiset potilaan hoitoon liittyvät tiedot” tallennetaan erillisinä asiakirjoina Potilastiedon arkistoon rekisterinpitäjäkohtaisesti ja ovat terveystietojärjestelmän rekisterinpidossa. Ylläpidettävät asiakirjat ovat osa potilaskertomusta ja ne tallennetaan organisaatiokohtaisiin rekistereihin aina kun niiden tietosisältöä muutetaan. Asiakirjan pohjana käytetään Potilastiedon arkistossa olevaa edellistä vastaavaa asiakirjaa.

Ylläpidettävissä asiakirjoissa voi olla tietoja, jotka ovat alun perin tuotettu jossain toisessa organisaatiossa. Eri organisaatiot käyttävät ylläpidettävää asiakirjaa (ns. ”viestikapulamalli”) pohjana, tehdessään uutta merkintää. Uusin tieto kirjataan rekisterinpitäjän omaan asiakirjaan, josta se uusimpana asiakirjana näytetään tiedonhallintapalvelussa. Rekisterinpitäjä vaihtelee näissä asiakirjoissa sen perusteella, kuka on viimeisimmäksi päivittänyt asiakirjaa.

Ylläpidettävien asiakirjojen ajantasaisimman eli viimeisimmän asiakirjan tunnistaminen ja muokkaaminen tapahtuu asiakirjan arkistointipäivämäärään perustuvalla hallintamallilla.

Terveystietojärjestelmän palveluiden antajan merkintöjen yhdistäminen tiedonhallintapalvelun ylläpidettävään asiakirjaan tapahtuu sen toimintayksikön potilastiedosta, jossa tieto on syntynyt. Yhdistäminen voi tapahtua myös muun toimintayksikön tekemänä, mikäli käytettävissä on sellainen tietojärjestelmä, joka hallinnoi esimerkiksi sairaanhoitopiirin laajuista potilastietorekisteriä tai alueellinen potilastietojärjestelmä, jonka avulla on mahdollista käyttää usean toimintayksikön potilastietoja. Tiedon tuottamisen vastuu on rekisterinpitäjällä tai yhteisen rekisterin käyttäjällä.

Ylläpidettävät asiakirjat ovat potilasasiakirjoja, joihin kohdistuu pääsääntöisesti samat vaatimukset kuin muihin potilasasiakirjoihin. Niiden asiakirjarakenteet noudattavat lähtökohtaisesti Potilastiedon arkistoon arkistoitavien asiakirjojen tallentamisrakennetta ja niillä on täydelliset kuvailutiedot (noudattaa hoitoasiakirjan kuvailutietoja). Tiedonhallintapalvelun rekisterinpitäjyyteen liittyvät poikkeukset ja ylläpidettävän asiakirjan toiminnallisen mallin vaatimat poikkeukset kuitenkin huomioidaan asiakirjarakenteissa.

Tiedonhallintapalvelussa näytetään aina uusin Potilastiedon arkistoon kirjattu tieto, joiden luovutusta ei ole kielloilla rajattu. Rekisterinpitäjällä on kielletyt merkinnät käytettävissä omien tietojen haun kautta.

Terveystietojärjestelmän palvelunantaja ja tiedonhallintapalvelu hallinnoivat terveystietojärjestelmän rekisterinpitäjyyteen kuuluvia, ylläpidettäviä asiakirjoja, ns. päivämäärämallin mukaan, jota on kuvattu tarkemmin THL:n Tiedonhallintapalvelun määrittelyssä.

### 9.3.2 Esiehdot

Potilas on tunnistettu virallisella henkilötunnuksella.

Potilastiedon arkistosta löytyy voimassaoleva palvelutapahtuma-asiakirja hoitosuhteen olemassaolon varmistamiseksi. Käyttäjä on kirjautunut potilastietojärjestelmään toimikortilla ja hänellä on oikeus käyttää Kanta-palveluja / tiedonhallintapalvelua.

Käyttäjä on valinnut tietojärjestelmästä ”keskeisten asiakirjojen hakupalvelun”, jossa hän on valinnut näytettäväksi tietyt tietosisällöt, joko yhden tai useampia ylläpidettäviä asiakirjoja tai niiden sisältämiä tietoja.

### 9.3.3 Lopputulos

Käyttäjälle on haettu Potilastiedon arkistosta viimeisin hänen haluamansa ylläpidettävä asiakirja, jota ei ole kielloin rajattu. Mikäli ylläpidettävän asiakirjan tietosisältöön tehdään käyttäjän toimesta muutoksia, ko. terveydenhuollon organisaatiossa päivitetty tietosisältö liitetään viimeisimpään tiedonhallintapalvelussa olevaan ylläpidettävään asiakirjaan. Käyttäjän muokkaama uusi asiakirja arkistoidaan Potilastiedon arkistoon, organisaation omaan rekisteriin.

### 9.3.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Käyttäjä valitsee tietojärjestelmästä haluamansa tietosisällön perusteella joko kaikki ylläpidettävät asiakirjat tai rajaa hakua tietosisällön perusteella<sup>28</sup>.
2. PTJ tekee kyselyn THP:lle käyttämällä palvelupyyntöä PP27 (tai PP28 hätätilanteessa)
3. Jos tiedoissa on erityissuojattavia tietoja, kysytään käyttäjältä haluaako hän nähdä myös erityissuojattavat tiedot
  - a. Jos käyttäjä vastaa Kyllä, näyttää PTJ kaikki palautetut tiedot
  - b. Jos käyttäjä vastaa Ei, suodattaa PTJ erityissuojattavia tietoja sisältävät asiakirjat pois näytettävistä tiedoista
4. Käyttäjälle näytetään potilaan THP:n palauttama, kukin ylläpidettävä asiakirja tai käyttäjän valitsema, tietosisältö [V1, P1, P2, P3, P4]:
  - a. Jos potilaalla on Potilastiedon arkistossa kyseisen ylläpidettävän asiakirjan sisältämää tietoa, näytetään käyttäjälle ko. asiakirjan viimeisimmän asiakirjan sallittu tieto.
    - i. Jos käyttäjä vain katsoo ylläpidettävän asiakirjan tietosisältöä, käyttötapaus päättyy.
    - ii. Jos käyttäjä haluaa nähdä ko. ylläpidettävän asiakirjan yksittäisen tietokokonaisuuden, käyttäjä voi valita

---

<sup>28</sup> Ylläpidettävän asiakirjan tietosisältöä on kuvattu tarkemmin Tiedonhallintapalvelun määrittelyssä. Ylläpidettäviä tietosisältöjä on toistaiseksi vain yksi, terveys- ja hoitosuunnitelma. Tietosisältöjen käyttöä vaiheistusta on kuvattu THL:n Vaiheistussuunnitelmassa.

1. yksittäisen kirjauksen tarkemmat tiedot.
2. ryhmitellyn koosteen, joka palauttaa käyttäjälle kyseisen tiedon erilaiset kirjaukset
3. koostetiedon, jolloin palvelutapahtuman yksilöinti-tunnuksen avulla haetaan Potilastiedon arkistosta kaikki ko. palvelutapahtuman asiakirjat. Käyttäjän on mahdollista selata palvelutapahtuman muita merkintöjä.
- iii. Jos käyttäjä haluaa muokata ylläpidettävän asiakirjan tietoja, tehdään se muokkaamalla suoraan asiakirjaa tai käyttämällä potilastietojärjestelmän "merkintöjen yhdistämistyökalua"<sup>29</sup>. [P5]
- iv. Siirrytään käyttötapauksen kohtaan 4.
- b. Jos potilaalla ei ole yhtä tai useampaa valittua ylläpidettävää asiakirjaa tiedonhallintapalvelussa tai sitä ei saa näyttää:
  - i. Palautetaan Potilastiedon arkistosta PTJ:lle tieto, että kyseistä ylläpidettävää asiakirjaa ei ole. [V3]
  - ii. Potilastietojärjestelmä luo uuden asiakirjan.
  - iii. Siirrytään käyttötapauksen kohtaan 4-a-iii.
5. Käyttäjä tallentaa tiedot ja arkistoi muokkaamansa ylläpidettävän asiakirjan tiedonhallintapalveluun [V2].
6. Käyttötapaus päättyy.

### 9.3.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

P1: Ylläpidettävälle asiakirjalle merkitty tieto kuuluu palvelutapahtumaan, jonka luovutus kielletään myöhemmin.

Vaatus: Tällaisessa tilanteessa tietoa ei automaattisesti poisteta ylläpidettävältä asiakirjalta, mutta terveydenhuollon ammattihenkilö voi poistaa kyseisen tiedon potilaan pyynnöstä ja arkistoida ylläpidettävän asiakirjan uudelleen. Seuraavan kerran THP:sta palautetaan viimeisin asiakirja, jota ei ole kiellolla rajattu. Tämä koskee kaikkia palveluiden antajia, myös tiedon rekisterinpitäjää.

P2: Potilas haluaa perua antamansa kiellon, jotta kiellon alainen ylläpidettävä asiakirja näkyisi Potilastiedon arkistosta.

Vaatus: Perutaan kielto tai kiellot, kuten käyttötapauksessa Tee tai muuta kieltoja on kuvattu, jonka jälkeen siirrytään tämän käyttötapauksen kohtaan 1 ja haetaan viimeisin sallittu asiakirja.

---

<sup>29</sup> Toimintalogiikka ylläpidettävän asiakirjan tietojen päivittämisestä tiedonhallintapalvelun ja potilaskertomuksen merkintöjen välillä toteutetaan "merkintöjen yhdistelytyökaluun", jota on kuvattu tarkemmin Tiedonhallintapalvelun määrittelyssä.

P3: Ylläpidettävässä asiakirjassa on kirjattu terveydenhuollon ammattilaisen arvion perusteella väärää tietoa.

Vaatimukset: Virheellinen tieto korjataan käyttämällä pohjana viimeisintä tiedonhallintapalvelun palauttamaa asiakirjaa, joka tallennetaan ja arkistoidaan uudelleen. Ks. käyttötapaus ”Korvaa arkistoitu asiakirja” lisätietoja varten.

P4: Ylläpidettävässä asiakirjassa on kirjattu potilaan mielestä väärää tietoa.

Vaatimukset: Virheellinen tieto korjataan käyttämällä pohjana viimeisintä tiedonhallintapalvelun palauttamaa asiakirjaa, joka tallennetaan ja arkistoidaan uudelleen. Ks. käyttötapaus ”Korvaa arkistoitu asiakirja lisätietoja varten”.

P5: Potilastietojärjestelmän tulee tarkistaa, että ko. ylläpidettävän asiakirjan (body-osan) vaatimat pakolliset tiedot on kirjattu. Mikäli pakollisia tietoja puuttuu, tulee käyttäjälle huomauttaa niiden puuttumisesta ja vaatia niiden kirjaamista.

V1: Ylläpidettävän asiakirjan tietosisältöä ei näytetä käyttäjälle riittävän nopeasti.

Vaatus: Ks. käyttötapauksen ”Näytä koosteasiakirja” V1:n vaatimusta.

V2: Asiakirjaa ei pystytä tallentamaan kansalliseen tiedonhallintapalveluun.

Vaatus: Tietojärjestelmän tulee varmistaa sanomakuittauksin asiakirjan tallentaminen tiedonhallintapalveluun ensi tilassa häiriön korjaannuttua.

V3: Tiedonhallintapalvelusta ei palauteta yhtään asiakirjaa.

Vaatus: Pyytäjälle palautetaan ilmoitus.

### **9.3.6 Ylläpidettävien asiakirjojen tietosisältö**

Yksityiskohtaisempi, kutakin ylläpidettävää asiakirjaa koskeva tietosisältö, tietorakenteet ja toiminnallisuus on kuvattu Tiedonhallintapalvelun määrittelyssä. Tietosisällön käyttöönoton vaiheistus on kuvattu Kanta-palveluiden vaiheistussuunnitelmassa.

CDA R2 -asiakirjarakenteet ja alustava tietosisältö löytyvät osoitteesta [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi).

### **9.3.7 Käyttäjä ja roolit**

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto / tiedonhallintapalvelu

Käyttäjä, jolla on oikeus käyttää Kanta-palveluja

Henkilö, jonka tietoja käsitellään



## 10 Vanhat asiakirjat (CDA R2 tai CDA R2 + PDF/A)

Kanta-arkistoon on rakenteilla optio vanhojen tietojen arkistoinnille. Tällä hetkellä toiminnallisuus on vielä pilotointivaiheessa, ja laajemmat tuotantokäyttöönnotot tapahtuvat myöhemmin.

### 10.1 Vanhojen asiakirjojen arkistoinnin periaatteet

Vanhoilla asiakirjoilla tarkoitetaan ennen Kanta-käyttöönottoa syntyneitä hoitoasiakirjoja ja palvelutapahtuma-asiakirjoja. Vanhat asiakirjat arkistoidaan samalla periaatteella, kuin normaalit arkistoitavat asiakirjat: ensin on arkistoitava palvelutapahtuma-asiakirja ja vasta sen jälkeen siihen liittyvät muut asiakirjat.

Vanhat hoitoasiakirjat voidaan arkistoida mm. PDF/A-muodossa. Myös CDA R2 muotoa (aito tai näyttömuotoinen) voidaan käyttää. Arkistointia varten potilastietojärjestelmä tuottaa vuosittaisen palvelutapahtumat, joihin yhden potilaan näkymäkohtaiset vanhat asiakirjat liitetään. Esimerkiksi yhden potilaan tietyn vuoden LAB-näkymän asiakirjat kuuluvat samaan palvelutapahtumaan. Vaihtoehdot hoitoasiakirjan rakenteelle:

- CDA R2, structuredBody, täysi Body-sisältö tai näyttömuoto
- CDA R2, nonXMLBody + PDF/A Base64-koodattuna
- CDA R2, nonXMLBody + text/plain tai esim. XHTML Base64-koodattuna

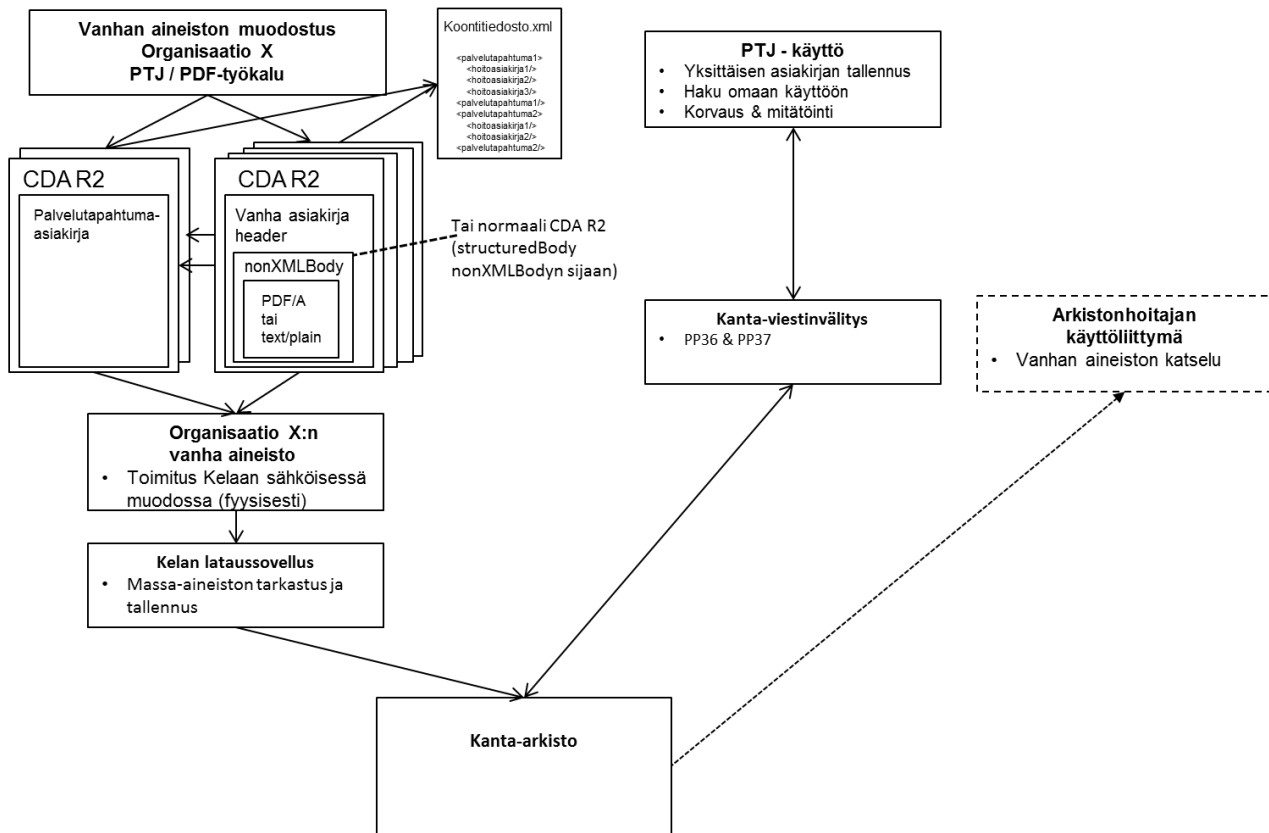
Palvelutapahtuma-asiakirja on normaali CDA R2 –asiakirja sisältäen kuitenkin kuvailutiedon, että kyseessä on vanhoja asiakirjoja kokoava palvelutapahtuma-asiakirja.

Vanhoja asiakirjoja (palvelutapahtuma- sekä hoitoasiakirjat) arkistoidessa on erityisesti huomattava käyttää vanhoille asiakirjoille pakollisia kuvailutietoja, jotka on kuvattu mm. eArkiston asiakirjojen kuvailutiedot –taulukossa [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi) –sivustolla sekä Potilastiedon arkiston HL7 Header-määrittelyssä alkaen versiosta 4.58.

Vanhan aineiston suuren massan vuoksi ensimmäinen arkistointi tapahtuu ns. massa-arkistointina toimittamalla aineisto siirrettävällä medially (esim. verkkoon kytkettävä levyalaite) sähköisessä muodossa Kelaan arkistoitavaksi. Kela huolehtii aineiston ensimmäisestä "latauksesta" Kanta-järjestelmään. Vanhaa aineistoa voidaan massa-arkistoinnin jälkeen tarvittaessa täydentää potilastietojärjestelmästä viestinvälityksen sanomarakennan kautta. Vanhoja tietoja voidaan jatkossa katsella myös arkistonhoitajan käyttöliittymällä.

Vanhan aineiston toimitusprosessi ja tietoturva-vaatimukset kuvataan erillisessä dokumentissa, joka julkaistaan myöhemmin pilottiprojektien jälkeen. Toimintaperiaate on esitetty yleisellä tasolla kuvassa 10-a.

## Toimintaperiaate



Kuva 10-a Vanhojen tietojen arkistoinnin toimintaperiaate

PDF/A-asiakirjojen muodostaminen, CDA R2-asiakirjan rakenne ja koko vanhan aineiston toimitusmuoto kuvataan tarkemmin dokumentissa "Kanta – Potilaskertomuksen PDF arkistointi" (julkaistu osoitteessa <http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/hl7>).

Vanhat asiakirjat ovat käytettävissä vain omassa käytössä, eikä niitä luovuteta. Vanhoista asiakirjoista ei kerry tietoja tiedonhallintapalvelun koostekantaan. Vanhoja asiakirjoja ei myöskään näytetä Omakannassa.

## 10.2 Vanhojen asiakirjojen massa-arkistointi

Vanhojen asiakirjojen massa-arkistointi tapahtuu siirtotiedostopohjaisesti. Terveystietojärjestelmän toimintayksikössä muodostetaan siirrettävästä aineistosta XML-muotoinen koontitiedosto, joka sisältää vanhojen tietojen arkistoon toimitettavien palvelutapahtuma- ja hoitoasiakirjatiedostojen tunnisteet. Koontitiedosto on kuvattu tarkemmin esimerkkeineen ja XML schemaoneen dokumentissa "Kanta – Potilaskertomuksen PDF arkistointi".. Koontitiedosto sisältää sekä palvelutapahtuma-asiakirjojen että niihin liittyvien hoitoasiakirjojen yksikäsitteiset tunnisteet. Siirrettävä aineisto poimitaan potilastietojärjestelmästä. Lisäksi varmistetaan että aineiston asiakirjoilla on tarvittavat kuvailutiedot (HL7-määrittelyn mukaiset header-tiedot: <http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/potilastiedon-arkiston-maarittely>, eArkiston asiakirjojen kuvailutiedot), PDF/A-muotoisena arkistoitava aineisto tuotetaan PDF/A-muotoon ja asiakirjat (body) allekirjoitetaan järjestelmälläkirjoitusvarmenteella.

PDF/A-bodyn sisältövaatimukset kuvataan PDF-määrittelyssä. Bodyn sisältönä on oltava vähintään potilaan nimi ja henkilötunnus, näkymät sekä merkinnän hyväksymis-, tallennus- tai asiakirjan muodostamisen ajankohta. Potilastietojärjestelmästä aineisto siirretään siirtotiedostossa fyysisesti Kelaan ylläpitäjän käsiteltäväksi erikseen kuvatus prosessin mukaisesti. Arkistopalvelu purkaa siirtotiedoston ja arkistoi asiakirjat palvelunantajan.

### 10.3 Muodosta, päivitä tai päätä vanha palvelutapahtuma ja tuota sen kuvailutiedot

Vanhojen hoitoasiakirjojen arkistointi edellyttää, että Potilastiedon arkistosta löytyy palvelutapahtuma, johon hoitoasiakirja liitetään. Palvelutapahtuma voi olla vuositasolla tai sitä tarkempi toiminnan tarpeiden tasolla. Suositeltavaa on, että palvelutapahtumalle niputetaan asiakirjoja toiminnan ja asiakirjojen hyödyntämisen kannalta järkevällä tavalla, esim. yhden näkymän asiakirjat yhden vuoden ajalta niputetaan yhteen palvelutapahtumaan. Vanhojen asiakirjojen palvelutapahtuma-asiakirja on aina normaali CDA R2-asiakirja myös bodyn osalta.

Palvelutapahtumat arkistoidaan ensisijaisesti massa-arkistointina. Tarvittaessa myös palvelutapahtuma voidaan arkistoida potilastietojärjestelmästä sanomarakjapinnan kautta Potilastiedon arkistoon.

Palvelutapahtuma-asiakirjan arkistointi potilasjärjestelmästä tapahtuu käyttötapauksen "Muodosta, päivitä tai päätä palvelutapahtuma ja tuota sen kuvailutiedot" mukaisesti. Vanhojen asiakirjojen arkistoinnissa on lisäksi huomioitava seuraavat erityispiirteet:

- Arkistoinnissa käytetään palvelupyynnöä PP37
- Palvelutapahtumalle voidaan asettaa alkupäiväksi vuoden ensimmäinen päivä ja loppupäiväksi vuoden viimeinen päivä. Tarkempia päivämääriä voidaan käyttää, jos ne tiedetään.
- Palvelutapahtuma-asiakirjan header-tietoihin asetetaan kuvailutiedon arvo hl7fi:typeCode@code="1" (ks. tarkemmin CDA R2 Header opas),

### 10.4 Arkistoi vanha kertomusasiakirja

Vanhojen asiakirjojen kertomusasiakirjat arkistoidaan ensisijaisesti massa-arkistointina. Tarvittaessa vanhat kertomusasiakirjat voidaan arkistoida potilastietojärjestelmästä sanomarakjapinnan kautta Potilastiedon arkistoon. Yksittäisenä arkistoitava asiakirja on rakenteeltaan samanlainen kuin massa-arkistoinnissa arkistoitava hoitoasiakirja, eli se on CDA R2-asiakirja, tai CDA R2-asiakirja, jonka body-osaan on upotettu hoitoasiakirja PDF/A-muodossa tai tekstimuodossa. Potilastietojärjestelmä muodostaa arkistointikelpoisen PDF-asiakirjan dokumentin "Kanta – Potilaskertomuksen PDF arkistointi" määritysten mukaisesti.

Kun vanha asiakirja on muodostettu, arkistointi tapahtuu käyttötapauksen "Muodosta kertomusasiakirja" mukaisesti Onnistunut käyttötapaus –luvun kohdasta 6 alkaen. Vanhojen asiakirjojen arkistoinnissa on lisäksi huomioitava seuraavat erityispiirteet:

- Arkistoinnissa käytetään palvelupyynnöä PP37
- Vanha asiakirja voidaan liittää vain vanhojen asiakirjojen palvelutapahtumaan

- Vanhan asiakirjan header-tietoihin asetetaan kuvailutiedon arvo hl7fi:typeCode@code="1" (ks. tarkemmin CDA R2 Header opas),
- Vanhan asiakirjan header-tietoihin asetetaan kuvailutiedon arvo hl7fi:fileFormat sen mukaiseksi, missä muodossa asiakirjan sisältö on (CDA R2 vai PDF/A, vai text/plain)

Tarvittaessa potilastietojärjestelmä arkistoi myös palvelutapahtuma-asiakirjan, jos sitä ei aiemmin ole vielä arkistoitu.

## 10.5 Hae omia vanhoja asiakirjoja tai niiden kuvailutietoja

Vanhoja asiakirjoja ja palvelutapahtumia voidaan hakea omasta potilasrekisteristä. Vanhoja asiakirjoja tai palvelutapahtumia ei luovuteta. Vanhoja tietoja voidaan katsella myös arkistonhoitajan käyttöliittymällä.

Vanhojen asiakirjojen ja palvelutapahtumien haku tapahtuu käyttötapauksen "Hae omia asiakirjoja tai niiden kuvailutietoja" mukaisesti. Vanhojen asiakirjojen haussa on lisäksi huomioitava seuraavat erityispiirteet:

- Haussa käytettävä palvelupyyntö on PP36
- Vanhat asiakirjat, jotka on arkistoitu PDF/A-asiakirjoina, tarkastellaan aina asiakirjatasolla eikä merkintöinä.

## 10.6 Vanhojen asiakirjojen korvaus & mitätöinti

Vanhojen asiakirjojen korvaus ja mitätöinti noudattaa samoja sääntöjä kuin normaali Potilastiedon arkisto. Nämä käytännöt on kuvattu luvussa 5.

Vanhojen asiakirjojen korvaus ja mitätöinti tapahtuu käyttötapauksen "Korvaa arkistoitu asiakirja" mukaisesti. Vanhojen asiakirjojen korvauksessa on lisäksi huomioitava seuraavat erityispiirteet:

- Korvauksessa käytettävä palvelupyyntö on PP37
- PDF/A –muotoisen hoitoasiakirjan voi korvata tarvittaessa CDA R2 –muotoisella asiakirjalla
- Potilasjärjestelmän vastuulla on tarvittaessa ratkaista, kuinka saman rekisterinpitäjän toisen järjestelmän tuottama vanhaa aineistoa voidaan korjata versioimalla

## **11 Alikäyttötapauksia**

### **11.1 Luo palvelutapahtuman OID-tunniste –alikäyttötapaus**

#### **11.1.1 Yhteenveto**

Kun palvelutapahtuma syntyy (ks. tarkempi kuvaus sen omasta käyttötapauksesta), sille tarvitaan yksiselitteinen tunniste. Tämä alikäyttötapaus tuottaa OID-tunnisteen, joka täyttää palvelutapahtuman OID-tunnistelle annetut vaatimukset. Alikäyttötapausta käytetään palvelutapahtuman OID-tunnisteen luomiseen, mutta muiden tunnisteiden luominen tapahtuu samalla tavalla.

#### **11.1.2 Esiehdot**

Potilaalla on hoitosuhde ko. palvelujen antajan kanssa.

#### **11.1.3 Lopputulos**

Luodaan ja palautetaan OID-ohjeistuksen mukainen tunniste.

#### **11.1.4 Onnistunut käyttötapaus**

1. Potilastietojärjestelmä lähettää palvelupyynnön/kutsuu aliohjelman tms. OID-tunnisteen muodostamiseksi. Kutsuparametri on haluttu OID-juuri tai vaihtoehtoisesti kullekin juurelle on oma palvelu.[V1]
2. OID-generaattori muodostaa uuden tunnisteen, ja pitää huolta, että se on erilainen kuin yksikään aiemmin tuotettu tunniste (= yksikäsitteinen).
3. OID-generaattori palauttaa vastauksena uuden OID-tunnisteen.
4. (OID-generaattori lisää tunnisteen jo myönnettyjen tunnisteiden listalle, jotta ei anna samaa tunnistetta myöhemmin uudelleen).

#### **11.1.5 Virhetilanteet**

V1: OID-tunnisteen luominen ei onnistunut.

Vaatimus: Pyytäjälle palautetaan virheilmoitus.

#### **11.1.6 Tietosisältö**

OID-koodin muodostamissäännöt (organisaatiolle määritelty tunnisteen alkuosa sekä juoksevasti annettava loppuosa).

#### **11.1.7 Käyttäjä ja roolit**

Käyttötapaus aktivoituu epäsuorasti palvelutapahtuman muodostamisen kautta.

### 11.1.8 Lisätiedot ja avoimet asiat

OID-tunnistetta ei välttämättä tarvitse tuottaa potilastietojärjestelmässä, vaan organisaatiolla voi olla erillinen sovellus niiden tuottamiseksi. Organisaation on kuitenkin pidettävä huolta siitä, ettei kaksi eri palvelutapahtumaa voi saada samaa tunnistetta.

Koska OID-tunnuksen luominen on yksinkertainen operaatio, mutta järjestelmien toiminnan kannalta kriittinen, niin OID-tunnusten luominen voidaan myös hajauttaa eri järjestelmien vastuulle. Tällöin järjestelmälle annetaan oma OID-haara (järjestelmä toimii itse generaattorina). Järjestelmällä on tällöin itsellään vastuu siitä, että juuren alla olevat OID-tunnukset ovat yksilöllisiä.

OID-tunnisteiden luontiin ja käyttöön on annettu täsmällisempiä ohjeita THL:n (Stakes) koodistopalvelun johtoryhmän asiakirjoista löytyvässä OID-oppaassa.

## 11.2 Arkistoi asiakirja – alikäyttötapaus

### 11.2.1 Yhteenveto

Potilastietojärjestelmän tuottama asiakirja lähetetään Kanta-palveluun.

### 11.2.2 Esiehdot

Asiakirja on muodostettu eli se on valmis.

Valmiit asiakirjat on sijoitettu hakemistoon, jonoon tms., joista ne voidaan teknisesti lähettää Kanta-palveluun tai asiakirja annetaan syötteenä käyttötapaukselle.

### 11.2.3 Lopputulos

Asiakirja on lähetetty Kanta-palveluun, josta on saatu sovellustason kuittaus. Tässä vaiheessa säilytysvastuu on siirtynyt Potilastiedon arkistolle.

### 11.2.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Asiakirjan ja järjestelmän konfiguraatietietojen pohjalta muodostetaan HL7 Medical Records (MR) -sanoma
  - a. MR-sanoma on asiakirjan arkistointi (RCMR\_IN100002FI01) tai asiakirjan korvaus (RCMR\_IN100016FI01) riippuen siitä kumpaa toimintoa ollaan tekemässä
  - b. Sanoman kontrollikehykseen täydennetään palvelun antaja ym. tiedot mitä Potilastiedon arkiston MR-sanomamäärittelyn mukaan tarvitaan.
  - c. MR-kuvailutietoihin tuotetaan vaaditut kentät asiakirjan ja järjestelmän taustatietojen pohjalta.
2. Siirrettävä asiakirja paketoidaan MR-viestin sisälle HL7-määrittelyssä määritellyllä tavalla
3. Asiakirja siirretään arkistoon Kelan määrittelemien tietoliikenneyhteykskäytäntöjen mukaisesti.[V1, V2]

4. Kun arkistolta on saatu positiivinen sovellustason kuittaus, tiedetään että säilytysvastuu on arkistolla. Tieto arkistoinnin onnistumisesta palautetaan kutsuvalle käyttötapaukselle. Järjestelmän tulee tässä vaiheessa huolehtia siitä että omat asiakirjat merkitään kopioiksi tai merkintätasolla tiedetään että kyseiset merkinnät on arkistoitu.

### **11.2.5 Poikkeus- ja virhetilanteet**

V1: Arkistointi epäonnistuu koska Kanta-palvelu ei vastaa.

Vaatus: Jos arkistointi epäonnistuu koska Kanta-palvelu ei vastaa, yritetään asiakirjojen arkistointia uudelleen.

V2: Arkistointi epäonnistuu jonkun muun virheen vuoksi.

Vaatus: Kelan määrittelemien virhekoodien mukaisesti voidaan yrittää asiakirjan uudelleen arkistointia myöhemmässä vaiheessa. Jos arkistointi epäonnistuu toistuvasti tai virhekoodi kertoo, että asiakirjan sisällön tai muun seikan takia uudelleen arkistointi ei tule onnistumaan, niin virheilmoitukset siirtyvät järjestelmän pääkäyttäjän tai ohjelmistotoimittajan tukipalvelun työlistalle.

### **11.2.6 Tietosisältö**

eArkiston asiakirjojen kuvailutiedot

KanTa – eArkiston CDA R2 Header

KanTa – eArkiston Medical Records

### **11.2.7 Käyttäjä ja roolit**

Potilastietojärjestelmä

Potilastiedon arkisto

### **11.2.8 Lisätiedot ja avoimet asiat**

Tarkemmat yksityiskohdat KanTa eArkiston Medical Records -oppaasta ja Kelan ohjeista. Lähetteen ja hoitopalautteen arkistointia on kuvattu tarkemmin liitteessä 3, Lähetteen arkistointipisteet.

## **11.3 Määritä hakuehdot – alikäyttötapaus**

### **11.3.1 Yhteenveto**

Määritä hakuehdot –alikäyttötapauksen avulla liitetään Potilastiedon arkiston hakusanomiin tarkemmat kyselyparametrit. Hakusanomassa annettava palvelupyyntö jo osaltaan ohjaa hakua ja rajaa saatavaa tulosjoukkoa esimerkiksi tietyyntyyppisiin asiakirjoihin ja rekistereihin. Lisäksi luovutushakujen kohdalla palautuvaan tulosjoukkoon vaikuttavat potilaan suostumukset ja hänen tekemät kiellot.

Samoja kyselyparametreja voidaan käyttää sekä hoitoasiakirjojen kuvailutietojen että varsinaisten asiakirjojen hakemisessa. Sen sijaan palvelutapahtuman kuvailutietojen hakemisessa järkevien kyselyparametrien joukko on suppeampi kuin asiakirjojen kohdalla. Myös hakusanoman palvelupyynnön tyyppi vaikuttaa siihen, mitä kyselyparametreja haussa yleensä voidaan käyttää. Kyselyparametrit ja niiden käyttö palvelupyynnösidonnaisuuksineen on määritelty tarkemmin KanTa eArkiston Medical Records –määrityksissä. Samassa dokumentissa kuvataan myös Potilastiedon arkiston palvelupyynnot ja niiden käyttö. Tarkat palvelupyöntökoodit löytyvät THL:n koodistopalvelimelta eArkisto Arkistosanomien palvelupyöntötyypit –koodistosta (1.2.246.537.5.40157.2008).

Varsinaisten kyselyparametrien lisäksi hakusanoman kontrollikehyksessä voidaan joidenkin palvelupyynnöiden kohdalla antaa ns. lisävipuja, jotka vaikuttavat palautettavaan tietosisältöön. Näitä ovat seuraavat:

- palautettavien tietojen kattavuus voidaan valita:
  - o asiakirjojen tai kuvailutietojen täydellinen versiohistoria vai
  - o viimeisin asiakirjan versio tai viimeisimmän asiakirjaversiion mukaiset kuvailutiedot tiedot vai
  - o viimeisin asiakirjan versio tai viimeisimmän asiakirjaversiion mukaiset kuvailutiedot tiedot luovutuksena saatavan aineiston lisäksi tiedot hakevan rekisterinpitäjän omista rekistereistä
- palautettavien kuvailutietojen taso voidaan valita: halutaanko kuvailutiedot asiakirjatasolla vai palvelutapahtumatasolla. Tätä vipua voidaan käyttää vain silloin, kun haetaan kuvailutietoja.

Jos asiakirjoja haetaan yksilöintitunnusten avulla, niin suositellaan käytettäväksi asiakirjan eri versiot yhdistävää yksilöintitunnusta (setld). Tämä takaa että asiakirjasta saadaan viimeisin versio.

### 11.3.2 Lopputulos

Kyselyparametrit on määritelty oikein ja palvelupyyntöä vastaavasti.

Hakusanoma lähetetään arkistoon. Tähän liittyy muita seikkoja, jotka kuvataan tarkemmin asiakirjojen ja kuvailutietojen hakemisen sekä luovutuksen käyttötapauksissa.

### 11.3.3 Onnistunut käyttötapaus

1. Käyttäjä tai järjestelmä antaa kaikille hakusanomille pakollisena kyselyparametrina potilaan henkilötunnuksen, joka on aina virallinen henkilötunnus lukuun ottamatta oman käytön hakua (PP2), jossa hyväksytään myös väliaikainen henkilötunnus. V1
2. Käyttäjä tai järjestelmä valitsee, halutaanko hakusanomalla hakea asiakirjoja vai kuvailutietoja, mikäli se on mahdollista ko. palvelupyynnöllä (PP2, PP6, PP21 ja PP22):
  - a. Jos haetaan kuvailutietoja, käyttäjä tai, järjestelmä valitsee, halutaanko kuvailutiedot asiakirjoista vai palvelutapahtumista. V2



3. Käyttäjä tai järjestelmä valitsee, haetaanko viimeisimmän version vai kaikkien versioiden mukaisia tietoja, mikäli se on mahdollista ko. palvelupyynnöllä (PP2, PP24), tai haetaanko luovutuksella saatavan aineiston lisäksi omat tiedot: V2
  - a. Jos on kyse omien asiakirjojen hausta (PP2), käyttäjä tai järjestelmä valitsee, halutaanko viimeisimmän version vai kaikkien versioiden mukaiset tiedot tai asiakirjat.
  - b. Jos on kyse suostumusasiakirjojen hausta (PP24), käyttäjä tai järjestelmä valitsee, halutaanko viimeisimmän version vai kaikkien versioiden mukaiset asiakirjat.
  - c. Jos kyse on luovutus- tai hätähausta (PP21, PP22, PP30, PP40, PP44, PP6), käyttäjä tai järjestelmä valitsee, haetaanko luovutuksella saatavat kuvailutiedot tai asiakirjat muiden rekisterinpitäjien rekistereistä, vai laajennetaanko haku koskemaan myös rekisterinpitäjän omia rekisterejä. Haku palauttaa aina vain asiakirjojen ja/tai kuvailutietojen viimeisimmät versiot.
4. Käyttäjä tai järjestelmä valitsee tarvittavat kyselyparametrit, jotka ko. palvelupyynnön kohdalla ovat valinnaisia.
  - a. Palvelupyynnöllä PP21 ja PP2 voidaan hakea ajantasainen hammasstatus asettamalla näkymä-parametrille arvo HAMK. Arkistopalvelu palauttaa tällä hakuehdolla poikkeuksellisesti viimeisimmän kokonaistarkastuksen tiedot (HAM-näkymä) sekä mahdolliset kokonaistarkastuksen jälkeen tehdyt muut HAM-näkymille kirjatut tiedot.
5. Käyttäjä tai järjestelmä määrittelee mahdollisen tietojen lajittelujärjestyksen (esim. käänteinen aikajärjestys eli uusimmat palvelutapahtumat tai asiakirjat ensin)
6. Järjestelmä liittää parametrit ja lajittelutiedot hakusanomaan.
7. Hakusanoma voidaan lähettää arkistoon "Hae kuvailutiedot" tai "Asiakirjojen haku" alikäyttötapausten avulla.

#### 11.3.4 Poikkeus- ja virhetilanteet

V1: Pakolliset hakuparametrit on määritelty väärin.

Vaatus: Järjestelmä tuottaa ilmoituksen, ettei hakua voida suorittaa puutteellisten tietojen vuoksi.

V2: Tarvittavia lisävipuja ei ole annettu.

Vaatus: Järjestelmä pyytää puuttuvien tietojen antamista.

### 11.4 Hae kuvailutiedot – alikäyttötapa

#### 11.4.1 Yhteenveto

Tämä tekninen käyttötapaus vastaa suoraan HL7 Medical records kuvailutietojen kyselyinteraktiota (RCMR\_IN100029FI01) Find Document Metadata Query -interaktio). Vastauksena saadaan hoitoasiakirjojen kuvailutietoja ja tiettyjä hoitoasiakirjojen sisällöstä

kuvailutietotasolle poimittuja kenttiä ja palvelutapahtuma-asiakirjojen kuvailutietoja. Tietojen perusteella voidaan tarvittaessa valita jokin asiakirjoista ja hakea asiakirja täydellisine tietoineen.

Palvelutapahtuman kuvailutiedot voidaan hakea erikseen omana hakuna, jolloin saadaan lista potilaan palvelutapahtumista ja niitä kuvaavista tiedoista. Haettaessa asiakirjojen kuvailutietoja saadaan hoitoasiakirjojen kuvailutietoja sekä palvelutapahtuma-asiakirjoista kuvailutietoja, jotka tässä palautuksessa ovat hieman laajemmat kuin pelkkien palvelutapahtumien kuvailutietojen joukko.

#### **11.4.2 Esiehdot**

Käytettävät hakuparametrit on määritelty (alikäyttötapaus).

#### **11.4.3 Lopputulos**

Kuvailutiedot palautuvat käyttäjälle/järjestelmään.

#### **11.4.4 Onnistunut käyttötapaus**

Lähetettävään sanomaan täydennetään rekisterinpitäjä- ja rekisteritiedot (ks. KanTa eArkiston Medical Records ja kontrollikehys)

1. Jos kyseessä on joku muu, kuin oman käytön haku, niin sanomaan on liitettävä:
  - a. kyselyn käynnistäneen ammattihenkilön tiedot
  - b. palvelutapahtuman tunnus, johon tietoja haetaan
  - c. ja mikäli edellä annetun palvelutapahtuman potilashallinnollisen kirjauksen on tehnyt sama henkilö, joka suorittaa kyselyä, pitää kyselysanomaan tuottaa tieto kyselyn perusteena olevasta erityisestä syystä
2. Kyselysanoma lähetetään arkistoon
3. Kuvailutiedot palautuvat potilastietojärjestelmälle.

#### **11.4.5 Poikkeus- ja virhetilanteet**

Kanta.fi:ssä on julkaistu ulkoisten virhekoodien taulukko.

### **11.5 Asiakirjojen haku –alikäyttötapaus**

#### **11.5.1 Yhteenveto**

Tämä tekninen käyttötapaus vastaa suoraan HL7 Medical records asiakirjojen kyselyinteraktiota (RCMR\_IN100031FI01 Find Document Metadata and Content Query). HL7-interaktiolla pyydetään sanoman vastaanottajaa palauttamaan kaikki dokumentit, jotka täyttävät interaktion sisällä välitettävät kyselyparametrit.

### 11.5.2 Esiehdot

Käyttötapaus Hae kuvailutietoja on jo tehty tai tiedetään suoraan, mitä asiakirjoja haetaan, ja käytettävät kyselyparametrit on määritelty (ks. Määritä hakuehdot -alikäyttötapaus).

### 11.5.3 Onnistunut käyttötapaus

1. Lähetettävään sanomaan täydennetään rekisterinpitäjä- ja rekisteritiedot (ks. KanTa eArkiston Medical Records ja kontrollikehys)
2. Jos kyseessä on joku muu, kuin oman käytön haku, niin sanomaan on liitettävä:
  - a. kyselyn käynnistäneen ammattihenkilön tiedot
  - b. palvelutapahtuman tunnus, johon tietoja haetaan
  - c. ja mikäli edellä annetun palvelutapahtuman potilashallinnollisen kirjauksen on tehnyt sama henkilö, joka suorittaa kyselyä, pitää kyselysanomaan tuottaa tieto kyselyn perusteena olevasta erityisestä syystä
3. Kyselysanoma lähetetään arkistoon.
4. Kanta-palvelu lähettää asiakirjat potilastietojärjestelmälle.

### 11.5.4 Poikkeus- ja virhetilanteet

Kanta.fi:ssä on julkaistu ulkoisten virhekoodien taulukko.

## 11.6 Välitä asiakirja – alikäyttötapaus

### 11.6.1 Yhteenveto

Potilastietojärjestelmän tuottama asiakirja lähetetään Kanta-palvelun kautta kolmannelle osapuolelle, joka kuittaa onnistuneen vastaanoton.

### 11.6.2 Esiehdot

Asiakirja on muodostettu eli se on valmis.

Valmis asiakirja on annettu syötteenä välitettäväksi Kanta-palvelun kautta kolmannelle osapuolelle.

### 11.6.3 Lopputulos

Asiakirja on lähetetty Kanta-palvelun kautta kolmannelle osapuolelle, joka on palauttanut sovellustason kuittauksen takaisin. Tässä vaiheessa säilytysvastuu on siirtynyt kolmannelle osapuolelle.

### 11.6.4 Onnistunut käyttötapaus

1. Asiakirjan ja järjestelmän konfiguraatietietojen pohjalta muodostetaan HL7 Medical Records (MR) -sanoma

- a. MR-sanoma on asiakirjan arkistointia vastaava (RCMR\_IN100002FI01)
  - b. Sanoman kontrolloikehykseen täydennetään palvelun antaja ym. tiedot mitä Potilastiedon arkiston MR-sanomamäärittelyn mukaan tarvitaan. Käytettävä palvelupyyntö on PP35.
  - c. MR-kuvailutietoihin tuotetaan vaaditut kentät asiakirjan ja järjestelmän taustatietojen pohjalta.
2. Siirrettävä asiakirja paketoidaan MR-viestin sisälle HL7-määrittelyssä määritellyllä tavalla
  3. Asiakirja siirretään Kanta-palvelujen viestinvälitykseen Kelan määrittelemien tietoliikenneyhteyksikäytäntöjen mukaisesti.[V1, V2]
  4. Kun kolmannelta osapuolelta on Kanta-palvelujen kautta saatu positiivinen sovellustason kuittaus, tiedetään että välitysvastuu on siirtynyt. Tieto välityksen onnistumisesta palautetaan kutsuvalle käyttötapaukselle.

### 11.6.5 Poikkeus- ja virhetilanteet

V1: Välitys epäonnistuu, koska Kanta-palvelu ei vastaa.

Vaatus: Jos välitys epäonnistuu kun Kanta-palvelu ei vastaa, yritetään asiakirjojen välitystä uudelleen. Virheen toistuessa käyttäjää kehoitetaan siirtymään manuaaliseen menettelyyn asiakirjan välityksessä.

V2: Välitys epäonnistuu koska kolmannen osapuolen vastaanottopalvelu ei vastaa.

Vaatus: Jos välitys epäonnistuu koska kolmannen osapuolen vastaanottopalvelu ei vastaa, yritetään asiakirjojen välitystä uudelleen. Virheen toistuessa käyttäjää kehoitetaan siirtymään manuaaliseen menettelyyn asiakirjan välityksessä

V3: Välitys epäonnistuu jonkun muun virheen vuoksi.

Vaatus: Kelan määrittelemien virhekoodien mukaisesti voidaan yrittää asiakirjan uudelleen välitystä myöhemmässä vaiheessa. Jos välitys epäonnistuu toistuvasti tai virhekoodi kertoo, että asiakirjan sisällön tai muun seikan takia uudelleen välitys ei tule onnistumaan, niin virheilmoitukset siirtyvät järjestelmän pääkäyttäjän tai ohjelmistotoimittajan tukipalvelun työstäville. Tässä tapauksessa käyttäjää kehoitetaan siirtymään manuaaliseen menettelyyn asiakirjan välityksessä.

### 11.6.6 Tietosisältö

eArkiston asiakirjojen kuvailutiedot

KanTa – eArkiston CDA R2 Header

KanTa – eArkiston Medical Records

CDA R2 -asiakirja

### **11.6.7 Käyttäjä ja roolit**

Potilastietojärjestelmä

Kanta-palvelun viestinvälitys

### **11.6.8 Lisätiedot ja avoimet asiat**

Tarkemmat yksityiskohdat KanTa eArkiston Medical Records -oppaasta ja Kelan ohjeista.

## 12 Kevyet kyselyrajapinnat

Arkistopalvelu tarjoaa muutamia kevyitä kyselyrajapintoja sekä potilastietojärjestelmien että erillisjärjestelmien käyttöön. Järjestelmä ei tee perinteistä asiakirjojen arkistohakua, vaan kyselyparametrien perusteella arkisto päättelee ja palauttaa pyydetyn tiedon järjestelmälle.

Kunkin esiteltävän palvelupyynnön tyypillinen käyttötapaus liittyy erillisjärjestelmistä käsin tapahtuvaan luovutuksenhallintaan sekä erillisjärjestelmän tuottamien tietojen kytkemiseen palvelutapahtumiin.

Kevyet kyselyrajapinnat on kuvattu tarkemmin kanta.fi-sivustolla julkaistuissa Kanta Potilastiedon arkiston kevyiden kyselyrajapintojen kuvaus -dokumentissa ja rajapintakuvauksissa.

Kevyiden kyselyrajapintojen käyttö ei ole sallittua yksityisten toimijoiden yhteisliittymistilanteissa (isäntä-vuokralainen).

### 12.1 Hae luovutuslupa

Luovutuslupapyyntö (PP51) palauttaa palvelupyynnön lähettäneelle potilastietojärjestelmälle tai erillisjärjestelmälle arkistopalvelun päättelämän tiedon siitä, saako järjestelmä luovuttaa määriteltyjä potilaan tietoja vai ei.

Luovutuslupapyyntö voidaan rajata palvelutapahtuman tai palvelunantajan perusteella, ja se voi koskea joko yhteisrekisteriä tai kansallista suostumusta. Palvelu ottaa huomioon informoinnit, suostumukset ja Potilastiedon arkistoa koskevat luovutuskieollot, mutta ei yksityiskohtaisesti kerro luovutustenhallintaan vaikuttavien tietojen olemassaolosta vaan välittää ainoastaan kulloinkin sovellettavan säännösten perusteella tiedon siitä, että onko luovutus sallittu vai ei.

Luovutuslupapyyntö on järjestelmän tekemä kysely, eikä sen tulosta näytetä ammattihenkilölle. Luovutuslupapyynnöllä voidaan korvata potilastietojärjestelmän tekemä luovutuksen hallinnan asiakirjojen haku ja niistä tehtävä luovutusoikeuden päättely.

### 12.2 Hae luovutustiedot

Luovutustietojen kysely palauttaa potilastietojärjestelmälle tai erillisjärjestelmälle potilaan luovutusten hallintaan liittyvät tiedot: Kysely palauttaa tiedot potilaalle annetuista informoinneista, potilaan antamista suostumuksista sekä tiedon Potilastiedon arkiston luovutuskieltojen mahdollisesta ohittamisesta hätätilanteessa. Kieltojen osalta palautetaan vain kysyvää organisaatiota koskevat Potilastiedon arkiston kieollot. Haku ei palauta tietoja mahdollisista lääkemääräyksien kielloista.

Luovutustietojen kysely voi olla joko ammattihenkilön tai järjestelmän tekemä kysely. Kun kysely on ammattihenkilön tekemä (PP52), myös lokille tallennetaan ammattihenkilön tiedot. Kun kyseessä on järjestelmähaku (PP53), lokille ei tallenneta ammattihenkilön tietoja. Järjestelmähakua saa käyttää vain näkymärajauksissa ja tällöin itse tahdonilmaisuja ei saa näyttää ammattihenkilölle.

Luovutustietojen haulla voidaan korvata potilastietojärjestelmän tekemä luovutuksen hallinnan asiakirjojen haku ja niistä tehtävä luovutustietojen kerääminen.

### **12.3 Hae aktiiviset palvelutapahtumat**

Aktiivisten palvelutapahtumien hakupyyntö palauttaa palvelujen antajan aktiivisena olevien palvelutapahtumien kuvailutiedot. Palvelupyyntöön tyypillinen käyttötapaus liittyy erillisjärjestelmän tuottamien tietojen kytkemiseen palvelutapahtumiin.

Kun hakupyyntöä käyttää palvelujen antajan oma järjestelmä oman liityntäpisteen kautta, on kyseessä oma käyttö (PP54). Kun hakupyyntöä käyttää muu palvelujen tuottaja kuin palvelujen antaja itse, on kyseessä luovutus (PP55).

### **12.4 Hae palvelutapahtumat luovutuskieltojen ylläpitoa varten**

Palvelutapahtumatunnusten hakupyyntö Potilastiedon arkiston luovutuskieltojen ylläpitoa (PP56) varten palauttaa kysyvälle järjestelmälle tietyn potilaan kaikkien palvelunantajien palvelutapahtumien kuvailutiedot. Palvelupyyntöä käytetään, kun potilastietojärjestelmään tarvitaan potilaan palvelutapahtumatiedot Potilastiedon arkiston palvelutapahtumakohtaisten luovutuskieltojen ylläpitoa varten. Kyseessä on aina luovutushaku.

## 13 Yksityinen terveydenhuolto ja liittyminen Potilastiedon arkistoon

### 13.1 Johdanto

Asiakastietolain mukaisesti yksityisten terveydenhuollon palvelunantajan tulee liittyä valtakunnallisen Potilastiedon arkiston käyttäjäksi, jos se arkistoi potilasasiakirjansa sähköisesti. Jos palvelunantajalla ei ole käytössään sähköistä potilastietojärjestelmää eikä se arkistoi asiakirjojaan sähköisesti, eikä liittymisedellytyksiä ole ilman potilastietojärjestelmän hankintaa, arkistoon liittymiseen ei ole lakisääteistä velvoitetta. Potilasasiakirjojen pitkäaikais- ja pysyväisarkistointi on kuitenkin järjestettävä asianmukaisesti huomioiden säilytysajat ja asiakirjojen tietoturvallinen käsittely.

Yksityisen terveydenhuollon toimijoiden on Potilastiedon arkistoon liittyessään ja potilastietojärjestelmiä kehitettäessä huomioitava joitakin periaatteita, jotka poikkeavat julkisen terveydenhuollon käytännöistä.

### 13.2 Yksityisten liittymismallit

Yksityisen terveydenhuollon toimijat voivat liittyä arkistoon suoraan Kanta-palveluihin tai liittyminen tapahtuu yhteisliittymismallin kautta. Suoraan Kanta-palveluihin liittyessään Sote-organisaatiorekisteristä löytyvä yksityisen sektorin toimija tai Terveydenhuollon itsenäiset ammatinharjoittajat -koodistosta löytyvä toimija liittyy suoraan Kanta-palveluihin samalla tavoin kuin julkisen terveydenhuollon toimijat. **Yhteisliittymismallissa** vuokralaisena oleva toimija ei liity itse suoraan Kanta-palveluihin, vaan liittyy isäntä-organisaation liityntäpisteen kautta. Isäntä-organisaation on tällöin oltava liittynyt Kanta-palveluihin (esimerkiksi SOTE-rekisteriin viety yritys tai itsenäinen ammatinharjoittaja on vuokralla Kanta-palveluihin liittyneelle isäntäyritykselle).

Yhteisliittymismallissa on huomioitava, että vuokralainen saa käyttöönsä kaikki isännälle sallitut palvelupyynnöt, ellei näitä rajata erikseen. Mikäli isäntä haluaa yhteisliittymismallissa rajata kauttaan liittyvän vuokralaisen oikeuksia palvelupyyntöihin, pitää tätä varten perustaa Kanta-osoitteistoon erillinen isännälle rekisteröity kyseistä vuokralaista koskeva liityntäpiste ja määritellä tätä varten oikeudet.

Yhteisliittymisen kautta ei ole sallittua käyttää ns. kevyitä rajapintoja. Myöskään "pysyvät osoitteistokytkennot", joissa tuottaja toimii järjestäjän lukuun ilman ostopalvelun valtuutusta, eivät ole sallittuja yhteisliittymissä.

### 13.3 Palvelunantajatiedot

Palvelunantaja voi olla ainoastaan asianmukaisen Valviran toimiluvan omaava terveydenhuollon palvelunantaja tai itsenäinen ammatinharjoittaja. Yksityisen terveydenhuollon palvelunantajien tiedot päivitetään SOTE-organisaatiorekisteriin suoraan Valviran Valveri-rekisteristä. Myös itsenäisten ammatinharjoittajien tiedot päivitetään suoraan Valvirasta, mutta niitä ei viedä SOTE-organisaatiorekisteriin vaan erilliseen Terveydenhuollon itsenäiset ammatinharjoittajat -koodistoon.



## 13.4 Rekisterinpitäjäys

Jokainen yksityinen terveydenhuollon palvelunantaja on rekisterinpitäjä omien potilasasiakirjojensa osalta. Rekisterinpitäjiä ovat myös lääkäriasemien tiloissa toimivat yritykset ja ammatinharjoittajat, lääkäriasemat sekä itsenäisesti omissa tiloissaan toimivat yritykset ja ammatinharjoittajat. Potilastietojen luovuttaminen rekisterinpitäjien välillä edellyttää potilaan suostumusta.

Esimerkiksi yhden kansallisen terveystietojärjestelmän sisällä voi olla kolmen tyyppisiä palvelunantajia: ketjun oma henkilöstö, lääkäripalveluyritys tai yksittäinen ammatinharjoittaja. Tietojen rekisterinpitäjä on ketju kokonaisuudessaan, silloin kun palvelun tuottaa oma henkilöstö. Ketjun ”lääkärihotellissa” toimivat lääkäripalveluyritykset tai itsenäiset ammatinharjoittajat ovat rekisterinpitäjiä omien käyntiensä osalta, vaikkakin käyttävät yleensä ketjun potilastietojärjestelmää.

Rekisterinpitäjä voi olla ainoastaan asianmukaisen Valviran toimiluvan omaava terveydenhuollon palvelunantaja tai itsenäinen ammatinharjoittaja.

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

### 13.4.1 Ostopalvelut tai alihankinta

Jos terveystietoa tuotetaan ostopalveluna tai alihankintana, rekisterinpitäjä on palvelun järjestäjä eli tilaaja.

Esimerkki 1: työterveyshuollossa lääkäriasema tekee sopimuksen työterveyshuollon tuottamisesta yrityksen x kanssa, mutta palvelua toteuttaessaan se hankkii lääkäripalveluita alihankintana tiloissaan toimivalta ammatinharjoittajalta tai yritykseltä (tai joissain tapauksissa alihankkija voi toimia jopa muulla paikkakunnalla). Lääkäriasema on päävastuullinen palveluntuottaja, ja se toimii rekisterinpitäjänä kaikille sen omassa ja alihankkijoiden toiminnassa syntyneille potilastiedoille.

Esimerkki 2: kunta z ostaa yritykseltä kuntoutuspalveluita. Kunta on tällöin rekisterinpitäjä, ja asiakirjat arkistoidaan Kantaan sen rekisteriin.

Ostopalveluissa palvelun järjestäjän eli tilaajan on tallennettava Potilastiedon arkistoon ostopalvelun valtuutusasiakirja, joka mahdollistaa tuottajalle arkistoinnin järjestäjän rekisteriin, ja vastaavasti järjestäjän rekisteriin kuuluvien, hoidon kannalta tarpeellisten tietojen luovutuksen riippumatta potilaan suostumuksista tai kielloista.

### 13.4.2 Ostopalveluiden ketjutus

Kanta ei toistaiseksi tue ostopalveluiden ketjutusta, eli tilannetta jossa ostopalvelun tuottaja hankkii palvelua alihankintana kolmannelta osapuolelta. Näissä tilanteissa palvelun järjestäjä antaa ostopalvelun valtuutuksen myös alihankkijalle tai alihankintana syntyneiden tietojen käsittely toteutetaan tuottajan toimesta tarvittavin järjestelyin.

## 13.5 Palvelutapahtuma

Palvelutapahtuma toimii yksityisillä toimijoilla kuten julkisessa terveydenhuollossa. Arkistoitavat hoitoasiakirjat on liitettävä SOTE-organisaatiorekisteristä löytyvän yksityisen toimijan tai Terveystieteiden yksikön itsenäiset ammatinharjoittajat –koodistosta löytyvän toimijan rekisteriin tallennettuun palvelutapahtumaan. Hoitosuhteen todentamista vaativissa tilanteissa hoitosuhde varmistetaan SOTE-organisaatiorekisterin yksityisen toimijan tai Terveystieteiden yksikön itsenäiset ammatinharjoittajat -koodiston toimijan rekisteristä löytyvää palvelutapahtumaa vasten (pl. tietyt ostopalvelun käyttötapaukset, joiden poikkeukset voimassa myös julkisessa terveydenhuollossa).

Yhteisliittymismallissa on huomioitava, että hoitoasiakirjojen arkistointi vuokralaisen rekisteriin edellyttää vuokralaisen rekisteriin perustettua palvelutapahtumaa. Vastaavasti hoitosuhteen todentamista vaativissa tilanteissa vuokralaisen rekisterissä on oltava palvelutapahtuma-asiakirja.

Yhteisliittymismallissa saattaa syntyä tilanteita, joissa isäntäorganisaatiolla on tarve arkistoida asiakirja vuokralaisen rekisteriin vuokralaisen nimissä. Esim. kun isäntäorganisaatio tuottaa vuokralaisten ajanvarauspalvelua, ajanvarauksessa syntyvien palvelutapahtumien arkistointi vuokralaisen rekisteriin voidaan hoitaa paikallisessa järjestelmässä siten, että palvelutapahtuma arkistoidaan vuokralaisen nimissä Potilastiedon arkistoon, eli arkistointisanomalla organisaatitiedot annetaan kuin vuokralaisen lähettämällä sanomalla. Palvelutapahtuma-asiakirjan ensimmäiseksi palveluysiköksi asiakirjan header-osaan viedään isäntäorganisaation palveluysikkö ja seuraavaksi varsinaisena hoitovastuullisena palveluysikkönä vuokralaisen palveluysikkö. Isäntäorganisaatiolla ei koskaan ole hakuoikeutta vuokralaisen rekisteriin, paitsi normaalien luovutussääntöjen mukaisesti.

### 13.5.1 Palvelutapahtumat/hoitajakset, joissa potilaan hoitoon osallistuu useampi yritys tai ammatinharjoittaja

Yksityisessä sairaalatoiminnassa tapahtuvien hoitajaksojen tai polikliinisten hoitojen osalta STM toteaa, että kyseinen hoitajakso tai polikliininen käynti muodostaa yhden palvelutapahtuman, jonka kaikki tiedot ovat palvelutapahtumasta vastaavan terveydenhuollon toimintayksikön rekisterissä. Jos palvelutapahtumaan osallistuu sairaalan ulkopuolisia toimijoita (lääkäripalveluyritys tai ammatinharjoittaja), niin tämä toiminta on alihankintaa liittyen kyseiseen palvelutapahtumaan. Arkistointi yhden rekisterinpitäjän rekisteriin ei edellytä Kanta-palveluiden ostopalvelun valtuutuksia, vaan esimerkin mukaiset toiminnot hallitaan sairaalan sisällä. Päävastuullisen toimijan rekisteriin kirjatut merkinnät ovat myöhemmin muiden potilaan hoitoon osallistuvien käytössä, jos lääkäriaseman potilastietojärjestelmään on kirjattu potilaan suostumus tietojen luovutukseen. Potilastiedot ovat saatavissa Kanta-arkistosta, jos Tiedonhallintapalveluun on tallennettu potilaan suostumus eikä tietoihin kohdistu kieltoja.

Huomioitava on, että samalla potilaan asiointikerralla avopalveluissa potilas voi käydä useamman ammatinharjoittajan vastaanotolla, mutta jos käynnit ovat sinänsä itsenäisiä ja niille tehdään erilliset ajanvaraukset, käynnit ovat itsenäisiä palvelutapahtumia ja kuuluvat kunkin ammatinharjoittajan tai yrityksen omaan rekisteriin. Tällaisia tilanteita ovat esim. hammaslääkärin ja suuhygienistin vastaanotot.

Konsultaatiotilanteissa konsultaatiopyyntö ja -vastaus kuuluvat sekä pyynnön tekijän että vastaajan rekisteriin, eli ne arkistoidaan erikseen kummankin toimijan rekisteriin. Vastaavaa toimintamallia käytetään läheteiden ja palautteiden arkistoinnissa.

Tutkimukset, kuten laboratorio ja kuvantaminen, kuuluvat pääsääntöisesti samaan palvelutapahtumaan kuin mistä tutkimuksen pyyntö on tehty. Tutkimuspyynnöt ja vastaukset kuuluvat pyynnön tekijän rekisteriin.

## 13.6 Potilastietojen luovutuskiellot

Laki asiakastietojen sähköisestä käsittelystä sosiaali- ja terveydenhuollossa (asiakastietolaki) säättää potilaan oikeudesta määrätä potilastietojen luovutuksesta. Kanta-palveluihin on tällä hetkellä toteutettu potilastietojen luovuttamiseen liittyvä suostumus ja tätä rajaava kiello. Tietojärjestelmä-määrittelyissä kiellon kohteeksi on täsmennetty seuraavat vaihtoehdot:

1. kiello kohdistuu terveydenhuollon palvelujen antajaan, mikä tarkoittaa kaikkien ko. palveluiden antajan rekisterinpidossa olevien asiakirjojen rajautumista pois luovutustilanteista
2. Kiello kohdentuu palvelunantajan tiettyyn rekisteriin, eli kiellolla voi rajata esim. pelkästään työterveyshuollon rekisterin tietojen luovutukset
3. kiello kohdistuu yksittäiseen käyntiin tai hoitajaksoon (palvelutapahtumaan), jolloin kyseisen palvelutapahtuman tiedot rajautuvat pois tietojen luovutuksista

Yksityisen terveydenhuollon käyttöönottoon liittyen on ongelmaksi noussut potilaan tiedollisen itsemääräämisoikeuden toteutuminen johtuen yksityisen terveydenhuollon monimuotoisesta tavasta tuottaa terveyspalveluita. Esimerkiksi yhden kansallisen terveyspalveluketjun sisällä voi olla kolmen tyyppisiä palveluiden antajia: ketjun oma henkilöstö, lääkäripalveluyritys tai yksittäinen ammatinharjoittaja. Tietojen rekisterinpitäjä on ketju kokonaisuudessaan, silloin kun palvelun tuottaa oma henkilöstö. Ketjun "lääkärihotellissa" toimivat lääkäripalveluyritykset tai itsenäiset ammatinharjoittajat ovat rekisterinpitäjiä omien käyntiensä osalta, vaikkakin käyttävät yleensä ketjun potilastietojärjestelmää.

Potilaan tiedolliseen itsemääräämisoikeuteen liittyvät ongelmat ovat seuraavia:

- Hahmotetaanko fyysisen toimipisteen/ketjun ("Terveystalo") ja palvelun antajan suhde ("lääkäripalveluyritys" tai "Itsenäinen ammatinharjoittaja")? Potilas käy esimerkiksi terveystalossa ja varsinaisen palvelun tuottaakin ammatinharjoittaja tai lääkäripalveluyritys?
  - Jos potilas kieltää lääkäripalveluyrityksen tiedot, niin osataanko hahmottaa että kiello koskee lääkäripalveluyrityksen tuottamia tietoja kaikissa muissa ketjuissa joissa se toimii?
  - Toisaalta jos kielletään jokin ketju ("Terveystalo"), niin ymmärretäänkö että kiello ei pädekään silloin kun palvelun tuottaa ammatinharjoittaja tai lääkäripalveluyritys

Sidosryhmien välisessä yhteistyössä on todettu parhaaksi ratkaisuksi se, että yksityisen terveydenhuollon osalta kiellot voidaan kohdentaa ainoastaan palvelutapahtumaan. On suotavaa että Omakanta-palvelussa ja potilastietojärjestelmissä voidaan valikoida kielloasiakirjalle tietyn palvelujen antajan palvelutapahtumat (jolloin kiello voidaan tehdä palvelujen antajan perusteella).

## 13.7 Järjestelmävarmenne

Järjestelmäallekirjoitusvarmenteella allekirjoitetaan Kantaan arkistoitavat asiakirjat, joita käyttäjän ei tarvitse henkilökohtaisesti sähköisesti allekirjoittaa. Lähtökohtaisesti järjestelmävarmenne on organisaatiokohtainen, eli kukin palvelunantaja hankkii oman järjestelmävarmenteen. Lääkäriasemilla voidaan kuitenkin käyttää yhteistä järjestelmäallekirjoitusvarmennetta. Asiasta tulee sopia lääkäriaseman ja sen tiloissa toimivien keskinäisessä sopimuksessa.

Myös niissä tilanteissa, joissa potilastietojärjestelmä on hankittu palveluna, eli järjestelmätoimittaja vastaa järjestelmän teknisestä ylläpidosta, voidaan käyttää yhtä varmennetta. Kukin palvelua käyttävä organisaatio valtuuttaa järjestelmätoimittajaa hankkimaan varmenteen puolestaan. Valtuutus kirjataan toimittajan ja organisaation väliseen sopimukseen.

## 13.8 Tiedot sanomissa ja asiakirjoilla

### 13.8.1 Yksityisen toimijan tekemät palvelupyynnöt

Yksityisen terveydenhuollon toimijat käyttävät samoja Potilastiedon arkiston palvelupyynnöitä kuin julkisen terveydenhuollon toimijat. Potilastiedon arkiston on kuitenkin pystyttävä erottamaan tilanne, jossa yksityinen toimija tekee palvelupyynnöitä johtuen osin poikkeavista käsittelysäännöistä. Yksityisten toimijoiden on näin ollen annettava sanoman kontrollikehyksessä tieto millaisesta yksityisten liittymisen mallin mukaisesta toimijasta on kyse koodiston ”Kanta-palvelut – Yksityisten toimijoiden liittymismallit” mukaisesti (onko liittynyt suoraan Kanta-palveluihin vai yhteisliittymisen kautta). Ks. tarkemmin arkiston Medical Records sanomat HL7 dokumentaatiosta kohta kontrollikehyks ( [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi) ).

### 13.8.2 Palvelunantajatiedot sanomissa ja asiakirjoilla

Sanoman kontrollikehyksessä on ilmoitettava viestin lähettänyt organisaatio eli palvelunantaja. Suoraan liittyneiden yksityisten toimijoiden osalta tällöin annetaan palvelunantaja normaalisti. Yksityisen terveydenhuollon toimijoiden yhteisliittymismallissa on ilmoitettava isännän palvelunantajatieto ja isäntä toimii tällöin arkiston näkökulmasta viestin lähettäneenä organisaationa (liittyjä). Lisäksi yhteisliittymismallissa on annettava vuokralaisen palvelunantaja-tieto sekä mikäli mahdollista isännän ja vuokralaisen palveluysikkö-tiedot. Ks. tarkemmat rakenteet arkiston Medical Records sanomat HL7 dokumentaatiosta kohta kontrollikehyks ( [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi) ).

Sanoman sanomatyyppitasolla ja asiakirjojen kuvailutiedoissa on annettava palvelunantaja ja palveluysikkötiedot seuraavasti:

- Suoraan liittyneet: sanomatyyppissä ja asiakirjan headerissa on annettava palvelunantaja ja tietyissä pakollisissa tilanteissa myös palveluysikkötieto. Jos palveluysikkötietoa ei ole olemassa, toistetaan palveluysikkön sijaan palvelunantajatieto.
- Yhteisliittymismallin kautta liittyneet: sanomatyyppissä ja asiakirjan headerissa on annettava vuokralaisen tiedot ja uusissa rakenteissa lisäksi isännän tiedot. Tämä koskee palvelunantajatietoja ja tietyissä pakollisissa tilanteissa myös palveluysikkötietoja. Jos palveluysikkötietoa ei ole olemassa, toistetaan palveluysikkön sijaan palvelunantajatieto. Huom. Jos kyseessä on yhteisliittymismallin lisäksi ostopalvelutilanne, asiakirjan headerissa ei anneta isännän tietoa.

Asiakirjan body-osassa on aina vuokralaisen tiedot, koska itse asiakirjasisältö on vuokralaisen vastuulla.

- Ks. tarkemmat rakenteet arkiston Medical Records sanomat HL7 dokumentaatiosta sekä arkiston CDA R2 header dokumentaatiosta ([www.kanta.fi](http://www.kanta.fi)).

### 13.8.3 Rekisterinpitäjätieto sanomissa ja asiakirjoissa

Kyselysanomissa on ilmoitettava sanoman kontrollikehyksessä rekisterinpitäjätiedot. Suoraan liittynyt yksityisen terveydenhuollon toimija antaa rekisterinpitäjätiedoksi palvelunantajatietonsa. Yhteisliittymisen kautta annetaan rekisterinpitäjäksi vuokralaisen palvelunantajatieto.

Samalla tavoin toimitaan sanomatyypeissä ja asiakirjoissa. Huom. Kelan rekisteriin tallennettavissa asiakirjoissa rekisterinpitäjänä sanomatyyppissä ja asiakirjassa on Kela.

Ks. tarkemmat rakenteet arkiston Medical Records sanomat HL7 dokumentaatiosta sekä arkiston CDA R2 header dokumentaatiosta ([www.kanta.fi](http://www.kanta.fi))