

Versio 1.9

Julkaistu 26.6.2014

**Kysymyksiä ja vastauksia
Potilastiedon arkiston määrittelyt
2013-2014**

Muutoshistoria

Versio	Muutos
1.2	16.8.2013 Lisätty muutoshistoria. Korjattu ”Tiedonhallintapalvelu; Riskityypin luokitus kts. vastaus” –kysymyksen vastaus (sivu 18).
1.3	30.10.2013 Lisätty dokumentin loppuun määrittelyiden kyselytilaisuudessa 15.10. käsitellyt kysymykset vastauksineen (sivulta 27 alkaen)
1.4	29.11.2013 Lisätty dokumentin loppuun määrittelyiden kyselytilaisuudessa 14.11. käsitellyt kysymykset vastauksineen. Otsikointitasoja muutettu. Huom. Käyntidiagnoosin vastaus s.20 tarkennetaan episoditunnuksen osalta seuraavaan versioon.
1.5.	19.12.2013 Lisätty dokumentin loppuun määrittelyiden kyselytilaisuudessa 4.12. käsitellyt kysymykset vastauksineen. Käyntidiagnoosin vastausta s.20 tarkennettu episoditunnuksen osalta.
1.6	31.1.2014 Lisätty dokumentin loppuun määrittelyiden kyselytilaisuudessa 27.1. käsitellyt kysymykset vastauksineen. Mukana lääkitysnäkymiä, riskitietoja jähenkilötietoja koskevat tiedotteet.
1.7	20.2.2014 Lisätty dokumentin loppuun määrittelyiden kyselytilaisuudessa 18.2. käsitellyt kysymykset vastauksineen. Mukana tiedote hoitovastuullisen palveluyksikkötiedon kirjaamisesta.
1.8	15.4.2014 Lisätty dokumentin loppuun määrittelyiden kyselytilaisuudessa 18.3. käsitellyt kysymykset vastauksineen. Mukana tiedote terveys- ja hoitosuunnitelmasta sekä Lää-näkymän näyttömuodosta.
1.9	16.6.2014 Lisätty dokumentin loppuun määrittelyiden kyselytilaisuudessa 14.5. käsitellyt kysymykset vastauksineen. Ja yliviivattu aiemmista vastauksista ristiriitaiset ohjeet henkilötunnuksen vaihtoon liittyen.
	Tämä dokumentti sisältää kysymykset ja vastaukset 14.5.2014 kyselytilaisuuteen saakka. Uusimmat kysymykset ja vastaukset löytyvät Kanta.fi-sivustolta erillisestä dokumentista.

Sisällys

Yleistä.....	8
Kysymyksiä ennen 4/2013, eArkiston määrittely	8
Sanomaliikenteen määrä.....	8
Merkinnän säilytysajan pidentäminen PTJ:ssä	8
Opiskelijan merkintöjen hyväksyminen	9
Hoitoasiakirjan arkistointi ennen palvelutapahtuma-asiakirjaa.....	9
Sallitut asiakirjan metatietojen muutokset	10
ERAS-palvelutapahtuma.....	11
Erillinen asiakirja kertomustekstinäkymässä.....	12
Asiakirjan muodostaminen manuaalisesti.....	12
Pakollisten kuvailutietojen puuttuminen	13
Asiakirjan päivittäminen uusilla merkinnöillä	13
Lomakeasiakirjan mitätöintimäärittely, asiakirjan päivittäminen uusilla merkinnöillä	13
10.4.2013 kysymykset	14
eArkiston määrittely, luovutusilmoitus suorasta luovutuksesta määrittely, lomakeasiakirjan mitätöintimäärittely, asiakirjan päivittäminen uusilla merkinnöillä	14
eArkiston määrittely, tahdonilmaisujen tulostaminen määrittely, luovutusilmoitus suorasta luovutuksesta määrittely, lomakeasiakirjan mitätöintimäärittely, asiakirjan päivittäminen uusilla merkinnöillä	14
Tiedonhallintapalvelu; suostumus ja laillinen edustaja	15
eArkisto; palvelutapahtuma ja reseptin uusinta	15
Tiedonhallintapalvelu; tahdonilmaisujen tulostepohjat	15
Vaiheistusasetus; Suun terveydenhuolto v. 2014	15
Vaiheistusasetus; Lääkitys	16
Vaiheistusasetus; Kuvantamislähetteen ja lausuntojen arkistointi vaiheessa 2014?	16
Suostumustenhallinta; Rekisterinpitäjämuutokset organisaatioiden muutostilanteissa	16
Suostumustenhallinta; Kiellot yli sairaanhoitopiirirajojen	16
eArkisto; Asiakirjan tyyppi ja näkymätyyppi.....	17
eArkisto; Lähetepalaute	17
eArkisto; Luovutusilmoitusten niputtaminen (muut kuin KanTa-luovutukset)	17
eArkisto; Palvelutapahtuma-asiakirjan tehtäväluokka.....	17
eArkisto; erityissuojaus näkymäluokituksessa	17
eArkisto; Hoitosuhteen varmistus:	18

eArkisto; Erityissuojauus ja erillinen asiakirja	18
eArkisto; erillisjärjestelmät.....	18
eArkisto; Ostopalvelu/yhteispäivystys ja arkistointi	18
eArkisto; palvelutapahtuman vaihtaminen	18
eArkisto; Erillisasiakirjan määrittelyt.....	19
Tiedonhallintapalvelu; Toimenpiteen kirjaus.....	19
Tiedonhallintapalvelu; Riskitietojen eArkisto -vaatimukset ensimmäisessä vaiheessa	19
Tiedonhallintapalvelu; Riskityypin luokitus kts. vastaus	20
Tiedonhallintapalvelu; Diagnoosit.....	20
<i>Diagnoosien näyttäminen</i>	20
<i>Käyntidiagnoosien näyttäminen</i>	21
<i>ICD10/ICPC rinnakkaiskirjaus</i>	21
<i>Virheellisten käyntidiagnoosimerkintöjen korjaus</i>	22
<i>Käyntidiagnoosin tarkentaminen</i>	22
<i>Linkki kertomustekstiin</i>	23
<i>Tapaturmatyypit ja ulkoiset syyt</i>	23
<i>Vanhojen diagnoosien vienti eArkistoon</i>	23
<i>Vanhojen diagnoosien yhteen liittäminen</i>	24
<i>Diagnoosien arkistointi vaillinaisin tiedoin</i>	24
Tiedonhallintapalvelu; Lääkitys	24
Tiedonhallintapalvelu; Henkilötietoasiakirja	25
eArkisto, Vaiheistusasetus.....	25
eArkisto, Erityisen syyn voimassaolo.....	25
eArkisto, Erityisen syyn tallentaminen KanTaan	26
eArkisto, potilashallinnon varmistus	26
Tiedonhallintapalvelu, riskitiedon yksilöivä tunniste	26
Tiedonhallintapalvelu, linkki diagnoosilta kertomustekstiin	27
eArkiston määrittely, Erillinen asiakirja.....	27
eArkiston määrittely, näkymän näkymätyyppi.....	27
Diagnoosimerkinnän näkymäkoodi	28
eArkiston määrittely, pitkäaikaisdiagnoosit	28
eArkiston määrittely – Säilytysaikaluokka	28
15.10.2013 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely	29
Diagnoosin päättäminen	29
Suostumus	30
Informointi.....	30
Merkintä	30

Virallinen ja väliaikainen henkilötunnus.....	31
Erityissisällön käsittely.....	33
Rekisterinpitäjän muutokset	33
Ostopalvelut	34
Diagnoosien kirjaaminen ja diagnoosikirjaukset CDA R2:ssa	35
Hoitosuhteen määrittelevä palvelutapahtuma	36
14.11.2013 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely	37
Riskitiedon muuntaminen uuden luokituksen mukaisiksi.....	37
ICPC-koodien näyttäminen diagnoosilistalla	37
Asiakirjojen versiointi ja mitätöinti metatietojen muutostilanteessa.....	37
Henkilötunnuksen muutos	38
Potilasasiakirjojen rekisteri rekisterinpitäjän muutostilanteessa	38
Tahdonilmaisujen arkistointi	38
Luovutuslokin yksikkötiedot.....	39
Asiakirjojen mitätöinti	39
Muistiinpanon ja luonnoksen käsitteet käyttötapauksissa	40
Kertomus ja lomakkeet -päivitys ja Medical records -sanomat	40
Diagnoosin tietosisältö, diagnoosin päättymisen	41
Kuvailutietojen hakeminen.....	42
Kertomus ja lomakkeet vs thp periaatteet.....	42
Koodisto "Diagnoosin päättymisen syy".....	43
Työnantajan tunnistaminen	45
Diagnoosi- ja syykoodi	45
Lokimerkinnät.....	48
Koostetietojen hakeminen ja näyttäminen 2014 toteutuksessa	50
4.12.2013 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely.....	52
Tietojen vienti potilastiedon arkistoon	52
Rakenteinen ja tekstimuotoinen sisältö merkinnässä.....	52
Suostumus- ja kieltolomakkeen tulostaminen	53
Kielto ja hätähäku	53
Informointi ja suostumus itseilmoittautumisessa	54
Hoitosuhteen määrytyminen	54
Palveluyksikkö ja toimintayksikkö hoitosuhteen varmentamisessa	55
Palvelutapahtuma-asiakirja hoitosuhteen varmentamisessa	60
Palvelupyynnöiden palauttavat tiedot.....	61
Työterveyden rekisteritieto	61
Arkistohaku useasta rekisteristä	62

Tahdonilmaisun peruminen - Ristiriita spekseissä?	63
Palvelutapahtuman perumisen syy	63
Suostumus ja kiellot.....	64
27.1.2014 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely.....	65
Tiedoksi lääkitysnäkymistä: LÄÄ ja VLÄÄ-näkymät v. 2014 käyttöönotoissa	65
Tiedoksi henkilötiedoista ja turvakiellosta	65
Tiedoksi riskitiedoista	65
Vastauksia riskitietomäärittelyistä tulleeisiin kysymyksiin ja kommentteihin.....	66
<i>Yhteenvedo riskitiedoista sähköpostilla tulleeisiin kysymyksiin ja kommentteihin</i>	<i>67</i>
<i>Saapuneista sähköposteista kootut kysymykset ja kommentit sekä vastaukset niihin</i>	<i>68</i>
Erityissuojattavien tietojen näyttäminen	70
Palvelutapahtuma-asiakirjan versiointi	70
Palvelutapahtuma hoitovastuun siirtyessä	71
Palvelutapahtuma rekisterinpitäjämuutostilanteessa	71
Henkilötietojen muutos.....	71
Kertomus ja lomakkeet –dokumenttiin liittyviä kysymyksiä	72
<i>Jatkohoidon ydintietorakenteen CDA-määrittely.....</i>	<i>72</i>
<i>Veriryhmän ydintietorakenne.....</i>	<i>72</i>
<i>Yleisten rakenteiden käyttö.....</i>	<i>72</i>
<i>Jonon käsittely ja erikoisalakohtaiset näkymät.....</i>	<i>72</i>
<i>Ydintietorakenteen käytön määrittelyjen tarkentaminen.....</i>	<i>73</i>
<i>Toimittajan kommentti kertomus ja lomakkeet –dokumenttiin</i>	<i>73</i>
ERAS-asiakirjaan liittyviä kysymyksiä	73
Merkinnän korjauksesta	74
Merkinnän mitätöinnistä	75
Omakannan käyttöliittymä.....	77
Kieltojen tekeminen eri paikkakunnalta.....	77
THP: Kiellot	78
Rokotus.....	78
ERAS.....	78
Luovutusilmoituksen arkistointi	78
Luovutusilmoituksen tekeminen	79
18.2.2014 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely.....	79
Tiedoksi hoitovastuullisen palveluyksikkötiedon kirjaamisesta	79
Arkistointi liittymisvaiheessa	79
Palvelutapahtuman arkistointi liittymisvaiheessa.....	80
Laboratoriotulosten arkistointi liittymisvaiheessa	80

Arkistosta haku ja hoitosuhteen todentava palvelutapahtuma.....	80
Merkintöjen automaattinen hyväksyminen.....	81
Sosiaalihuollon järjestämän kotisairaanhoidon tietojen arkistointi.....	81
Päivittäismerkintä-otsikon käyttö	81
Potilastietojen siirron aikataulut	82
Erillisjärjestelmän ja A-järjestelmän vaatimukset	82
Tietojen tallennus Taltioni-tietokantaan	83
Kansalaisen itse keräämän terveystiedon siirto Kantaan.....	83
Kanta-rajapinta ja palveluväylärajapinta.....	83
Rajapintojen kansainvälinen yhteensopivuus	83
Toimenpideluokituksen käyttö.....	83
18.3.2014 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely.....	84
Tiedoksi Terveys- ja hoitosuunnitelmasta	84
LÄÄ-näkymän näyttömuoto	84
Käyttäjä ja eri organisaatiot.....	84
Voivatko hoitajat kirjata muillekin näkymille kuin HOI -näkymälle.....	84
HOI- ja HOKE-näkymistä	84
Suostumus – ja kieltolomakkeista	85
Toimenpiteen tekijät	85
Toimenpidekertomus (toimenpiteen tarkempi kuvaus)	86
Hoitosuhteen varmentaminen ja erityinen syy	87
Diagnoosin koodin korjaaminen.....	89
Kieltojen tekemisestä	89
Onko olemassa vaatimuksia ruotsinkielisille asiakirjoille ja rakenteille?	89
Milloin VLÄÄ-näkymä tulee arkistoida?	93
Diagnoosin episoditunnus ja -nimi	93
Toimenpiteiden testauksesta yhteistestauksessa	95
Kuvantamistutkimuksen yksikäsitteinen tunnistaminen	95
Ammattihenkilön palveluyksikkö vs kyselyn tekijä MedicalRecordsissa	95
14.5.2014 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely.....	96
Henkilötunnuksen vaihto	96

Yleistä

KanTa-kehitystyön yhteydessä on eri sidosryhmistä toimitettu joukko kysymyksiä määrittelyihin ja toimintatapoihin liittyen. Kysymykset ja niiden vastaukset on sellaisenaan on koottu tähän työasiakirjaan jaettavaksi KanTa.fi sivustolla kaikkien kehittäjien käyttöön. Vaikka asiakirja on luonteeltaan työpaperi, niin Terveys- ja hyvinvointilaitoksen sekä Kelan edustajat ovat todenneet sen määrittelyitä tarkentavaksi työkaluksi ja siksi tarpeelliseksi jakaa edelleen muiden käyttöön.

Kysymyksiä ennen 4/2013, eArkiston määrittely

Sanomaliikenteen määrä

ao. dokumenttiin viitaten tarvitsemme tarkempaa arviota siitä, kuinka paljon sanomien määrä kasvaa eArkisto-liikenteessä. Kysymyksen ei koske verkon kapasiteettia, koska xx:n hallinnoimassa alueratkaisussa tämä on otettu jo huomioon. Arviolta kuinka monta kertaa tulee kertoa nykyinen eResepti-sanomaliikennemäärä, jotta voisimme tehdä arvion eArkisto-sanomien määrästä sekä 1. vaiheessa että 2. vaiheessa?

<http://www.kanta.fi/documents/10180/3432414/KanTa-tietoliikenneyhteyksien+suunnittelu+ja+toteutus++1.0.pdf/6d47c650-423b-436b-a288-abf7dc80819f> s. 25

eArkisto-palvelun käyttöönottoon sisältyy asiakirjojen ja kuvien siirtoa. Liikennöinti-määrät eArkisto-palvelun osalta ovat huomattavasti suuremmat kuin eReseptin osalta.

VASTAUS:

Tällaista arviota ei ole varsinaisesti olemassa. Riippuu mm. käyttöönoton laajuudesta ja käyttötavoista potilastietojärjestelmässä. Voidaan kuitenkin ohjeellisesti arvioida, että sanomamäärät ovat ainakin 3-6 - kertaisia eReseptin vastaaviin verrattuna. Tietoliikennemääräisesti ero on todennäköisesti vielä suurempi

Merkinnän säilytysajan pidentäminen PTJ:ssä

Käyttötapaukset v.2.2 luku 3.1.5 poikkeustapaus P5 (s.31):

Miten tämä tapahtuisi ja mitä säilytysaikaa tässä tarkoitetaan? Tarkoitetaanpa sitten merkinnän tai asiakirjan säilytysaikaa en näe miten tämä voitaisiin merkitä arkistoitavaan asiakirjaan tai miksi niin pitäisi tehdä. Säilytysajan jatkamiseen liittyvät asiakirjan kuvailutiedot (v.2.28) on määritelty vain KanTan ylläpidettäväksi, ei PTJ:n. Tarkoitetaanko näkymän oletusarvoisen säilytysaikalukuokan muuttamista pitempään säilytykseen tai edes merkinnän säilytysaikalukuokan muuttamista pidemmän säilytyksen vaativaksi? Pitääkö tämä mahdollistaa käyttäjälle ja mitä tilanteita varten? Eikö esim. alle 1-vuotiaana kuolleen osalta säilytysaikalukuokan muutoksen tulisi tapahtua järjestelmän toimesta automaattisesti ja se koskee aina kaikkia merkintöjä?

VASTAUS:

Asiakirjan säilytysaikaa voidaan pidentää vain arkistonhoitajan käyttöliittymän kautta. Tämä toiminnallisuus tulee sinne.

Alle 1-vuotiaana kuolleiden kohdalla, voidaan säilytysluokaksi laittaa luokka 6, jos asiakirjan arkistointihetkenä tiedetään, että potilas kuoli alle 1-vuotiaana. KanTa-arkisto kuitenkin huolehtii kuolintietojen perusteella säilytysaikaluokan muutokset KanTa-arkiston tallennettujen asiakirjojen osalta.

Opiskelijan merkintöjen hyväksyminen

Samaan kohtaan liittyy myös saman luvun virhetilanne V5 (s.33): Opiskelija on merkinnän tekijä kirjoittaessaan reseptiä, joten ei kai tätä ihan näin kategorisesti voi ilmaista?

Käyttötapaukset v.2.2 luku 3.1.5 poikkeustapaus P6 (s.31):

Tarkoitetaanko tässä tosiaan kaikenlaisia potilaskertomusmerkintöjä vai vain joitakin tiettyjä merkintöjä, jotka opiskelijan tekemän on ammattihenkilön tarkastettava ja hyväksyttävä? Erikoisalakohdista lehtien osalta tämä määrittely toimii, mutta merkintöjä ovat myös laboratorio- ja kuvantamistutkimusten pyynnöt sekä lääkemääräykset. Opiskelija voi omalla allekirjoituksellaan vahvistaa kirjoittamansa reseptin, joten ei kai siitä syntyvää vastaavaa lääkitysmarkintaa sentään tarvitse toisen ammattihenkilön hyväksyä. Onko mieltä siinäkin että tutkimuspyyntöjä pitää muiden hyväksyä? Onko hyväksymiskäytäntö käytännössä täysin vapaasti organisaation päätettävissä käytettävän järjestelmän tarjoamissa rajoissa? Toivoisimme tarkennusta tähän määrittelyyn ennen kuin alamme tehdä mitään muutoksia olemassa olevaan hyväksymiskäytäntöön.

VASTAUS:

Opiskelijalla (opiskelijan roolissa) ei ole oikeutta tehdä reseptiä, eikä toisaalta mitään muitakaan potilasasiakirjamerkintöjä itsenäisesti, vaan merkintä on valmis vasta kun terveydenhuollon ammattilainen on "kuitannut" merkinnän. Jos opiskelija on "sijaisena", hän ei enää olekaan opiskelija(n roolissa).

Hoitoasiakirjan arkistointi ennen palvelutapahtuma-asiakirjaa

Käyttötapaukset v.2.2 luku 3.3.1 (s.39):

Onko palvelutapahtuma-asiakirjan oltava arkistoituna ennen kuin hoitoasiakirjoja voidaan arkistoida? Tuleeko siitä virhe jos yrittää arkistoida hoitoasiakirjaa, jossa on palvelutapahtuman OID, jota vastaavaa palvelutapahtuma-asiakirjaa ei ole vielä tallennettu/rekisteröity? Aiemmin on ollut puhe että hoitoasiakirjoja (esim. labratuloksia) voisi kyllä arkistoida kunhan niihin saadaan palvelutapahtuman OID-tunnus, vaikka täydellisiä palvelutapahtumatietoja ei olisikaan vielä arkistoon toimitettu pt-asiakirjassa, mutta tiedot eivät olisi saatavissa arkistosta ennen kuin pt-asiakirja on arkistoitu. Onko tämä muuttunut, ja olisiko kuitenkin parempi että tietoja voidaan arkistoida ilman pt-asiakirjaa esim. eri järjestelmistä ylimääräisen synkronointitarpeen välttämiseksi?

VASTAUS:

Kyllä, palvelutapahtuma-asiakirja on arkistoitava ennen hoitoasiakirjoja, tai hoitoasiakirjojen arkistointi ei onnistu.

Sallitut asiakirjan metatietojen muutokset

Käyttötapaukset v.2.2 luku 3.2.5:

Kirjaaminen väärälle potilaalle johtaa ilmeisesti tarpeeseen poistaa vanha asiakirja ja luoda uusi, vaikka kaikki asiakirjan merkinnät olisivat väärällä potilaalla, eli potilasta ei voida muuttaa asiakirjan metatiedoissa. Mitkä muut metatiedot ovat sellaisia joita asiakirjassa ei saa muuttaa vaan pitää muodostaa uusi asiakirja?

VASTAUS:

Potilastietojärjestelmien käyttötapauksissa kohdassa s. 73 5 Käyttötapaukset arkistoidun asiakirjan korvaamiseksi ja poistamiseksi, löytyy kuvaukset muista vaihtoehdoista.

Saako potilaan muita yksilöintitietoja muuttaa kuin tunnistetta?

VASTAUS:

Jos hetu on oikein, voidaan muita tietoja korjata suuremmista ongelmista.

Pitääkö potilaan nimi päivittää kaikkiin vanhoihin asiakirjoihin jos se muuttuu (nimihän on yksi mahdollinen hakutieto, eikö)?

VASTAUS:

Nimi ei yksin riitä. Aina tarvitaan joko virallinen hetu tai omassa käytössä väliaikainen hetu. Eli ei tarvitse päivittää, mutta on riski, että jos hetun lisäksi annetaan nimitietoja hakuparametreissa, jää jotain saamatta.

Pitääkö muodostaa uusi asiakirja ja poistaa vanha kun tiedot ovat oikean potilaan asiakirjassa, mutta hänen virallinen henkilötunnuksensa muuttuu, vai lisätäänkö vanhaan asiakirjaan versioimalla toinen virallinen hetu?

Pitääkö muodostaa uusi asiakirja kun potilaan tilapäinen henkilötunnus muutetaan viralliseksi, vai lisätäänkö vanhaan asiakirjaan versioimalla toinen tunniste?

VASTAUS:

Lisätään versioimalla oikea hetu.

Potilastietojärjestelmien käyttötapauksissa kohdassa s. 73 5 Käyttötapaukset arkistoidun asiakirjan korvaamiseksi ja poistamiseksi, löytyy kuvaus.

Korjaus tehdään versioimalla asiakirja. Jos väliaikainen hetu muuttuu viralliseksi, niin väliaikainen tulee jäädä henkilötietoihin näkyviin.

Varmaankaan merkintöjen tekijöiden tunnistetietojen muutoksia ei tarvitse päivittää asiakirjoihin?

VASTAUS:

Ei tarvitse, jos header-korjauksia tehdään.

Saako palvelutapahtumaviittauksen muuttaa, jos asiakirjan merkinnät on kaikki liitetty alun perin oikean potilaan väärään palvelutapahtumaan?

VASTAUS:

Saa. Ainoastaan itse palvelutapahtuma-asiakirjassa tämä ei onnistu versioimalla. Siinä pitää ensin mitätöidä ja sitten tehdä uusi palvelutapahtuma-asiakirja versiona 1.

Saako rekisteritiedon muuttaa, jos merkintä on liitetty väärään henkilörekisteriin, mikä on periaatteessa mahdollista kun samassa järjestelmässä on useita rekistereitä?

VASTAUS:

Ei saa versioimalla, koska eri versiot hajoavat eri rekistereihin, ja niiden käyttö hajoaisi omaksi käytöksi ja luovutukseksi. Ensin on mitätöitävä virheellinen ja sitten tehtävä uusi.

Asiakirjan säilytysaikaluokka ilmeisesti voi muuttaa kun alle vuoden vanha potilas kuolee, eikä tarvitse luoda uutta asiakirjaa?

VASTAUS:

Voi muuttaa, mutta ei ole tarpeen, koska KanTa-huolehtii siitä (kts. aiempi vastaus)

Voiko asiakirjaan lisätä jälkikäteen tiedon erityissisällöstä jos se alun perin jäi merkitsemättä ja se koskee kaikkia asiakirjan merkintöjä?

VASTAUS:

Ei voi. Asiakirja, josta ko. tieto virheellisesti puuttuu, pitää mitätöidä ja sitten tehdä uusi asiakirja, jossa erityissisältö on merkattu. Näin poistetaan tiedonhallintapalvelun koosteilta mahdollisesti sinne siirtyneet keskeiset terveystiedot, joita ei olisi saanut sinne siirtyä (THP:luun ei poimita tietoja asiakirjoista, jotka on merkattu toisen henkilön tietoja sisältäväksi).

Voiko myös katselun viivästämisen lisätä jälkeenpäin, vaikka se ei tietenkään enää vaikuta jos potilas on käynyt tietoa jo katsomassa?

VASTAUS:

Voi lisätä, joskin voi olla että potilas on nähnyt jo tiedot ja on ihmeissään, kun ei saa välttämättä taas heti esille.

VASTAUS:

Kts. kohdat erikseen.

ERAS-palvelutapahtuma

Käyttötapaukset v.2.2 luku 3.3.2:

Millainen palvelutapahtuma pitäisi luoda jos kontakti potilaan hoitoa varten onkin toiseen henkilöön, esim. potilaan isä tulee erikseen käymään eikä potilaalla ole vaikkapa hoitojaksoa johon merkinnät liitettäisiin? Ylipäänsähän erityissisällöksi ei ole tarpeen merkitä mitään sellaista mitä toinen henkilö on kertonut itsestään potilaan läsnä ollessa eli mitä potilas tietää jo ennestään. Pitäisikö tällaisessa tapauksessa syntyä erillinen palvelutapahtuma omaisen käynnistä liitettynä potilaan tietoihin, jotta merkinnät saataisiin liitettyä potilaaseen? Ajanvaraus voidaan ohjeistaa tehtäväksi potilaalle huomautuksella että käymään tulee toinen henkilö. Mitä kyseisen palvelutapahtuman palvelutapahtuma-asiakirjaan pitää laittaa, eli onko tarpeen piilottaa myös pt potilaalta ja merkitä pt-asiakirjaan asiakirjan erityissisältö? Se ei nyt ole sallittuakaan. Pitääkö

palvelutapahtuman kuitenkin aina kuvata potilaan henkilökohtaista kontaktia ja toisen henkilön kontaktin yhteydessä kirjatut tiedot pitää merkitä johonkin sopivaan, ehkä ajallisesti lähimpään, palvelutapahtumaan?

VASTAUS:

Tästä tulee potilaalle (ei isälle) palvelutapahtuma ("kontakti ilman potilaan läsnäoloa"), teksti tehdään normaalisti potilaan asiakirjoihin. Jos on arkaluonteista, niin lisänäkömäksi ERAS, jos on "julkista" niin "asiaan kuuluvalle" näkymälle.

Erillinen asiakirja kertomustekstinäkymissä

Mitä tarkalleen ottaen tarkoittaa vaatimus erillisestä asiakirjasta kertomustekstinäkymillä, esim. LAB ja RTG? Tarkoittaako se että jokaiselle merkinnälle pitää olla oma erillinen asiakirjansa, kuten lomakenäkymien kohdalla taitaa olla tarkoitus? Vai tarkoittaako se vain sitä että samalle asiakirjalle ei poimita merkintöjä muilta kuin tältä yhdeltä näkymältä, kuten tuntuisi järkevältä?

VASTAUS:

Samalle asiakirjalle poimitaan merkintöjä vain ko. näkymältä. Eri aikaan saapuvia tuloksia + pyynnöt voi laittaa samaan asiakirjaan. Muiden näkymien merkintöjä ei voi laittaa samalle asiakirjalle.

Asiakirjan muodostaminen manuaalisesti

Käyttötapaukset v.2.2 luku 3.5.5 P1:

Koskeeko asiakirjan muodostaminen manuaalisesti aina myös tapauksia, joissa potilas poistuu hoitajaksolta lomalle tai toiseen hoitoyksikköön?

Mitä haetaan keskeneräisten merkintöjen viemisellä työlistalle? Eihän keskeneräiset merkinnät työlistalta kuitenkaan ehdi tähän arkistointiin mukaan eikä työlista takaa niiden yhtään nopeampaa arkistointia. Tosiasiassahan keskeneräiset merkinnät ovat joka tapauksessa käyttäjien henkilökohtaisella työlistalla.

Tarkoittaako vaatimus käyttäjän harkinnasta asiakirjaan valittavien tietojen valikoinnissa käytännössä sitä että käyttäjälle pitää näissä tapauksissa näyttää mitä merkintöjä arkistoon menee ja mitä ei mene, jotta hän voi ottaa kantaa mitkä merkinnät vielä pitää saattaa valmiiksi ennen arkistointia? Käytännössähän muiden kuin valmiiden merkintöjen arkistointi taitaa olla kielletty, ja merkintää ei voi saattaa valmiiksi muu kuin siitä vastaava ammattilainen, joten tarvittaessa arkistoinnin käynnistävä ammattilainen joutuu pyytämään tätä toista käyttäjää saattamaan kirjauksensa valmiiksi. Riittääkö käytännössä sittenkin että näytetään mitä merkintöjä ollaan arkistoimassa, jotta käyttäjä voi tarkastaa omien merkintöjensä mukana olemisen? Onko tämäkään välttämätöntä vai voidaanko olettaa että käyttäjä tietää mitä on saattanut valmiiksi eikä ylimääräinen hyväksymistoiminnallisuus (klik-klik) ole kovin olennainen vaan ainoastaan käyttöä hidastava toiminto?

VASTAUS:

Vain valmiit asiakirjat arkistoidaan. Muut tapaukset organisaatio ohjeistaa itse ja järjestelmässä tulee kyetä siihen.

Pakollisten kuvailutietojen puuttuminen

Käyttötapaukset v.2.2 luku 3.5.5 V1:

Mitä pakollisia kuvailutietoja voi merkitä puuttuvaksi nullFlavour-attribuutilla? Sehän edellyttää ettei KanTa tarvitse kyseistä kuvailutietoa eikä tieto siis olekaan käytännössä pakollinen.

Ajattelimme kyllä että minkä tahansa pakolliseksi ilmoitetun kuvailutiedon puuttuminen johtaisi virheeseen joka estää arkistoinnin ja joka pitää korjata ennen arkistointia, mutta jos joku kuvailutieto ei olekaan tällä tavalla pakollinen huomioisimme sen.

VASTAUS:

Teksti käyttötapaussessa on harhaanjohtava. eArkiston asiakirjojen kuvailutiedot –taulukossa (KanTa.fi-sivuilla) määritellyt kuvailutiedot ovat kullekin asiakirjalla pakollisia, eikä niitä voi korvata nullFlavorilla. Viittaus liittyy siihen, että kansanvälinen CDA R2 –skeema tai HL7-arkistointisanoma voi vaatia jotain sellaista pakollista tietoa, jota miellä Suomessa ei ole käytössä, ja tällöin pakollisuus voidaan kiertää nullFlavorin käytöllä.

Asiakirjan päivittäminen uusilla merkinnöillä

Käyttötapaukset v.2.2 luku 5:

Voiko aiemmin arkistoitua asiakirjaa täydentää uusilla merkinnöillä ja versioida asiakirjaa sillä tavoin? Olimme ajatelleet ja kommentoitavana olleiden testikertomusten perusteella joku muukin on ehkä ajatellut, että asiakirjaan voisi täydentää merkintöjä myöhemmin. Esimerkiksi laboratoriotutkimusten tulokset ovat tutkimuspyynnöstä erillisiä merkintöjä, mutta ne voisi olla loogista sijoittaa samaan asiakirjaan aiemmin arkistoidun tutkimuspyynnön kanssa (vaikkakin ne joskus pitää joka tapauksessa erotella esim. viivästetyn näyttämisen vuoksi). Muutenkin kertomustekstinäkymien merkintöjen kokoaminen asiakirjaa päivittämällä yhteen palvelutapahtuman asiakirjaan, tuntui hyvältä ajatukselta tietojen käyttämisen näkökulmasta, vaikka tällaiseen ideaaliseen yhden asiakirjan tilanteeseen per palvelutapahtuma ei aina käytännössä voidakaan päästä. Näyttää kuitenkin siltä korvaamisen syykoodistosta puuttuva koodi estää asiakirjan täydentämisen uusilla merkinnöillä. Onko siis asiakirjan päivittäminen täydentämällä sitä uusilla merkinnöillä käytännössä kielletty?

VASTAUS:

Voi täydentää versioimalla, jos se nähdään järkeväksi, ja silloin on käytettävä korvauksen syykoodia ”korjaus”.

Lomakeasiakirjan mitätöintimäärittely, asiakirjan päivittäminen uusilla merkinnöillä

Käyttötapaukset v.2.2 luvut 3.6 ja 5:

Pitääkö lomakeasiakirjoja pystyä mitätöimään (=poistamaan)? Luultavasti, ainakin jos asiakirja on jostain syystä tallennettu väärälle potilaalle, ehkä joskus muistakin syistä jos korjaaminen ei riitä. Tämä kysymys ei ole toteutuksen kannalta ajankohtainen, mutta käyttäjän sähköisesti allekirjoittaman lomakeasiakirjan mitätöinnin ehdoista ja toteutustavasta saatettaisiin tarvita käyttötapauskuvaus. Vastannee sähköisen reseptin mitätöintiä.

VASTAUS:

Potilastietojärjestelmien käyttötapauksissa kohdassa s. 73 5 Käyttötapaukset arkistoidun asiakirjan korvaamiseksi ja poistamiseksi, löytyy kuvaus.

10.4.2013 kysymykset

eArkiston määrittely, luovutusilmoitus suorasta luovutuksesta määrittely, lomakeasiakirjan mitätöintimäärittely, asiakirjan päivittäminen uusilla merkinnöillä

Käyttötapaukset v.2.2 luku 7.1.1 (s.87):

Suora luovutus rekisterinpitäjältä on pääsääntöisesti ainakin muille kuin terveydenhuollon palvelunantajille ja potilaille itselleen tapahtuessa vielä pitkään paperikopion muodossa tapahtuva luovutus. Tarvitseeko näistä tapauksista tehdä luovutusilmoitusta niin kauan kuin määrittelyä arkistoon tallennettavasta sähköisestä muodosta esim. poliisille annettavasta lausunnosta tai potilaalle annettavasta luovutuslokista ei ole olemassa?

Käytännössä potilaalle (tai muillekaan paperilla tapahtuvissa luovutuksissa) ei välttämättä luovuteta asiakirjoja samanlaisina kokonaisuuksina kuin ne on arkistoitu, koska tietoja joudutaan tulostamaan valikoidusti arkistoiduista asiakirjoista riippumatta. PTJ:ssähän ei käsitellä arkistoituja asiakirjoja vaan merkintöjä. Pitääkö tässä tapauksessa arkistoida erikseen potilaalle luovutettu kokonaisuus, josta syntyisi käytännössä jo arkistoidun tiedon duplikaatti?

Olisi ehkä parempi että tällaisista luovutuksista voisi kirjata vain vapaan selitetekstin, mitä tietoja on luovutettu. Vaihtoehtoisesti tarvitaan siis lisämäärittelyitä ja mahdollisesti myös arkistoituja asiakirjoja vakioituun tulostusmuotoon muuntava XSL-määrittely.

Vastaus: KanTan ulkopuolisista luovutuksista tehdään luovutusilmoitus. Luovutusilmoituksen tietosisältö löytyy koodistopalvelimelta.

eArkiston määrittely, tahdonilmaisujen tulostaminen määrittely, luovutusilmoitus suorasta luovutuksesta määrittely, lomakeasiakirjan mitätöintimäärittely, asiakirjan päivittäminen uusilla merkinnöillä

Käyttötapaukset v.2.2 luku 9.5.4 kohta 8 (s.112):

Onko tahdonilmaisuille määritelty tulostusmuoto tai onko sellainen määrittely tulossa, siis CDA:n XSL-muunnos PDF:ksi kuten eReseptin potilasohjeelle ja yhteenvedolle tai suostumukselle ja kielloille?

Vastaus: Tahdonilmaisujen tietosisältö on koodistopalvelimella, ei ole tehty XSLT muunnosta tai PDF – mallia.

Eikö tahdonilmaisuja tarvitse tulostaa ja arkistoida paperimuodossa aina kuten KanTa-suostumus ja kiellot? Eikö kyseessä ole kuitenkin samanlainen tahdonilmaus, jolla voi olla juridistakin merkitystä arvioitaessa hoidon toteutusta? Voiko muun kuin potilaan itse KanTaan tallentamaan tahdon ilmaisuun luottaa?

Vastaus: KanTa tallennus tehdään ammattihenkilön tunnisteella tai sitten OTK:n kautta henkilön omilla tunnuksilla, ne on määritelty riittäviksi.

Tiedonhallintapalvelu; suostumus ja laillinen edustaja

Pitääkö laillisella huoltajalla / edunvalvojalla olla hetu suostumuksella?
Asiakirjamäärittelyssä hetu pakollinen, määrittelyissä muualla ei kuitenkaan mainintaa henkilötunnuksesta.
Laillinen edunvalvoja voi perua suostumuksen, mutta laillinen huoltaja ei?

Vastaus: Kun suostumuksen antajana on laillinen edustaja, henkilötunnus on pakollinen. Kela: Suostumuksen voi tehdä ja suostumusta ei voi perua. Edunvalvoja ei voi tehdä uutta kieltoa, mutta voi perua annetun kiellon. Sama logiikka sekä laillisella edunvalvojalla että huoltajalla.

eArkisto; palvelutapahtuma ja reseptin uusinta

Jos kerralla tehdään useita useiden lääkemääräysten uusinta, tehdäänkö jokaisesta lääkemääräyksestä oma palvelutapahtuma vai yksi yhteinen?

Vastaus: Voi olla yksi palvelutapahtuma koko lääkitystä koskien.

Tiedonhallintapalvelu; tahdonilmaisujen tulostepohjat

Saadaanko kansalliset tulostepohjat tahdonilmaisuille?

Vastaus: kansallista tulostemallia ei tehdä toistaiseksi. Käsitellään uudelleen todistuksien yhteydessä (2016).Potilastietojärjestelmistä pitää pystyä tulostamaan tahdonilmaisut potilaalle.

Vaiheistusasetus; Suun terveydenhuolto v. 2014

Mitä vaihe 2014 tarkoittaa suun terveydenhuollolle?

Vastaus: Ei vaatimusta eArkistoon liittymisestä ensimmäisessä vaiheessa, jos käyttävät muuta järjestelmää kuin muut terveydenhuollon yksiköt organisaatiossa.

Vaiheistusasetus; Lääkitys

Voiko 1.9.2014 vaiheessa liittyä KanTa-arkistoon ilman annettua lääkitystä (LÄÄ)?

Vastaus: Vaiheistusasetus edellyttää annetun lääkityksen arkistointia. Hoitojakson päättyessä tai vähintään 3 kuukauden välein arkistoidaan tieto, mitä lääkkeitä on annettu (antokirjausmerkinnät).

Vaiheistusasetus; Kuvantamislähetteen ja lausuntojen arkistointi vaiheessa 2014?

Vastaus: Ensimmäisessä vaiheessa (2014) ei tarvitse arkistoida skopioita, silmänpohjakuvia ja valokuvien pyyntöjä ja lausuntoja.

Suostumustenhallinta; Rekisterinpitäjäm muutokset organisaatioiden muutostilanteissa

Miten muodostetaan rekisterit organisaatioiden muutostilanteissa (esim. sote-kuntayhtymien hajoaminen, kuntaliitokset) ja miten tehdyt kiellot kohdistetaan muutoksen jälkeen?

Vastaus: potilasasiakirjaoppaan mukaan asiakirjat kuuluvat pääsääntöisesti sen kunnan rekisteriin, missä potilas asuu muutoshetkellä. Poikkeuksena työterveyshuolto. Jos potilas ei ole asunut ko. alueella, asiakirjat kuuluvat tiedot tuottaneen toimintayksikön rekisteriin. Jos potilas on asunut alueella, mutta muutoshetkellä asuu muualla, rekisteri määräytyy sen mukaan, mikä on viimeisin asuinkunta alueella. Kieltojen kohdistumista ja Kelan roolia KanTa-kieltojen kohdistamisessa muutostilanteissa määritellään. Määrittelyn pitäisi valmistua elokuun 2013 loppuun mennessä. Määrittelyn edistymistä käsitellään kevään 2013 aikana Viila-työpajoissa.

Suostumustenhallinta; Kiellot yli sairaanhoitopiirirajojen

Onko potilastietojärjestelmille vaatimus muiden kuin oman sairaanhoitopiirin kansalaisten kieltojen ylläpitomahdollisuudesta? Kyseessä on todennäköisesti harvoin tarvittava toiminnallisuus, joten olisi kannattavaa tehdä ratkaisu kansallisesti.

Vastaus: Pyritään toteuttamaan sairaanhoitopiirirajat ylittävä kieltotoiminnallisuus kansallisena ratkaisuna. Mahdollisuutta muiden kuin oman sairaanhoitopiirin kansalaisten kieltojen ylläpitoon ei vaadita potilastietojärjestelmiltä. Perustelu: kyseinen toiminnallisuus on todennäköisesti harvoin käytettävä. Toteutus voi olla haasteellinen käyttöliittymän ja ylläpidon osalta, ottaen huomioon myös yksityisen terveydenhuollon toimintayksiköt ja itsenäisten ammatinharjoittajien määrän.

eArkisto; Asiakirjan tyyppi ja näkymätyyppi

Potilastietojärjestelmien tulee tuottaa asiakirjoille pitkäaikaisarkistointia varten tarvittavat metatiedot, mm. säilytysaika. Säilytysaika päätellään näkymän/ asiakirjan tyypistä. Asiakirjan tyyppi ja näkymätyypin määrittelyissä on eroja. Onko tarkoitus, että potilastietojärjestelmään tehdään muunnos vai yhdenmukaistetaanko koodistot?

Vastaus: Koodistoja on tehty eri aikoina, erot johtuvat siitä. Näkymäluokitukselle lisätään uutena attribuuttina asiakirjatyypin, joka käyttää Asiakirjan tyyppi -luokitusta. Näkymäluokituksessa näkymän tyyppi ilmentää näkymän/asiakirjan rakennetta ja asiakirjan tyyppi asiakirjan käsittelysääntöjä. Ko. kaksi luokkaa ovat näkymillä pääosin samat, mutta jatkossa eroavaisuuksia on esim. koostenäkymät ja B-todistus, joka näkymätyypinä on lomake ja asiakirjatyypinä oma B-todistus -tyyppinsä johtuen muista todistuksista poikkeavasta säilytysajasta.

eArkisto; Lähetepalaute

Arkistoidaanko lähete ja hoitopalaute erillisinä asiakirjoina vai tuleeko tavoitella yhden asiakirjan versiointia. Määrittelydokumentissa mainitaan molemmat vaihtoehdot.

Vastaus: Ei tavoitella versiointia vaan arkistoidaan lähete ja palaute erillisinä asiakirjoina. Määrittelydokumentti korjattu. Sisäiset lähetteet arkistoituvat osana kertomusta.

eArkisto; Luovutusilmoitusten niputtaminen (muut kuin KanTa-luovutukset)

Luovutusilmoituksen määrittely – Luovutusilmoitusasiakirja arkistoidaan 1 krt / potilas / vastaanottaja (vastaanottavaa organisaatiota)/ palvelutapahtuma/vrk. Mitä palvelutapahtumakohtaisuus tarkoittaa?

Vastaus: luovutusilmoitusta ei tarvitse tehdä palvelutapahtumakohtaisesti, ilmoitus/ vrk/vastaanottaja/ potilas riittää. Korjattu määrittelyä.

eArkisto; Palvelutapahtuma-asiakirjan tehtäväluokka

Mihin tehtäväluokkaan palvelutapahtuma-asiakirja kuuluu?

Vastaus: Palvelutapahtuman tehtäväluokka on 06.03

eArkisto; erityissuojaus näkymäluokituksessa

Tuleeko näkymäluokitukseen tieto erityissuojattavista näkymistä?

Näkymäluokitukselle viedään tieto erityissuojauksesta. Erityissuojaus tullaan määrittelemään lyhenteillä GEN ja PSY (potilasasiakirja-asetuksessa erityissuojattavaksi määritellyt näkymät, tilanne 2/2013).

eArkisto; Hoitosuhteen varmistus:

Vaaditaanko hoitosuhteen varmistaminen myös organisaation sisäisissä hauissa esim. määräykseen, kotihoitoon, ym. liittyen?

Vastaus: Linjaus on, että hoitosuhde on varmistettava aina kun käsitellään potilaan tietoja. Vaatimus ei kuitenkaan koske puhtaasti potilashallinnollisia järjestelmiä.

eArkisto; Erityissuojaus ja erillinen asiakirja

Toimiiko erityissuojaus, jos erillisasiakirjat arkistoidaan ERAS -näkömönä?

Vastaus: ERAS arkistoidaan toisen näkömön lisänäkömön. Erityissuojaus tulee alkuperäisen, päänäkömön kautta.

eArkisto; erillisjärjestelmät

Vastaako laboratoriopyyntöjen ja -vastausten sekä kuvantamispyyntöjen ja -lausuntojen arkistoinnista ensisijaisesti järjestelmä, josta pyynnöt tehdään vai järjestelmä, jossa tutkimus tehdään?

Vastaus: KanTa-palveluun liittyvä organisaatio itse päättää, vastaako arkistoinnista tilaava vai tuottava järjestelmä. Molemmat tavat ovat mahdollisia.

eArkisto; Ostopalvelu/yhteispäivystys ja arkistointi

Miten potilaskertomus arkistoidaan ostopalveluissa, esim. yhteispäivystys?

Vastaus: Ostopalvelun tuottaja kirjaa tiedot tilaajan rekisteriin, esim. yhteispäivystys. Päivystyksissä voi olla myös muuntotyyppejä sopimuksia, esim. kaikki tiedot kirjataan palveluntuottajan rekisteriin, tai että tuottajalla on käytössään järjestäjän potilastietojärjestelmä johon tiedot kirjataan suoraan. Jos palvelun tuottajan ja järjestäjän välinen sopimus edellyttää arkistointia järjestäjän rekisteriin, keskeistä on että tiedot voidaan erottaa tuottajan omasta rekisteristä, ja arkistoida myöhemmin KanTa-arkistoon. Ostopalveluiden määrittelyä työstetään v. 2013 aikana.

eArkisto; palvelutapahtuman vaihtaminen

Miten toimitaan, jos työterveyshuoltokäynnille tulevan potilaan ajanvaraus on tehty julkisen terveydenhuollon ajanvarauksena, ja palvelutapahtuma on näin julkisen terveydenhuollon rekisterissä?

Vastaus: Työterveyshuollon potilaat merkitään tth-rekisteriin kuuluvaksi viimeistään ilmoittautuessa, eli ilmoittautuessa pitää pystyä vaihtamaan palvelutapahtumalle rekisteri, eli mitätöitävä alkuperäinen palvelutapahtuma ja lisättävä uusi palvelutapahtuma tth-rekisteriin.

eArkisto; Erillisasiakirjan määrittelyt

Voiko asiakirjan body-osaan laittaa tiedon, että kyse on toisen henkilöön itsestään kertomasta tiedosta, ja ketä henkilöä tiedot koskevat?

Vastaus: Asiakirjalle voi laittaa body-osaan tiedon:

Tämä on toisen henkilön itsestään kertomaa tietoa (Erillinen asiakirja) Sukunimi Etunimi (henkilötunnus) Toista henkilöä koskevien merkintöjen tekemisestä ja ERAS-näkymästä on tarkennettu käyttötapauksissa olevaa määrittelyä.

Tiedonhallintapalvelu; Toimenpiteen kirjaus

Toimenpiteen tilan suhteen on ristiriitoja: tiedonhallintapalvelun toiminnallisen määrittelyn mukaan toimenpiteen tila ei ole pakollinen mutta cda-rakenteessa tieto on pakollinen. Toimenpiteen tilalla eli mood codella on neljä eri tilaa, joista yksi toteutettu ja ei-toteutuneilla on kolme eri tilaa. Haasteena on, että miten toimenpiteen eri tilat saadaan kirjattua käyttäjän toimesta, ja mistä tilat voisi potilastietojärjestelmässä päätellä. Toimenpiteet kirjataan Toimenpiteet-otsikon alle.

Vastaus: toimenpiteen tilalle riittää kaksi vaihtoehtoa: toteutunut tai suunniteltu. Tiedonhallintapalvelu poimii ja palauttaa vain toteutuneet toimenpiteet. Ensisijaisesti potilastietojärjestelmiin rakennetaan päättelysääntöjä, jotka helpottavat ko. tilojen erottamista, esim. otsikot. Oletuksena rakenteisesti kirjatun toimenpiteen tila on toteutunut, jos käyttäjä ei muuta ole kirjannut. Käyttäjä voi myös korjata tilan suunnitelluksi.

Laboratorion ja radiologian pyynnöt ja vastaukset on selkeämmin eroteltavissa.

Tiedonhallintapalvelu; Riskitietojen eArkisto -vaatimukset ensimmäisessä vaiheessa

Kesäkuussa on tulossa voimaan muutoksia luokituksiin: riskin tyyppi -luokitukseen tulee muutoksia.

Diagnooseihin ja toimenpiteisiin liittyvään riskiautomaatiikkaan (siltaukset) julkaistaan määrittelyjä kesäkuussa. Kyseiset määrittelyt astuvat voimaan vuoden 2014 alusta.

Tiedonhallintapalvelu; Riskityypin luokitus kts. vastaus

Onko riskityyppi 2-tasoinen luokitus? Riskitiedon aste puuttuu osalta päätason koodeista. Saako potilaalle kirjata riskin "ylätason" riskityypillä, jolla koodistossa on kentän "lehtisolmu" arvona "F" (esim. A = Allergiat)

Vastaus: On kaksitasoinen luokitus. Ylätasoa ei saa käyttää kirjaamisessa. Joka yläluokasta periaatteessa löytyy alaluokka jota voi käyttää "kaatoluokkana". **Vastaus korjattu 15.8.2013** - alun perin ajatuksena oli, että myös ylätasoa saa käyttää kirjaamisessa, mutta päädyttiin analogiseen rakenteeseen mm. diagnoosien ja toimenpiteiden kanssa. Tämä kohta siis tarkentunut koodistopalvelukäsittelyssä!!

Päätason jaottelu niin karkea, että sille ei aina pysty asettamaan oletusarvoista riskin astetta. Myös alatasolla esitetty riskin aste on oletusarvo, jota käyttäjän tulee voida harkintansa mukaan muuttaa kirjauskohtaisesti.

Tiedonhallintapalvelu; Diagnoosit

Diagnoosien näyttäminen

- **Määrittely:** "Suositeltavaa on, että suodatus 3 merkin tarkkuudella on oletusarvoisena näyttömuotona. Kustakin 3 merkin tarkkuudella samasta diagnoosista näytetään vain yksi (uusin) kirjaus."
- **Kysymys1:** Mikä on tarve tälle suositukselle?
Vastaus: tämä on suhteellinen tarve - asiantuntijaryhmässä on mietitty myös 4-merkin tarkkuutta. Perustelu: tarpeena on listan lyhentäminen, eli ettei listoista tule liian pitkiä, kun käytetään vierekkäisiä koodeja samasta sairaudesta. Jatkossa tavoitteena on hyödyntää episoditunnusta. Käyttäjälle tulee näyttää selkeästi, onko kyse suodatetusta vai tarkasta listasta.
- **Kysymys2:** Tässä on mielestämme suuri riski, että jotain olennaista jää näyttämättä käyttäjälle? Esimerkiksi jokin olennaisesti hoitoon vaikuttava toinen diagnoosi 3-merkin tarkkuudella olevasta ryhmästä tai diagnoosin olennaiselta osin muutettu selite. Diagnoosin tarkin tarkkuustaso voi muuttaa taudin kuvaa täysin verrattuna 3-merkin tarkkuuteen. Esimerkiksi tummennetut kohdat F98-ryhmästä:
Vastaus: käyttäjälle tulisi näyttää selkeästi myös onko kyse suodatetusta /yhdistetystä vai tarkasta listasta

F98	Muut tavallisesti lapsuudessa tai nuoruusiässä alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt
F98.0	Ei-elimellinen kastelu
F98.00	Ei-elimellinen yökastelu
F98.01	Ei-elimellinen päiväkastelu
F98.02	Ei-elimellinen yö- ja päiväkastelu
F98.1	Ei-elimellinen tuhriminen
F98.10	Ei-elimellinen tuhriminen fysiologisen suolen hallinnan saavuttamisen epäonnistuminen
	Ei-elimellinen tuhriminen ulostaminen sopimattomiin paikkoihin huolimatta riittävästä suolen hallinnasta ja kiinteydeltään normaaleista ulosteista
F98.11	

F98.12	Ei-elimellinen tuhriminen ja erittäin löysät ulosteet
F98.19	Ei-elimellinen tuhriminen muu tai määrittämätön
F98.2	Lapsen tai imeväisen syömishäiriö
F98.3	Lapsen tai imeväisen pica-oireyhtymä
F98.4	Kaavamaiset liikehäiriöt
F98.40	Kaavamaiset liikehäiriöt ei itseä vahingoittavat
F98.41	Kaavamaiset liikehäiriöt itseä vahingoittavat
F98.42	Kaavamaiset liikehäiriöt sekamuotoinen tai määrittämätön
F98.5	Änkytys
F98.6	Sokellus
F98.8	Muu tavallisesti lapsuus- tai nuoruusiässä alkava toiminto- ja tunnehäiriö
F98.9	Tarkemmin määrittämättömät tavallisesti lapsuudessa ja nuoruudessa alkavat toiminto- ja tunnehäiriöt

- Kysymys3: Lisäksi tässä on riski, että 3-merkin tarkkuus ohjaa käyttäjää myös riittämättömään 3-merkin tarkkuuteen diagnoosien kirjauksessa.

Vastaus: toivottavasti ei – näytetään kuitenkin täydellä tarkkuudella (ja yleensä ”matkitaan” vanhaa).

- Ehdotus1: Oletuksena näytetään diagnoosilista tarkimmalla tasolla. Tarkimman tason esitys ohjaa käyttäjää myös kirjaamaan uudet diagnoosit vaaditulla eli tarkimmalla tasolla. Lisäksi käyttäjä voi ryhmitellä diagnooseja listalla koodin mukaisesti.

Vastaus: määrittelyissä teksti ehkä epäselväsit kirjoitettu. Tarkoitus on, että (uusin) dg näytetään aina tarkalla tasolla (vaikka suodatettaisiin 3 merkin tarkkuudella). 3-merkin suodatus voi olla myös ”2-vaihtoehto” käyttäjän valittavana

- Ehdotus2: Mikäli 3-merkin tarkkuustaso halutaan välttämättä säilyttää, tulisi näytettäväksi diagnoosiksi poimia ko.ryhmän viimeisin kirjaus tarkimmalla tasolla ja mahdollisesti muutetulla selitteellä. Silti tässäkin ongelmana ovat tilanteet, joissa potilaalla on yhtä aikaa voimassa 2 diagnoosia ko.ryhmästä.

Vastaus: melkein näin: viimeinen dg näytetään tarkalla tasolla sellaisenaan – eikä selitettäkään muuteta. Käyttäjälle pitää näkyä, että useita diagnooseja on piilossa, jotka samoja kolmen merkin tarkkuudella. Tavoitteena on, että kirjataan tarkimmalla tasolla ja näytetään tarkimmalla tasolla, mutta suodatetaan 3 ensimmäisen merkin perusteella.

Käyntidiagnoosien näyttäminen

- Määrittely: ”Tiedonhallintapalvelu ei suodata tai analysoi diagnooseja, vaan tuo koosteeseen kaikki rakenteisesti kirjatut diagnoosientryt lukuun ottamatta kieltojen rajaamien palvelun antajien ja palvelutapahtumien merkintöjä. Jos tietohakua on rajattu esimerkiksi aikarajauksella, tiedonhallintapalvelu palauttaa tiedot vain pyydettyltä aikajaksolta.”

- Kysymys: Voisiko käyntidiagnooseille määritellä jonkin oletusrajauksen, jotta käyntidiagnoosien lista ei kasvaisi turhan pitkäksi ja jotta suorituskky turvattaisiin?

Vastaus: täysin mahdollista – ptj:n päätettävissä.

ICD10/ICPC rinnakkaiskirjaus

- Määrittely: Diagnoosit kirjataan joko ICD10 tai ICPC2 koodilla tai molemmilla samanaikaisesti. Tietosisältömäärittelyssä on paikka vain yhdelle selitteelle. "Diagnoosin nimi tuodaan oletusarvoisesti koodin perusteella ICD- tai ICPC-luokituksesta. Tekstiä voi vapaasti muuttaa ja diagnoosin nimi tallennetaan käyttäjän muokkaamassa muodossa."
- Ehdotus: Käytetään ensin annetun koodin selitettä oletuksena. Käyttäjä voi muuttaa selitettä.
Vastaus: Koodin mukainen teksti on aina mukana, eli molempien selite löytyy. Varsinainen teksti on irrotettu omaksi kentäkseen, siihen tuodaan oletuksena ensimmäisen koodin mukainen teksti ja käyttäjä voi sitä muuttaa. Käyttäjän muokattavissa yksi teksti, kun kuitenkin on kyse samasta diagnoosista vaikka koodeja olisi useita.

Virheellisten käyntidiagnoosimerkintöjen korjaus

- Määrittely: "Käyntidiagnooseille ei erikseen tehdä päättymismerkintöjä."
- Kysymys: Miten virhekirjaukset voidaan poistaa eArkistosta ja käyntidiagnoosien listalta, jotta ne eivät ohjaisi terveydenhuollon ammattilaisia väärin tulkintoihin?
- Ehdotus: Käyntidiagnoosien virhekirjaukset tulisi voida korvata uudella korjatulla asiakirjalla, jossa myös diagnoosien korjaukset ovat mukana.
Vastaus: juuri näin, mutta vain silloin kun kyse on virheellisestä kirjaamisesta. Jos kyse on virheellisestä diagnoosista, tai siitä että diagnoosi muuttuu tai tarkentuu hoitoprosessin aikana, näitä aiemmin tehtyjä diagnoosimerkintöjä ei saa poistaa.

Käyntidiagnoosin tarkentaminen

Vastaus tarkennettu 4.12.2013.

- Määrittely: "Kirjatun diagnoosin tietoja tulee voida tarvittaessa tarkentaa. Yksinkertaisinta tarkentaminen olisi tehdä poimimalla vanha diagnoosi uuden entryn pohjaksi ja tekemällä siihen tarvittavat muutokset. Tarkennusentryllä tulee olla sama episoditunnus."
- Kysymys1: Miksi on mahdollista tarkentaa myös käyntidiagnoosien tietoja, kun ne eivät ole ylläpidettäviä tietoja?
Vastaus: dg voi tarkentua myös saman käynnin (mm. osasto jakso) aikana, näin "työdg:t" eivät jää roikkumaan käynti-dg listallekaan kun episodiat käytetään.
- Kysymys2: Ilmeisesti tarkentamisessa vanha käyntidiagnoosimerkintä jää voimaan ja näkyy diagnoosilistoilla? Eikö tässä ole riski, että vanhat diagnoosimerkinnät ohjaavat terveydenhuollon ammattilaisia väärin tulkintoihin? Esimerkiksi samaa potilaalla voimassa olevaa ei-pitkäaikaista sairautta/diagnoosia käsitellään useammalla eri käynnillä. Esim. vatsakipua tutkitaan usealla käynnillä ja lopulta selviää sappikiviksi tai aivokasvain epäily tarkentuu migreeniksi.
Vastaus: tätä juuri pyritään välttämään episodilla ja tarkentamisella

- Ehdotus: Käyntidiagnoosien muuttaminen onnistuu kuten pitkäaikaisdiagnoosien: Käyntidiagnoosien muutostilanteissa uusi kirjaus saa automaattisesti saman episoditunnuksen kuin vanha kirjaus. Oletuksena näytetään vain uusin diagnoosimerkintä kultakin episodilta.

Vastaus: juuri näin.

Linkki kertomustekstiin

- Määrittely: Linkki kertomustekstiin ei ole kertautuvaa tietoa.
- Kysymys: Jos sama diagnoosi kirjataan ja arkistoidaan saman palvelutapahtuman aikana esim. YLE ja SIS näkymille, niin ilmeisesti ko. diagnoosi arkistoituu molempien asiakirjojen mukana eli kahteen kertaan? Palautetaanko tämä diagnoosi tiedonhallintapalvelusta yhtenä vai kahtena diagnoosina? Ja jos palautetaan yhtenä, niin kumpaan kertomustekstiin linkki viittaa?

Vastaus: jos kirjataan eri merkintöihin, arkistoituu kahteen kertaan. Jos kirjataan yhteen merkintään lisänäkymällä, on vain kertaalleen.

- Ehdotus: Linkki kertomustekstiin muutetaan kertautuvaksi tiedoksi, jotta tuetaan kertakirjausta.

Vastaus: huomioidaan jatkokehityssuunnittelussa.

Tapaturmatyypit ja ulkoiset syyt

- Määrittely: Tapaturmatyypit ja ulkoiset syyt ovat diagnoosikohtaisia tietosisältömäärittelyissä ja käyttöliittymähahmotelmissa.
- Kysymys: Jos tapaturmaan liittyy useampi diagnoosi (esim. autokolarissa useita murtumia ja muita diagnooseja), kirjataanko tapaturmatyypit ja ulkoiset syyt erikseen kaikille diagnooseille?

Vastaus: tämä on kieltämättä ongelma, mutta tietyt dg-koodit vaativat tarkentimet, eivätkä ymmärrä, jos on kirjattu jo toiselle dg:lle.

- Ehdotus: Tapaturmat ja ulkoiset syyt voidaan helposti periyttää myös muille palvelutapahtuman diagnooseille siten, että ne tulevat kuitenkin mm. tapaturmaraporteille yksittäisinä kirjauksina.

Vastaus: tähän olisi hieno tapa kehittää ptj:n toiminnallisuutta.

Vanhojen diagnoosien vienti eArkistoon

- Määrittely: "Diagnoosinäkymälle rakenteisesti tallennetut vanhat tiedot on suositeltavaa tallentaa liittymisvaiheessa erikseen Kantaan ja tiedonhallintapalvelun käyttöön. Kertomukseen rakenteisesti kirjatut vanhat rakenteiset diagnoositiedot tulee tallentaa eArkistoon ja tiedonhallintapalvelun kautta käyttöön siinä vaiheessa, kun vanhoja tietoja arkistoidaan eArkistoon."

- Kysymys: Tarkoittaako käytännössä, että vanhat diagnoosit tulisi kirjata uusina merkintöinä arkistoitaville asiakirjoille?
Vastaus: ei, vaan että esim. liittymisvaiheessa tehdään kerta-ajo, jolla vanha dg-lista, ja sen sisältämät dg-entryt, arkistoidaan. Tämäkin on suhteellinen tarve, jossa mietittävä kustannus-hyöty -suhde.
- Ehdotus: Tulkitaan siten, että pitkäaikaiset diagnoosit tulisi kirjata uusien käyntien yhteydessä uusina merkintöinä eri asiakirjoille, jotta ne siirtyvät eArkistoon.
Vastaus: tähän tulee joka tapauksessa toteutumaan (enemmän tai vähemmän kattavana).

Vanhojen diagnoosien yhteen liittäminen

- Määrittely: ”Käyttäjä valitsee yhdistettävät diagnoosit diagnoosilistalta ja merkitsee ne samaksi. Potilastietojärjestelmä tuottaa silloin uuden diagnoosientryn, johon uuden kirjausten pohjaksi poimitaan käyttäjän ensimmäiseksi valitsema vanha diagnoosi ja lisätään siihen toisten yhdistettävien diagnoosien episoditunnukset. Episodi-tunnuksia ei käyttäjälle tule rutiinisti näyttää.”
- Kysymys: Haetaanko tällä sitä, että käyttäjä voi yhdistää eri rekisteripitäjien samoja ja toisia diagnooseja yhdeksi diagnoosiksi? Mitä tämä tarkoittaa käytännössä, esimerkiksi miten vanhat diagnoosit näkyvät diagnoosilistoilla?
Vastaus: episodista näytetään usin kirjaus ja vanhat kirjausten ovat erikseen haettavissa. Tämä mahdollistaa sairauden jatkuvuuden seurannan vaikka dg-koodi vaihtuu.

Diagnoosien arkistointi vaillinaisin tiedoin

Aiheutuuko ongelmia, jos ensimmäisessä vaiheessa diagnooseja arkistoidaan vaillinaisin tiedoin (varmuusaste ja päättymisen syy puuttuu)?

Vastaus: Diagnoosin varmuusaste ei ole pakollisia tietoja – ja sitä todellisuudessa käytetään harvoin, lähinnä silloin kun halutaan korostaa diagnoosin epävarmuutta. Diagnoosin päättymisen on tärkeää lähinnä Tiedonhallintapalvelun pitkäaikaisilla diagnooseilla (pysyvyys = pysyvä). Määräaikaiset diagnoosit tulkitaan päättyväksi 3kk kuluttua viimeisestä merkinnästä, joten niillä päättymismerkinnällä ei ole oleellista merkitystä. Pitkäaikaiset dg:t pysyvät ”voimassaolevien” listalla niin kauan kunnes ne merkitään päättyneeksi, eli jos päättymismerkintää ei voi tehdä, pitkäaikaisdg:tä ei voi ”lopettaa”. Ne kuitenkin päättyvät harvoin, mutta niissä tapauksissa ominaisuus on tarpeen. Päättymisen syy on pakollinen jos päättymispvm on kirjattu.

Tiedonhallintapalvelu; Lääkitys

Onko VLÄÄ-näkymällä pakollisia rakenteisia tietoja?

Vastaus: Tiedonhallintapalvelu koostaa lääkityksen VLÄÄ:stä ja LÄÄ:stä. Nykyisissä määrittelyissä ei näytä olevan pakollisia rakenteisia tietoja. Kuitenkin KanTaan on arkistoitava ne tiedot rakenteisessa muodossa, jotka potilastietojärjestelmä pystyy tuottamaan. Lääkityksen kokonaisuutta tarkennetaan vielä 2016 toteutukseen, jolloin vaaditaan myös rakenteiset tiedot pakollisena.

Tiedonhallintapalvelu; Henkilötietoasiakirja

Henkilötietoasiakirjan tietosisältö 2016 Tiedonhallintapalvelun määrittely v 1.0 mukaan (lihavoidut tiedot vaaditaan jo 2014; kursivoidut on mainittu Koodistopalvelimella olevassa Perushenkilötietolomakkeen (HEN) tietosisällön kuvauksessa ja 21.9.2012 päivätyssä Tiedonhallintapalvelun tietosisältötaulukossa):

- Henkilön yksilöintitiedot
 - o **Henkilötunnus**
 - o **Sukunimi**
 - o **Etunimet**
 - o *Syntymäaika*
 - o *Sukupuoli*
- Henkilön yhteystiedot
 - o *Osoite*
 - o *Kotikunta*
- Yhteyshenkilö (?)
- Huoltaja / laillinen edustaja (?)
- Edunvalvoja (?)
- Edunvalvontatieto (?)
- Turvakielto (?)
- Päivitystiedot(?)

Kuuluvatko kysymysmerkillä merkityt tiedot henkilötietoasiakirjan tietosisältöön 2016?

Vastaus: Kyllä, THP-määrittelyyn kuuluvan taulukon mukainen tietosisältö kuuluu olla 2016. Henkilötietoasiakirja on kuitenkin potilasasiakirja-asetuksen mukaan arkistoitava asiakirja. Arkistointi vähintään minimitietosisällöllä (hetu, sukunimi, etunimi).

eArkisto, Vaiheistusasetus

Jääkö Kuntoutussuunnitelma KU207 pois 2014 toteutuksesta? Onko odotettavissa 2016 toteutukseen?

Vastaus: Lomake on Kelalla valmistelussa, eikä sitä ehditä ottaa käyttöön 2014. Tulee käyttöön 2016.

eArkisto, Erityisen syyn voimassaolo

Miten pitkään palvelutapahtuman päättymisestä hoitosuhde tai erityinen syy on voimassa ja miten toimitaan sen jälkeen, kun voimassaoloaika on päättynyt. Pitääkö esim. palvelutapahtuma jotenkin "avata" uudelleen ja jos, niin miten se tapahtuu?

Vastaus: Erityisellä syyllä ei ole KanTa-arkistossa voimassaoloaikaa. Potilastietojärjestelmässä erityinen syy voi olla voimassa käyttäjäistunnon ajan. Erityinen syy on tieto, joka jokaisessa tällaisessa hakusanomassa annettava aina erikseen. Palvelutapahtuma-asiakirja on voimassa hoitosuhteen olemassaolon varmentamiseksi heti sen arkistoinnista 3 kk:n päähän palvelutapahtuman päättymisestä, ja jos päättymispäivää ei ole, 12 kk:ta palvelutapahtuman alkamisesta (alkamispvm pakollinen tieto).

Palvelutapahtuman voimassaoloa, jota tarvitaan vain luovutushaussa hoitosuhteen olemassaolon varmistamiseksi, voidaan jatkaa päivittämällä edellä annettuja päivämääriä tekemällä palvelutapahtuma-asiakirjasta uusi versio.

Palvelutapahtuman tulee olla eArkistossa olemassa, jotta erityisellä syyllä voi hakea. Myöhemmin tehtävät haut liittyvät käytännössä uuteen palvelutapahtumaan, ja sitä käytetään varmistuksen perusteena.

eArkisto, Erityisen syyn tallentaminen KanTaan

Miksi erityinen syy halutaan kansallisesti talteen? Jos lähdetään siitä, että vastuu eArkistohakujen oikeutuksesta (hoitosuhde tai erityinen syy) on potilastietojärjestelmällä, niin pitäisi riittää, että potilastietojärjestelmä tallentaa lokin, josta oikeutuksen tarkistus ilmenee.

Vastaus: Erityisen syyn käyttöä tullaan valvomaan muuta käyttöä tarkemmin erityisesti yksittäisten ammatinharjoittajien kohdalla, jolloin pelkkä oma valvonta ei nähtävästi tule olemaan riittävä asianmukaisen valvonnan toteutumiseksi, ja siksi hakusanomista kerätään tiedot erityisen syyn käytöstä KanTa-arkiston luovutuslokille.

eArkisto, potilashallinnon varmistus

Miten toimitaan tilanteessa, jossa henkilö A on tehnyt palvelutapahtuman, henkilö B menee potilaan tietoihin ja käyttää palvelutapahtumaa varmistuksena, ja sen jälkeen henkilön A pitäisi mennä potilastietoihin. Joutuuko A käyttämään nyt erityistä syytä, vai voiko B jotenkin varmistaa tämän kyselyn?

Vastaus: eArkisto ei tarkista palvelutapahtumia ja käyttäjiä, vaan se on potilastietojärjestelmän tehtävä. Jos em. esimerkissä B tekee jonkin merkinnän palvelutapahtumaan (pelkkä katselu ei riitä), niin sen jälkeen A voi mennä potilaan tietoihin ilman erityistä syytä.

Tiedonhallintapalvelu, riskitiedon yksilöivä tunniste

Onko Riskin yksilöivän tunnisteiden käyttö jo tarkentunut (on pakollinen tieto)? Mikäli ei, koska se tarkentuu? Mikäli on, mistä löytyy?

”Uutena tietorakenteena tarvitaan riskin yksilöivä tunniste, jonka avulla saman riskin jatkuessa sen eri kirjaukset voidaan näyttää yhtenä rivitietona. Tunnisteiden käyttö tarkentuu jatkomäärittelyssä” (Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely).

Vastaus: Riskin yksilöivänä tunnisteena käytetään riskitieto-entryn yksilöivää tunnistetta, ja koska jokaiselle uudelle riskitiedolle syntyy uusi yksilöivä entryn tunniste, viitataan päivitetyn riskin entryssä ensimmäisen,

alkuperäisen riskin entryyn, jotta tiedetään näiden riskitieto-entryjen koskevan samaa riskiä. Asia ja toteutustapa on kuvattu Kertomus ja lomakkeet dokumentissa luvussa 3.2.12.

Tiedonhallintapalvelu, linkki diagnoosilta kertomustekstiin

Tiedonhallintapalvelun määrittelyssä kappaleessa 5.1.4.3 sanotaan, että "Listalta tulee olla myös linkki kyseisen kirjauksen kertomustekstiin." mutta kappaleessa 5.1.4.4 sanotaan, että "Diagnoosikoosteilta kultakin diagnoosientryltä tulee olla linkki tiedon alkuperäisen palvelutapahtuman asiakirjaan ja merkintään (näkymään)".

Vastaus: Diagnoosin sisältävä linkki vie siihen merkintään, joka sisältää kyseisen diagnoosikirjauksen. Tarkoitus on, että diagnoosikoodia napsauttamalla voidaan mennä siihen merkintään, jossa kyseinen diagnoosi on.

eArkiston määrittely, Erillinen asiakirja

Dokumentissa "Näkymät_Viila_Kayra_20130312.xlsx" on sarake "Erillinen asiakirja". Mitä tämä tarkoittaa?

Vastaus: Näkymät-koodistosta löytyy jokaiselle näkymälle tieto, onko näkymä erillinen asiakirja vai ei. Erillinen asiakirja tarkoittaa, että näkymää ei saa sijoittaa muiden näkymien kanssa samaan asiakirjaan. Ko. näkymästä on muodostettava oma erillinen asiakirja, joskin tämä asiakirja saa sisältää useita merkintöjä, joilla on tämä ko. näkymä.

eArkiston määrittely, näkymän näkymätyyppi

Dokumentissa "Näkymät_Viila_Kayra_20130312.xlsx" on sarake "Näkymän näkymätyyppi". Onko tätä kuvattu jossain kohtaa dokumentaatioissa mitä kenttä tarkoittaa?

Vastaus: Näkymätyyppi on Näkymäkoodiston arvoille annettava attribuuttitieto. Näkymä-koodistossa ko. attribuuttia ei ole kuvattu tarkemmin. Näkymätyyppi-arvoa käytetään asiakirjojen header-osan kentässä "asiakirjan tyyppi" ja HL7 Header dokumentin luvussa 2.4.9 Asiakirjan tyyppi kuvataan asiaa seuraavasti:

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

Koska asiakirjalle voidaan antaa vain yksi arvo kenttään "asiakirjan tyyppi", ohjaa ko. asiakirjan kuvailutieto asiakirjojen muodostusta niin, että vain sellaisia näkymiä, joilla asiakirjatyyppi, eli näkymätyyppi on sama, voidaan koota samaan asiakirjaan. Tämä kuvailutieto on osa eAMSin muodostusta, joka on yksi vaatimus Kanta-arkistoon arkistoitavien asiakirjojen pysyväissäilytykselle.

Diagnoosimerkinnän näkymäkoodi

Mikä näkymäkoodi kirjataan diagnoosimerkintää kirjattaessa?

Vastaus: Diagnoosi-tieto voidaan tehdä tarvittaville näkymille hoitoasiakirjoihin (eli näkymille, joiden näkymätyyppi on kertomusteksti), eli diagnoosilla ei ole tiettyä näkymää.

Tällä hetkellä näkymä-koodistossa on vielä olemassa näkymä DG, eli diagnoosilista, mutta se tulee todennäköisesti poistumaan, koska jatkossa Potilastiedon arkisto tulee kokoamaan potilaan diagnoosit eri kertomusteksteistä riippumatta tekstin alkuperäisestä tuottajasta ja palauttamaan tämän koosteen hakevalle järjestelmälle, ja hakevasta järjestelmästä on arkistoitava Potilastiedon arkistoon vain ne merkinnät, joihin tehtiin muutoksia, tai jotka olivat uusia.

eArkiston määrittely, pitkäaikaisdiagnoosit

Onko pitkäaikaisdiagnoosit ylläpidettävä asiakirja vai koosteasiakirja?

(Havaitsimme ristiriidan: Viila kooste ([Kooste 1805-11102011.docx](#)) sanoo että se on ylläpidettävä, kun PTJ käyttötapaukset 2.3 s. 116 sanoo että se on koosteasiakirja (kumulatiiviset tiedot). Tiedonhallintapalvelun periaatteet dokumentti sanoo myös että (s 39) että pitkäaikaikaiset ovat ylläpidettäviä.)

2. Mikä on pitkäaikaisten diagnoosien näkymäkoodi, millä tiedot haetaan? Vai millaisella hakuparametrilla pitkäaikaisten ylläpidettävä asiakirja voidaan löytää?

3. Mitkä laitetaan pitkäaikaisen diagnoosin cda entry:n Näkymä, vaihe ja otsikkokoodeiksi tallennusvaiheessa?

Vastaus: Viimeisimpien määrittelyjen mukaan (THL 4/2012: Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely) pitkäaikaisdiagnoosit eivät enää ole ylläpidettäviä keskeisiä terveystietoja, vaan enää on olemassa yksi diagnoosien kooste, jossa ovat kaikki diagnoosit ja niillä attribuuttina tieto diagnoosin pysyvyydestä. Pysyvyyden perusteella tietojärjestelmät voivat luokitella erikseen näytettäväksi määraikaikaiset ja pysyvät diagnoosit.

Pitkäaikaisten diagnoosien kirjauksessa käytetään kaikille diagnooseille yhteisiä kirjaamiskäytäntöjä

eArkiston määrittely – Säilytysaikaluokka

Mikä on säilytysaikaluokan arvo (ClinicalDocument.localheader.retentionPeriodClass) palvelutapahtuman asiakirjassa?

Vastaus: Palvelutapahtuman säilytysaikaluokka on ”12 v. potilaan kuolemasta tai 120 v. syntymästä”.

15.10.2013 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely

Diagnoosin päättäminen

Diagnoosin päättämisestä löysimme kaksi eri määrittelyä:

Tiedonhallintapalvelun periaatteet:

5.1.2.8 Pitkäaikaisdiagnoosin päättymistiedon kirjaus

Mikäli pitkäaikaisdiagnoosi päättyy (esimerkiksi potilas parantuu), kirjataan pitkäaikaisdiagnoosi päättyneeksi. Tämä tapahtuu kirjaamalla kyseisestä diagnoosista uusi entry ja merkitään sille päättymistiedot

(päättymispäivä ja päättymisen syy, kuva 9). Päättymisentryllä tulee olla sama episoditunnus kuin alkuperäisellä entryllä.

Kertomus ja lomakkeet:

Linkki diagnoosiketjun ensimmäiseen entryyn. Kun diagnoosi päättyy, niin päättymistietoja sisältävä entry liitetään diagnoosin toteamiseen liittyvään entryyn. Myös mahdolliset muutokset linkitetään vastaavalla tavalla.

<!-- Linkki entryketjuun eli entryketjun tunniste -->

<reference typeCode="REFR">

<externalDocument>

<templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.20.4"/>

<!-- ketjun ensimmäisen entry:n id -->

<id root="1.2.246.10.99999984.10.0.91.2009.222006"/>

<!-- ketjun ensimmäisen entry:n asiakirjan setId -->

<setId root="1.2.246.10.99999984.10.0.91.2009.222006"/>

</externalDocument>

</reference>

Kummalla tavalla diagnoosin päättäminen tulisi ilmaista, episoditunnuksella vaiko externaldocument -viittauksella?

Tulkitsemme että episoditunnuksella päättäminen tarkoittaisi sitä että esimerkin ”päänsärky muuttuu aivokasvaimeksi” molemmat diagnoosit päättyvät kun taas externaldocument päättäminen lopettaisi vain toisen. Miten tämä asia oikein menee?

Vastaus: Kertomus ja lomakkeet-dokumentti ohjeistaa linkittämään alkuperäiseen diagnoosiin. Jos on kyse virhekirjauksista joita korjataan, käytetään linkkiä merkinnän eri versioon.

Tilaisuudessa esitetty lisäkysymys: Milloin diagnoosi vaihtuu toiseksi? Milloin kyseessä on tarkentaminen ja milloin korjaaminen?

Vastaus: Virheellisen diagnoosin korjaaminen on virheen korjausta, jolloin järjestelmästä poistuu virheellinen diagnoosi. Kun diagnoosi päätetään, diagnoosi jää potilastietoihin näkyviin vaikka on päätetty. Diagnoosin tarkentaminen on uusi merkintä, jolloin diagnoosi linkitetään aikaisempaan diagnoosiin.

Suostumus

Suostumus: Diagrammet i käyttötapaukset (kuva 14?) visar att man först skall skriva ut blanketten och sedan arkivera. Texterna tolkar jag att man skall göra andra vägen. Dvs arkivera först och sedan ta utskrift. Vad gäller? Bild eller text? Om texten gäller så hur göra om patienten inte skriver under fastän man arkiverat redan.

Vastaus: Periaatteessa molemmat ovat ok. Kuvassa tulostus ja arkistointi oletetaan tapahtuvan samalla toiminnolla (Tulosta suostumus) eli kuvassa ei näin ole erikseen tallennusta ja vasta sitten tulostusta. Käytännössä PTJ kuitenkin ensin tallentaa ja tulostus tapahtuu vasta, kun kuittaus arkistoinnista on tapahtunut (kuten tekstissä lukee).

- PTJ käyttötapaus kuvassa 14 ei ole erillistä potilaan allekirjoituskohtaa, allekirjoitus potilaalta otetaan tosiaan vasta sitten, kun asiakirja on jo arkistoitu Potilastiedon arkistoon
- Jos potilas ei allekirjoitakaan suostumusta -> tehtävä korjaus, että suostumus ei ole voimassa (suostumuksen peruminen), ks. PTJ 2.5 kohta 8.2.5

Informointi

Infoblanketten: Om man arkiverat infoblankett på fel patient hur skall användaren gå tillväga för att korrigera?

Vastaus: Korjaamalla informointi (Palvelupyyntö 23 + korvaus-interaktio Document Replacement with Content(RCMR_IN100016FI01)

Merkintä

A. Läkaren dikterar en journaltext. Sekreteraren skriver. Måste läkaren alltid kvittera texten förrän den går till arkivet? Användarna protesterar mot detta. "De skulle inte göra annat än läsa journaltexter" säger de.

Vastaus: PTJ käyttötapaukset v.2.50: "Merkinnän kirjaaja on henkilö (käyttäjä), joka voi syöttää tietoja potilastieto-järjestelmään, 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". Järjestelmiin voidaan myös rakentaa automaattikkaa siten, että tietyn, organisaation määrittämän ajan jälkeen merkinnät hyväksytään automaattisesti. Merkinnän tekijällä on kuitenkin oltava mahdollisuus tarkistaa teksti ja hyväksyä se itse.

B. Merkinnän säilytysaika. Var och hur i CDA anges detta? Är uppgiften kodsattsatt?

Vastaus:

- Ensinnäkin samassa asiakirjassa saa olla vain saman säilytysajan merkintöjä
- PTJ päättää jokaiselle käsittelyyn valitulle merkinnälle säilytysaikaluoan. Tämän päättelyn pohjalta tiedetään, mitä merkintöjä saa olla samassa asiakirjassa ja millaisia asiakirjoja prosessin tuloksena syntyy.
 - ks. PTJ-käyttötapaus 3.5 Muodosta kertomusasiakirja, kappale 3.5.4 kohta 3: "Järjestelmä päättää jokaiselle käsittelyyn valitulle merkinnälle säilytysaikaluoan"¹¹. Tämän päättelyn pohjalta tiedetään, minkä säilytysaikaluoan mukaisia asiakirjoja prosessin tuloksena syntyy."
 - ¹¹ Päättely tehdään potilasasiakirja-asetuksessa olevan liitetaulukon pohjalta. Elinikäisesti säilytettävien oletusarvoinen säilytysaika on 120 vuotta, joka muutetaan KanTa-palvelussa, kunnes saadaan tieto potilaan kuolemasta. Oletusarvoinen aika pysyy voimassa, mikäli mistään ei saada tietoa potilaan kuolemasta
 - em. liitetaulukko: <http://www.finlex.fi/data/sdliite/liite/5678.pdf>
 - Näkymäluokituksessa näkymän yhtenä ominaisuutena on myös kuvattu säilytysaikaluoan
- CDA R2 ottaa kantaa vain asiakirjatason säilytysajoista (tietysti olettaa, että samassa asiakirjassa saman säilytysajan merkintöjä).
- Nämä ovat määritelty dokumenteissa
 - "eArkiston CDA R2 Header, v 4.57":
http://www.kanta.fi/documents/3430315/0/KanTa+eArkiston+CDA+R2+Header_V4.56.zip/c6dd7b68-344a-4cf8-8629-eeee5a8a71c3
 - "eArkiston asiakirjojen kuvailutiedot, v 2.30":
<http://www.kanta.fi/documents/12105/3458358/Asiakirjojen+kuvailutiedot+versio+230+2013-06-11.pdf/7b7fc889-d14e-448c-a5a5-b6cb964c49e8>
 - Ensimmäisessä tietojen paikat ja XML-rakenteet, toisessa mitä pitää laittaa asiakirjaan arkistoidessa ja mitä hoitaa arkisto

Virallinen ja väliaikainen henkilötunnus

Ovatko virallisen hetun vaihtuminen toiseksi, rekisterin korjaaminen ja erityissisällön lisääminen ainoita metatietojen muutostilanteita joissa vanha asiakirja on mitätöitävä ja merkinnät arkistoitava uudestaan?

Onko virallisen henkilötunnuksen lisääminen asiakirjan kuvailutietoihin ainoa tapaus jossa aiemmin arkistoituja asiakirjoja pitää versioda, vaikka merkintöjen sisältöön ei tule muutoksia?

Vastaus: Riippumatta siitä, aiheutuuko asiakirjan uudelleen arkistointi header-osan kuvailutiedon vai body-osan merkinnän muutoksesta, tuodaan muutettu asiakirja arkistoon yleensä korjauksena versioimalla asiakirja. Joissakin tapauksissa vanha, virheellinen asiakirja on ohjeistettu mitätöimään, ja tekemään oikeaksi korjatusta asiakirjasta uusi alkuperäinen asiakirja.

Väliaikaista hetuhan ei voida käyttää hakuehtona, jos asiakirjaan on lisätty myös virallinen hetu. Jos sanotaan että väliaikainen hetu jää henkilötietoihin näkyviin, jääkö se näkyviin (pimentoon) vain aiemmin arkistoiduissa asiakirjoissa, eikä sitä tarvitse huomioida uusissa asiakirjoissa?

Vastaus: HL7 header -dokumentissa on ohjeistettu, että jos yhdessä palvelutapahtuman asiakirjassa on sekä virallinen että väliaikainen henkilötunnus, molemmat hetut on lisättävä kaikkiin palvelutapahtuman asiakirjoihin.

Onko siitä haittaa jos kaikkiin asiakirjoihin laitetaan aina kaikki tiedossa olevat hetut, virallinen ja aiemmat tilapäiset, myös uusiin arkistoitaviin asiakirjoihin? Tällä tavalla asiakirjan muodostamisen toteutus saattaisi olla suoraviivaisempi ja yksinkertaisempi, kun ei tarvita eri tilanteita huomioivaa logiikkaa.

Vastaus: Jos virallinen henkilötunnus on tiedossa, käytetään sitä. Väliaikaisen henkilötunnuksen käytöstä ei ole hyötyä, jos virallinen hetu tiedetään.

Jos henkilöiden tietoja yhdistellään ja osassa asiakirjoista on jo virallinen hetu, pitääkö virallinen hetu varmaankin vain lisätä niihin asiakirjoihin joissa on tilapäinen hetu eikä tilapäistä hetua tarvitse lisätä niihin asiakirjoihin joissa on virallinen hetu?

Vastaus: ks. vastaus edellä, saman palvelutapahtuman asiakirjoille samat hetut

Entäpä jos henkilötietoja yhdistellään ja henkilöllä todetaan olleen kaksi (tai useampia) tilapäistä hetua? Pitääkö kaikkiin vanhoihin ja tuleviin asiakirjoihin päivittää kaikki tilapäiset henkilötunnukset, vai voidaanko tilapäisistä henkilötunnuksista valita sen jälkeen vain yksi jatkossa arkistoitaviin asiakirjoihin? Voidaanko kaikilla tilapäisillä hetuilla silti tehdä hakuja eli pitäisikö kaikki väliaikaiset hetut päivittää kaikkiin asiakirjoihin ja käyttää niitä kaikkia myös tulevista asiakirjoissa ellei ole virallista hetua? Kysymys ei ole tiedon luovutuksesta joten hakeva järjestelmä todennäköisesti tietää mikä on käyttöön jäänyt tilapäinen hetu, joka riittäisi kaikissa asiakirjoissa, mutta mistä KanTa voisi tietää mikä tilapäisistä hetuista on aktiivisessa käytössä?

Vastaus: Potilastiedon arkistossa ei ole toistaiseksi tuettu toiminnallisuutta, jolla väliaikainen hetu voitaisiin korvata toisella väliaikaisella hetulla. Väliaikaisen hetun lisäksi voidaan antaa virallinen hetu, mutta ei toista väliaikaista. Virallisia hetuja voidaan antaa useita, jolloin ensin annettu on merkitsevä (se joka toimii haussa ja jonka mukainen hetu on löydettävä myös asiakirjan sisällöstä)

Pitääkö henkilötunnuksen päivitys samalla tehdä myös asiakirjan sisältöön, jossa myös on aina potilaan henkilötiedot? Varmaankin. Pitääkö väliaikaisen hetun näkyä myös sisällössä vai riittääkö virallinen hetu (tai yleisemmin vain yksi hetuista jos ei ole virallista hetua)?

Vastaus: Henkilötunnus pitää päivittää sekä asiakirjan sisältöön että asiakirjan header-tietoihin, koska arkisto tarkistaa, että header-osassa ja asiakirjan sisällössä potilaan henkilötunnus on sama.

Jos virallinen hetu muuttuu toiseksi, eikä vanha hetu saa sen jälkeen näkyä asiakirjoissa, pitääkö vanhat asiakirjat kuitenkin päivittää vai jätetäänkö ne vanhalle hetulle? Uusissa asiakirjoissa voidaan käyttää uutta hetua eli käytännössä vaikuttaa siltä kuin kyseessä olisi eri henkilö. Kahden virallisen hetun liittäminen asiakirjaan voinee aiheuttaa KanTassa teknisiä ongelmia, jos ei ole varauduttu kahden hetun mahdollisuuteen hakuehtona. Toisaalta hetun päivittäminen vanhoihin asiakirjoihin saattaa KanTan näkökulmasta näyttää samalta kuin asiakirjan siirtäminen toiselle potilaalle. Virallisen hetun muuttaminen asiakirjassa ei kai kuitenkaan ole sallittua. Jos vanhat asiakirjat pitäisi siten saada arkistoitua uudella virallisella hetulla, se tarkoittanee että tiedot pitää tallentaa uusina asiakirjoina. Pitääkö sitten vanhat asiakirjat mitätöidä vai voivatko ne jäädä voimaan ja vanhalla hetulla haettaviksi?

Vastaus: STM:n 22.8.2013 hyväksymä kanta, miten toimitaan virallisen hetun vaihtuessa: Kaikki aikaisemmat potilasasiakirjat siirretään uudelle henkilötunnukselle. Metatietoihin muutetaan uusi henkilötunnus ja aikaisempi henkilötunnus jätetään metatietoihin olemaan (vrt. tilapäisen henkilötunnuksen muuttaminen). ~~Varsinaisiin potilasasiakirjoihin (sisältöön) ei tehdä muutoksia.~~ Tämän jälkeen tietoja voi hakea vain uudella henkilötunnuksella eikä enää vanhalla ja kaikki vanhat tiedot näkyvät OTKssa uudella henkilötunnuksella.

Käytännössä muutoksen tekee tarvittaessa potilastietojärjestelmän käyttäjä. ~~Vanhat asiakirjat on mitätöitävä, uudet asiakirjat muodostettava uutta henkilötunnusta käyttäen ja arkistoitava. (Vastaus muokattu 13.11.2013)~~

Yliiivaukset tehty 14.5. kyselytunnin vastauksen yhteydessä.

Erityissisällön käsittely

Vanha asiakirja pitää siis mitätöidä jos johonkin sen merkintään liitetään myöhemmin tieto erityissisällöstä (eli ERAS-lisänäkymä), ja tiedot pitää arkistoida uudelleen uusissa asiakirjoissa. Pitääkö mitätöidä vanha asiakirja myös siinä tapauksessa jos vain ko. toisen henkilön tunnistetiedoissa on virhe vai voidaanko näitä metatietoja korjata jos asiakirjaan oli jo aiemmin merkitty erityissisältö? Entä jos erityissisältö on merkitty virheellisesti ja ERAS-lisänäkymä poistetaan merkinnästä: pitääkö asiakirja mitätöidä ja arkistoida uudestaan vai voiko sitä versioida ja poistaa kuvailutiedoista erityissisällön?

Vastaus: Erityissisällön muutokset ja poisto voidaan tehdä korjauksena. Jos ERAS-tiedot ovat virheellisesti puuttuneet, asiakirja versioineen on mitätöitävä ja sen jälkeen arkistoidaan uusi asiakirja ERAS-tiedoilla Kantaan.

Rekisterinpitäjän muutokset

Vastaus: Rekisterinpitäjän muutosten määrittely on kesken. Asiaa on käyty myös Viilassa läpi kysymysten esittämisen jälkeen. Kysymykset käsitellään seuraavassa kyselytilaisuudessa.

Kun rekisterinpidossa tapahtuu muutoksia, ne pitää huomioida paitsi potilastiedon arkistossa myös PTJ:ssä. Toimitaanko rekisterinpidon muutoksissa niin että rekisterit muutetaan arkistoiduissa asiakirjoissa KanTan työkaluilla, eikä asiakirjoja pyritä päivittämään PTJ:stä vaikka sielläkin pitää olla tieto muuttuneesta rekisteristä (esim. PKSSK:n yhteisrekisteri aluejärjestelmässä)?

Tässä on olemassa vaara että tiedot PTJ:ssä ja KanTassa eivät ole yhtenevät sen jälkeen kun rekisterinpitäjätiedot on molemmissa korjattu erikseen. Tietojen poistaminen PTJ:stä ei ole ratkaisu, koska tietojen käytettävyyttä PTJ:n sisällä on kuitenkin parempi ja muutos koskee myös aivan tuoreita tietoja, joihin on linkittynyt myös muuta tietoa kuin arkistoitua potilaskertomusta. Sen vuoksi olisi hyvä määritellä täsmällisemmin tietomalli jonka mukaisesti rekisterinpidon tulisi määräytyä eli miten tietojen oletetaan liittyvän rekistereihin.

Olemme tulkinneet asiaa siten että jatkossa uuden tiedon rekisteri määräytyy sen palvelutapahtuman perusteella jossa merkintä on tehty. Näin siksi että palvelutapahtuma on ajateltavissa pienimmäksi

käsiteltävissä olevaksi kokonaisuudeksi, joka voidaan siirtää rekisteristä toiseen ja joka mahdollistaa tietojen melko vapaan siirrettävyyden rekisteristä toiseen. Saman pt:n merkinnät eivät kai oikein voi kuulua eri rekistereihin. Se tuottaisi ainakin periaatteellisia ristiriitaisuuksia. Rekisteri on käytännössä aluksi pt:aan liittyvän palvelunjärjestäjän määrätyn tyyppinen rekisteri, rekisterin tyyppiin riippuen esim. palveluyksiköstä tai palvelun tyyppistä jonka yhteydessä tieto on tuotettu. Rekisterinpitäjän muuttuessa merkinnän alkuperäinen palvelunjärjestäjä ei kuitenkaan voi muuttua, ja saman palvelunjärjestäjän tietoja voikin joutua myöhemmin eri rekistereihin. Rekisterin tyyppi ja tarkennin oletetaan pysyviksi, rekisterinpitäjät vaihtuvat. Onko tulkinta toimiva ja yhtenevä potilastiedon arkiston ylläpidossa tehdyn tulkin kanssa?

Voisimmeko saada kuvauksen minkä tyyppisiin massatoimintoihin rekisterimuutoksia ajatellen KanTassa on varauduttu eli mihin meidän pitäisi varautua?

Ostopalvelut

Ostopalveluiden käsittelyllä on myös olennainen merkitys rekisterinpidon tietomallin kannalta ja se pitäisi ratkaista hyvin pikaisesti. Missä dokumentissa ostopalveluiden käsittely nyt on kuvattu parhaiten tai milloin tästä on määrittely tulossa (nyt kun potilashallinnon varmistus myös tämän osalta joutui rosakoriin)?

Vastaus: Tulossa PTJ-käyttötapauksiin ja HL 7 Medical Records määrittelyihin

Ongelmana on että ostopalveluissa tiedot pitäisi tallentaa palvelunjärjestäjän rekisteriin, mutta kuitenkin käsittelemättä kyseistä rekisteriä eli käyttöoikeutta kyseisessä rekisterissä oleviin tietoihin ei ole. Mihin rekisteriin tällaisessa pt:ssa pyydetään luovutusta kun kyseisen rekisterin tietoja tarvitaan? Mihin rekisteriin tallennettuihin tietoihin tällaisessa pt:ssa on käyttöoikeus?

Vastaus:

- Käyttöoikeus pitää hoitaa ostopalvelun valtuutuksen kautta. Siinä annetaan tuottajalle lupa hakea asiakirjoja järjestäjän rekisteristä sekä arkistoida asiakirjoja järjestäjän rekisteriin.
- Hauissa ja arkistoinnissa käytetään omia ostopalvelujen palvelupyynnöjä.
- Ennen tuottajan hakua tai varsinaisten asiakirjojen arkistointia, pitää tuottajan arkistoida palvelutapahtuma-asiakirja järjestäjän rekisteriin (hoitosuhteen varmentaminen) ja arkistosta pitää luonnollisesti löytyä järjestäjän antama ostopalvelun valtuutus.
- Hauissa lisäksi tarkistetaan mihin ostopalvelun valtuutuksessa on annettu lupa. Huom. ostopalvelutilanteessa palvelun järjestäjä voi antaa palvelun tuottajalle luvan omien potilasasiakirjojensa käyttöön siten, että potilaan palvelun järjestäjään kohdistuvat potilasasiakirjojen luovutuskiellot eivät koske palvelun tuottajaa. Tällöin palvelun tuottajalla on käyttöön verrattava oikeus järjestäjän potilasasiakirjoihin. Potilaan tekemät kiellot eivät siis vaikuta tietojen luovutukseen palvelun järjestäjän potilasasiakirjojen osalta. Muiden palvelunantajien potilasasiakirjojen luovutukseen tämä ei vaikuta.

Voidaanko kuitenkin ajatella että kaikki kyseiselle potilaalle tuotetut palvelut kuuluvat myös palveluntuottajan omaan rekisteriin, ja palveluntuottaja voi itse tuottamiaan tietoja käyttää potilaan muussa hoidossa? Silloin pitäisi asiakirjaankin merkitä toissijainen rekisteri. Vai onko tilanne sellainen ettei

palveluntuottajalla ole käytännössä käytettävissään muita tietoja kuin kyseisessä pt:ssa kirjatut tiedot ja muut tiedot saa luovutuksella myös oman PTJ:n sisällä, jos saa?

Vastaus: Eivät voi kuulua palveluntuottajan omaan rekisteriin. Asiakirjat ovat palvelunjärjestäjän rekisterissä ja tuottaja voi käyttää niitä vain oman palvelun laadullisessa kehityksessä ei tallentaa Kantaan omaan rekisteriin.

Diagnoosien kirjaaminen ja diagnoosikirjaukset CDA R2:ssa

Lyhenteet:

DGK	Koodistopalvelu: THL/Tietosisältö - Diagnoosit, OID: 1.2.246.537.6.12.2012.333
ICDOHJE	Suomalainen tautien kirjaamisen ohjekirja, THL 2012 (ja Tautiluokitus ICD-10, THL 2011)
THPDg	Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely, THL 2012: kappale 5.1 Diagnoosit
PotKDg	Kertomus ja lomakkeet, Versio 4.62, OID: 1.2.246.777.11.2013.8: kappale 3.2.2 Diagnoosit (+hoidon syy)

a) DGK sisältää ohjeistusta kenttien ehdollisesta pakollisuuksista tietyille diagnooseille (CodeId=3 ja 4) mikä toki sinänsä on asiallista informaatiota (tosin kattaa vain osa ICDOHJE:een säännöistä). Mutta eikö kyseessä ole koosteasiakirja, jolloin diagnoosimerkintä on poimittu potilaskertomuksesta eikä sitä ole DGK-tietosisältömäärittelyä käyttäen tarkoitus muuttaa. Jolloin em. tarkennusten pitäisi sijaita diagnoosimerkinnän muodostusta ohjaavassa dokumentaatioissa. Sama koskee myös esim. kenttien pakollisuuksia. Mutta toisaalta onhan se hyvä että ne on kirjattu edes johonkin, koska itse diagnoosin ydintietorakenteesta (ja potilaskertomuksesta) ei tiettävästi ole tietosisältömäärittelyä tulossa.

Vastaus: Koosteelle ei kirjata mitään, vaan tietosisältömäärittelyt koskevat kertomukselle kirjattavia tietoja, joista kooste tuotetaan. THP määrittely täsmennetään.

b) Ilmeisesti DGK:n tapauksessa (ja sinänsä muillakin koosteasiakirjoilla) poimittujen merkintöjen rakenteelliset tunnisteet eivät muutu so. vaikka DGK tuntee diagnoosimerkinnän ”juuren” CodeId=1:nä on sen templateId CDAR2:ssa edelleen potilaskertomuksen ydintietojen diagnoosin tunniste 1.2.246.537.6.12.999.2003.2 ? Vastaavasti 1.2.246.537.6.12.2012.333.6 (ICPC rinnakkaiskoodi) esiintyy CDAR2:ssa OIDina 1.2.246.537.6.12.999.2003.2.8 (ko. koodistopalvelun koodisto on tosin tältä osin päivittämättä) ja niin edelleen.

Vastaus: Rakenteelliset tunnisteet eivät muutu, Tiedonhallinta poimii diagnoosit koosteeseen, mikäli ne merkitty templateId:llä 1.2.246.537.6.12.999.2003.2.

c) Jos/kun DGK poimii aina kokonaisen diagnoosimerkinnän ml. sitä ympäröivän ”näkömä/otsikkokehyksen” tulee sen mukana ilmeisesti myös ko. kirjauksen narratiivinen teksti (section.text), johon kirjauksen rakenteiset osat viittaavat PotKDg:n mukaisesti originalText.reference –mekanismilla. Näin ainakin ymmärsin diagnoosikoosteen CDAR2-tasoisien toiminnan kuvauksen Kertomukset ja Lomakkeet v4.62 -dokumentissa ja ao. diagnoosikoosteen esimerkin. Nyt kuitenkin vaikuttaa siltä että THPDg ei sisällä mitään

mainintaa ko. tietojen käytöstä esim. diagnoosin tarkempien tietojen yhteydessä (kuva 14 s44). Eikö nyt kuitenkin ko. narratiivissa ole diagnoosin kannalta oleellista informaatiota (esim. diagnoosien syöttöteksti), joka olisi valmiina saatavilla ilman diagnoosin sisältävän asiakirjan hakua kokonaisuudessaan erikseen (käyttäen linkkiä kertomukseen) ?

Siksi toisekseen minusta koko originalText.reference –mekanismi on ylipäättään aivan liian monimutkainen, ainakin koodien syöttötekstien ja koosteasiakirjojen kannalta tarkastellen. Potilastietojärjestelmässä toki syöttö tapahtuu vain kertalleen mutta en oikein ymmärrä mitä tekemistä asialla on CDAR2:sen kanssa.

Vastaus: Narratiivisen osuus palautuu kokonaisuudessaan. Tietosisällöt ovat sekä rakenteisessa että näyttömuodossa. Kertomus ja lomakkeet –dokumentissa on kuvattu rakenteen käyttötavat.

d) CodeId=6 Rinnakkaiskoodi ICPC-koodille. Miten nyt on oikein ymmärrettävä CodeId=1:n kuvaus siitä että siinä voitaisiin käyttää ICD10- tai ICPC- koodia suhteessa rinnakkaiskoodin määrittelyyn kiinteästi käyttämään ICPC:tä ? Onko tarkoituksena että jos CodeId=1 on annettu ICPC:nä niin CodeId=6 sisältääkin ICD10-vastineen (ja kääntäen) ? Vai edellytetäänkö merkinnän muodostamista siten että riippumatta siitä mitenpää käyttäjä tiedon on alun perin potilastietojärjestelmässä syöttänyt, diagnoosimerkinnässä (oikeasti tietenkin käyttäen ao. ydintietojen tunnisteita) CodeId=1 on ICD10-koodi ja CodeId=6 ICPC-koodi ? Vaiko jotenkin muuten ?

Vastaus: CodeId=1 voi olla ICD tai ICPC ja jos se on ICPC, niin CodeId=6:een voi kirjata rinnalle ICD (mutta ei toisin päin).

Hoitosuhteen määrittelevä palvelutapahtuma

THL:n ohjeistuksen mukaan hoitosuhteen määrittelevä palvelutapahtuma voi olla eri kuin se palvelutapahtuma, johon luovutuskysely liittyy. Kuitenkin määrittelyissä on paikka vain yhdelle palvelutapahtumalle, joka dokumentin eArkiston_MedicalRecords_sanomat_v194 luvun 8.3.5 tarkoittaa kumpaakin:

activeEncompassingEncounterId

Tällä kentällä (II) annetaan se palvelutapahtuma, jonka toteuttamiseen arkistosta luovutettavia tietoja käytetään. Olemassa olevaa palvelutapahtumaa käytetään KanTa-arkistossa hoitosuhteen todentamiseen.

Tämä kenttä on pakollinen jos kyselyssä pyydetään luovutuksella saatavia tietoja (palvelupyynnöt PP6, PP21, PP22, PP24, PP26, PP27, PP28, PP30).

Miten tämä pitäisi tulkita?

Vastaus: Kantaan arkistoitessa on oltava selvillä millä palvelutapahtumalla hoitosuhde todennetaan. Kantaan ei pitäisi tulla luovutushakuja, joissa hoitosuhteen varmentaminen tehdään eri palvelutapahtumalla kuin itse haku. Asiaa selvitetään ja dokumentaatiota tarkennetaan tältä osin.

14.11.2013 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely

Riskitiedon muuntaminen uuden luokituksen mukaisiksi

FAQ s.18: Onko mietitty miten vanhalla riskitiedon tyyppi -luokituksella kirjattujen riskitietojen muuntaminen uuden luokituksen mukaisiksi toteutetaan? Alunperin oli tarkoitus että ne voidaan muuntaa ylemmän tason koodeiksi, kun järjestelmätoimittajilta erityisesti kyseltiin miten muunnos onnistuu, mutta kun nyt ylemmän tason koodien käyttö on kielletty, ei tämä enää olekaan mahdollista. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä ettei aiemmin kirjattuja riskitietoja voida ainakaan automaattisesti tallentaa arkistoon eivätkä riskitiedot tule sinne siis kovinkaan nopeasti tallentumaan. Riskitiedon päivittäminen (tarkentaminen tai korjaaminen) käy myös käyttäjälle hankalammaksi, mutta tämä lienee hyväksyttävissä. Joka tapauksessa järjestelmissä tulee tämän seurauksena olemaan rinnakkain molemmilla luokitusversioilla kirjattuja riskitietoja eikä vanhoja voida konvertoida. Tämä taas voi tuottaa riskitietojen ohjelmallisessa käsittelyssä ongelmia.

Vastaus: Nykyinen määrittely ei salli ylemmän tason käyttöä. Vaihtoehtona on käyttää aina "muu luokkaa" tai kysyä ongelmatapaukset käyttäjältä. Kehitysehdotus viedään eteenpäin ja se voidaan tarvittaessa ottaa esille koodistopalvelun laaturyhmässä.

ICPC-koodien näyttäminen diagnoosilistalla

Pitääkö diagnoosilistalla yhdistää ICD10-koodien lisäksi myös vastaavat ICPC-koodit saman diagnoosirivin alle, kuten yhdistetään kolmen merkin tarkkuudella ICD10-koodit? Näytetäänkö silloin diagnoosilistalla ICPC jos se on viimeksi kirjattu viimeisin diagnoosikoodi eikä ICD10?

Vastaus: Suora lainaus THP-määrittelyistä:

"Jos ICPC-koodille on kirjattu rinnakkaisdiagnoosi ICD-koodilla, voidaan diagnoosit yhdistää rinnakkaiskoodin mukaisesti (3 merkin tarkkuudella) muihin ICD-koodeihin. Jos ICPC-koodin rinnakkaiskirjausta ICD-koodilla ei ole tehty, ei ICPC- ja ICD-koodeja yhdistetä samaksi, vaan ne tulkitaan eri koodeiksi."

Eli jos on käytetty rinnakkaiskoodia näytetään viimeisin kirjaus (jossa on siis sekä ICPC, että ICD).

Asiakirjojen versiointi ja mitätöinti metatietojen muutostilanteessa

FAQ s.30: Seuraaviin kysymyksiin on vastattu lähinnä näennäisesti: Ovatko virallisen hetun vaihtuminen toiseksi, rekisterin korjaaminen ja erityissisällön lisääminen ainoita metatietojen muutostilanteita joissa vanha asiakirja on mitätöitävä ja merkinnät arkistoitava uudestaan?

Vastaus: Kyllä ovat. Virallisen henkilötunnuksen vaihtumiseen sisältyy tässä yhteydessä myös väärän henkilötunnuksen korjaaminen.

Onko virallisen henkilötunnuksen lisääminen asiakirjan kuvailutietoihin ainoa tapaus jossa aiemmin arkistoituja asiakirjoja pitää versioda, vaikka merkintöjen sisältöön ei tule muutoksia?

Vastaus: Metatietojen muutosten yhteydessä asiakirjat on versioitava, vaikka merkintöjen sisältöön ei tulisi muutoksia. Käydään läpi asiakirjojen kuvailutiedot ja lisätään dokumenttiin uuteen sarakkeeseen merkintä siitä, aiheutuuko kuvailutietojen muutoksesta versioinnin.

Metatietojen muutokset on määritelty hajallaan eri paikoissa. Kaipaamme yhteenvedoa metatietojen muutostarpeista ja -mahdollisuuksista PTJ:ssä.

Vastaus: Hyvä ehdotus

Yliviivaukset tehty 14.5. kyselytunnin vastauksen yhteydessä.

Henkilötunnuksen muutos

FAQ s.30: Henkilötunnus on metatieto, jota ei saa muuttaa asiakirjassa. Miten voitte vastata kysymykseen virallisen hetun vaihtumisesta näin: "Asiakirjoista on tehtävä uusi versio ja muutettava sinne uusi virallinen henkilötunnus."? Eikö oikea vastaus ole että kaikki vanhat asiakirjat on tässä tilanteessa mitätöitävä ja arkistoitava uudestaan?

Vastaus: Kyllä. Muokataan edellistä vastausta (s. 32-33):

~~"Käytännössä muutoksen tekee tarvittaessa potilastietojärjestelmän käyttäjä. Vanhat asiakirjat on mitätöitävä, uudet asiakirjat muodostettava uutta henkilötunnusta käyttäen ja arkistoitava."~~

Yliviivaukset tehty 14.5. kyselytunnin vastauksen yhteydessä.

Potilasasiakirjojen rekisteri rekisterinpitäjän muutostilanteessa

Eikö vaatimus että potilaskertomus siirretään potilaan kotikunnan rekisteriin rekisterinpitäjän jakaantuessa ole ristiriidassa potilaan hoitopaikan valitsemisoikeuden kanssa? Oikeampi vaatimus olisi että tiedot siirtyvät hoitopaikan eli palveluyksikön mukana?

Vastaus: Ohjeistusta on sovittu muutettavaksi niin, että rekisterinpitäjyys määrittelyy asiakirjat palveluyksikön mukaisesti. Määrittelyä tarkennetaan vielä, huomioitava mm. ostopalvelut.

Tahdonilmaisujen arkistointi

FAQ s.30 / Käyttötapaukset v.2.2 luku 9.5.4 kohta 8 (s.112): Eikö tahdonilmaisuja todellakaan tarvitse tulostaa ja arkistoida paperimuodossa aina kuten KanTa-suostumus ja kiellot? Eikö kyseessä ole kuitenkin samanlainen tahdonilmaus, jolla voi olla juridistakin merkitystä arvioitaessa hoidon toteutusta? Voiko muun kuin potilaan itse KanTaan tallentamaan tahdon ilmaisuun luottaa? Entä jos potilas kuolee ja hoitotahdossa

on elvytyskielto, mutta se on vain viimeksi hoitaneen ammattilaisen kirjaama eikä mistään löydy potilaan allekirjoitusta?

Vastaus: Suostumus- ja kieltoasiakirjat tulostetaan, allekirjoitetaan ja arkistoidaan paperiarkistoon. Laissa ei ole määrätty paperiarkistointia muille tahdonilmaisuille. Jos hoitotahto tehdään PTJ-päässä, se voidaan tulostaa kansalaiselle. Toiminnallisista syistä ei voida lähteä siitä, että paperiarkistossa olisi viimeisin versio, sillä muutoksia on voitu tehdä muissa yksiköissä tai Omakannan kautta.

Luovutuslokin yksikkötiedot

Mitä yksikkötietoja on ajateltu tarvittavan luovutuslokiasiakirjan pakollisessa metatiedossa ”Palvelutapahtumaan osallistuvat palveluyksiköt ja prosessitapahtumien aika”? Palveluyksikkö- ja kellonaikatietoja ei tarvita luovutusilmoituksen sisällössä. Kun luovutusloki tallennetaan aluejärjestelmien sisäisistä luovutuksista, ei luovutustietoihin siksi tällä hetkellä tallenneta tietoa missä yksiköissä luovutettuja tietoja on käytetty eikä täydellisiä yksikkötietoja luovutusten osalta näin ollen ole saatavissa. Tietojen käyttöä voidaan valvoa käyttölokista mutta sen yhdistäminen luovutuslokiin on hankalaa luovutetun tiedon käytön jäljittämiseksi. Mielestämme se ei ole tarpeenkaan koska tietojen käytön luvallisuutta hallitaan käyttöoikeuksilla ja hoitosuhdetarkistuksilla sekä valvotaan käyttölokin perusteella. Luovutuslokilla on merkitystä rekisterirajat ylittävien tietojen siirron valvonnassa, mutta sen ei ole mitään syytä ulottua yksikkötasolle, koska luovutuksen oikeellisuuden ratkaisee toimintayksikkötaso. Tarkkaa luovutusaikaa ei luovutuslokiin myöskään tallenneta koska tietoja luovutellaan koko ajan. Käytännössä luovutuslokiin merkitään vuorokausitasolla potilaskohtaisesti mistä rekisteristä mihin tietoja on luovutettu. Ensimmäinen luovutusta tarvinnut yksikkö ja käyttäjä on kyllä tiedossa mutta muista saman vastaanottavan rekisterin yksiköistä tai käyttäjistä tietoja ei tallenneta. Ensimmäisenkään luovutuksen kellonaikaa ei merkitä. Palveluyksiköt ja aika voisivat olla mahdollisesti pakollisia silloin kun luovutusilmoitus koskee manuaalista luovutusta, jolloin myös luovuttajan henkilötiedot ovat saatavissa ja kaikki nämä tiedot ovat asiakirjan sisällössä. Voisiko metatietomäärittelyä tarkistaa tältä osin?

Vastaus: Tulkitsemme kysymyksen koskevan kuvailutietoja. Palvelutapahtumaan osallistuvat palveluyksiköt ja prosessitapahtumien aika ei ole luovutusilmoituksella pakollinen tieto.

Asiakirjojen mitätöinti

Käyttötapaukset v.2.2 luku 3.2.5 kohta 3b (s.38): Ovatko hoitoasiakirjat saatavissa kun vastaava palvelutapahtuma-asiakirja on mitätöity? Riittääkö siis palvelutapahtuma-asiakirjan mitätöinti eikä hoitoasiakirjoja tarvitse mitätöidä erikseen, jos kirjaukset on tehty virheelliseen palvelutapahtumaan?

Vastaus: Tällä hetkellä on määritetty, että hoitoasiakirjat on mitätöitävä ennen kuin palvelutapahtuman mitätöinti on mahdollista. Asiaa on käsitelty myös erillisjärjestelmä-työpajoissa. Kun kentältä on kerätty erilaisia tapauksia, voidaan mahdollisesta muutoksesta on keskustella THL:n kanssa.

Muistiinpanon ja luonnoksen käsitteet käyttötapauksissa

Käyttötapaukset v.2.2 luku 3.2: Tarkoitetaanko tässä muistiinpanolla samaa kuin käsitteistössä (luku 1.3) luonnoksella eikä käsitteistön muistiinpanoa? Muuten määrittelyä on melko vaikea ymmärtää, koska tilapäinen tallenne eli muistiinpano ei ole käsitelmäärittelyn mukaan merkintä. Tarkoitetaanko siis myös luvussa 3.2.4 muistiinpanolla luonnosta vai onko luonnos tallennettu merkintä, jota ei ole viety arkistoon? Luonnoksethan eivät käytännössä säily jos niitä muutetaan eli ne toimivat kuten muistiinpano on tässä määritelty ja "tallennettu merkintä" on aina valmis merkintä.

Vastaus: Käsitteistön mukaan muistiinpano on merkinnän aihio, joka saa näkyä ainoastaan muistiinpanon tuottaneelle käyttäjälle tai rajatulle käyttäjäryhmälle. Luonnos on hyväksymätön merkintä (tallennettu merkintä, jota ei vielä ole viety asiakirjaan). Käsitelmäärittelyn mukaan myös luonnokset näkyvät muille käyttäjille hoidollisessa käytössä ja ne on säilytettävä 12 vuotta. Jos/kun luonnos-merkintää on mahdollista käyttää potilaan hoitotilanteessa, on myös luonnoksiin tehdyt muutokset voitava jäljittää.

Kertomus ja lomakkeet -päivitys ja Medical records -sanomat

Kertomus ja lomakkeet päivitys (1.11) v4.36 ja eArkiston_MedicalRecords_sanomat_v194.doc (3.9.2013):
Milloin voi toteuttaa muutokset? Milloin ne lähtee asiakastesti ympäristöön?

Vastaus: Kertomus ja lomakkeet versio tässä lienee v4.63? Muutokset versiossa 4.63:

- Keltaisella merkitty osuus on menossa TC:n teknisen komitean 3.12.2013 käsittelyyn. Muutokset ovat toteutettu validointipalveluun, eivät aiheuta muutoksia arkiston toteutukseen
- "Tarkennettu CDA id:n (luokan id-elementti) ja xml ID:n käyttöä (kpl 2.1.3, kpl 2.2.2) + käyty dokumentti muutenkin läpi näiden tarkennusten osalta (kpl 2.1.7, kpl 2.3.2.3, kpl 3.2) + dokumentin esimerkit. Tärkein huomioitava muutos on, että HL7 Finland TC:n 08/2013 linjauksen mukaan merkintä yksilöidään section-luokan id-elementillä, ei xml ID-attribuutilla!"
- "Täsmennetty samalla näiden asioiden näkyminen lomakkeissa (kpl 2.8). Samalla tarkennettu muutamia avoimia/epäselviä kohtia lomakeohjeistukseen. HUOM. tietokentän rakenteeseen (entry.observation) on nyt dokumentoitu myös text-tieto. Tämän lopullinen mukaan ottaminen vaatii vielä täsmäntämistä (onko tarpeellinen) ja TC-käsittelyn. Myös observationin effectiveTime-tieto sekä ajan esittämisen tarkkuus observation value:ssa kaipaa tarkempaa ohjeistamista."
- "Hoitoprosessin vaihe tekstissä kpl 2.1.5.2 virhe: "Näkymä sisältää aina vain yhden hoitoprosessin vaiheen" -> korjattu muotoon "Näkymä sisältää aina vähintään yhden hoitoprosessin vaiheen"."
- "Päivitetty luvun 1.6.2 PTJ-käyttötapausdokumenttien versiot."
- "Kappaleeseen 3.1.1 Tiedonhallintapalvelun ylläpidettävät asiakirjat on täsmennetty elinluovutustahto-, hoitotahto-, potilaan informointimerkinnät-, suostumus- ja potilastietojen luovutuskielto -asiakirjojen yhteyteen, että elinluovutustahto ja hoitotahto on lisäksi mahdollista mitätöidä. "

Muutokset eArkiston MedicalRecords sanomat, v1.94:

- Muutokset on toteutettu arkistoon ja ovat asiakastestissä testattavissa.

- "Kyselyparametrien sanomatyyppin RCMR_MT100003FI01 skeema mahdollistaa kyselyparametrissa EncompassingEncounter.EffectiveTime (palvelutapahtuman aika) valuen toistuvuuden. Näin on mahdollista antaa hakuun useita välejä. Tämä ei kuitenkaan ole tarpeellista eikä sallittua, vaan kyselyssä saa antaa vain yhden tietyn ajankohdan tai yhden tietyn aikavälin. Tämä raja on lisätty lukuun 8.3.4 kyseisen parametrin yhteyteen. "
-
- "Palvelupyyntöihin on tullut seuraava muutos lukuun 6 Palvelupyynnöt ja niihin liittyvät asiakirjat: luovutusilmoitusasiakirjaa ei enää arkistoida PP1:llä vaan uudella palvelupyynnöllä PP32 ja arkistointi tapahtuu uuteen palvelun antajan arkistoasiakirjat rekisteriin. Luovutusilmoitusasiakirjaa ei myöskään voi enää hakea palvelupyynnöllä PP2, vaan ainoastaan arkistonhoitajan käyttöliittymän kautta. Tämän aiheuttamat muutokset dokumentissa:
 - o luvun 6 taulukkoon 4
 - lisätty uusi palvelupyyntö PP32 Arkistoasiakirjojen arkistointi
 - palvelupyynnöstä PP1 poistettu mahdollisuus arkistoida luovutusilmoitusasiakirja
 - palvelupyynnöstä PP2 poistettu mahdollisuus hakea luovutusilmoitusasiakirjaa
 - kappaleeseen 7.2.1 lisätty PP32"
- Kappaleen 8.1.2 (sanomatyyppi) taulukon 8 informationRecipient-tekstistä poistettu viittaus arkistoituihin luovutusilmoitukseen ja ostopalveluihin.

Diagnoosin tietosisältö, diagnoosin päättyminen

Diagnoosin tietosisällössä (kertomus ja lomakkeet) on kenttä: "Linkki kertomustekstiin, jossa diagnoosin päättyminen todettu". Onko tosiaan pakko kirjoittaa kertomustekstiä diagnoosin päättämistä, eikä pelkkä rakenteisen diagnoosin päättäminen riitä (kuvauksen voisi kirjoittaa diagnoosin tekstimuotoon)?

Vai voiko tässä viitata kirjattuun diagnoosimerkintään itseensä?

Vastaus: Diagnoosin päättämistä on käsitelty 15.10. kyselytilaisuudessa (Diagnoosin tietosisällössä (kertomus ja lomakkeet) on kenttä: "Linkki kertomustekstiin, jossa diagnoosin päättyminen todettu"). Onko käytännössä tilanteita, että mitään muuta kertomustekstiä ei kirjata, kun diagnoosi päätetään? Jos muuta kertomustekstiä on kirjattu, niin viitataan siihen. Esko toimittaa lisätietoa käyttötilanteesta.

Kertomus ja lomakkeet dokumentin v4.63 kappaleessa 3.2.2 olevan taulukon mukaisesti päättämisen yhteydessä tuo linkki on pakollinen ja näin oletetaan, että kertomustekstiä tästä on. Myös diagnoosin päättymismerkintä on kertomustekstiä. Jos muuta tekstiä ei ole, viitataan tähän. Parempi käsite olisi kertomusmerkintä. HUOM. vuoden 2016 päivitysten yhteydessä tuo tieto oli määritelty vapaaehtoiseksi. Tämän pakollisuuden poistuminen 2016 pitää vielä varmistaa ja riippuu HL7 TC kommenttikierroksen tuloksista (oli poistettu sen vuoksi, että viittaus oli tulkittu seuraavasti: "Viittausta käytetään viittaamaan kertomuksella löytyvään proosatekstiin diagnoosin päättymisestä, jota ei välttämättä aina ole").

Kuvailutietojen hakeminen

Kun halutaan muodostaa käyttäjälle sisällysluettelomainen yleiskuva potilaan KanTa:an talletetuista tiedoista (lista palvelutapahtumista: aika, organisaatio ja näkymälista (table of contents)) à Onko tehtävä kolme eri palvelupyyntöä jotta saadaan kaikkien palvelutapahtumien kuvailutiedot: omien haku, luovutushaku, luovutus yhteisrekisterin alueella?

Vastaus: Jotta saadaan kaikkien saatavissa olevien palvelutapahtumien kuvailutiedot, tarvitaan sekä omien tietojen haku että luovutushaku. Potilastietojärjestelmässä haku voidaan yhdistää.

Kertomus ja lomakkeet vs thp periaatteet

Kertomus ja lomakkeet vs thp periaatteet näyttäisi olevan ristiriidassa riskitiedon lopettamisen ja tarkentamisen suhteen (K&L 3.2.12 ja THP 5.2.2.2).

K&L: "Riskejä päivittäessä entryyn sisällytetään muutetut tiedot sekä alla mainitut pakolliset riskien tiedot sekä viitataan aikaisempaan päivitettävään versioon."

THP periaatteet: "Tarkennuskirjauksella tulee olla sama yksilöintitunnus kuin alkuperäisellä kirjauksella, muita tietoja käyttäjä voi muuttaa."

Käytetäänkö siis samaa yksilöintitunnusta vai externaldocument referenceä? (Voisiko tämän käydä läpi esimerkein CDA-tasolla?) Vai mitä yksilöintitunnus THP-periaatteet dokumentissa tässä yhteydessä tarkoittaa?

Vastaus Kertomus ja lomakkeet –dokumenttia päivitetään vastaamaan koodistopalveluun vietyjä 2016 vaatimuksia. Päivityksessä on tähän liittyen lisätty "Riskin yksilöivä id" vastaamaan THL 2016 tietosisältövaatimuksia. Alla copy-paste tästä dokumentista, joka on HL7 yhdistyksen teknisen komitean kommenttikierroksella.

Tässä vaiheessa julkinen versio on ristiriidassa koodistopalvelun kanssa. Jatkossa uusi versio dokumentista sisältää sekä 2014 että 2016 määrittelyt. Vuoden 2014 vaatimukset sisältävä Kertomus ja lomakkeet dokumentti jäädytetään ja korjaukset siihen tulevat erratana. Koodistopalvelussa vaihe, johon vaatimus liittyy, ilmenee tällä hetkellä koodin käyttöönottopäivämäärästä. 2016 vaatimuksiin kuuluvien koodien käyttöönottopäivä on 2014 jälkeen. 2018 ja myöhempien vaatimuksien käyttöönottopäivämäärät 2016 jälkeen. Arkiston puolella 2014 sisältö on testattavissa ja tuotannossa. 2016 vaatimuksia ei ole arkiston puolelle toteutettu.

Kertomus ja lomakkeet -dokumentti on HL7 teknisen komitean kommentoinnissa ja TC päättää milloin dokumentti julkaistaan.

<copy-paste>

Viittaus ensimmäiseen versioon riskitietoentrystä, mitä kirjauksella päivitetään
Viittaus tehdään luvun 2.3.1.1 ohjeistuksen mukaisesti, nyt templateld saa arvon
1.2.246.537.6.12.999.2003.20.4

```
<!-- viittaus ensimmäiseen ko riskitiedon kirjaukseen, entryyn -->
<reference typeCode="XCRPT">
  <externalDocument>
    <templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.20.4"/>
    <!-- entry:n id -->
    <id root="1.2.246.10.1246500.11.2010.99.1"/>
    <setId root="1.2.246.10.1246500.11.2010.99"/>
  </externalDocument>
</reference>
```

Riskejä päivittäessä entryyn sisällytetään muutetut tiedot sekä alla mainitut pakolliset riskien tiedot sekä viitataan alkuperäiseen versioon. Tarvittaessa aikaisempien kirjauksien tarkemmat tiedot löytyvät entry-viittausketjun avulla tai KRIS- koosteesta.

Riskin yksilöivä id

Riskin yksilöivä id esitetään omassa aliobservationissa. Observation.code:n tulee riskien tietosisältömäärittelyn 'riskin yksilöivä id' kentän tunnus ja value:n annetaan yksilöivä tekninen oid riskille II-tietotyyppillä. Tämän on pakollinen tieto kaikilla ko. riskin kirjauksilla

```
<!-- Riskin yksilöivä tekninen oid-tunniste -->
<entryRelationship typeCode="COMP">
  <observation classCode="COND" moodCode="EVN">
    <!-- Riskien tietosisältömäärittelystä riskin id kentän tunniste -->
    <code code="1" codeSystem="1.2.246.537.6.12.2012.343"/>
    <value xsi:type="II"
root="1.2.246.10.1246500.11.2013.99.1"/>
  </observation>
</entryRelationship>
```

Tietojen pakollisuus

Pakollisia tietoja ovat THL/Tietosisältö – Riskitiedot määrittelyn mukaisesti: riskin yksilöivä id, riskin nimi tai kuvaus sekä riskin aste.

Poistetun riskitiedon tapauksessa pakollisia ovat lisäksi riskitiedon päättymisen syy sekä viittaus poistettavan kyseisen riskitiedon ensimmäiseen kirjaukseen (entryyn).

</copy-paste>

Koodisto "Diagnoosin päättymisen syy"

Koodiston THL/Tietosisältö - Diagnoosit 2013 koodi 17 "Diagnoosin päättymisen syy" määrittelee syyt koodistolista-attribuutissa. Tulisiko kuitenkin käyttää koodistoa "AR/YDIN- Terveystiedon voimassaolon päättymisen syy"?

Vastaus: Koodistolista-attribuutissa näyttää olevat samat syyt kuin "AR/YDIN- Terveystiedon voimassaolon päättymisen syy –koodistossa". Kertomus ja lomakkeet päivityksessä on tarkennettu tätä vastaamaan THL 2016 tietosisältövaatimuksia. Alla ensin copy-paste v4.63 dokumentista, jossa tämä asia on auki ja sitten copy-paste K&L dokumentista, joka on HL7 yhdistyksen teknisen komitean kommenttikierroksella.

Diagnoosin päättymisen syy on koodistopalvelimella sisäinen koodisto, vaikka käytettävissä on myös ulkoinen koodisto. Ulkoisen koodiston käyttö olisi teknisesti kestävämpi ratkaisu, ja esim. Effican toteutus on nyt tehty ulkoista koodistoa käyttäen. Käytetään ulkoista koodistoa.

<copy-paste>

K&L v4.63:

"**Diagnoosinpäättymisen syy:** kenttäkoodi: 2.4

koodisto: 1.2.246.537.6.12.999.2003

Diagnoosinpäättymisen syy ilmoitetaan omassa alikomponentissaan

<entryRelationship><observation><value> -elementissä. Koodisto on xxxx, jonka koodiarvot ovat: Parantunut / Tarkentunut / Virheellinen tieto / Muu syy. Tarkenteen voi antaa vapaalla tekstillä"

</copy-paste>

Eli K&L v4.63 ei ota tuohon kantaa!

Nyt kommentailla olevassa dokumentissa mennään uuden THL 2016 tietosisältömäärittelyn mukaisesti:

<copy-paste>

Diagnoosin päättymisen syy: kenttäkoodi: 2.4 koodisto:
1.2.246.537.6.12.999.2003

Diagnoosin päättymisen syy ilmoitetaan omassa alikomponentissaan

<entryRelationship><observation><value> -elementissä. **Luokitus on annettu diagnoosien tietosisältömäärittelyssä diagnoosin päättymisen syy-kentässä, koodiarvot ovat: 1=Parantunut / 2=Tarkentunut / 3=Virheellinen kirjaus / 4=Muu syy.** Tarkenteen voi antaa tarvittaessa vapaalla tekstillä näyttömuodossa.

<!-- 17 Diagnoosin päättymisen syy -->

<entryRelationship typeCode="MFST">

<observation classCode="OBS" moodCode="EVN">

<templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.2.4"/>

<code code="2.4" codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003"/>

<text>

<reference

value="#OID1.2.246.537.10.1246109.11.2013.166.1.20"/>

</text>

<!-- diagnoosin tietosisältömäärittelyssä Diagnoosin päättymisen syy kentässä annetun koodiston mukainen arvo -->

<value xsi:type="CV" code="1" codeSystem="1.2.246.6.12.2012.1001.17" displayName="Parantunut"/>

</observation>

</entryRelationship>

</copy-paste>

Työnantajan tunnistaminen

Maanviljelijöiden ja yrittäjien tunnistamiseen käytetään henkilötunnusta, koska sitä käytetään Kelan korvaushakemuksissa. Onko tätä tietoa mahdollista käyttää työnantajan tunnistamisessa Y-tunnuksen sijasta?

Teoriassa on mahdollista, että työnantajalla ei edes ole Y-tunnusta.

Toimittajan kommentti: Tämä tilanne on ammatinharjoittajilla ja maanviljelijöillä. Työterveyshuollon kirjauksissa tarvittaisiin y-tunnus, jota ei ole. Y-tunnuksen ei pitäisi olla pakollinen tieto, tai y-tunnuksen sijaan pitäisi pystyä käyttämään henkilötunnusta.

Vastaus: Mahdollistetaan henkilötunnuksen käyttö rekisterin tarkenteena tarvittaessa. Päivitetään HL7-määrittelyt (eArkiston header ja eArkiston Medical Records) tältä osin ja tehdään Kantaan tarvittava muutos.

Diagnoosi- ja syykoodi

Oire- ja syykoodikysymykseen kommentti: kansallinen määrittely ei erottele syy- ja oirekoodia. Joissakin organisaatioissa syydiagnoosilla tarkoitetaan diagnoosin ulkoista syytä. Ehdotus: ulkoinen syy olisi oma kenttänsä, diagnoosirakenteeseen oire- ja syykoodi mukaan. Stakes ICD-julkaisun säännöt edelleen voimassa. Ulkoinen syy on eri asia kuin diagnoosin syykoodi. Syykoodille ei ole omaa kenttää kansallisessa rakenteessa. Kun oire- ja syykoodi yhdistetään tulee sellainen koodi jota ei ole diagnoosikoodistossa.

Vastaus: Kertomus ja lomakkeet päivityksessä on tähän liittyen tarkennettu syy- ja oirediagnoosien käsittelyn ohjeistusta sekä lisätty oirediagnoosille oma rakenne vastaamaan THL 2016 tietosisältövaatimuksia. Tämä ratkaisu on käyty THL:n kanssa läpi. Alla copy-paste tästä dokumentista, joka on HL7 yhdistyksen teknisen komitean kommenttikierroksella.

Jos päivitys ei ratkaise kuvattua ongelmaa, pyydetään kommentit sähköpostilla, kantakehitys(at)kela.fi, jotta mahdolliset muutokset saadaan mukaan HL7-kommenttikierrokselle. Lisäksi toivotaan kommentteja, pitäisikö tämä korjaus olla mukana jo 2014 vaatimuksissa.

<copy-paste>

Diagnoosin pää-observationissa voidaan käyttötärpeen mukaan ilmoittaa joko syy- tai oirediagnoosi; ICD-10:n 11-merkkinen koodi tulisi pystyä jakamaan kahteen osaan, syyhyn ja oireeseen, ja tekemään päättely koodin välimerkistä jakaen koodi syy- ja tai oirediagnooseiksi (jos koodissa on '*' -merkki, kyseessä on oirekoodi, muutoin syykoodi. eR.observation rakenteilla tarkennetaan vielä erikseen syyllä ja oireelle, mikäli nämä ovat tiedossa.

Diagnoosi on riskitieto, silloin kun se sijaitsee riskitietonäkymässä. Otsikon diagnoosit alla (tulotilanne) kyseessä on aiemmin tehty diagnoosi ja hoitopalautteen loppuarviossa diagnoosi-otsikon alla sijaitessaan se tarkoittaa palvelutapahtuman aikana tehtyä diagnoosia. Diagnoosi esitetään joka paikassa alla esitetyllä rakenteella.

<!-- 1 Diagnoosikoodi ja koodisto -->

```
<value xsi:type="CD" code="S90.8" codeSystem="1.2.246.537.6.1.1999"
  codeSystemName="THL - tautiluokitus ICD-10" displayName="Muu nilkan tai jalkaterän
  pinnallinen vamma">

<!-- 21 Diagnoosin nimi: Täydennetty tai muokattu diagnoosin nimi" vapaamuotoisena
  tekstinä, mikäli tämä puuttuu käytetään em. koodiston mukaista nimeä -->

<originalText>

  <reference value="#OID1.2.246.537.10.1246109.11.2013.155.1.3"/>

</originalText>

</value>
```

Syy-, oire-, tapaturma- ja rinnakkaisdiagnoosi samoin kuin **haittavaikutuksen aiheuttaja** ilmoitetaan omissa komponenteissaan <entryRelationship> -assosiaation alla, jolloin typeCode ="MFST".

Haittavaikutuksen aiheuttaja ilmaistaan THL - Toimenpideluokituksella tai Fimea - ATC-luokituksella.

Diagnoosin tarkenteet	templateId
Diagnoosin ulkoinen syy (syydiagnoosi)	1.2.246.537.6.12.999.2003.2.5
Diagnoosin tapaturmatyyppi (tapaturmadiagnoosi)	1.2.246.537.6.12.999.2003.2.6
Haittavaikutuksen aiheuttaja	1.2.246.537.6.12.999.2003.2.7
Rinnakkaiskoodi ICPC-koodille	1.2.246.537.6.12.999.2003.2.8
Oirediagnoosi	1.2.246.537.6.12.999.2003.2.9

Jos halutaan ilmoittaa diagnoosista, joka ei ole kyseessä, käytetään attribuuttia negationInd, joka saa tällöin arvon true (esim. potilaalla ei ole astmaa).

```
<!-- 3 Diagnoosin ulkoinen syy (Syydiagnoosi) entryRelationship-komponenttina -->
<entryRelationship typeCode="MFST">
  <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
    <templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.2.5"/>
    <code code="2.5" codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003"/>
    <text>

      <reference
value="#OID1.2.246.537.10.1246109.11.2013.155.1.4"/>
    </text>
```

```

        <value xsi:type="CD" code="V19" codeSystem="1.2.246.537.6.1.1999"
        codeSystemName="THL - tautiluokitus ICD-10"
        displayName="Polkupyöräilijän muu tai määrittämätön I"/>
    </observation>
</entryRelationship>
<!-- Oirediagnoosi entryRelationship-komponenttina, ICD 10 -luokitus sisältää syy- ja
oirekoodeja sekä näiden yhdistelmiä; yhdistelmäkoodista voidaan tehdä erottelu,
oirediagnoosi välitetään tällä rakenteella. -->
<entryRelationship typeCode="MFST">
    <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.2.9"/>
        <code code="2.9" codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003"/>
        <text>
            <reference
value="#OID1.2.246.537.10.1246109.11.2013.155.1.5"/>
            </text>
            <value xsi:type="CD" code="S90.8" codeSystem="1.2.246.537.6.1.1999"
            codeSystemName="THL - tautiluokitus ICD-10" displayName="Muu nilkan
            tai jalkaterän pinnallinen vamma"/>
        </observation>
    </entryRelationship>
<!-- 4 Diagnoosin tapaturmatyyppi (Tapaturmadiagnoosi) entryRelationship-komponenttina --
>
<entryRelationship typeCode="MFST">
    <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.2.6"/>
        <code code="2.6" codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003"/>
        <text>
            <reference
value="#OID1.2.246.537.10.1246109.11.2013.155.1.6"/>
            </text>
            <value xsi:type="CD" code="Y94.4" codeSystem="1.2.246.537.6.1.1999"
            codeSystemName="THL - tautiluokitus ICD-10" displayName="Tapaturma
            liikennealueella"/>
        </observation>
    </entryRelationship>
<!-- 5 Haittavaikutuksen aiheuttaja entryRelationship-komponenttina, HUOM. Oli aiemmin "5
Lisätietodiagnoosi entryRelationship-komponenttina" -->
<entryRelationship typeCode="MFST">
    <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.2.7"/>
        <code code="2.7" codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003"/>
        <text>
            <reference
value="#OID1.2.246.537.10.1246109.11.2013.155.1.7"/>
            </text>
            <!-- Haittavaikutuksen aiheuttaja ilmaistaan THL - Toimenpideluokituksella
            tai Fimea - ATC-luokituksella -->
            <value xsi:type="CD" code="xxxxx" codeSystem="1.2.246.537.6.2.2007"
            displayName="xxxxx"/>
        </observation>

```

```

</entryRelationship>
<!-- 6 ICD-10 -rinnakkaiskoodi ICPC-koodille entryRelationship-komponenttina -->
<entryRelationship typeCode="MFST">
    <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.2.8"/>
        <code code="2.8" codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003"/>
        <text>
            <reference
value="#OID1.2.246.537.10.1246109.11.2013.155.1.8"/>
            </text>
            <value xsi:type="CD" code="S93.4" codeSystem="1.2.246.537.6.1.1999"
codeSystemName="THL - tautiluokitus ICD-10" displayName="Nilkan
nyrjähdys"/>
        </observation>
    </entryRelationship>
</copy-paste>

```

Lokimerkinnät

Onko oikeasti tarve lokittaa kaikki lisäykset, muutokset, poistot jne. – vai riittääkö, että lokitetaan mitä on ”katseltu” (ottaen huomioon, että k.o. näytöllä voidaan sitten tehdä kaikenlaisia toimintoja...) – siis lokimerkintä tyyliin ”Kertomuksen selaus”?

Vastaus: Kyllä myös muu kuin kertomuksen katselu on lokitettava. Eli määrittelyjen mukaan on lokitettava tapahtuman tyyppi (haku, luku, kirjoitus, päivitys, poisto), kuvattu PTJ-käyttötapausten lokivaatimusliitteessä.

Jos ollaan vaikkapa sitten tuolla jatkuvan kertomuksen muodostavalla näytöllä, niin tarvitseeko lokiin eritellä, mitä näkymiä kertomuksella on nähty/käsitelty? Ja jos tehdään jotain näkymärajausja, niin tuotetaanko niistä valinnan jälkeen uusi lokimerkintä + listataan joka kerta uudestaan ne näkymät, jotka rajauksilla saatiin näkyviin?

Vastaus: Lokivaatimusten mukaisesti silloin, kun paikallisessa järjestelmässä tiedot on jaettu erikoisalakohteisesti, näkymittäin tai muulla vastaavalla tavalla, käytetään samaa jaottelua myös lokissa. Lokitetaan ne näkymät, joita istunnon aikana käyttäjä on katsellut. Jos kyseessä on kansallisesta arkistosta luovutettu asiakirjoja, ne yksilöidään joko palvelutapahtuman tunnuksen tai asiakirjan tarkkuudella. Myös omassa järjestelmässä olevat asiakirjamuotoiset tiedot yksilöidään asiakirjan tarkkuudella. Järjestelmän sisäisessä käytössä lokitus voidaan tehdä näkymän tai merkinnän tasolla, riippuen siitä miten järjestelmä ryhmittelee tietoja.

Miten tulisi tulkita Käyttötapausten Liitteen 5 sivulla 2. olevaa lausetta ”Lisäksi on pystyttävä erottamaan toisistaan samassa palvelutapahtumassa syntyneet tiedot ja muut järjestelmässä olevat tiedot.”? Käytännössä ei liene olemassa sellaista tilannetta muutoin kuin ihka ensimmäisen kontaktikerran yhteydessä, etteikö hyödynnettäisi/saataisi näkyville muita kuin samassa palvelutapahtumassa syntyneitä tietoja – miten tämä tulisi huomioida lokituotannossa?

Vastaus: Tarkennetaan määrittelyä. Palvelutapahtuma, johon potilastietojen käsittely liittyy, tulee lokittaa ja sillä perusteella voidaan tarvittaessa selvittää ko. palvelutapahtumassa syntyneet tiedot.

Ydindokumentin liite 4 vuodelta 2007, joka on modifioitu nyt käyttötapausten liitteeksi 5, piti sisällään viittauksia varmistusasiakirjaan hoitosuhteen olemassaolon todentamiseksi. Kyseessä lienee inhimillistä toimintaa kun näitä muutoksia on tehty, mutta eikö hoitosuhteen olemassaoloa todenneta palvelutapahtuman tunnisteella – ei lokitapahtuman, kuten dokumenttiin on kirjattu?

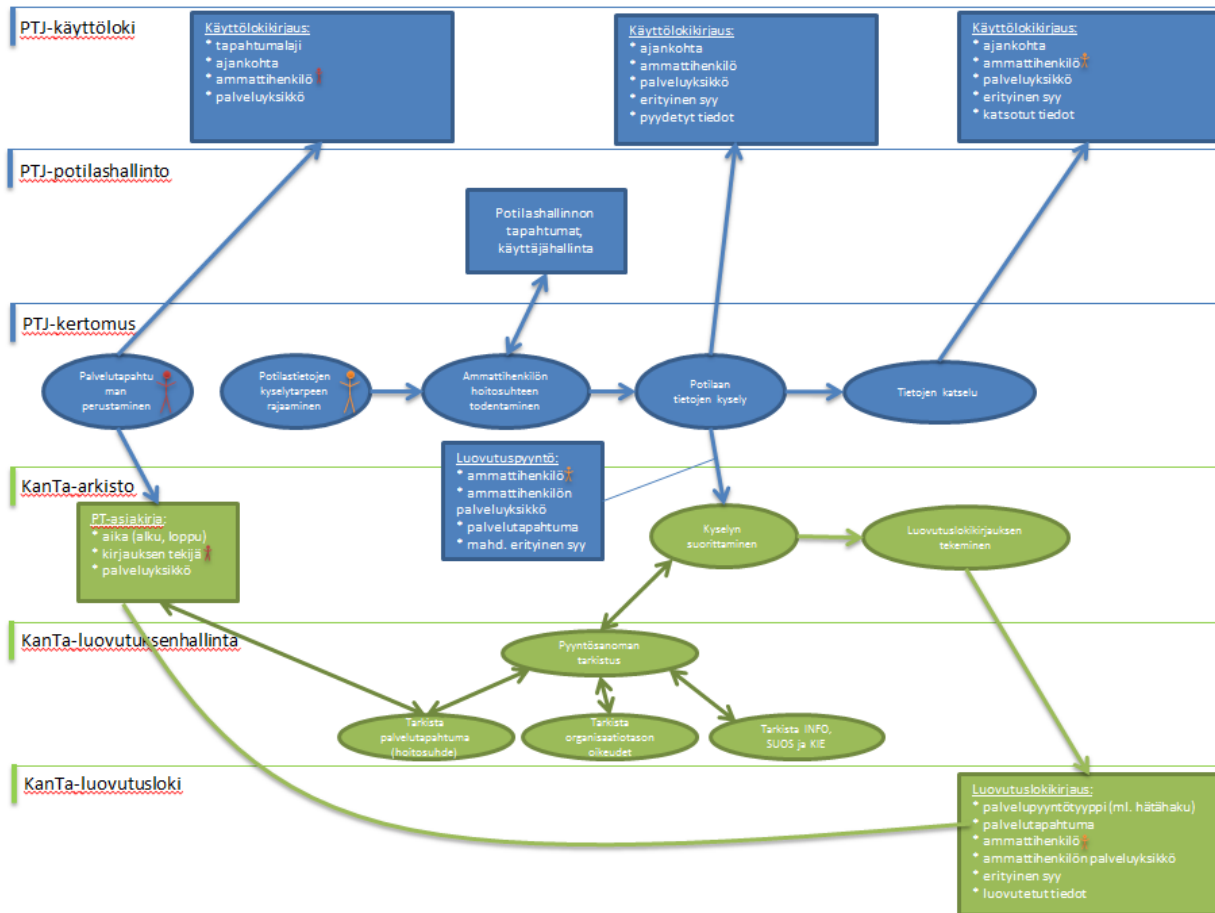
sivu 2: ”Muuta

- mahdolliset virheilmoitukset (esimerkiksi tapahtuma keskeytynyt tai käyttäjä on keskeyttänyt sen)
- käyttö on tapahtunut poikkeusperusteella ilman potilaan suostumusta (PotL 13§)
- lokitiedon salassapito (salassapidon peruste ja voimassaolo: johonkin asti tai pysyvä)
- potilashallinnon tapahtumalaji (mikäli kyse potilashallinnon tapahtumasta)
- mahdollinen hoitosuhteen olemassaolon todentavan lokitapahtuman tunniste (mikäli kyseessä ei ole itsessään potilashallinnon tapahtuma)
- mahdollinen erityisen syyn käyttö (syykoodi ja sen mahdollinen seliteteksti)

sivu 3: ”...että peruste tietojen käsittelylle on olemassa, on lokiin tallennettava joko hoitosuhteen olemassaolon todentavan lokitapahtuman tunniste tai potilashallinnon tapahtumalaji, mikäli tapahtuma itsessään on potilashallinnon tapahtuma (esim. ajanvaraus tai avohoitoon kirjaus). Mikäli hoitosuhteen olemassaoloa ei voida todentaa toisen lokitapahtuman tunnisteella, eikä kyseessä ole potilashallinnon tapahtuma, vaatii tietojen käsittely erityisen syytä, jonka tiedot tallennetaan lokiin.”

Vastaus: Hoitosuhde varmistetaan palvelutapahtuman perusteella. Kun haetaan tietoja Kannasta, hoitosuhde todennetaan palvelutapahtuman perusteella. Kun käytetään potilastietoja potilastietojärjestelmän sisällä, palvelutapahtuma varmistaa hoitosuhteen. Jos käyttäjä menee potilaan tietoihin ajanvarauskirjan tai vastaavan kautta, ko palvelutapahtumaa käytetään hoitosuhteen varmistamiseen. Kuitenkin, jos käyttäjä itse on luonut myös ko. palvelutapahtuman potilashallinnon merkinnän kuten ajanvarauksen, ei palvelutapahtuman olemassa olo varmista hoitosuhdetta teknisesti vaan käyttäjän täytyy antaa erityinen syy. Eli palvelutapahtuma itsessään on liian laaja kokonaisuus teknisen hoitosuhteen varmistuksen tuottamiseksi. Potilashallinnon merkintöjen lisäksi myös toisen henkilön tekemä kertomusmerkintä tuottaa hoitosuhteen teknisen varmistuksen muille ko. yksikön työntekijöille.

Seuraavassa kuvassa on kuvattu lokikirjaukset ja hoitosuhteen todentaminen.



Miten tulisi lokittaa potilaslistan esittäminen, jossa näkyy nimiä ja hetuja esim. tilastointinäytöllä tai vaikkapa kontaktilistalla? Tulisiko tuottaa jokaisesta näytöllä esiintyvistä yksittäisestä potilaasta oma käyttölokimerkintänsä? Tällaisessa tapauksessahan ei sinällään ole Liitteen 5 sivulla 2. esitetystä listauksessa kohdassa "Käytetyt tiedot" mitään tapahtumaan liittyviä tietoja tai asiakirjoja... Vai riittääkö se, että lokitetaan listan näkyminen ja merkintään tuotetaan vaikka sitten luettelo näytöllä olleista potilaista – mutta ei siis tehtäisi potilaskohtaista käyttö(loki)merkintää?

Vastaus: Riittää, että lokitetaan listan näkyminen. Lokikirjaus sisältää tuolloin sekä listan että sillä näkyneet henkilöt.

Koostetietojen hakeminen ja näyttäminen 2014 toteutuksessa

Miten koosteet tuotetaan 2016 asti? Jos esim. kaikki diagnoosit on haettava erikseen, haku on raskasta, koska diagnoosit voivat olla millä tahansa näkymällä.

Vastaus: Rajausta ei pysty tekemään niin että haettaisiin vain pitkäaikaisdiagnoosit.

Jos kooste tehdään luovutushakuna, mitä lokimerkintöjä tehdään?

Vastaus: Jos kooste tehdään luovutushakuna, kaikista hauista tulee lokimerkintä.

Tiedonhallintapalvelujen periaatteita ei voida tässä vaiheessa toteuttaa, ja potilastietojärjestelmästä tuotetaan aina uutta tietoa.

Vastaus: Koosteiden näyttäminen tulee pakolliseksi 2016, mutta toteutuksen saa tehdä aiemmin.

Tiedonhallintapalvelu kerää jo diagnoositietoja, ja toteutus on Kantan päässä jo tehty. Koosteluontoisen tiedon hakeminen ja näyttäminen ei ole järkevää ennen koostetoteutusta.

4.12.2013 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely

Tietojen vienti potilastiedon arkistoon

Onko Kela ohjeistanut tai aikooko ohjeistaa, miten tiedot viedään eArkistoon. Voiko viedä eräajona vai pitääkö liikenne olla reaaliaikaista?

Vastaus: Kela ei ohjeista arkistointia, vaan ohjeistus on potilasasiakirjaoppaassa.

Asiakirjojen arkistointi tulisi tehdä välittömästi niiden valmistuttua ja potilasasiakirjaopas ohjeistaa toimittaan asiakirjat viimeistään 5 vrk sisällä merkinnästä.

4.4 Potilasasiakirjamerkinnöille ja asiakirjojen toimittamiselle säädetyt määräajat

Potilasasiakirja-asetuksen 8 §:n mukaan potilasasiakirjamerkinnot on tehtävä viivytyksettä. Jos se ei ole välittömästi mahdollista, on niiden valmistuttava viimeistään viiden vuorokauden sisällä siitä, kun potilas poistuu vastaanotolta tai palvelutapahtuma muutoin päättyy.

Viiden vuorokauden takaraja koskee sekä avo- että osastohoidon

Tiedonhallintapalvelun infot, kiellot ja suostumukset tulee tallentaa välittömästi arkistoon kuten myös jatkossa tahdonilmaisut.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kannattaa huolehtia, että tallennus olisi mahdollisimman reaaliaikaista, koska Omakannan kautta tiedot ovat potilaan nähtävillä arkistointihetkestä lähtien ja jos tiedot eivät siellä näy, niin tämä saattaa aiheuttaa hämmennystä kansalaisten keskuudessa.

Mikäli arkistointi tullaan toteuttamaan eräajona esim. kerran vuorokaudessa, tulee asiasta sopia Kelan kanssa käyttöönottojen suunnittelussa. Varsinaista eräajorajapintaa ei arkistoon kuitenkaan ole ns. vanhojen tietojen arkistoinnin rajapintaa lukuun ottamatta eli sanomaliikenne on synkronista kysely-vastaus -tyyppistä.

Rakenteinen ja tekstimuotoinen sisältö merkinnässä

Voiko samassa merkinnässä olla sekä rakenteisia entryjä (esimerkiksi Diagnoosi +luonnollisesti diagnoosin tekstimuoto) että tekstimuotoista sisältöä (esimerkiksi väliarvio)?

Vastaus: Käsitelmäärittelyn mukaisesti ”Merkintä on yhden käyttäjän yksittäiseltä näkymältä samalla kertaa kirjaamien, samojen meta-tietojen sitoma kokonaisuus. Se on pienin terveydenhuollon prosesseissa syntyvä sisältökokonaisuus tai asiakirjallinen tieto, jonka terveydenhuollon ammattihenkilö tallentaa potilastietojärjestelmään.

- tietynä ajankohtana tallennettu
- yhden ammattihenkilön kirjoittama tai mittauslaitteen tuottama tulos tai kuvantamislaitteen tuottama kuva, jonka ammattihenkilö on arvioinut ja tallentanut tietyn potilaan hoitoa koskeva dokumentaatioksi.”

Toiminnallisesti on kaiketi todennäköistä, että samalla kertaa voidaan kirjata sekä diagnoosi että muuta tekstiä otsikon alle. Diagnoosihan kuitenkin kuuluu samalle näkymälle, kuin mihin muukin teksti kirjataan, vaikka diagnoosin kirjaamiselle olisi oma kirjaamisalustansa. Eli jos teknisesti ei ole estettä, niin vastaus kysymykseen: voi olla.

Suostumus- ja kieltolomakkeen tulostaminen

Jos potilas tekee sairaalassa suostumuksen ja kieltöjä, niin ohjeistuksessa lukee, että lomakkeet tulee tulostaa kahtena kappaleena ja ne tulee potilaan allekirjoittaa.

-> Onko tämä toiminnallisuus järkevää, koska näitä tietoja potilas voi haluta päivittää puhelimitse. Uskomme, että toiminnallisuus ei toteudu, koska kaikki eivät muista/halua tulostaa lomakkeita. Yleensäkin pyritään paperittomaan toimintaan.

Vastaus: Suostumusta ja kieltöjä ei voi päivittää puhelimitse, koska potilaan on allekirjoitettava palvelujenantajan luona annetut tiedot. Tulostamisen unohtamisen voi estää toteuttamalla potilaskertomusjärjestelmään ominaisuuden, joka pakottaa tulostuksen tallennuksen yhteydessä. Ainoastaan informointi voidaan tarvittaessa tehdä puhelimitse.

Allekirjoitettu paperi on myös henkilökunnan ja potilaan oikeusturvan kannalta keskeinen niissä tilanteissa, joissa potilas myöhemmin ei esim. muista antaneensa suostumusta tietyssä aikana.

Kielto ja hätähäku

Jos suostumus on tehty ja muutamia kieltöjä laitettu, niin hätähäku ei tuo kiellon omaavia tietoja näkyviin, mutta jos suostumukseen on kirjattu EI (potilas ei ymmärrä mennä edes mitään kieltöjä tekemään), niin hätähaulla saadaan potilaan kaikki tiedot. Onko toiminnallisuus todellakin näin ja jos on, niin onko se järkevä tai pitäisikö potilasta jotenkin asiasta informoida?

Vastaus: Jos potilas ei ole antanut suostumusta, Kantasta ei luovuteta mitään tietoja luovutuksella, mutta hätähaussa tiedot luovutetaan.

Oma käyttö ei ole luovutusta, joten tiedot ovat aina oman rekisterin osalta käytettävissä. Mikäli potilas haluaa, että tiedot luovutetaan hätätilanteessa kielloista huolimatta merkitään tämä tieto luovutuskieltoasiakirjaan, ei suostumukseen.

Tilanne, jossa potilas ei ole antanut asiakastietolaissa tarkoitettua suostumusta, ei ole kieltoon rinnastettavissa. Tilanteessa, jossa potilastietojen luovutukseen ei ole potilaan suostumusta, potilastiedot voidaan luovuttaa KanTa-palvelujen kautta potilaslain 13 §:n 3 momentin 3 kohdan tarkoittamissa tilanteissa, eli jos tietoja tarvitaan potilaan tutkimuksen ja hoidon järjestämiseksi mm. tajuttomuustilanteissa. Hätähaun palvelupyyntöä PP6 käytetään luovutushaussa ja palvelupyyntöä PP28 keskeisten terveystietojen haussa.

Informointi ja suostumus itseilmoittautumisessa

Meillä täällä OYS:ssa ilmoittautuu itseilmoittautumisen (Akseli-järjestelmä) avulla tällä hetkellä yli 1300 potilasta päivässä. Vuodenvaihteessa määrä lisääntyy parilla sadalla. Suunnitelmissa on, että ensi vuoden aikana itseilmoittautuminen kattaa suurimman osan aikuisten somaattisten sairauksien polikliinisten potilaiden ilmoittautumisesta. Kannaltamme olisi siis erittäin tärkeää, että erilaiset tietoturvan yms. vaatimat tiedotukset saataisiin integroitua itseilmoittautumistapahtumaan. Tällä hetkellä ilmoittautumisautomaatti tiedottaa potilasta Yhteisestä potilastietorekisteristä, jos potilastietojärjestelmän mukaan, tätä tiedotusta ei ole enemmin annettu. Tällä hetkellä järjestelmän käyttö on potilaalle helppoa ja suurin osa potilaista kykenee ilmoittamaan itsensä sen avulla sairaalaan.

Järjestelmän toimivuutta uhkaa lähinnä kaksi seikkaa.

- 1) Potilailta vaaditaan kattavasti suostumuksia, kielloja tms. allekirjoituksia, joiden vuoksi sihteerit täytyy palauttaa ”luukuille”
- 2) Akseli-automaatilla asiointi monimutkaistuu usean tiedotuksen lukukuittauksen vuoksi niin paljon, etteivät potilaat enää suoriudu automaatti-ilmoittautumisesta.

OYS:lle olisi sekä taloudellisesti että toiminnallisesti varsin vaikeaa, jos potilaiden itseilmoittautumisesta jouduttaisiin luopumaan. Toivottavasti näihin asioihin siis löytyy tältäkin osaa potilaiden sähköistä asiointia tukeva ratkaisu. Meillä käytössä oleva Akseli-järjestelmä on käytössä myös TAYS:ssa, jossa sen koordinoinnista vastaa Kristiina Lehtinen.

Vastaus: Potilas voi tallentaa informoinnit, suostumukset ja kiellot Omakannan kautta ennen ilmoittautumista. Ajanvarausilmoitukseen ja ilmoittautumisautomaattiin voisi lisätä tiedotteen Omakannasta.

Hoitosuhteen määräytyminen

Missä on nykyisin määritelty hoitosuhteen määräytymisen periaatteet kun kyseinen kohta (potilashallinnon varmistus) on poistettu käyttötapauksista? Pitäisihän viranomaisvaatimusten jossain olla täsmennettynä, koska joudumme niitä rajoituksia perustelemaan asiakkaillemme. Joudumme ne tietysti toteuttamaan ja toistaiseksi käytämme ohjeena vanhentuneita määrittelydokumentteja.

Vastaus: Allaoleva taulukko on poistettu PTJ-käyttötapauksista. Tietosisältöä ylläpidetään jatkossa koodistopalvelimella (koodistosta eArkisto - Potilashallinnon tapahtumalaji 1.2.246.537.5.40164), ja oikean sarakkeen tiedot lisätään päivitettyinä koodiston tietoihin.

Lisäkysymys: Voiko peruuntunutta palvelutapahtumaa käyttää hoitosuhteen varmistamiseen normaalien voimassaolosaäntöjen mukaisesti? Onko palvelutapahtumalla tieto siitä, että se on peruuntunut?

Vastaus: Arkistossa ei ole toiminnallista käsitettä palvelutapahtuman peruuttaminen vaan kyse on palvelutapahtuman päivittämisestä tai mitätöinnistä. Jos esim. ajanvaraus peruutetaan, palvelutapahtuma jää jäljelle ja sitä voi käyttää hoitosuhteen varmentamiseen.

Koodi-arvot	eArkisto - Potilashallinnon tapahtumalaji 1.2.246.537.5.40164.2009	Aikajakso, jonka sisällä potilashallinnon varmistus voidaan muodostaa uudelleen
1	Jono	voidaan muodostaa aina kun potilas on jonossa
2	Ajanvaraus	varattu ajankohta + 3 kk
3	Avohoito	3 kk palvelutapahtuman päättymisestä
4	Osastohoito	3 kk palvelutapahtuman päättymisestä
5	Konsultaatio	3 kk konsultaatiopyynnöstä
11	Palvelujen osto	(voimassa olo suoraan sopimuksen mukaan, joten ei uudelleen muodostamisen aikarajoja)
12	Kotihoito	
14	Lähetä ja hoitopalaute	kun lähetä kirjattu tai hoitopalautteen saapumisesta on kulunut korkeintaan 3kk
15	Yhteydenotto hoidon tarpeen arvioimiseksi	yhteydenottoajankohta + 3kk
16	lääkemääräyksen uusimispyyntö	uusimispyynnön kirjaamisajankohta + 3kk
17	Erityinen syy, joka annetaan kun ei ole toisen henkilön merkintää tai hoitosuhdetta ei voida teknisesti päätellä	voidaan luoda yhden vuorokauden ajan kirjaamisajankohdasta (varmistuksen voimassaoloksi asetetaan myös yksi vuorokausi)

Palveluyksikkö ja toimintayksikkö hoitosuhteen varmentamisessa

Onko hoitosuhteen tarkistamisessa huomioitava palveluyksikkö vai koskeeko hoitosuhde edelleen koko toimintayksikköä? Normaalissa toimintayksikössä palveluyksikön huomioiminen hoitosuhteen tarkistamisessa todennäköisesti tuottaa käyttäjille ylivoimaisia ongelmia, kun esim. sairaalassa potilaan hoitoon säännönmukaisesti osallistuu ammattilaisia yli palveluyksikkörajojen eikä potilashallinnon tapahtumia suinkaan synny kaikille palveluyksiköille ja ammattilaiset joutuvat ottamaan kantaa myös ollessaan toiseen palveluyksikköön kirjautuneina. Jos jossain toimintayksikkö on liian laaja kokonaisuus, tämä ongelma pitäisi ratkaista muulla tavoin kuin muuttamalla kansallista määrittelyä. Esimerkiksi toimintayksiköiden määritelmää tulisi kyseisessä paikassa korjata tai sitten pitäisi pystyä organisaatiokohtaisesti määrittelemään millä organisaatiotasolla hoitosuhde tarkistetaan ja mahdollisesti hyödyntää myös palveluyksiköiden sisäistä hierarkiaa.

Vastaus: Määrittelyiden mukaan tällä hetkellä vaatimus pääsääntöisesti palveluyksikkö. Allaolevassa taulukossa on kuvattu säännöt mentäessä suoraan potilaan kertomukseen (ei ajanvarauskirjan, työlistan tms. kautta) erilaisissa tilanteissa. Taulukossa laajennuksia palveluyksikköön (erikoisala, käyttäjälle sallitut yksiköt).

Kertomuksen käyttö suoraan (ei ajanvaraussovelluksen eikä osastonhallinnan tai muun ohjelman kautta)				
Syy	Mahdollinen palvelutapahtuma hoitosuhteen varmistuksen näkökulmasta	Mahdollinen palvelutapahtuma uuden merkinnän näkökulmasta	Käyttäjän roolin tai työasematietojen/työyksikkö tai vastaavan tietojen hyödyntäminen palvelutapahtuma ehdotuksessa (kirjaus)	Huomioita
			Toiminto (pth), erikoisala (esh) ja (palvelu) yksikkö molemmissa, rekisteri kaikissa	Aina palvelu-/työyksikkö mukana ensisijaisena Toiminto hilmomäärittelyn mukainen, kaikki liittyy johonkin toimintoon
Tilanne: Potilaan yhteydenotto				
Hoidon tarpeen arvio	Potilaan aiempi palvelutapahtuma erikoisalalla, yksikössä (joka sallittu käyttäjälle)/toiminto	Uusi ajanvaraus tai vastaava tai jos tehdään pelkkä merkintä voidaan kysyä luodaanko uusi?	Käyttäjällä mahdollisuus kirjata HTA-rooli? Huomioidaan käyttäjän työyksikkö/ ea/toiminto	Jos tehdään merkintä ensin ja sitten vastaav, tulee helposti kaksi palvelutapahtumaa ja tämä estettävä? Jos isossa yksikössä tai muuten voidaan eriyttää niin hyvä Tai jos ensin antaa erityisen syyn hta:n
	Jos potilaalla ei ole palvelutapahtumaa, näytetään oman palvelunantajan merkinnät erityisellä syyllä	Uusi ajanvaraus tai vastaava tai jos tehdään pelkkä merkintä voidaan kysyä luodaanko uusi?	Käyttäjällä mahdollisuus kirjata HTA-rooli tai vastaava, ettei jatkuvasti tarvitse antaa erityistä syytä	Luodaan uusi pt, jolla voi myös hakea tietoja. Jos rooli tai jos erityisen syyn hta-koodi annettu.
Puhelin- tai yhteydenotto palvelutapahtuman jälkeen	Edeltävä poliklinikkakäynti, tai muu edeltävä pt	Tarjotaan (näytetään kirjattaessa) ko. palvelutapahtumaa oletuksena	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	Huom. Käyttäjän voitava vaihtaa palvelutapahtumaa myös jälkeensä
Sovittu puhelin- tai muu yhteydenotto	Olemassa oleva ajanvaraus tai vastaava avoin palvelutapahtuma	Tarjotaan (näytetään kirjattaessa) ko. palvelutapahtumaa oletuksena	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	Huom. Käyttäjän voitava vaihtaa palvelutapahtumaa myös jälkeensä
Potilaan yhteydenotto hoidon järjestämiseksi (esim. lähetteen kiirehtiminen esh:ssa)	Potilaan aiempi palvelutapahtuma erikoisalalla, yksikössä (joka sallittu käyttäjälle)/toiminto	Uusi ajanvaraus tai vastaava tai jos tehdään pelkkä merkintä voidaan kysyä luodaanko uusi?	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	
	Jos potilaalla ei ole palvelutapahtumaa, näytetään oman palvelunantajan merkinnät erityisellä syyllä	Uusi ajanvaraus tai vastaava tai jos tehdään pelkkä merkintä voidaan kysyä luodaanko uusi?		

Kertomuksen käyttö suoraan (ei ajanvaraussovelluksen eikä osastonhallinnan tai muun ohjelman kautta)				
Syy	Mahdollinen palvelutapahtuma hoitosuhteen varmistuksen näkökulmasta	Mahdollinen palvelutapahtuma uuden merkinnän näkökulmasta	Käyttäjän roolin tai työasematietojen/työyksikkö tai vastaavan tietojen hyödyntäminen palvelutapahtuma ehdotuksessa (kirjaus)	Huomioita
Potilaan yhteydenotto hoidon järjestelyjen muuttamiseksi	Potilaalla ajanvaraus tai potilas jonossa tai vastaava keskeneräinen palvelutapahtuma	Tarjotaan (näytetään kirjattaessa) ko. palvelutapahtumaa oletuksena	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	
Tilanne: Kliinisten palveluyksiköiden tai vastaavien tietojen käyttö (radiologia, KLF, KNF, LAB)				
Potilas tutkimuksessa	Potilaalla palvelutapahtuma osastolla tai potilas poliklinikalla ja tutkimukset tilattu ko. käyntiä varten (voi olla ennakolta tai jälkeen)	Ei synny uutta palvelutapahtumaa, jos tehdään merkintöjä, näytetään lista tarvittaessa. Jos lähdetään pyynnöltä liikkeelle liitetään ko. palvelutapahtumaan	tilaava yksikkö (aina pitäisi voida käyttää jos lähdetään pyynnöltä liikkeelle). Vastaamaton pyyntö oltava, palvelutapahtuma joku oltava	siirtymäaikana joudutaan tekemään mahdollisesti uusi palvelutapahtuma
Potilaan tutkimuksia valmistellaan	Potilaalla palvelutapahtuma osastolla tai potilas poliklinikalla ja tutkimukset tilattu ko. käyntiä varten (voi olla ennakolta tai jälkeen)	Ei synny uutta palvelutapahtumaa, jos tehdään merkintöjä, näytetään lista tarvittaessa. Jos lähdetään pyynnöltä liikkeelle liitetään ko. palvelutapahtumaan	tilaava yksikkö (jos mahdollista käyttää)	
Jälkimerkinnät/sanelut	Potilaalla palvelutapahtuma osastolla tai potilas poliklinikalla ja tutkimukset tilattu ko. käyntiä varten (voi olla ennakolta tai jälkeen)	Ei synny uutta palvelutapahtumaa, jos tehdään merkintöjä, näytetään lista tarvittaessa. Jos lähdetään pyynnöltä liikkeelle liitetään ko. palvelutapahtumaan	tilaava yksikkö (jos mahdollista käyttää)	
Tilanne: SOS, RAV, FYST				
Ajanvarauskäynnit	Jos ajanvaraus tehty osana moniajanvarausta, valitaan ko. palvelutapahtuma	Jos ajanvarauksella esim. sama av-tunniste kuin pkl:n tai osaston ajanvarauksella valitaan ko. palvelutapahtuma		Huom 1. Jos osastopotilaalle av esim. fysioterapian kirjalla ei synny uutta palvelutapahtumaa, koska liittyy osastojaksoon (joissain organisaatioissa käytetään av:tä myös sisäisenä tilauksena)
Itsenäiset ajanvarauskäynnit	Ajanvaraus ko. yksikköön (tai sis. Lähetä)	Ajanvaraus ko. yksikköön		Huom 2. Voi olla myös omia itsenäisiä palvelutapahtumia, joille yleensä myös av tai

Kertomuksen käyttö suoraan (ei ajanvaraussovelluksen eikä osastonhallinnan tai muun ohjelman kautta)				
Syy	Mahdollinen palvelutapahtuma hoitosuhteen varmistuksen näkökulmasta	Mahdollinen palvelutapahtuma uuden merkinnän näkökulmasta	Käyttäjän roolin tai työasematietojen/työyksikkö tai vastaavan tietojen hyödyntäminen palvelutapahtuma ehdotuksessa (kirjaus)	Huomioita
				vastaava
Tilanne: Osastopotilaan jälkimerkinnät				
Laskutus (ei välttämättä kertomus)	Päättynyt hoitajakso (luovutushaku tarpeeton)	Laskutuksessa ei tehdä merkintöjä palvelutapahtumaan liittyen	yksikkö/ea/toiminto tai käyttäjän rooli	
Loppuarvion sanelu	Hoitajakso avoin tai päättynyt	Tarjotaan (näytetään kirjattaessa) ko. palvelutapahtumaa oletuksena	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	Jos käynnistää sanelun, voi kysyä kumpi valitaan (jatkokysymys). Aikaraja toissijainen.
Puretun sanelun katselu esim. hoitoilmoitusta varten	Hoitajakso avoin tai päättynyt	Ei synny uutta palvelutapahtumaa	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	
Tutkimusvastausten saapuminen osastojakson jälkeen	Hoitajakso avoin tai päättynyt	Tarjotaan (näytetään kirjattaessa) ko. palvelutapahtumaa oletuksena	tilaavan yksikön eli sen osaston jolle vastaukset saapuu mukaan	
Tilanne: Osastopotilaan etukäteisvalmistelu	Varattu hoitajakso (avoin palvelutapahtuma)	Tarjotaan (näytetään kirjattaessa) ko. palvelutapahtumaa oletuksena	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	ajallisesti lähin, jos sekä menneitä että tulevia
Tilanne: Poliklinikkakäynnin etukäteisvalmistelu	Varattu aika (avoin palvelutapahtuma)	Tarjotaan (näytetään kirjattaessa) ko. palvelutapahtumaa oletuksena	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	Vastausten ja tutkimusten tarkastelu
Tilanne: Leikkauspotilas tai muu jonopotilas				
Hoidonvarauksen teko	Edeltävä palvelutapahtuma	Tarjotaan (näytetään kirjattaessa) tarvittaessa uutta palvelutapahtumaa oletuksena	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	Huom. Jos potilas peruuttaa ajan ja palaa jonoon ei synny uutta palvelutapahtumaa. Jos perutaan syyllä, jolla ei palaa jonoon, pt päättyy
Esilääkitys	Varattu tai alkanut hoitajakso (palvelutapahtuma)	Tarjotaan (näytetään kirjattaessa) ko. palvelutapahtumaa oletuksena	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	

Kertomuksen käyttö suoraan (ei ajanvaraussovelluksen eikä osastonhallinnan tai muun ohjelman kautta)				
Syy	Mahdollinen palvelutapahtuma hoitosuhteen varmistuksen näkökulmasta	Mahdollinen palvelutapahtuma uuden merkinnän näkökulmasta	Käyttäjän roolin tai työasematietojen/työyksikkö tai vastaavan tietojen hyödyntäminen palvelutapahtuma ehdotuksessa (kirjaus)	Huomioita
Kertomuksen katselu toimenpiteen aikana	Avoin palvelutapahtuma	Tarjotaan (näytetään kirjattaessa) ko. palvelutapahtumaa oletuksena	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	alkanut hoitojakso
Toimenpidesanelu	Avoin palvelutapahtuma		Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	alkanut hoitojakso
Yhteydenotto potilaaseen tmp:n tai mun hoidon jälkeen	Toteutunut palvelutapahtuma		Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/uusin käynti	esim. Päiki-potilaan puhelinsoitto
Tilanne: Muu syy kuin hoito				
Lausunnot ulkopuolelle, vakuutusyhtiö tai muu taho	Kysytään erityinen syy. Ei luovutushakua			
Asiakirjan tarkastus	Kysytään erityinen syy. Ei luovutushakua			
Tietojen tarkastus esim. tilastoinnin oikellisuus	Kysytään erityinen syy. Ei luovutushakua			
Tilanne: Puhelinkonsultaatiot	Erityinen syy tai aiempi palvelutapahtuma	Uusi palvelutapahtuma		jos ollut yksikössä aiemmin, voi varmistuksessa käyttää sitä. Aina kirjataan uudelle, jos ulkoinen konsultaatio.
Tilanne: Sähköinen lääkkeiden uusimispyyntö reseptikeskuksesta	Uusi palvelutapahtuma	Ko. Palvelutapahtuma		
Tilanne: Kotihoito	Kotihoidon asiakkuus (avoin palvelutapahtuma)	Ko. palvelutapahtuma	Huomioidaan ensisijaisena ehtona käyttäjän työyksikkö/ea/toiminto/avoin hoitojakso	
Tilanne: Sovellustuki	Kysytään erityinen syy. Ei luovutushakua eikä palvelutapahtumaa	Tarvittaessa manuaalisesti		automatisoidaan erityinen syy tai kysytään jolloin voi perustella käytön

Palvelutapahtuma-asiakirja hoitosuhteen varmentamisessa

1. Riittääkö kenen tahansa toisen henkilön mikä tahansa palvelutapahtumaan tekemä merkintä (esim. kertomustekstikirjaus) osoittamaan ettei palvelutapahtuman perusteella osoitetun hoitosuhteen lisäksi tarvitse ilmoittaa käsittelyn erityistä syytä? Palvelutapahtuma-asiakirjassa on vain pt:n luoneen palveluyksikön tiedot, ei kirjaaja eikä tietoja muiden merkintöjen tekijöitä. Eikö KanTa siis lopultakaan lainkaan rajoita luovutusta hoitosuhdetietojen mukaan vaan pelkästään kirjaa lokiin? Mihin palvelutapahtuma-asiakirjassa nyt tarvitaan "tieto palveluyksiköstä, jossa potilashallinnon tapahtuma, jonka perusteella palvelutapahtuma-asiakirja luodaan, kirjattiin", kun se palveluyksikkö ei välttämättä edes ole hoitovastuussa lopulta ja palvelutapahtumaan voi käytännössä liittyä muitakin potilashallinnon tapahtumia, joilla on palvelutapahtuman kannalta enemmän merkitystä? Kysyn koska vaatimus on voitu ymmärtää väärin ja jos ei niin se vaikuttaa turhalta.

Vastaus: Riittää mikä tahansa palvelutapahtumaan tehty merkintä. Luovutuslupaa ei ratkaista Kanta-arkistossa henkilötasolla vaan hoitosuhde pitää tarkistaa henkilötasolla. Palvelutapahtuma-asiakirjalla on kuitenkin pakollisena kuvailutietona "Asiakirjan merkinnän tekijän henkilötunnus", jonka selityksenä on mainittu: ... sen ammattihenkilön tunnus, jonka merkitsemän potilashallinnon tapahtuman perusteella palvelutapahtuma-asiakirja tietojärjestelmässä luodaan.

2. Voidaanko PTJ:ään tuoda palvelutapahtumatiedot arkistosta ja tehdä hoitosuhteen tarkistaminen niiden tietojen perusteella sekä myös liittää uusia kirjauksia arkistosta haettuihin palvelutapahtumiin? Voidaanko palvelutapahtuma-asiakirjaa myös päivittää toisesta järjestelmästä ja onnistuuko se käytännössä? Tämä kysymys tulee vastaan esim. PT-järjestelmää vaihdettaessa. Uudessa järjestelmässä ei silloin kuitenkaan ole tietoa potilashallinnon tapahtumasta, johon hoitosuhteen tarkistaminen pitäisi perustaa. Voidaanko siis luopua potilashallinnon tapahtuman tarkistamisesta hoitosuhteen tarkistamisessa kokonaan ja myös PTJ:ssä todeta hoitosuhde pelkästään olemassa olevan palvelutapahtuman perusteella, joka on joko vielä avoin tai päättynyt alle 3 kk:n sisällä luovutuksesta ja tietojen käytöstä? Vaihtoehtoisesti uudessa PTJ:ssä pitäisi luoda vastaavat potilashallinnon tapahtumat uudestaan, esim. vuosia kestäneille hoitojaksoille, mutta hoitosuhteen tarkistamisen näkökulmasta tämä käytännössä tarkoittaa joka tapauksessa sitä että käyttöönoton yhteydessä järjestelmän käytöstä tulee erittäin hankalaa. Tästä on kokemusta. Käytännössä jo aiemmin on monen asiakkaamme kohdalla todettu ylivoimaisia ongelmia kun aiempaa hoitosuhteen tarkistustoteutustamme on yritetty ottaa käyttöön uudessa järjestelmässä ennen kuin sinne on kertynyt tarvittavia potilashallinnon tietoja. Vielä jää ehkä vaihtoehdoksi sekin että uuden järjestelmän käyttöönottilanteessa hoitosuhteen tarkistaminen otetaan käyttöön vasta 3-6 kk myöhemmin. Onko se vaihtoehto?

Vastaus: Palvelutapahtuma on haettavissa PTJ:n käytettäväksi ja siihen voi lisätä tietoja. Periaatteessa palvelutapahtuma voi olla käytettävissä potilashallinnon tapahtuman todentamisessa. Ammattihenkilötieto on pakollinen palvelutapahtuma-asiakirjalla.

THL tarkentaa myöhemmin , miten toimitaan järjestelmän vaihtuessa tai uuden järjestelmän käyttöönotossa.

Palvelupyyntöjen palauttavat tiedot

1. Tuottavatko PP21, PP22, PP6 ja PP30 aina myös oman rekisterin tiedot ilman kiellon alaisia tietoja? Jos ei palauteta kiellon alaisia tietoja olisi selkeämpää olla kokonaan palauttamatta oman rekisterin tietoja. Tulos on muuten harhaan johtava.

Vastaus: Ei tuota oman rekisterin tietoja.

PP6: Rekisterinpitäjän omat asiakirjat tai kuvailutiedot rajataan hakutuloksen ulkopuolelle.

PP21 + PP30: Rekisterinpitäjän omat asiakirjat tai kuvailutiedot rajataan hakutuloksen ulkopuolelle

PP22: Rekisterinpitäjän omien asiakirjojen ja kuvailutietojen lisäksi hakutuloksen ulkopuolelle rajataan sairaanhoitopiirin oman työterveyshuollon rekisteri.

2. Tarvitaanko PP2 todella aina täydentämään palvelupyyntöjä PP21, PP22, PP6 ja PP30? Tästähan seuraa tarve aina tehdä kaksi erillistä hakua arkistoon kun arkiston tietoja halutaan hyödyntää. Arkistossahan voi olla myös muilla järjestelmillä tallennettuja oman rekisterin tietoja, jotka saattavat olla enää vain arkistosta saatavissa. Järjestelmä ei voi mistään päätellä onko tarpeen tehdä PP2 vai ei ja käyttäjä ei luultavasti halua sitä aina päättää jollain valinnalla. Mielestämme PP21, PP22, PP6 ja PP30 pitäisi palauttaa myös kaikki oman rekisterin tiedot kielloista välittämättä.

Vastaus: PP2 tarvitaan.

3. Palauttaako PP30 samat tiedot kuin PP21? Entä jos potilas ei ole antanut suostumustaan arkistoon, mutta hänet on informoitu, palauttaako PP30 silloin samat tiedot kuin PP22? Mihin tarvitaan palvelupyyntöä PP22? Eikö PP21 voisi palauttaa kaiken mikä on sallittu kuten PP30? Tai vaihtoehtoisesti: mitä palvelupyyntöä tulisi käyttää ennakkohakuun jos tiedetään että voidaan saada vain yhteisrekisterin tiedot? Entä jos ei ole ennalta tietoa informoinnista ja suostumuksesta, pitääkö selvittää KanTasta ennen haun tekemistä? Tämä tuntuu melko tarpeettomalta kikkailulta kun KanTa voisi hyvin palauttaa sen mitä kyseisessä tilanteessa saa luovuttaa eli tarvittaisiin vain PP21, PP6 ja PP30.

Voiko yhteisrekisterin haun PP22 jättää toteuttamatta?

Vastaus: PP30 ja PP21 palauttavat samat tiedot.

Jos potilas ei ole antanut suostumusta arkistoon mutta hänet on informoitu: PP30 palauttaa tällöin samat tiedot kuin PP22, samoin palauttaa PP21.

Jos kukaan potilastietojärjestelmää käyttävistä asiakkaista ei tarvitse ko. hakua, haun ei pitäisi olla pakollinen.

Työterveyden rekisteritieto

Miten rekisteri pitäisi merkitä kun asiakirjalla on vain yksi rekisteritieto. Työterveydessä muiden toimintojen vuoksi pitää aina tietää onko kyse työterveyshuollon kirjauksista vai yksityisen terveydenhuollon kirjauksista. Lisäksi erittelemme julkisen ja yksityisen työterveyshuollon jota ei koodiston perusteella

eritellä. Nyt näyttäisi että mm. ammatinharjoittajan kohdalla työterveys-rekisteritietoa ei ole kun se korvautuu ammatinharjoittajalla.

Potilasasiakirjan rekisteritunnus koodistossa on rinnakkaisina tietoina mm.

- Ammatinharjoittaja
- Julkinen terveydenhuolto
- Yksityinen terveydenhuolto
- Työterveyshuolto

Onko tarkoitus että kun työterveyshuollossa toimiva ammatinharjoittaja muodostaa asiakirjoja, menevät ne ammatinharjoittaja rekisteriin eivätkä työterveyshuollon rekisteriin. Sama kysymys on tietenkin yksityisessä terveydenhuollossa.

Vastaus: Asiakirjat työterveyshuollon rekisteriin. Sama ammatinharjoittaja (tai yksityinen palveluntuottaja) voi tuottaa myös muuta kuin työterveyshuollon palvelua, jolloin asiakirjat menevät ammatinharjoittaja (tai yksityinen th) rekisteriin. Koodisto ei ole kovinkaan looginen sotkiessaan rekisterin "toimintayksikkötyyppeihin".

Jos ammatinharjoittaja tuottaa työterveyshuoltoa, rekisteri on työterveyshuolto ja tyyppi ammatinharjoittaja. THL selkeyttää luokituksen yhteistyössä ministeriön, tietosuojavaltuutetun ja asiakkaiden kanssa.

Arkistohaku useasta rekisteristä

Miten pitäisi toteuttaa palvelutapahtumien haku kieltoja varten, siten että saa haettua yhdellä kertaa kaikki potilaan palvelutapahtumat.

Haussa pitäisi antaa rekisteri ja jos rekisteri on työterveys, on pakko antaa työnantaja. Tällöin haku pitäisi tehdä erikseen kaikkien työnantajien osalta. Työnantajan Y-tunnus pitäisi sitten kaivella jostain tietoon erikseen koska potilas sitä ei luultavastikkaan tiedä.

Toteutetaanko haku erikseen jokaisesta rekisteristä, julkinen, yksityinen, työterveys (työnantajineen), ammatinharjoittaja (varmaankin jokaisen ammatinharjoittajan kohdalla erikseen), vai miten hakujen pitäisi toimia.

Vastaus: Palvelutapahtumakohtaisia kieltoja tarvitsee voida tehdä ainoastaan rekisterinpitäjän omiin palvelutapahtumiin. Ei tarvitse hakea muiden rekisterinpitäjien palvelutapahtumia. Nämä voi kieltää Omakannassa. Ohjeistetaan terveydenhuoltoon myös toimintamalli erityistilanteita varten. Ja huom! Toimintayksikkö- ja rekisterikohtaiset kiellon oman sairaanhoitopiirin alueelle, koska kaikkien toimintayksiköiden tietojen jatkuva ylläpito jokaisessa järjestelmässä kieltoja varten on raskas prosessi. Suunnitteilla kansallinen kieltoratkaisu.

Lisäkysymys: Palaan aiemmin esittämäni kysymykseen arkistosta haun sisällöstä. Näyttäisi edelleen siltä että arkisto ei palauta kaikkia tietoja vaan lukee myös kehyksen rekisteri-tietoa.

...

Eli ongelma tulee esiin esimerkiksi siinä, että potilaalla on kaksi eri työnantajaa, Yhdellä haulla saa haettua

"omasta rekisteristä" vain yhden työnantajan alirekisteriin tallennetut tiedot. Työnantajan rekisteritarkennetta ei kuitenkaan saa jättää poiskaan.

Miten tietoja pitäisi kysellä jotta esim omat työterveyden tiedot saisi yhdellä kertaa.

Vastaus: Oman työterveyden tiedot pitää tässä tilanteessa kysellä kahdella erillisellä kyselyllä. Nuo ovat erillisiä rekistereitä ja omassa käytössä voi hakea vain toisesta kerrallaan. Eli tämä toimii tarkoituksella niin, että yhdellä käyttöpyynnöllä voi hakea vain yhdestä rekisteristä.

Kommentti vastaukseen: " Käytännössä työterveyden osalta ei tällä tavalla koskaan saa haettua kaikkia potilaan tietoja. Miten pitäisi tehdä esimerkiksi palvelutapahtumien haku kieltojen vuoksi, jos potilas haluaa kieltää julkisen terveydenhuollon organisaatiossa tietyn työterveyshuollon käynnin. Työnantaja tietoja ei ole, potilas harvemmin tietää työnantajansa Y-tunnuksen. Käyttötapausta jossa haetaan potilaan kaikki tiedot, on myös käytännössä mahdoton toteuttaa juuri työnantajatiedon puutumisen vuoksi. Lisäksi työnantajana voi olla kotitalous jolla on työterveyshuollon järjestämisvelvollisuus eikä Y-tunnusta ole. Kannattaisi miettiä hakua uudelleen, jotta tiedot tosiaan saa haettua."

Tahdonilmaisun peruminen - Ristiriita spekseissä?

Kanta.fi: eArkiston_MedicalRecords_sanomat_v191_2013-01-10.doc, kohta 6.8.2

"Potilas voi muuttaa tai peruuttaa hoitotahdon, jolloin sitä koskeviin merkintöihin sovelletaan samoja periaatteita, joita sovelletaan potilasasiakirjoissa olevan virheen korjaamiseen. Korjaaminen on tehtävä siten, että sekä alkuperäinen että korjattu merkintä ovat myöhemmin luettavissa."

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103054/THL_LUO2012_004_web_pienennetty.pdf?sequence=1

Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely, sivu 108 (Tahdonilmaisun peruminen)

"... Tiedonhallintapalvelu palauttaa voimassa olevan tahdonilmaisun potilastietojärjestelmään.

Terveydenhuollon ammattihenkilö valitsee oikean perumisen syyn potilaskertomusjärjestelmästä.

Olemassa oleva tahdonilmaisuus perutaan mitätöimällä asiakirja, tapahtuipa tahdonilmaisun peruminen kansalaisen pyynnöstä (halua tahdonilmaisun "pois") tai terveydenhuollon ammattihenkilön toimesta (esimerkiksi tahdonilmaisuus tehty väärälle henkilölle).

Vastaus: Yllä olevassa THP lainauksessa tahdonilmaisun peruminen tarkoittaa pelkkää mitätöimistä. Siellä on myös oma kohta Tahdonilmaisun muuttaminen. MR-dokumentin teksti käsittelee näitä molempia ja kyseessä on tällöin korjaaminen (korvaamisinteraktiolla).

Palvelutapahtuman perumisen syy

Mihin tallennetaan perumisen syy, vai käytetäänkö ao. koodistoa perumisessa lainkaan

Luokituksen tunniste: 1.2.246.537.6.126

Luokituksen nimi: PTHAVO - Palvelutapahtuman peruuntumisen syy

Vastaus: Luokitus on AvoHILMO:n luokitus, jota voidaan tarvita AvoHILMOa varten, mutta Kanta ei sitä tarvitse. Luokitukselle ei ole paikkaa asiakirjoilla, niin ei sitten käytetä sitä. Käyttötapaukset korjattava.

Suostumus ja kiellot

Potilaslaki 13 § mukaan potilaan tietoja ei saada luovuttaa ilman kirjallista suostumusta. Kääntäen tämä on tulkittavissa siten, että potilaan suostumuksella tietoja voidaan luovuttaa.

Terveystietolaki sallii tietojen luovuttamisen ilman suostumusta, jos potilasta on informoitu, ja potilas ei ole tehnyt kieltä.

Onko potilaan mahdollista antaa suostumus kiellettyjen tietojen näkymiseen?

Esimerkkitapaus: potilaasta on tallennettu tietoa sekä kunnan julkisen terveydenhuollon rekisteriin että kunnan järjestämän työterveyshuollon rekisteriin. Potilas on tehnyt kiellon työterveyshuollon tietojen luovuttamisesta. Voiko potilas antaa julkisen terveydenhuollon vastaanotolla suostumuksen työterveyshuollon tietojen luovuttamiseen siten, että vastaanottava lääkäri näkee tiedot voimassa olevasta kiellosta huolimatta? Eli potilas ei halua kumota kieltä, mutta haluaa kyseisellä vastaanottohetkellä sallia tietojen näkymisen.

Tässä esimerkkitapauksessa tietoja ei käytetä KanTan kautta, vaan tietoja näytetään järjestelmän omasta tietokannasta. Emme siis tarkoita sitä, että onko KanTaan mahdollista rakentaa tällaista suostumustoiminnallisuutta, vaan kysymme sitä, että onko järjestelmän sisäisessä toiminnassa sallittua käyttää suostumusta voimassa olevan kiellon kumoamiseen?

Asiakkaalla, joka hoitaa sekä PTH että TTH-toimintaa on käytössä asiakkaan lupakäytäntö (samankaltainen menettely käytössä nykyisellään myös monilla yksityisillä toimijoilla, jotka tuottavat perustoiminnan lisäksi TTH toimintaa). Tarkoittaen käytännössä sitä, että sallitaan tietojen vaihto (pikemminkin käyttö) TTH:n ja muun toiminnan välillä; tietysti myös kääntäen toisin päin. Tästä luvan kysymisen käytännöstä ei haluttaisi luopua. Ongelmalliseksi tilanteen voi tehdä kuitenkin olemassa olevat kiellot. Eli jos on olemassa kieltä, mutta asiakas on antanut nimenomaisen luvan TTH-TK väliseen tietojenvaihtoon k.o. palveluntarjoajan eri rekistereihin, niin kumpi on ”vahvempi”? Olemassaolevat kiellot vai myönnetty lupa (suostumus k.o. rekisterien väliseen tiedonvaihtoon)? Kyse on siis siitä, että tietoja ei käsiteltäisi mitenkään KanTa-palveluiden kautta, vaan tiedot kootaan suoraan loogisesti eriytyneistä rekistereistä – toki tuottaen lakisääteiset luovutusilmoitukset näin toimittaessa. Vai voidaanko näin enää tulevaisuudessa menetellä?

Vastaus: Terveystietolain organisaation ei ole pakko hyödyntää yhteisrekisteriluovutuksissa Kantaan tallennettuja kieltä, ts. yhteisrekisteritoiminnallisuudella liittyminen ei ole pakollista organisaatioille. Näissä tilanteissa paikallista suostumustenhallintaa voidaan tarvita edelleen. Eli kannattaa ensimmäisenä selvittää onko kyse siitä ettei olla liittymässä Kantaan yhteisrekisteritoiminnallisuudella, jolloin Kannan kieltä ei hyödynnetä paikallisissa luovutuksissa. Mutta jos Kannan kieltotietoja hyödynnetään, ja potilas haluaa kuitenkin sallia rekisterien välisen luovutuksen jossain tilanteessa, vaihtoehtona on perua kieltä ja tehdä se taas uudestaan. Toisaalta, potilaan nimenomaisella suostumuksella tietoja voi myös luovuttaa, ja jos toimintayksikön rekisterien välistä luovutusta koskevalla suostumuksella halutaan tehdä poikkeus laajempaan kielloon, tuntuisi järkevältä että nimenomainen suostumus on vahvempi kuin kieltä.

27.1.2014 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely

Tiedoksi lääkitysnäkymistä: LÄÄ ja VLÄÄ-näkymät v. 2014 käyttöönotoissa

1.9.2014 käyttöönottojen lääkitystietojen vaatimuksiin on tehty tarkennuksia.

Tällä hetkellä ei vielä kerätä lääkitystietoja LÄÄ- ja VLÄÄ-näkymiltä koostekantaan, koska lääkityksen määrittelyt ovat muutoksen alla on sovittu seuraavista muutoksista:

- LÄÄ-näkymän toteutus ei ole pakollinen vuodelle 2014 → oltava 1.9.2016
- VLÄÄ-näkymän toteutus on tehtävä vähintään näyttömuotoisena, myös rakenteinen toteutus on sallittu.

Sekä LÄÄ- että VLÄÄ-näkymän rakenteinen toteutus tulee pakolliseksi 1.9.2016, jolloin myös koostekantaan kerääminen alkaa.

Tiedoksi henkilötiedoista ja turvakiellosta

Henkilötietojen arkistointi ylläpidettävällä HEN-asiakirjalla tulee käyttöön 1.9.2016 mennessä, eikä arkistointi ole sallittu ennen sitä. Myöskään HEN-näkymällä ei saa arkistoida henkilötietoja ennen 1.9.2016. Osa henkilötietonäkymän sisällöstä voi olla turvakiellon alaista tietoa, ja Kanta-arkistoon ei näin ollen arkistoida lainkaan tietoja, jotka voivat olla turvakiellon alaisia ennen 2016 toteutusta.

Tiedoksi riskitiedoista

Riskitiedoista on tullut runsaasti kysymyksiä / valituksia viimeisen 2 viikon aikana.

Koodistopalvelimen AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi luokituksessa on virhe: Luokka E1 oletusarvona pysyvyydelle pitäisi olla Pysyvä (PYS). Korjaus koodistopalvelimelle on tehty.

AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi luokituksessa olevat pysyvyys ja kriittisyys tiedot ovat oletusarvoja. Kirjaajan tulee pystyä muuttamaan niitä kirjausta tehdessään.

Riskitietoa ei saa merkitä automaattisesti päättyneeksi ilman kirjaajan hyväksyntää. Joko kirjaaja asettaa päättymispäivän riskiä kirjatessaan tai ohjelma voi muistuttaa käyttäjää, että esim. "Määräaikaiseksi merkitty riskitieto on yli xx vrk vanha. Onko riski jo päättynyt?" tms. Mutta ohjelma ei siis saa automaattisesti merkitä päättyneeksi.

Vastaukset on lähetetty toimittaja-jakelulla ja lisätty tähän dokumenttiin, ks. "Vastauksia riskitietomäärittelystä tullessiin kysymyksiin ja kommentteihin".

Vastauksia riskitietomäärittelyistä tulleisiin kysymyksiin ja kommentteihin

Riskitietoihin on viimeisen runsaan viikon aikana tullut runsaasti kysymyksiä, jotka ovat liittyneet Effican uuden version käyttöönottoon. Suuri osa kysymyksistä on liittynyt moniresistenttien mikrobien huomiointiin riskitiedoissa, ja siksi riskitietokirjausten käyttöä on syytä tarkentaa. Riskitieto-osiota ei varsinaisesti ole tarkoitettu esimerkiksi moniresistenttien mikrobien valvonnan ja leviämisen ehkäisyn kirjaamiseen. Näihin tarvittavat kirjaukset tulee tehdä muutoin sairauskertomukseen ja sairaalainfektiomoitoksiin. Tämä ei tarkoita, että riskitietojen kirjaus pitäisi olla erillinen tai erilainen muista infektiokirjauksista, mutta infektiot ovat vain yksi osa riskitietoja, joten riskitiedoissa ei välttämättä tarvita samaa tarkkuutta kuin infektiaseurannassa.

Riskitietomäärittelyiden ryhmässä oli mukana myös infektiolääkäri, joka osallistui määrittelyiden alussa ryhmän kokouksiin ja kommentoi määrittelyjä loppuvaiheessa sähköpostitse. Riskitietoluokituksessa tartuntatautien osuudesta ei haluttu ylikorostunutta ja siksi luokituksen ryhmittely jäi karkeaksi. Yhdessä todettiin, että infektiaseurannan edellyttämää tarkempaa tarkkuutta riskitiedoissa voidaan kehittää riskin lisätietoluokituksia kehittämällä ja määrittelemällä diagnoosien ja riskityyppien väliset siltaukset. Tällä hetkellä tarkempia tietoja riskitietoihin voi määrittelyiden mukaan kirjata vain tekstinä tai rakenteisesti THL:n diagnoosi- tai toimenpideluokitusta tai ATC-luokitusta käyttäen. Muiden luokitusten käytölle ei ole periaatteellista estettä, mutta niiden käyttöönotto edellyttää kunnollisen valmistelun.

Diagnoosien ja riskityyppien välisiä siltauksia tehdään parhaillaan THL:ssä. Ne tulevat kommentoitavaksi kevään aikana, ja ne on tarkoitus julkaista kesällä 2014. Tartuntataudeista johtuvien riskitietojen kirjausta jatkotyöstetään THL:n sisällä. Yhteistyöstä on sovittu Tartuntatautiseurannan ja torjunnan osaston osastojohtaja Mika Salmisen kanssa. Lisäksi tarvitaan sairaanhoitopiirien infektiolääkäreiden aktiivisuutta. Lisätietoluokitusten jatkokehitykseen toivomme aktiivisuutta myös eri erikoisalojen järjestöiltä.

Esiinnousseiden ongelmakohtien ratkaisemiseksi on siis ryhdytty toimiin. Koodistopalvelimella ollut virhe on korjattu. Muista määrittelyissä olleista kohdista, joita on mahdollisesti tulkittu väärin, on tiedotettu / tiedotetaan erityisesti potilastietojärjestelmätoimittajille. Pyrkimyksenä on saada potilastietojärjestelmätoimittajat korjaamaan potilastietojärjestelmissä mahdollisesti olevat virheelliset ominaisuudet ja tarkentamaan ohjelmistojen käyttöohjeistusta, jotta myös käyttäjien mahdollisesta väärin ymmärryksestä tai virheellisestä toiminnasta johtuvia ongelmia ehkäistään.

Riskitietoihin tulleet kommentit ja kysymykset ja niiden vastaukset on koottu tämän tiedotteen loppuun.

Toivonkin lääkäreiltä (tässä tapauksessa etenkin infektiolääkäreiltä) aktiivisuutta jatkokehityksessä. Otamme mielellään vastaan rakentavaa palautetta siitä, miten määrittelyä voi parantaa sekä ennen kaikkea yhteystietoja henkilöistä, jotka ovat halukkaita kommentoimaan määrittelyjä, mm. keväällä kommentoitavaksi tulevaa riskitietojen ja diagnoosien välisiä siltauksia.

Heikki Virkkunen

LL, ylilääkäri

Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinnon operatiivisen ohjauksen yksikkö

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Yhteenveto riskitiedoista sähköpostilla tulleisiin kysymyksiin ja kommentteihin

Kommenttien ja kysymysten kohteena olleet asiat ovat johtuneet monista eri tekijöistä:

- THL:n määrittelyssä olleesta virheestä (luokan E1 pysyvyys oli luokituksessa väärin),
- tietoisista valinnoista määrittelyissä (kriittisten riskien määrän vähentäminen),
- keskeneräisistä määrittelyistä (diagnoosien ja riskien väliset siltaukset ovat THL:ssa tekeillä),
- potilastietojärjestelmäsovelluksissa tehdyistä ratkaisuista / määrittelyiden tulkinnasta tai
- mahdollisista käyttäjien virheellisestä tulkinnasta / kirjauksesta

THL:n tekemissä riskitietomäärittelyissä on todettu yksi virhe:

- Koodistopalvelimen AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi luokituksessa Luokan E1, Moniresistentti kantajuus tai epäily, oletusarvoinen oletusarvona pysyvyydelle on ollut Kertaluonteinen (KER) vaikka sen pitäisi olla Pysyvä (PYS).
- Virhe on korjattu koodistopalvelimelle 27.1.2014.

Riskitiedon kriittisyyden ja pysyvyyden kirjauksessa on potilastietojärjestelmätotetuksessa mahdollisesti tulkittu valtakunnallisia määrittelyjä virheellisesti. Valtakunnallisten määrittelyiden virhetulkintojen ehkäisemiseksi ja sovellusten tarkoituksenmukaisen toteutuksen varmistamiseksi määrittelyitä tarkennetaan seuraavasti:

- AR/YDIN - Riskitiedon tyyppi -luokituksessa olevat *pysyvyys* ja *kriittisyys* tiedot ovat oletusarvoja. Kirjaajan tulee pystyä muuttamaan niitä kirjausta tehdessään.
- Riskitietoa ei saa merkitä automaattisesti päättyneeksi ilman kirjaajan hyväksyntää. Kirjaaja voi asettaa päättymispäivän riskiä kirjatessaan tai ohjelma voi muistuttaa käyttäjää, että esim. ”Määräaikaiseksi merkitty riskitieto on yli xx vrk vanha. Onko riski jo päättynyt?” tms. Ohjelma ei siis saa automaattisesti merkitä riskiä päättyneeksi.

Diagnoosien ja riskitietojen väliset siltaukset ovat THL:ssä tekeillä, ja ne valmistuvat kesällä 2014. Potilastietojärjestelmissä mahdollisesti olemassa olevat siltaukset perustuvat toistaiseksi potilastietojärjestelmätoimittajien omaan kehitystyöhön, ja niissä olevat mahdolliset virheellisyydet tulee käydä läpi potilastietojärjestelmätoimittajien kanssa.

Saapuneista sähköposteista kootut kysymykset ja kommentit sekä vastaukset niihin

Riskitietojen kootut kysymykset ja vastaukset (Heikki Virkkunen):

- 1) *Onko teillä tietoa, miksi Maligini hypertermia T88.3# ei ole mukana riskitiedoissa? On harvinainen tila, mutta päivänä muutamana sellainen reaktio kollegan eteen yllättäen sattui. (TK)*
a) *riskitietojen kirjaamisessa Efficassa ilmaeristuksen vaativa A15.0 tartuttava (värjäyspositiivinen) tbc puuttuu ja T88.3 puuttuu myös*

Vastaus: Maligini hypertermia kuuluu riskityyppiin S9: Muut riskitaudit tai –hoidot ja Tbc kuuluu riskityyppiin E2: Ilmaeristys. THL on tuottamassa siltauksia diagnoosien ja riskityyppien välille ja tämäkin on huomioitu siltauksissa, mutta siltauksia ei vielä ole ehditty tuottaa. Siltaukset julkaistaan kesällä 2014. Ohjelmistoissa tällä hetkellä olevat siltaukset ovat ohjelmistotoimittajien omaa kehitystyötä.

- 2) *Toinen kysymys koskee antikoagulanttihoidon/antitromboottisen lääkkeen merkintää: miksi lääkaineen rakenteista kirjaamista ei katsota tarpeelliseksi? (TK)*
a) *Kovasti keskustelua on aiheuttanut myös antikoagulaatiohoitojen muuttuminen pois rakenteisesta merkkauksesta.*

Vastaus: Hyytymistä vähentävät hoidot kuuluvat luokkaan S2: Hyytymishäiriöt. Valtakunnallinen määrittely mahdollistaa niissäkin lääkkeen kirjaamisen rakenteisesti Riskiin liittyvänä lisätietona ATC-koodin tarkkuudella. Tätä ei ehkä kuitenkaan ole vielä toteutettu ohjelmistotasolla. Jatkokehityksenä on ajateltu myös siltauksia rakenteisesta lääkityksestä riskitietoihin, kun rakenteinen lääkitys saadaan käyttöön.

- 3) *Resistentin sair bakt kantajuus tai altistus ovat selkeästi eri asia, niitä ei voi yhdistä yhden E1 kohdan alle (RP)*

Vastaus: Tarkasti ottaen tulkitaisin nyt*, että Luokan E1: Moniresistentti kantajuus tai epäily määritelmä (*moniresistentin mikrobin kantajuus, tai sen epäily, joka on huomioitava hoidossa*) ei sisällä altistusta, vaan altistus pitäisi kirjata eristys luokkien (E2-E9) kohdalle.

Tätä kohtaa varmaankin kannattaisi tarkentaa ja sen suhteen ottaisin mielelläni kehitysehdotuksia vastaan. Pitäisikö altistukselle määrittää oma luokka vai pitäisikö luokkien selitteitä tarkentaa

** Tiedon konsultoidessa Effican vanhojen riskityyppien siltauksista uuden luokituksen mukaisiksi, ehdotin myös altistusta luokkaan E1 – nyt olisin kuitenkin asiasta toista mieltä*

- 4) *Resistenttien sair bakt niin kantajuuden kuin altistuksen suhteen ei voi määrittää määräaika, vaan riski on voimassa toistaiseksi ja sen lisäävät tai poistavat vain asiaan perehtyneet sairaalahygieneiayksikön jäsenet, ei kuka tahaansa Effican käyttäjä. MRSA kantajuus on yleensä pysyvä tai hyvin pitkäaikainen 5-20v? tällaista väliä on käytännössä mahdoton kalenterista valita. Kantajuutta ei voi poistaa minkään määrääjän perusteella. jokainen poisto harkitaan eri kriteerein ja vaatiin laajan useamman kk aikana toistetun näytteiden oton. (RP)*
a) *-resist bakt myös 30 vrk määräaika jolloin olisi uudelleen arvioitava (kun kyse yleensä vuosien riskistä) Kyse kuitenkin pitkäaikaisesta riskitiedosta, kuukausia/vuosia ja missään niitä ei saa merkitä tai poistaa kuin vain hyg hoitajat (ei siis kuka tahaansa Effic-käyttäjää) (RP)*
b) *määrittelyyn tehty raja, jossa riskitieto poistuu aina 30 vrk:n kuluttua (RU)*
c) *muihin on tullut 30 vrk määräaika. (OL)*

Vastaus: Kantajuuden (E1) suhteen pysyvyydeksi on jäänyt epähuomiossa *Kertaluonteinen*, kun ryhmän muut riskit (E2-E9; eristystarpeet) ovat määräaikaista.

Virhe korjattu koodistopalvelimelle 27.1.2014.

Ongelma ei kuitenkaan ole pelkästään valtakunnallisessa määrittelyssä, sillä

- määräaikaisten tiedon aikarajaa (tässä 30 vrk) ei ole valtakunnallisesti määritelty. Ratkaisu on ollut ohjelmistotoimittajan tekemä.
- Valtakunnallisen määrittelyn mukaan tosin ohjelmiston tulee antaa oletusarvo, jota käyttäjän tulee voida tarvittaessa muuttaa.

5) *Tartuntatautilainsäädäntö lähtee siitä että kyseessä on erittäin merkittävä turvallisuustekijä ja siksi resist bakt liittyvän riskin olisi oltava aina kriittinen, muuten se jää hoitotyössä huomioimatta johtaa tartuntatautilanteen huononemiseen (RP)*

a) *MRSA-riskitietomerkinnät ovat tipahtaneet hoidossa huomioitaviin riskeihin (RU)*

Vastaus: Kriittisen riskitiedon määritelmä on *"Tieto, jonka huomiotta jättäminen voi aiheuttaa hengenvaaran tai muun huomattavan riskin potilaalle, henkilökunnalle tai ympäristölle, ja jonka huomioiminen aiheuttaa tarpeen hoidon järjestämiseen tavanomaisesta poikkeavalla tavalla"*, eikä tämän katsottu täyttyvän resistenttien bakteerien kohdalla.

Kriittisten riskien lista, pidettiin tietoisesti tiukkana, jotta ne eivät kärsisi "inflaatiota" vaan henkeä uhkaavissa tilanteissa "silmille hyppäävä" ilmoitus todella tulisi huomioitua.

- Valtakunnallisen määrittelyn mukaan tosin ohjelmiston tulee antaa oletusarvo, jota käyttäjän tulee voida tarvittaessa muuttaa.

6) *Ei näemmä myöskään vielä huomioitu uusia riskibakteereita, joista 1.10. THL teki suositukset eli CPE ja PseuMDR. (RP)*

a) *Moniresistenttien bakteerien osalta (E tai E1) toivotaan keskeisten bakteerien (tai niiden lyhenteiden) luetteloa kansallisesti yhtenäisen käytön edistämiseksi. (TJ)*

i) [Suomessa tärkeimmät sairaaloiden kosketuseristyskapasiteettia koettelevat resistentit mikrobit ovat MRSA, ESBL, VRE, MRPA ja MDRAcI sekä CPE](#)

Vastaus: THL ei ole määritellyt riskitietomäärittelyksiin riskibakteereita (ei myöskään vanhojen suositusten mukaisia). Tämä on enemmän käyttäjien sisällöllistä ohjeistusta, jonka ei katsottu kuulu tietojärjestelmä määrittelyyn. Jos riskibakteerit halutaan rakenteisesti riskitiedon lisätietoihin, voivat kliiniset asiantuntijat ehdottaa tähän soveltuvaa luokitusta, joka voitaisiin tuottaa jatkokehityksenä. Mikrobiluettelo sinällään on jo tulossa koodistopalvelimelle.

7) *Alueella ehti herättää huomiota ettei DNR-päätökselle löydy muuta kuin "hoidon rajausta" kohta, jossa 30 vrk määräaika ()*

Vastaus: Hoidon rajaukseen on tulossa oma luokitus, mutta sen käsittely koodistopalveluprosessissa on kuitenkin vielä kesken. Hoidon rajausta on määritelty oletusarvoisesti määräaikaiseksi, koska tilanteet voivat olla myös ohimeneviä. Yleensä on pienempi paha hoitaa potilasta, jolla on hoidon rajausta, kuin jättää hoitamatta potilas, jolla hoidon rajausta ei ole. Kun tilanne todetaan pysyväksi, käyttäjä voi muuttaa pysyvyyden oletusarvosta poikkeavaksi.

- Määräaikaisten tiedon aikarajaa (tässä 30 vrk) ei ole valtakunnallisesti määritelty. Ratkaisu on ollut ohjelmistotoimittajan tekemä.

- 8) osa tartuntatauteihin liittyvistä riskitiedoista on poistunut kokonaan (OL)
- a) Lisäksi riskitiedot määräytyvät potilaan diagnoosien perusteella ja eristysluokat (ilma-, kosketus- ja pisaraeristys) tulevat väärin. (OL)
 - b) eristysluokat ovat monilta osin väärä (RU)

Vastaus: Valtakunnallinen riskitiedon tyyppi luokitus on laajentunut aiemmasta. Sen sijaan ohjelmistosovelluksissa olleet potilastietojärjestelmäkohtaiset riskit ovat voineet muutoksen yhteydessä vähentyä, kun niitä on yhdistetty laajentuneeseen riskitiedon tyyppi luokituksen mukaisiksi. Ajatuksena on ollut, että diagnoosipohjaiset riskikirjaukset pohjautuisivat jatkossa diagnoosien ja riskitietojen siltauksiin. THL:n riskitietosiltaukset ovat työn alla (kts. kohta 1), joten diagnoosien siltaus riskityyppeihin on tällä hetkellä toteutettu sovellustasolla, joten mahdolliset virheellisyys näissä virheellisyys tulee käydä läpi potilastietojärjestelmätoimittajien kanssa. THL tuottamat siltaukset julkaistaan kesällä 2014.

Erityissuojattavien tietojen näyttäminen

KanTa-käyttötapauksissa todetaan erityissuojattavista tiedoista, että niiden selailu edellyttää aina erillisvahvistuksen käyttäjiltä. Voidaanko kuitenkin tiedot näyttää ilman vahvistusta, jos käyttäjä toimii kyseisen erikoisalan yksikössä? Eli jos käyttäjä on kirjautuneena psykiatrian yksikköön, niin voidaanko PSY-näkymä näyttää ilman erillisvahvistusta? Muistaakseni joskus tällaisesta keskusteltiin Viilapajassa.

Vastaus: Voi – ja myös pitää näyttää ilman vahvistusta kyseisen erikoisalan yksikössä. Erityisvahvistus koskee vain muiden erikoisalojen käyttäjiä.

Jatkokysymys: Kumpi on ratkaiseva, yksikön vai käyttäjän erikoisala? Molemmat voivat olla, henkilön tulee toimia joko kyseisessä yksikössä tai kyseisellä erikoisalalla.

Palvelutapahtuma-asiakirjan versiointi

Jos rekisterisiirtojen mahdollistamiseksi palveluyksikön mukaan palvelutapahtuma-asiakirjalla jatkossa ilmoitetaan palvelutapahtumassa hoitovastuussa oleva yksikkö palvelutapahtuman kirjanneen yksikön sijasta (Palvelutapahtumaan osallistuvat palveluyksiköt ja prosessitapahtumien aika), niin onhan mahdollista muuttaa kyseistä yksikköä palvelutapahtuma-asiakirjaa versioimalla virheen korjaamiseksi? Vastuuyksikkö voi palvelutapahtumassa vaihtua kun esim. siirretään potilas saman vaivan hoitamiseksi toiselle erikoisalalle, jolloin myös alkaa uusi hoitojakso ja hoitovastuu siirtyy, mutta koska kuuluu saman vaivan hoitoon on samaa palvelutapahtumaa.

Vastaus: Hoitoyksikön tietoja voi päivittää palvelutapahtuma-asiakirjalle. Tuo kenttä on toistuva, eli lisätään uudet hoitoyksiköt aina entisten jatkoksi. Ensimmäinen hoitovastuullinen yksikkö kirjataan kun palvelutapahtuma syntyy. Kun hoitovastuu siirtyy, lisätään uusi hoitovastuullinen yksikkö. Hoitovastuullisten yksiköiden järjestys kentässä on merkitsevä, viimeinen tieto on voimassaoleva.

Arkisto ei tarkasta hoitosuhteen olemassaolon suhteen palveluyksikköä, vaan että hakijan rekisteristä, eli ko. rekisterinpitäjän rekisteristä, löytyy sopiva ja voimassaoleva palvelutapahtuma-asiakirja. Sitä mikä palveluyksikkö siinä on annettu potilashallinnollisen merkinnän tekijäksi ei tarkasteta. Eli siinä mielessä palvelutapahtuma-asiakirjan palveluyksikköä voi päivittää ongelmitta.

Palvelutapahtuma hoitovastuun siirtyessä

(Edelliseen liittyen varmistuksena:) Käyttötapausmäärittelyn liitteestä 2: ”Palvelutapahtuman alkuajankohdaksi kirjataan se ajankohta, kun potilas tulee vastaanotolle tai kirjataan sisään osastolle. Palvelutapahtuman päättymisajankohdaksi kirjataan se hetki, kun potilas poistuu vastaanotolta tai kirjataan ulos osastolta.” Tästä voi päätellä että jokaisesta hoitojaksosta syntyy uusi palvelutapahtuma, jos hoitojakso alkaa sisään kirjaamisella ja päättyy ulos kirjaamiseen. Toisaalta: ”Vaikka potilaan hoidon koordinaativastuu voikin palvelutapahtuman aikana siirtyä osastolta toiseen, näistä eri osastojen tuottamista prosessitapahtumista kuitenkin muodostetaan yksi palvelutapahtuma, mikäli hoidon syy pysyy ennallaan. Potilaan voi olla vaikea hahmottaa palvelujen tuottajan organisaatorakennetta ja koordinaativastuun siirtymisiä.” Tästä voi päätellä että saman vaivan hoitovastuun siirtyessä erikoisalalta toiselle ei synny uutta palvelutapahtumaa, vaikka alkaa uusi hoitojakso. Nämä ovat sikäli ristiriidassa että kustakin hoitojaksosta pitäisi syntyä erillinen palvelutapahtuma, mutta toisaalta sitten kuitenkin ei. Jälkimmäinen sääntö lienee pätevämpi, vai voiko tehdä kummin vain?

Vastaus: Jälkimmäinen sääntö ok, eli jos hoidon syy on sama niin palvelutapahtuma on sama, vaikka osasto vaihtuisi. Jos järjestelmässä on hankaluuksia saada eri osastojen jaksot samalle palvelutapahtumalle niin ei se nyt kovin vaarallista ole vaikka niistä tulisi erikin pt:t.

Päivitetään PTJ käyttötapaus-dokumentin liite 2.

Palvelutapahtuma rekisterinpitäjämuutostilanteessa

Miten jatkossa tehdään kuntayhtymien jakaantuessa yhden rekisterin tietojen jakaminen kahteen?

STM/THL ilmeisesti muuttaa ohjeitaan tietojen siirtelystä rekisteristä toiseen kuntayhtymien rekisterien jakaantuessa. Aiempi kotikuntaperuste oli ongelmallinen mutta niin on uusi palveluuyksikköperustekin, jos ei arkistoiduissa tiedossa ole yhtä yksikäsitteistä palveluuyksikköä jonka mukaan jako tehdään.

Palvelutapahtuman tiedot pitänee käsitellä kokonaisuutena koska asiakirjoja ei voi jakaa, eikä rekisterin jakaminen siksi voi tapahtua palvelutapahtumaan merkintöjä tehneiden yksiköiden perusteella, joita on yleensä monta. On myös tärkeää että tämä tieto on täsmälleen sama sekä PTJ:ssä että arkistossa, joissa siirrot rekisteristä toiseen tehdään toisistaan riippumatta. Siksi ehdottaisin ettei palvelutapahtuma-asiakirjalla saisi olla kuin yksi palveluuyksikkö, joka on hoidosta vastaava yksikkö ja voi toimia mahdollisen rekisterijaon perusteena.

Vastaus: Siirto tehdään palvelutapahtuman viimeisimmän hoitovastuullisen yksikön pohjalta.

Henkilötietojen muutos

Jos henkilötietoja muutetaan potilaan terveydenhoitoon liittyvän tapahtuman ulkopuolella, voidaanko kuitenkin luoda palvelutapahtuma jotta muutokset saadaan arkistoon? Esim. jos väestötietopäivityksen kautta muuttuu henkilön osoite, pitääkö se päivittää saman tien arkistoon? Onko palvelutapahtuma tässä tapauksessa tyyppiä ’asioiden hoito ilman kontaktia’? Mikä pitäisi laittaa palveluuyksiköksi, kun tapahtuma ei

kuulu millekään yksikölle? Entä voiko tällaisen palvelutapahtuman perusteella todeta hoitosuhteen? Varmaan ei, mutta miten erotetaan tavanomaisesta palvelutapahtumasta?

Vastaus: Osoitetiedot päivitetään vain kun potilas asioi terveydenhuollossa.

Huom. Palvelutapahtuman luokitus (AR/YDIN - Palvelutapahtumaluokitus) on poistettu Kertomus ja lomakkeet oppaan mukaan headerista 4.12.2008!

Kertomus ja lomakkeet –dokumenttiin liittyviä kysymyksiä

Jatkohoidon ydintietorakenteen CDA-määrittely

Missä on Kertomus- ja lomakkeet -määrittelyn 4.63-versiossa viitattu jatkohoidon ydintietorakenteen CDA-määrittely (3.2.11)?

Vastaus: Tuota lukua vastaava erillinen CDA R2 määrittely on Terveys- ja hoitosuunnitelma, joka löytyy on KanTa-sivustolta. Tämä viittaus pitää päivittää lukuun ja poistaa muu teksti luvusta.

Veriryhmän ydintietorakenne

Miten on ajateltu käytettävän Kertomus- ja lomakkeet määrittelyssä kuvattua veriryhmän ydintietorakennetta (3.27)? Käytännössä veriryhmä tulee jatkossa vain laboratoriotuloksiin, jossa on oma rakenteensa, jos veriryhmää ei tallenneta riskitietoihin, kuten THP:n määrittelyitä työstettäessä sanottiin. Vai tuleeeko veriryhmä kuitenkin riskitietoihin, kun ei siitä ole mitään selvästi sanottu THP-määrittelyssä? Ydintieto-opas on tässä ilmeisesti jäänyt jo jälkeen.

Vastaus: Veriryhmä ei ole riskitieto vaan joka ihmisellä oleva ominaisuus (kuten esim. paino). Kuuluu siis vain labroihin. Näin myös jo 2014.Ydintieto-opas on vanhentunut dokumentti.

Päivitys K&L oppaaseen 2014 tietosisältöön.

Yleisten rakenteiden käyttö

Onko Kertomus- ja lomakkeet –määrittelyn luvun 3.2.19 muita yleisiä rakenteita tuettava ja millä näkymillä? Eivät ole ydintietoja eikä vaatimus ole siten selkeä. Käytännössä esim. yleisten rakenteiden kirjaaminen kertomukseen vapaasti on epätodennäköistä (vrt. tiedon lähde, joka ei tosiasiaassa ole itsenäinen ydintieto). Esim. kuljetusjärjestelyt kuulunevat joillekin lomakkeille.

Vastaus: Ei kuulu 2014 sisältöön. Kuljetusjärjestelyt tarkentuvat lähetteen ja palautteen määrittelyn edetessä. Lähetteen ja palautteen käyttöönotto on siirretty vuoteen 2016.

Jonon käsittely ja erikoisalakohtaiset näkymät

Jonon käsittely on hallintoa, kuten ajanvarauksetkin, eikä kuulu erikoisalakohtaisille näkymille (esim. SIS, Kertomus- ja lomakkeet –määrittely 3.2.19.3 ja 3.3), vai kuuluuko?

Vastaus: Jos ei ole hoidollista tekstiä, voidaan kirjata uudelle PHAL näkymälle. Jos sisältää hoidollista tekstiä, kirjataan hoitavalle erikoisala näkymälle. Joka tapauksessa tekstinä – ei rakenteisesti.

Päivitetään K&L dokumenttia tarvittaessa.

Ydintietorakenteen käytön määrittelyjen tarkentaminen

Olisiko syytä tarkistaa määrittelyt millä näkymiltä mitäkin ydintietorakennetta voi käyttää ja odottaa löytävänsä (Kertomus- ja lomakkeet –määrittely 3.3, 3.4 ja 3.5)? On aivan selvää ettei kaikkia rakenteita koskaan löydy kaikilta näkymiltä ja tästä olisi hyvä olla täsmällinen yhteinen näkemys.

Vastaus: Yleiset rakenteiset tiedot (esim. dg, tmp) voivat olla millä tahansa näkymällä, jos ei ole erikseen määritelty (kuten esim riskitiedot, lääkitys, labrat, radiologia). Erikoisalakohkaisia rakenteisia tietoja (pääosa luvuissa 3.3.-3.5 olevista asioista) ei ole vielä määritelty ja ne tulevat vasta 2016 jälkeen. Tässä suhteessa vanhoissa dokumenteissa (esim ydintieto-opas) olevat tiedot eivät ole ajan tasalla, eikä niitä käytetä vaatimuksina.

Päivitetään K&L dokumenttia tarvittaessa.

Toimittajan kommentti kertomus ja lomakkeet –dokumenttiin

Kokonaisuudessaan kertomus- ja lomakkeet –määrittely on paikoin vanhentunut, ylipäänsä sekava ja edelleen keskeneräinen varsinkin luvusta 3.3 eteenpäin. Sillä ei aina ole selvää yhteyttä ylemmän tason määrittelyihin, esim. ydintieto-opas ja THP-määrittely, koska se on tehty ensin tai rinnalla. Ylemmän tason määrittelyt eivät myöskään ole täysin keskenään yhtäpitäviä, esim. ydintieto-opas ja THP-määrittely. Ydintieto-opas olisi päivitettävä kiireesti, vaikka puutteet olisivat pieniäkin. Näkökulmat ja käsittelytavat ovat mielestäni jo melkoisesti erilaiset. Ristiriidat vaikeuttavat tulkintaa. Kaikkea ei huomaa kysyäköön, vaan tulkinta voi tapahtua vain yhden määrittelyn perusteella, joka voikin olla vanhentunut, kun toisessa määrittelyssä vastaava asia on esim. jätetty vanhentuneena pois (veriryhmä). Puutteet haittaavat etenemistäkin, koska esim. käyttöliittymäsuunnittelu nojautuu jossain määrin enemmän eri dokumentteihin kuin KanTa-rajapintasunnittelu. Riski muiden toimijoiden kanssa poikkeaviin tulkintoihin on myös suuri.

Vastaus: Ydintieto-opas jakaantuu useisiin dokumentteihin. THP määrittelyt julkaistiin keväällä 2013, päivitys tulossa keväällä 2014. Rakenteisen kirjaamisen opas Osa 1 (yleiset tiedot) on tuloillaan. Osa 2 tulee todennäköisesti keväällä 2015.

ERAS-asiakirjaan liittyviä kysymyksiä

Käyttötapaukset 3.5 Muodosta kertomusasiakirja

"Asiakirjan body-osaan kirjataan tieto: "Tämä on toisen henkilön itsestään kertomaa tietoa (Erillinen asiakirja) Sukunimi Etunimi (henkilötunnus)". "

--> Mihin kohtaan bodya tuo laitetaan? Tekeekö käyttäjä tämän vai onko tarkoitus että tietojärjestelmä lisäisi tällaisen tekstin "kertomustekstiin" käyttäjän puolesta, eli esim lisäys merkinnän näyttömuotoon tms?

Vastaus: THL vastaus 9.1.2014: " järkevintä lienee laittaa tuo 1. kysymyksen lause bodyn alkuun, tarkoitus on että tietojärjestelmä lisää tekstin niin se tulee aina varmasti mukaan tekstiin. ERAS-näkymälle kirjataan siis sen toisen henkilön itsestään kertomaa tietoa. Eli jos lapsen neuvolakäynnin yhteydessä äiti kertoo itsestään jotain, mikä vaikuttaa lapsen hoitoon niin nämä äidin itsestään kertomat asiat kirjataan ERAS-näkymälle. "

Käyttötapaukset 3.5 Muodosta kertomusasiakirja

Rakenteisen kirjaamisen opas (6.2.8) sanoo että ERAS:ta käytetään aina kun kirjaan muun henkilön kuin potilaan itseään koskemaan tietoa, mutta Potilasasiakirjaoppaassa STM 2012 sanotaan että "kirjataan erilliselle liitelehdelle tekstiä jos joku muu henkilö kertoo itsestään...". STM opas on yhtenevä käyttötapausten kanssa, mutta Rakenteisen kirjaamisen opas näyttäisi olevan ristiriidassa tämän kanssa. Miten asia on?

Vastaus: Vain muun henkilön kuin potilaan itsestään kertomat tiedot kuuluvat ERAS asiakirjalle. Jos potilas kertoo toisesta henkilöstä, se ei kuulu ERAS asiakirjalle. Kannattaisi silloin kirjata tekstiin esim.:” Potilaskertoo äitinsä tehneen ...”. Tässäkin voi vielä käyttää maalaisjärkeä riippuen siitä onko asia ”arkaluonteista”.

ERAS-näkymälle kirjataan vain toisen henkilön itsensä kertomaa arkaluonteista tietoa, kolmannesta henkilöstä kerrottua tietoa kirjataan potilaan kertomukseen siltä osin kuin tieto vaikuttaa potilaan hoitoon. Myös toisen henkilön itsestään kertomaa, ei arkaluonteista tietoa voidaan kirjata potilaan kertomukseen. ERAS-näkymälle kirjatut tiedot on terveydenhuollon ammattilaisten käytettävissä. Potilaalla ei ole niihin tarkastusoikeutta eikä niitä näytetä Omakannassa. Arkiston käsikirjan toimintamallissa kuvataan ERAS-näkymän käyttöä terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta.

ERAS on hoidollinen lisänäkymä. Lisänäkymän liittäminen hoidolliseen näkymään on kuvattu Kertomus ja lomakkeet –dokumentissa. ERAS-näkymän käyttöä on kuvattu PTJ-käyttötapauksessa ja sen kuvailutietoja header-oppaassa. THL tarkentaa ERAS-näkymää koskevat osuudet rakenteisen kirjaamisen oppaaseen seuraavien päivitysten yhteydessä.

Merkinnän korjauksesta

Taustaa: Käyttötapaukset 3.2 Muuta tai korvaa merkinnän tietosisältöä (Taulukko 3.2.4) kertoo korjauksesta seuraavaa:

"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)"

ja

"c) ...Uuteen merkintään liitetään korvatun merkinnän tunniste."

Kysymys: Kertomus ja Lomakkeet -dokumentissa puhutaan merkinnän yksilöllisestä tunnisteesta component.section.id, mutta emme löytäneet korvatus merkinnän id:lle rakennetta. Mihin rakenteeseen tämä "korvatus merkinnän tunniste" tulee? Voiko tästä saada cda tason esimerkin?

Vastaus: Ks. myös yleinen vastaus alla. Tämä kirjoitettu huonosti PTJ-käyttötapaukseen. Kantaan arkistoituu uusi asiakirjaversio, korvattu merkintä jää vanhaan asiakirjaan ja uuteen asiakirjaversioon tulee korvaava merkintä ja se saa uuden merkinnän oidin.

Noiden b ja c kohtien vaihenumero on 3, sen yläviitteessä seuraava teksti "Tässä esitetty merkinnän versiointitieto ei tule CDA R2 -asiakirjoihin, vaan se esitetään pelkästään PTJ:n omissa tiedoissa." Varsinkin tämä kohta pitää siis selventää sekä Kertomus ja lomakkeet dokumenttiin että PTJ-käyttötapaukseen. Kertomus ja lomakkeet dokumentissa kuvatut viittaamismekanismit mahdollistavat viittauksen merkintään (näkyvään) ainoastaan päivittyvistä entryistä.

Toinen ongelma tässä on se että miten CDA muotoon voidaan liittää linkitys merkintään jota ei ole KanTassa (kohta b)?

Eikö olisi järkevintä että korjattaessa merkinnän yksilöllinen tunniste (component.section.id) ei muutu, vaan uusi versio merkinnästä tulee uuteen asiakirjaversioon? Kyseessä ei ole uusi merkintä vaan korjattu merkintä...

Vastaus: Ks. ed. vastaus + korjattuun asiakirjaan tulee uusi merkintä uudella oidilla.

Jatkokysymys:

"c) Muille samaan asiakirjaan sisältyville, mutta muuttumattomina pysyneille merkinnöille annetaan uuden asiakirjan tunnistetieto"

-Miten merkinnälle annetaan asiakirjan tunnistetieto?

Vastaus: Ks. myös yleinen vastaus alla. Tämäkin vähän hämäävästi kirjoitettu käyttötapaukseen. Muuttumattomat merkinnät pysyvät uudessa asiakirjaversiossa muuttumattomana ja asiakirja saa uuden version.

Yleisenä vastauksena noihin kaikkiin: Kertomus ja lomakkeet opasta sekä käyttötapausta 3.2 on tarkoitus täsmentää lähiaikoina. Näistä samoista kohdista on tullut äskettäin kysymys muualtakin.

Kertomus ja lomakkeet oppassa ei ole käyty läpi kaikkia skenaarioita (mm. miten delete-insert muotoiluja pitää/saa käyttää) ja toisaalta PTJ käyttötapaus vaatii viittaamassanne kohdassa siistintää ja selventämistä.

Merkinnän mitätöinnistä

Taustaa: Lainaus käyttötapauksista 3.2.5 Korvattujen merkintöjen kirjaaminen ja niiden muutoshistoria :

"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". "

Kysymys: Käyttötapa antaa kolme syytä korjata tai poistaa merkintää (sisältövirhe, tekninen tallennusvirhe, väärä potilas). Ainoastaan väärän potilaan tapauksessa ohjeistetaan miten tieto poistetaan.

-Onko mahdollista poistaa/mitätöidä merkintä myös sisältövirheen tai teknisen virheen vuoksi?

-Jos on niin tehdäänkö näissäkin tapauksissa "tekninen poistokirjaus kirjaus"?

-Jos on niin käytetäänkö näidenkin yhteydessä korvauksen syykoodia 3?

-Onko teknisessä poistokirjauksessa sama merkinnän yksilöllinen tunniste kuin sen alkuperäisessä versiossa?

Vastaus:

Menee seuraavasti muutosten (sis. poistot) osalta:

- merkintään muutettu sisällöllisen virheen takia ja merkintää on muutettu sen teknisen tallennusvirheen takia
 - > normaali merkinnän muutosprosessi (Kertomus ja lomakkeet luku 2.6)
 - > korvaava merkintä saa uuden tunnisteen
 - > korvauksen syykoodi 1
- jos kyseessä on "väärän potilaan tietoa" tapaus
 - > poistosta tehdään tekninen kirjaus (PTJ-käyttötapaukset Muuta tai korvaa merkinnän tietosisältöä, luku 3.2.5)
 - 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.
 - > tekninen kirjausmerkintä saa uuden uuden tunnisteen
 - > korvauksen syykoodi 3
- lisäksi, jos kyseessä on potilaan pyytämä muutos tai poisto

- > merkintä poistetaan kokonaan, ei tehdä myöskään teknistä kirjausta
- > korvauksen syykoodi 4

Jatkospekulointi: Onko muuttamisella ja korjaamisella tässä kontekstissa eroa KanTan näkökulmasta?

Vastaus: ks. vastaus edellä. Nämäkin kohdat on tarkoitus täsmentää Kertomus ja lomakkeet dokumenttin sekä PTJ-käyttötapauksiin.

Omakannan käyttöliittymä

Haluaisin mainita, että OmaKantassa olevat informaatio, suostumus ja kiello osiot eivät ohjaa käyttäjää käymään näissä kaikissa osioissa. Käyttöliittymä saisi olla parempi. Nyt voi käyttäjällä jäädä jokin osio kirjaamatta kokonaan.

Tämän pitäisi olla hyvä, koska jos nyt tätä aletaan asiakkaille mainostaan, että käykää täyttämässä tiedot OmaKantaan ennen sairaalaan tuloa.

Vastaus: Käyttöliittymää koskevat parannusehdotukset ovat aina tervetulleita ja viemme tiedoksi palvelua kehittäville tahoille sekä THL:ssä että Kelassa. Onko kysyjällä jokin ehdotus, kuinka ohjattavuutta tulisi parantaa?

Kieltojen tekeminen eri paikkakunnalta

Haluaisin kysyä edelleen, että jos ihmisillä on mahdollisuus liikkua ja valita hoitopaikkojaan, niin esim. joku asiakas käy Helsingissä hoidossa eikä muista sillä reissulla kielloa tehdä vaan haluaa tehdä sen myöhemmin täällä Oulussa. OYS:ssä ei voida kielloa laittaa ja asiakas ei omista konetta eikä pankkitunnuksia. Onko siis ainut mahdollisuus se, että asiakkaan tulee matkustaa Helsinkiin ja käydä siellä kielloa tekemässä, jotta saadaan asiakirjat tulostettua ja allekirjoitettua vai lähetetäänkö Helsingistä kyseiset asiakirjat asiakkaalle, jonka tulee ne allekirjoittaa ja lähettää paluupostilla toinen kappale Helsinkiin?

Vastaus: THL ohjeistaa 2014 kieltojen tekemisen toimintamallidokumentaatioon ja –koulutuksiin. Palvelutapahtumaa koskeva kiello on oltava mahdollista tehdä sen tehneessä organisaatiossa. Palvelunantajaa tai rekisteriä koskeva kiello on oltava mahdollista tehdä saman sairaanhoitopiirin alueella. Käyttäjä voi kirjallisesti tehdä toista sairaanhoitopiiriä koskevia kielloja. Kiellon vastaanottaneen terveydenhuollon toimijan tulee välittää tieto kiellosta ao. toimintayksikköön jotta siellä voidaan tallentaa kiello Tiedonhallintapalveluun.

Uudessa asiakastietolaissa (2014) on tulossa kieltojen käsittelyä varten kansallinen ammattilaisten kieltokäyttöliittymä, joka mahdollistaa kieltojen ja informointimerkintöjen tekemiseen mistä tahansa terveydenhuollon toimipisteestä. Sitä ennen kieltojen hallinta onnistuu parhaiten Omakannan kautta.

THP: Kiellot

Palvelutapahtumakohtaisen kiellon tekemiseen pitää hakea palvelutapahtumat samoilla palvelupyynnöillä kuin muutoinkin luovutuksissa. Tiedonhallintapalvelun muissa toiminnoissa ei tarvittaisi hoitosuhteen todentamista mutta tässä tarvitaan koska PP on yhteinen. Tämä tuottaa epäloogisuutta toimintoihin. Onko kieltojen yhteydessä mahdollista hakea palvelutapahtuma/t jollain muulla tavoin antamatta palvelutapahtumaa?

Vastaus: Palvelutapahtumakohtaisen kiellon tekeminen ei onnistu alueellisesti, vaan vain samasta organisaatiosta. Ks. edellinen vastaus

Rokotus

Validointipalvelu ilmoittelee virheestä aina mikäli rokotuksen tiedoista puuttuu yksilöintinumro (vnr) vaikka tietosisältö-koodistossa vnr on ehdollisesti pakollinen

Tietosisällön perusteella jos kyse on vanhan rokotustiedon kirjaamisesta ja rokotuspäivä ei ole tänään, vnr ei ole pakollinen tieto.

Kumpaa totellaan, ollaanko vain piittaamatta validaattorin virheilmoituksesta.

Vastaus: Validointisääntöjä korjattu tämän osalta, totellaan tietosisältömäärittelyä.

ERAS

Olisiko erillisiasiakirjasta esimerkkiä kuinka potilaan, jonka tietoja erillisessä asiakirjassa on, tiedot pitää esittää asiakirjassa.

Vastaus: Kela tuottaa esimerkin

Jatkokysymys: Jos potilasiasiakirjat luovutetaan paperisina, luovutetaanko myös ERAS-tiedot? Jos potilastiedot luovutetaan potilaan suostumuksella terveydenhuollon toimijalta toiselle, ERAS-tiedot voidaan luovuttaa, jos se on hoidon kannalta tarpeellista. Potilaalla ei ole oikeutta ERAS-tietoihin, joten jos luovutus tapahtuu potilaan välityksellä, ERAS-tietoja ei luovuteta.

Luovutusilmoituksen arkistointi

Mihin palvelutapahtumaan liittyen luovutusilmoitus arkistoidaan?

Vastaus: Luovutusilmoitusta ei liitetä lainkaan palvelutapahtumaan. Luovutusilmoitus on tyypiltään ei-hoidollinen arkistoasiakirja.

Luovutusilmoituksen tekeminen

Jos potilas käyttää tarkastusoikeuttaan, ja saa paperilla potilastietonsa, tarvitseeko tehdä luovutusilmoitus?

Vastaus: Luovutusilmoitus (LILM) täytyy tehdä myös silloin, kun potilaalle itselleen tarkastusoikeuden perusteella luovutetaan asiakirjoja. Alla ote luovutuksen peruste –luokituksesta.

1	Luovutus terveyden- ja sairaanhoidon tarkoitukseen
2	Luovutus muulle kuin terveydenhuollon toimijalle lain erillisen säädöksen perusteella
3	Luovutus muulle kuin terveydenhuollon toimijalle potilaan suostumuksella
4	Luovutus tutkimukseen tai tilastointiin palveluntarjoajan luvalla
5	Luovutus tutkimukseen tai tilastointiin THL:n luvalla
6	Luovutus potilaan itseään koskevien tietojen tarkastusoikeuden perusteella
7	Luovutus läheiselle hoitotilanteessa
8	Luovutus kuolleen henkilön tiedoista hakemuksella

18.2.2014 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely

Tiedoksi hoitovastuullisen palveluysikkötiedon kirjaamisesta

Organisaatiomuutostilanteissa potilasasiakirjojen rekisterinpitäjä määräytyy jatkossa hoitovastuullisen palveluysikön perusteella (pl. ostopalvelut). Tietoa hoitovastuullisesta palveluysiköstä ylläpidetään palvelutapahtuma-asiakirjalla. Jos hoitovastuullinen yksikkö vaihtuu palvelutapahtuman aikana, on ko. yksikön tiedot päivitettävä palvelutapahtuma-asiakirjalle.

Arkistointi liittymisvaiheessa

Miten tulkitaan arkistoitavien tietojen rajausta liittymishetkestä alkaen? Arkistoidaanko kaikki merkinnät liittymishetkestä alkaen vaikka palvelutapahtuma olisi päättynyt menneisyydessä? Vai arkistoidaanko pelkästään merkinnät liittymishetkestä alkaen jos palvelutapahtuma ei ole vielä päättynyt liittymishetkellä? Vai arkistoidaanko pelkästään liittymisen jälkeen syntyneet merkinnät palvelutapahtumista jotka alkavat liittymisen jälkeen? Vai arkistoidaanko myös ennen liittymistä syntyneitä merkintöjä esim. kun palvelutapahtuma alkaa vasta liittymisen jälkeen? Vai ihan miten vain?

Vastaus: Jos palvelutapahtuma on päättynyt ennen liittymistä, ei merkintöjä arkistoida. Jos palvelutapahtuma on kesken liittymishetkellä, arkistoidaan merkinnät liittymishetkestä lähtien. Terveystieteiden organisaation ja kansalaisen on tiedettävä, missä ja miten asiakirjat arkistoidaan ennen liittymistä ja sen jälkeen.

Palvelutapahtuman arkistointi liittymisvaiheessa

Jos arkistoidaan ennen liittymistä päättäneen palvelutapahtuman liittymisen jälkeen syntyneitä tietoja, arkistoidaan varmaan myös palvelutapahtuma-asiakirja, mutta näkyykö se potilaalle? Varmaan pitäisi näkyä.

Vastaus: Asiakirjoja jotka kuuluvat palvelutapahtumaan, joka on päättynyt ennen Kanta-liittymistä, ei tulisi arkistoida, ks. edellinen vastaus.

Yleisperiaatteena kuitenkin on, että hoitoasiakirjojen arkistointi onnistuu vasta, kun niissä annetun palvelutapahtuman palvelutapahtuma-asiakirja on ensin arkistoitu. Ja kun palvelutapahtuma-asiakirja arkistoidaan palvelupyynnöllä PP1, näkyy palvelutapahtuma kansalaiselle Omakannassa.

Arkistoon on tekeillä oma erillinen palvelupyyntö (PP37) varsinaisten vanhojen, ennen arkistoon liittymistä syntyneiden asiakirjojen arkistointia varten. Tällä uudella palvelupyynnöllä arkistoidut palvelutapahtumat ja asiakirjat eivät näy kansalaiselle Omakannassa, eivätkä siirry palvelujen antajalta toiselle luovutushaussa. Niistä ei myöskään tulla näyttämään tietoja tiedonhallintapalvelun kautta, koska vanhoilta tiedoilta ei vaadita nykyistä rakenteellisuutta.

Laboratoriotulosten arkistointi liittymisvaiheessa

Arkistoidaanko liittymisen jälkeen syntyneiden laboratoriotulosten yhteydessä myös ennen liittymistä tehdyn pyynnön tiedot vai jätetäänkö pyynnön tiedot pois? Vai jätetäänkö tulokset arkistoimatta?

Vastaus: Arkistoidaan liittymisen jälkeen tehdyt pyynnot ja niiden vastaukset.

Arkistosta haku ja hoitosuhteen todentava palvelutapahtuma

Jos tarvitsee hakea arkistosta tietoja hoitosuhteen perustuessa palvelutapahtumaan, jota ei ole aikarajauksesta johtuen arkistoitu palvelutapahtuma-asiakirjalla, pitääkö kyseinen palvelutapahtuma-asiakirja arkistoida kuitenkin ensin? Näkyykö se potilaalle? Pitäisi varmaan näkyä jos luovutus perustuu siihen. Miten sen voisi piilottaakaan?

Vastaus: Kyllä, luovutushaku vaatii palvelutapahtuma-asiakirjan osoittamaan hoitosuhteen olemassaolon potilaan ja hakevan organisaation välillä, ja palvelupyynnöllä PP1 arkistoituja palvelutapahtuma-asiakirjoja voidaan käyttää hoitosuhteen olemassaolon varmenteena ja tällaiset palvelutapahtumat näkyvät myös potilaalle/kansalaiselle Omakannassa. Luovutuksen tiedot näkyvät Omakannassa myös luovutuslokitietojen yhteydessä.

Jos palvelutapahtuma, johon haku liittyy, on päättynyt kun tietoja haetaan Kannasta, käyttäjä voi tehdä uuden palvelutapahtuman. Käytännössä edellä kuvattu tilanne

Merkintöjen automaattinen hyväksyminen

Voiko ohjelma hyväksyä merkintöjä automaattisesti ja arkistoida ne, jos käyttäjä ei ole tiettyyn aikaan mennessä tehnyt hyväksymistä? Mikä olisi sopiva aikaraja automaattiselle hyväksymiselle?

Vastaus: Voi hyväksyä, terveydenhuollon toimintayksikkö määrittää aikajakson, jonka jälkeen automaattinen hyväksyminen tapahtuu. Aikarajan määrittämisessä huomioitava potilasasiakirja-asetuksessa asetettu 5 vrk (jonka kuluessa potilasasiakirjat toimitettava seuraavaan hoitoyksikköön), toisaalta se että merkinnän tekijällä on mahdollisuus tarkistaa ja hyväksyä tekstinsä itse sanelun kirjoituksen jälkeen.

Laboratoriovastauksia ei käyttäjän tarvitse ”kuitata”, vaan ne voidaan arkistoida suoraan tuloksen valmistuttua. Asiakirjan näyttämistä kansalaiselle voidaan myös viivästyä (Header, kenttä kansalaisen katselun viivästyttäminen), jolloin tiedot arkistoituvat normaalisti ja ovat terveydenhuollon henkilöstön käytettävissä, mutta eivät näy Omakannassa viivästysaikana.

Sosiaalihuollon järjestämän kotisairaanhoidon tietojen arkistointi

Mihin rekisteriin sosiaalihuollon järjestämän kotisairaanhoidon tiedot arkistoidaan? Rekisteritunnus ei varmaankaan ole tässä tapauksessa 2 – Julkinen terveydenhuolto, koska kyseessä on sosiaalihuollon rekisteri, johon kuuluu myös muuta kuin terveydenhuollon tietoa. Mikä on siis arkistoitavaksi käytettävä rekisteritunnus, jos kotisairaanhoidon tiedot pitää tässä tapauksessa arkistoida?

Vastaus: Kotisairaanhoidon asiakirjat kuuluvat julkisen terveydenhuollon rekisteriin, osaksi terveyskeskuksen potilasrekisteriä, vaikka kotisairaanhoidon olisi yhdistetty kotipalvelun kanssa ja hallinnollisesti olisi sosiaalitoimessa. Asiaa kuvataan myös STM:n ohjeistuksessa: (http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42730&name=DLFE-14906.pdf) mukaisesti ”Kansanterveyslain ja sosiaalihuoltolain väliaikaisen muutoksen perusteella toteutettavan kotihoitoon kokeilun piiriin kuuluvien asiakkaiden kotihoitona järjestettävän terveyden- ja sairaanhoidon potilasasiakirjat ovat terveyskeskuksen asiakirjoja.” Jos kotisairaanhoidon ja kotipalvelun on yhdistetty muutoin kuin kokeilulain perusteella, kotisairaanhoidon tiedot kuuluvat silloinkin terveyskeskuksen potilasrekisteriin.

Jos kotihoito on hallinnollisesti osa sosiaalitoimea, on huomioitava että Potilastiedon arkiston käyttäjäksi voivat liittyä ainoastaan terveydenhuollon toimintayksiköt. Pyritään tarkentamaan sosiaalihuollossa sijaitsevan kotisairaanhoidon Arkiston liittymisohjetta.

Päivittäismerkintä-otsikon käyttö

Miten on tarkoitus käyttää otsikkoa ’Päivittäismerkintä’? Samassa merkinnässä voi olla useita erilaisia hoidon vaiheita ja otsikoita. Tulkitaanko koko merkintä kaikkine hoidon vaiheineen ja otsikoineen päivittäismerkinnäksi, jos merkinnästä löytyy jostain kohdasta otsikko ’Päivittäismerkintä’? Vai onko niin

ettei päivittäismerkinnässä saa käyttää muita otsikoita eli merkinnässä voi olla vain yksi hoidon vaihe ja otsikko, jos se otsikko on 'Päivittäismerkintä'?

Vastaus: Päivittäismerkintä-otsikko on samanlainen kuin muut otsikot, ja merkinnässä voi käyttää myös muita otsikoita. Päivittäismerkintä-otsikkoa voi käyttää kaikilla näkymillä. Osastojaksoilta näytetään toistaiseksi Omakannassa ainoastaan Väli- ja Loppuarvio-otsikoiden alle kirjatut tiedot, joten päivittäismerkintä-otsikon alla olevat tiedot eivät näy Omakannassa (osastojaksoilta). Mikäli päivittäismerkintä-otsikon alle on kirjattu rakenteisesti koosteelle poimittavia tietoja, näkyvät ne koosteen kautta myös Omakannassa. Huom! Hoitotyön päivittäiskirjaukset tuotetaan HOKE-näkymälle, otsikkoa ei ole tarkoitettu hoitotyön päivittäismerkintöjen käyttöön.

Nyt CDA R2 määrittelyssä ohjeistetaan tekemään diagnoosit diagnoosi-otsikon ja toimenpiteet toimenpide-otsikon alle. Diagnoosin ja toimenpiteen voi kuitenkin kirjata myös muiden otsikoiden alle, esim. diagnoosi Hoidon syy –otsikolle.

Lisäkysymys: Käytetäänkö päivittäismerkintää kuten väliarvio-otsikkoa?

Vastaus: Väliarvo on tarkoitettu yhteenvedotyyppisen tiedon kirjaamiseen, eli kirjataan väliarvio pidemmältä aikajaksolta. Päivittäismerkintä-otsikon alle kirjataan päivittäin tehtävät kirjaukset ja arviot.

Lisäkysymys: Onko tarkoitus, että päivittäismerkintää tulisi sallia vain jonkin tietyn näkymän alla?

Vastaus: Ei, otsikkona päivittäismerkintä voi olla kaikilla näkymillä.

Potilastietojen siirron aikataulut

Mistä löytyy nettisivu ja/tai dokumentti, josta löytyy kootusti mitkä potilastiedot siirretään, rakenteisessa ja ei rakenteisessa muodossa, Kantaan syksyyn 2014 ja 2015 mennessä. Ovatko 2014 samat tiedot, jotka tullaan vaatimaan myös yksityisiltä 2015 syksyyn mennessä? Siirtyvätkö tällöin myös kaikki noita päivämääriä edeltävät tiedot, vai ainoastaan niiden jälkeen syntyvät tiedot?

Vastaus: Tiedot aikatauluista löytyvät kanta.fi-sivustolta. Ks. erityisesti vaiheistusasetus ja sen muutosesitys. 2014 ja 2015 vaadittavat tiedot ovat samat.

Erillisjärjestelmän ja A-järjestelmän vaatimukset

Mistä löytyy nettisivu ja/tai dokumentti josta löytyy koottuna vaatimukset erillisjärjestelmästä ja A – järjestelmästä?

Vastaus: Erillisjärjestelmien määrittelydokumentaatio löytyy kanta.fi-sivustolta. Päivitetty versio on tulossa julkaisuun.

Auditointivaatimukset löytyvät kanta.fi-sivustolta. A- ja B-järjestelmä rajanveto tarkentuu vielä.

Tietojen tallennus Taltioni-tietokantaan

Voiko kunnan omahoitoporttaalin potilastiedot, jotka on saatu Kannasta, tallettaa Taltioni-tietokantaan / palveluun, jos on potilaan lupa? Jos ei voi niin miksi ja mitä asialle voisi tehdä jotta voisi?

Vastaus: Asia vaatii selvittelyä ja STM:n linjausta. Tällä hetkellä ei ole mahdollista. Myös tietojen luovutusta Kannasta kunnan omahoitoportaaliin täytyy tarkentaa ja linjata kansallisesti.

Kansalaisen itse keräämän terveystiedon siirto Kantaan

Vaatiiko kansalaisen itse keräämän terveystiedon (paino, liikunta, ravinto, etc) siirtäminen kanta- tai palveluväylärajapinnan kautta standardien ja rajapintojen kehittämistä? Jos/kun vaatii niin miten kehitysprosessi tapahtuu, kuka (THL?) ja millä aikataululla? Kuka priorisoi kehityksen, kuka maksaa ja mitä maksaa?

Vastaus: Tämätyyppiset toiminnot ovat vielä periaatteellisella keskusteluasteella.

Kanta-rajapinta ja palveluväylärajapinta

Mikä on Kanta -rajapinnan ja palveluväylärajapinnan yhteys? Onko suunnitelmia että ovat samoja sote:n osalta, kuka vastaa / suunnittelee, mitä ja missä aikataulussa?

Vastaus: Kysymykset kuuluvat tässä vaiheessa strategisen suunnitteluun piiriin eli STM:lle. Nämä eivät ole vielä operatiivisen ohjauksen piirissä, joten THL ja Kela eivät voi näihin vastata.

Rajapintojen kansainvälinen yhteensopivuus

Ovatko suomalaiset rajapintastandardit ja rajapinnat (palveluväylä / Kanta) yhteneviä Eurooppalaisten kanssa? Jos eivät ole niin onko tähän tulossa muutos, milloin ja mitä se tarkoittaa kustannusten osalta? Onko riskinä että rajapinnat rakennetaan uusiksi vastaamaan EU-standardeja?

Vastaus: Kanta-rajapinnat pohjautuvat kansainvälisiin HL7 standardeihin.

Toimenpideluokituksen käyttö

Saako muita toimenpidetietoja kuin THL:n toimenpideluokituksella kooditettuja toimenpiteitä kirjata rakenteisena CDA R2 asiakirjaan? Esim. SPAT-luokitus

Vastaus: Toistaiseksi rakenteisena vain toimenpideluokituksen koodistot, muita ei kirjata rakenteisena. Perusterveydenhuollossa toimenpiteet kirjataan usein SPAT-luokituksella, joka tässä vaiheessa ei vielä sisälly THL toimenpidekoodistoon. Nämä toimenpiteet arkistoidaan näyttömuotoisena.

18.3.2014 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely

Tiedoksi Terveys- ja hoitosuunnitelmasta

Terveys- ja hoitosuunnitelmasta käytetään CDA-määrittelyä, eli eri rakennetta kuin koodistopalvelimella tällä hetkellä (3/2014) oleva lomakemäärittely. Eikä terveys- ja hoitosuunnitelma kuulu vielä 2014 käyttöön otettavaan pakettiin. Koodistopalvelun lomakerakenne päivitetään tietosisällöksi 4/2014.

LÄÄ-näkymän näyttömuoto

Lääkityksen määrittelyistä (Lääkityksen merkintöjen CDA-R2 –rakenne v. 4.31) on puuttunut ohjeistus, miten näyttömuotoon tuotetaan tieto lääkityksen lopettamisesta tai tauosta lääkkeen käytöstä. Määrittelyyn on lisätty lukuun 1.5.2 (Lääkityksimerkintöjen näyttömuoto../lääkemääräysmerkintä) kohtaan 12:

- tieto onko kyseessä lääkekäytön lopetus – teksti: kyseessä lääkekäytön lopetus
- tieto onko kyseessä lääkekäytön muutos – teksti: kyseessä lääkekäytön muutos

Käyttäjä ja eri organisaatiot

Kysymys THL:lle: Jos käyttäjä on kirjautunut organisaatioon A, niin voiko hän tehdä ajanvarauksen organisaatioon B? Tällöinhän organisaatioon B pitää muodostua uusi palvelutapahtuma ja mahdollinen ajanvaraukseen liittyvä merkintä pitäisi myös mennä kyseiseen palvelutapahtumaan. Onko tähän olemassa yleistä linjausta vai onko tämä järjestelmien sisäinen asia?

Vastaus: Jos käyttäjä tekee ajanvarauksia toisen organisaation lukuun, palvelutapahtuman ja kertomusmerkintöjen pitää muodostua siihen organisaatioon mihin ajanvaraus tehdään. Eli esimerkissä organisaatioon B. Ei ole yleistä linjausta siihen, voiko olla kirjautuneena toiseen organisaatioon, kuin mihin ajanvaraus tehdään. Jos on toiminnan kannalta järkevää, niin ei sinänsä ole kiellettyä.

Voivatko hoitajat kirjata muillekin näkymille kuin HOI -näkymälle

Pohdintaa aiheuttaa, että voivatko hoitajat kirjata lääketieteellistä tekstiä muillekin kuin HOI -näkymälle? Kyseessä esimerkiksi leikkaukseen tai psykiatriaan liittyvää tietoa.

Vastaus: Hoitajat kirjaavat yhteenvetotasoiset merkinnät HOI:lle. Poikkeuksena psykiatria ja genetiikka – erityissuojauksen toimivuuden varmistamiseksi päänäkymän oltava psykiatrian tai genetiikan näkymä, HOI lisänäkymäksi.

HOI- ja HOKE-näkymistä

Lisäksi kysymyksiä on tullut seuraavista asioista:

- HOI-lehti, saako tallentaa otsikoiden mukaisesti muuta kuin yhteenvetoja?

Vastaus: Kaikki otsikot ovat käytettävissä. Kaikki HOI-näkymälle kirjattava teksti on yhteenvetotasoista, samalla tavalla kuin muille erikoisala- ym. näkymille. Myös hoitajien itsenäisten vastaanottojen tekstit kirjataan HOI-näkymälle – ovat siis yhteenvetotasoisia vaikei varsinaisia yhteenvetoja.

- HOKE-lehti, saako viedä kantaan (syksy/2014) otsikkojen mukaisesti narratiivista tekstiä?

Vastaus: Saa arkistoida.

- HOI-lehden hoitotyön yhteenveto otsikko "Hoitoisuus" - saako tallentaa kantaan, ja jos niin hoituuko sen suodatus potilaan katseluun Kelan toimesta?

Vastaus: : Hoitoisuus –otsikko kuuluu kansallisiin otsikoihin, eli saa käyttää. Avopalveluista näytetään Omakannassa kaikki tekstit, osastojaksoilta väli- ja loppuarviot (tällä hetkellä).

- Jos hoitajat kirjaavat HOI -lehdelle, niin psykiatrialla varmaan täytyy kirjoittaa PSY lehdelle, koska HOI näkymä ei ole erityissuojattava? Vai voiko koskaan lisänäkymän mukaan tehdä erityissuojajasta esim. päänäkymä HOI ja lisänäkymä PSY?

Vastaus: Erityissuojaus ei toimi lisänäkymän perusteella, eli psykiatrialla hoitajat kirjaavat PSY-lehdelle, HOI lisänäkymäksi.

Suostumus – ja kieltolomakkeista

Suostumus – ja kieltolomakkeista sanotaan dokumenteissa, että ne ovat Kelan hallinnassa.

Tarkoittaako tämä, että Kelalla on lomakkeet Suostumusta ja Kieltoa varten, jotka potilas täyttää ja allekirjoittaa ja ne arkistoidaan? Vai riittääkö, että järjestelmään kirjattu suostumus tai kieltö tulostetaan ja potilas allekirjoittaa sen, joka sitten säilytetään?

Vastaus: Suostumukset ja kiellot arkistoidaan tiedonhallintapalveluun. Tiedot täytetään järjestelmässä potilaan kanssa ja tulostetaan (PDF-tiedostosta) potilaan allekirjoitettavaksi Kelan ylläpitämien XSL:FO – skriptien avulla (XSLT-paketti tarvittavine tiedostoineen ja ohjeineen ladattavissa: http://www.kanta.fi/documents/12105/3458358/PDF_suostumus_kielto_v14/8af33ddf-772a-471c-9f43-a5f0215079e8) Poikkeustilanteita varten (esim. potilas ei pysty allekirjoittamaan itse) lomakerakenteessa on vaihtoehdot erilaisiin allekirjoitustilanteisiin.

Suostumuksehallinnan toiminnallinen määrittely löytyy Kanta.fi –sivustolta:
<http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/potilastiedon-arkiston-maarittelyt>

Toimenpiteen tekijät

Toimenpiteelle voi tietosisältömäärittelyn mukaan tallentaa vain yhden tekijän (kenttää ei ole merkattu toistuvaksi).

On kuitenkin tapauksia joissa toimenpiteen suorittamiseen osallistuu useita henkilöitä. Kuinka tämä tulisi ilmaista CDA-rakenteessa?

Onko yksi henkilö on valittava "varsinaiseksi" toimenpiteen tekijäksi ja laitettava entryn authoriksi ja sitten muut vain lueteltava toimenpidekertomus -osassa (tekstimuodossa)?

Vastaus: Vaikka CDA R2 -rakenne mahdollistaisi usean toimenpiteen tekijän ilmoittamisen, merkitään vain päävastuullinen tekijä ja muut tekijät kirjataan kertomustekstiin. Näin koska Koodistopalvelimella toimenpiteen sisällössä toimenpiteen tekijä ei ole toisteinen tieto. Jatkokehityksenä mietitään, pitäisikö toimenpiteen tekijä muuttaa toisteiseksi.

Toimenpidekertomus (toimenpiteen tarkempi kuvaus)

Kertomus ja lomakkeet on hieman epäselvä toimenpiteiden osalta. Onko tarkoitus että "toimenpidekertomus" (se mistä rakenteisen kirjaamisen opas puhuu) voidaan liittää toimenpiteen sisältämän merkinnän näyttömuotoon omana paragraafina (johon entrystä on linkki)? Eli "toimenpidekertomus" ei ole oma otsikkonsa vaan toimenpiteet -otsikon sisältämän merkinnän näyttömuotoa/narratiivista osuutta?

Rakenteisen kirjaamisen opas on hyvin vähäsanainen toimenpidekertomuksen sisällöstä. Onko olemassa ohjetta miten tämä tulisi kirjata kansallisia otsikoita käyttäen? Toimenpiteen etenemisen yksityiskohtainen kuvaus voidaan kirjata "toimenpiteet" -otsikon alle, mutta esim. "Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot" -otsikko tulisi usein liittää samaan toimenpidekertomukseen. Onko tällaisia asioita ohjeistettu kansallisesti?

Vastaus: Toimenpide -otsikon alle kirjataan toimenpide (tai useampia) toimenpideluokituksella sekä narratiivista tekstiä. **Näkymä OPER (Toimenpiteet)** on *potilaalle tehtyjen toimenpidekertomusten koontiin tarkoitettu näkymä*, jota käytetään päänäkymän **lisänäkymänä** silloin kun se on mielekästä.

Otsikko Toimenpiteet:

- otsikon alle kirjataan potilaalle tehtyt Toimenpiteet, löydökset (**toimenpidekertomus**),
komplikaatiot
 - rakenteiset toimenpide-tiedot kirjataan THL- toimenpideluokituksella, rakenteisia tietoja täydennetään vapaalla tekstillä

Toimenpidekertomus on siis "tietokokonaisuus", joka kirjataan Toimenpiteet otsikon alle. Rakenteisen kirjaamisen oppaassa s. 59 todetaan:

Potilaskertomusjärjestelmään tai leikkausosaston tai poliklinikan tietojärjestelmään kirjataan potilaalle tehtyt toimenpiteet *Toimenpideluokituksella*. Toimenpiteen lisämääränä on toimenpiteen ensisijaisuus, jonka ilmaisemisessa hyödynnetään *Diagnoosin ja toimenpiteen ensisijaisuus* –koodistoa. Toimenpiteestä laaditaan **toimenpidekertomus**, jossa tulee olla riittävän yksityiskohtainen kuvaus toimenpiteen suorittamisesta ja **sen aikana tehdyistä** havainnoista. Toimenpidekertomuksessa tulee esittää perustelut toimenpiteen aikana tehdyille ratkaisuille uusissa tilanteissa (ks. potilasasiakirja-asetus 298/2009).

"Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot" ovat usein tärkeitä kirjata samaan asiakirjaan/kertomustekstiin, jossa kuvataan potilaalle tehty toimenpiteet Toimenpiteet-otsikon alla. Jatkohoitoa koskevia tietoja ei ole syytä sekoittaa niihin tietoihin, vaan kirjataan "Jatkohoidon järjestämistä koskevat tiedot -otsikon alle.

Aiemmin toimenpidekertomus oli kuvattu osaksi Tmp-rakenteista tietoa. Ei kuteinkaan ole järkevää tallentaa (joskus pitkäkin) tekstimuotoista toimenpidetkertomusta osaksi rakenteista tietoa. Tämä on ratkaistu sisällyttämällä rkanteiseen tietoon linkki alkuperäiseen kertomusasiakirjaan mistä tekstin voi tarvittaessa lukea.

Hoitosuhteen varmentaminen ja erityinen syy

Erityisen syytä toteutettaessa tuli esille osittaista ristiriitaisuutta/paranneltavaa. Eli osassa paikoista puhutaan, että varmentava palvelutapahtuma pitää aina olla luovutushauissa ja osassa sanotaan, että tietyissä tilanteissa riittää erityinen syy luovutushakuun. Olisi ehkä paikallaan yhtenäistää tämä dokumentaatiossa ja näkisin, että oikea suunta olisi se, että jos palvelutapahtuma on olemassa ja "käytettävissä" niin sitä hyödynnetään (ja itse tehdyn merkinnän osalta vaaditaan erityinen syy), mutta jos sitä ei ole/ei ole käytettävissä niin hyväksytään luovutushaku siinä tapauksessa, että on annettu erityinen syy.

Tämän hetkinen eKannan kokeilu ympäristö vaatii aina olemassa olevan palvelutapahtuman riippumatta siitä, että onko erityinen syy annettu vai ei.

Esittämäni ehdotusta puolustaisi se, että ei tarvitse mennä muokkaamaan olemassa olevia palvelutapahtumia turhaan eikä toisaalta tule tarvetta luoda järjestelmän toimesta tilapäisiä/ylimääräisiä palvelutapahtumia vain sen vuoksi, että saadaan "luotua" hoitosuhde.

Ohessa otteita eri asiakirjoista:

eArkisto PJT-käyttötapaukset (v2.7) luku 4.2.1:

"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."

eArkiston_MedicalRecords_sanomat_v195.doc (OID: 1.2.246.777.11.2013.19) sivu 42:

"Erityisen syyn ilmoittaminen kontrollikehyksessä: Arkiston osalta hoitosuhde pitää todentaa palvelutapahtuma-asiakirjalla palvelupyyntöjen PP6, PP21, PP22, PP26, PP27, PP28 ja PP30 yhteydessä. Mikäli palvelutapahtumamerkinnän (ja näin ollen KanTa:an viedyn palvelutapahtuma-asiakirjan) perusteena olevan potilashallinnon kirjauksen on tehnyt sama henkilö, joka suorittaa kyselyä, pitää

potilastietojärjestelmän tuottaa tieto kyselyn perusteena olevasta erityisestä syystä. Tiedon ilmaisemiseen käytetään kontrollikehykseen kuuluvaa detectedIssueEvent-luokkaa (kts. kuva alla), jonka avulla voidaan ilmaista virhetilanteet ja prosessinhallintaan liittyvät poikkeukset ja erikoisvaatimukset. Luokkaa voidaan hyödyntää sekä lähetysvaiheessa (lähettäjä tietää että toimintaprosessi vaatii ylimääräisiä tietoja) tai vastausvaiheessa (viestin käsittelyssä havaittiin poikkeustilanne tms.). detectedIssueEvent-luokassa kuvaillaan mistä asiasta on kyse ja tämän alla toistuvalla detectedIssueManagement (mitigatedBy rakenteen alla) ilmaistaan kuinka asiaa hallinnoidaan."

Kanta, Kysymyksiä ja vastauksia: Potilastiedon arkiston määrittelyt (v1.7) sivu 26:

"Palvelutapahtuman voimassaoloa, jota tarvitaan vain luovutushaussa hoitosuhteen olemassaolon varmistamiseksi, voidaan jatkaa päivittämällä edellä annettuja päivämääriä tekemällä palvelutapahtuma-asiakirjasta uusi versio. Palvelutapahtuman tulee olla eArkistossa olemassa, jotta erityisellä syyllä voi hakea. Myöhemmin tehtävät haut liittyvät käytännössä uuteen palvelutapahtumaan, ja sitä käytetään varmistuksen perusteena."

THL- Potilastietojen katselun erityinen syy (OID: 1.2.246.537.6.240.2012):

Kohta "Hoidon tarpeen arviointi tai hoidon järjestäminen" -> "Potilaan hoidon tarpeen arviointiin tai hoidon järjestämiseen (esim. hoidon- tai ajanvaraukseen) liittyvä potilastietojen katselu silloin, kun hoitosuhteen teknisen varmistuksen mahdollistavaa potilashallinnon merkintää (esim. ajanvarausta tai erikoissairaanhoidon saapuneen lähetteen kirjaamista) ei ole ehditty muodostaa tai merkinnän on tehnyt tietoja katsova henkilö. Potilastietoja katsottaessa perusterveydenhuollon hoidontarpeen arviointitietojen kirjauksen yhteydessä ohjelma voi tuottaa erityisen syyn kirjauksen automaattisesti."

Kohta "Potilaan hoitotilanne" -> "Potilastietojen katselu hoitokontaktissa silloin, kun potilaasta ei ole ehditty tehdä hoitosuhteen teknisen varmistuksen mahdollistavaa potilashallinnon merkintää (esim. kun potilas saapuu kiireellisenä päivystystapauksena) tai hoitoon osallistuu poikkeuksellisesti henkilö, jonka hoitosuhdetta potilaaseen ei pystytä määriteltujen käyttöoikeuksien puitteissa ohjelmallisesti päättämään (esim. pääasiallisesti toisessa yksikössä toimiva hoitaja)."

Kohta "Hoitopuhelu" -> "Potilastietojen katselu silloin, kun potilas soittaa hoitavalle terveydenhuollon ammattilaiselle ja hoitosuhteen tekninen varmistus palvelutapahtuman perusteella ei ole enää voimassa tai hoitosuhteen teknisen varmistuksen mahdollistavaa potilashallinnon merkintää ei ole ehditty tehdä. Ei tarkoita yhteydenottoa hoidon tarpeen arvioimiseksi."

Vastaus: Potilastiedon arkisto vaatii aina luovutushakujen yhteydessä palvelutapahtuma-asiakirjan osoituksena hoitosuhteen olemassaolosta, myös erityisen syyn tilanteissa. THL- potilastietojen katselun erityinen syy -koodiston kuvauksissa puhutaan potilastietojen käytöstä, ei luovutushauista. Hoitosuhdehan pitää varmistaa myös silloin kun käytetään oman ptj:n tietoja. Ehkä tuossa hoitopuhelu -kohdassa hämää tuo, että puhutaan palvelutapahtuman voimassa olosta. Pitäisi varmaan viitata siihen Potilashallinnon tapahtumalaji -koodistoon, jossa sanotaan määraajat kuinka kauan mikäkin tapahtuma varmistaa hoitosuhteen.

Diagnoosin koodin korjaaminen

Saako arkistoidun diagnoosin korjata siten, että diagnoosikoodi muuttuu toiseksi?

Vastaus: Mikäli diagnoosi on tullut kirjattua virheellisesti, voidaan se korjata arkistoimalla asiakirjasta uusi versio. Tällöin aiempi virheellinen diagnoosi poistuu myös Tiedonhallintapalvelun kautta saatavalta diagnoosilistalta. Mutta jos diagnoosi tarkentuu, eikä ole kyse virhekirjauksesta, tallennetaan uusi merkintä uudessa asiakirjassa ja arkistoidaan se.

Kieltojen tekemisestä

1) Laillinen edustaja/edunvalvoja ei voi lisätä potilaalle kieltoja, mutta voi poistaa niitä. Onko näin, että laillinen edustaja/edunvalvoja ei voi laittaa ruksia kohtaan annetut tiedot voidaan luovuttaa hätätilanteessa?

Vastaus: Lähtökohta on, että laillinen edustaja voi aina laajentaa tietojen luovutusmahdollisuuksia. Eli voi sallia hätätilaluovutukset.

2) Jos potilas haluaa kieltää tietyn palvelutapahtuman, niin siihen tulee yhdeksi tiedoksi Palvelun antaja. Mikä on sen yksilöimisen taso eli voiko olla tieto tarkalla yksikkötasolla vai pitääkö olla toimipaikan tasolla?

Vastaus: Tieto annetaan toimipaikka-tasolla.

Onko olemassa vaatimuksia ruotsinkielisille asiakirjoille ja rakenteille?

Tiedustelemme onko Potilastiedon arkiston kansallisissa määrittelyissä kuvattuna vaatimuksia ruotsinkielisten asiakirjojen/merkintöjen, ydintietojen tai rakenteiden (esim. kertomusotsikot) arkistoinnista? KanTa.fi -sivustolla julkaistuissa Potilastiedon arkiston määrittelydokumenteista emme löytäneet ko. asiaan liittyviä määrittelyksiä / vaatimuksia. Onko kansallisesti olemassa linjauksia ruotsinkielisten asiakirjojen / tietosisältöjen arkistoinnille?

Vastaus: Potilasasiakirjaoppaassa luku 3.3 kuvataan ruotsinkielen käyttöä potilasasiakirjoilla:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-21316.pdf

..on perusteltua, että kaksikielisissä kunnissa ja sairaanhoitopiirien kuntayhtymissä sovitaan toimintayksikön sisäisestä työkielestä, jolla potilaskertomustekstit laaditaan, tai jolle muulla kielellä laaditut potilaskertomustekstit säännönmukaisesti käännetään.

Eli kirjaukset tehdään organisaation työkielellä, samoin arkistoidaan. Organisaatio tarvittaessa kääntää asiakirjat potilaan äidinkielelle. Yksittäisen asiakirjan tulisi olla samalla/yhdellä kielellä, ei sekaisin eri kieliä samassa asiakirjassa. Potilasasiakirjoilla käytettävät luokitukset ja koodistot pitäisi olla ruotsiksi saatavilla.

Alla luettelo keskeneräisistä ruotsinnoksista (26.3.2014):

AR/AJANVARAUS - Ajanvarauksen tiedottamisen kohde
AR/LABRA - Poikkeustilanneviestit
AR/LABRA - Tutkimusvastauksien tulkintakoodit
AR/LOMAKE - Perushenkilötietolomake (HEN)
AR/LOMAKE - Perushenkilötietolomake (HEN)
AR/LÄHETE - Lähetteen kiireellisyysluokka
AR/LÄHETE - Lähetteen tyyppi
AR/LÄHETE - Lähetteen/hoitopalautteen alityyppi
AR/LÄHETE - Lähetteen/Hoitopalautteen tyyppi
AR/LÄÄKITYS - Lääkeenantotapa
AR/LÄÄKITYS - Lääkeenantolaite
AR/LÄÄKITYS - Lääkeenantopaikka
AR/YDIN - ABO Veriryhmä
AR/YDIN - Diagnoosin /toimenpiteen ensisijaisuus
AR/YDIN - Diagnoosin tyyppi
AR/YDIN - Kyllä/Ei/Ei tietoa
AR/YDIN - Palvelutapahtumaluokitus
AR/YDIN - Pysyvyys
AR/YDIN - RhD Veriryhmä
AR/YDIN - Riskitiedon aste
AR/YDIN - Siviilisäät
AR/YDIN - Sukalaisuus
AR/YDIN - Sukupuoli
AR/YDIN - Toimenpiteen tyyppi
AR/YDIN - Varmuusaste
AR/YDIN - Yhteyshenkilön ensisijaisuus
AR/YDIN- Terveystiedon voimassaolon päättymisen syy
Duodecim - FinMeSH
Duodecim - FinMeSH
Duodecim - FinMeSH
eArkisto - Asiakirjatyyppi
eArkisto - Luovutuksen peruste
eArkisto - Palvelupyynnön kohdistus metatietotasolle
eArkisto - Rekisterinpitäjärekisteri
eArkisto - Suostumuksen tyyppi
Fimea - Apteekkirekisteri
FinLOINC - Fysiologiset mittaukset

Hoitoon pääsy - ESH hoitokokonaisuus keskeytyy
Hoitoon pääsy - ESH lähetteen ohjaus
Hoitoon pääsy - ESH vastaanottajan arvioima kiireellisyys
Hoitoonpääsy - ESH Jonoryhmät
KanTa-palvelut - Tunnistautumistapa
Kela/Lomake - Lääkärinlausunto C
Kela/Lomake - Lääkärintodistus A
Kuntaliitto - Apuvälinepalvelunimikkeistö
Kuntaliitto - Fysioterapianimikkeistö
Kuntaliitto - Jalkaterapianimikkeistö
Kuntaliitto - Kuntoutusohjausnimikkeistö
Kuntaliitto - Musiikkiterapianimikkeistö
Kuntaliitto - Puheterapianimikkeistö
Kuntaliitto - Ravitsemusterapianimikkeistö
Kuntaliitto - Terveyssoseaalityön nimikkeistö
Psykologipalvelu - Palvelukonteksti
Psykologipalvelu - Työskentelykohde
Psykologipalvelu - Työskentelymuoto
Psykologipalvelu - Työskentelyvaihe
Psykologipalvelu - Vaikuttamisen tavoite
SFS - Kielikoodisto
SFS - Maakoodisto
SFS/THL - Apuvälineluokitus
SSR - ICD-O-3-Morfologiat
SSR - ICD-O-3-Topografiat
STH - STH19 Huulten asento-ominaisuudet
STH - STH1 Hampaiden numerointi
STH - STH10 Hampaan sisällä oleva materiaali
STH - STH11 Hampaan ja parodontiumin hammaspaikanteisia löydöksiä
STH - STH12 Hampaan kehitysaste
STH - STH13 Proteettinen rakenne
STH - STH14 Leukanivelen tila
STH - STH14 Leukanivelen tila / Attribuutit
STH - STH15 Kasvolihasten arkuus
STH - STH15 Kasvolihasten arkuus / Attribuutit
STH - STH16 Ei-hammassidonnainen paikannus
STH - STH16 Ei-hammassidonnainen paikannus / Attribuutit
STH - STH17 Limakalvolöydös
STH - STH18 Suun kova- tai pehmytkudoksen laaja löydös
STH - STH19 Huulten asento-ominaisuudet / Attribuutit
STH - STH2 Hammas, hampaan tai sen osan puutos tai hampaan korvaava rakenne

STH - STH21 Purentastatus
STH - STH21 Purentastatus / Attribuutit
STH - STH22 Oraaliset tavat
STH - STH23 Imusolukkeiden tila
STH - STH23 Imusolukkeiden tila / Attribuutit
STH - STH3 Hampaan pinnat
STH - STH4 Hampaan kudokset
STH - STH5 Hampaassa havaittu muutos
STH - STH6 Hampaassa näkyvän materiaalin funktio
STH - STH7 Hampaaseen lisätty materiaali
STH - STH8 Hampaan pinnalla oleva biologinen aine
STH - STH9 Ikenen havainnot
STM - Kiirettömän hoidon perusteet
STM - Terveysterveystietojen tehtäväluokitus
THL - KanTa -välittäjärekisteri
THL - Lääkehoidon muutoksen syy
THL - Palvelukokonaisuusluokitus
THL - Sosiaali- ja terveydenhuollon toimialaluokitus
THL - SOTE-organisaatiorekisteri
THL - Terveystietojen palveluluokitus
THL - Tiedon lähde
THL - Yritysmuoto
THL- Potilastietojen katselun erityinen syy
THL/Lomake - Terveystietojen ja hoitosuunnitelma
THL/Tietosisältö - Diagnoosit
THL/Tietosisältö - Fysiologiset mittaukset
THL/Tietosisältö - Kuvantamistutkimukset
THL/Tietosisältö - Laboratoriotutkimukset
THL/Tietosisältö - Lääkityslista
THL/Tietosisältö - Riskitiedot
THL/Tietosisältö - Rokotustiedot
THL/Tietosisältö - Toimenpiteet
Valvira - Ammattiasema-valvonnanalaisuus
Valvira - Ammattioikeudet
Valvira - Lääkkeen määräämistapa-käsittely
Valvira - Lääkkeet-hoitovalmisteet- laitteet ja tarvikkeet
Valvira - Muu kielto tai rajoitus
Valvira - Rajoitusperusteiden kohdentuminen
Valvira - Toimintatapa-toiminnan kohteet
Valvira - Työskentelypaikka-työskentelytapa
Viestinvälitys - Sanoman vastaanottaja
Viestinvälitys - Välityspäätös
VRK/THL – Huoltajuuksilaji

VRK/THL - Lapsi-vanhempisuhteen laatu
VRK/THL - Lapsi-vanhempisuhteen peruste
VRK/THL – Nimilaji
VRK/THL - Parisuhteen purkutapa

Milloin VLÄÄ-näkymä tulee arkistoida?

Tiedustelemme mitkä ovat kansalliset viralliset linjaukset VLÄÄ-näkymän tietojen arkistointiherätteille (esim. lääkityksen tarkistus, potilaan uloskirjaus/palvelutapahtuman päättyminen, lääkitystietojen muokkaus)?

Kansallisissa dokumenteissa asiaa on kuvattuna mm. seuraavasti:

- Terveystietojen rakenteisen kirjaamisen oppaassa (2014) on kuvattuna: ”Hoitokäynnin tai osastohoitojakson päättyessä voimassa oleva lääkitys tallennetaan voimassa olevan lääkehoidon näkymälle eli VLÄÄ-näkymälle (näin toimitaan 1.9.2016 asti). Voimassa olevan lääkityksen (VLÄÄ) tarkoituksena on välittää terveydenhuollon ammattilaisille ja hoidettavalle potilaalle tieto potilaan voimassa olevista lääkityksistä. Voimassa olevan lääkityksen listaus käsittää potilaan jatkuvat ja määräaikaista lääkkeitä. VLÄÄ-näkymä mahdollistaa potilastietojärjestelmässä erillisen lääkitysyhteenvedon tekemisen. Yhteenvedotieto voidaan siirtää esimerkiksi jatkohoitopaikkaan, mikä edistää lääkitystietojen hallintaa, kun potilas siirtyy hoitopaikasta toiseen. Tämän vuoksi siirron yhteydessä voimassa olevan lääkityksen lista tulisi tallentaa välittömästi Potilastiedon arkistoon, jotta se on myös toisen hoitoon osallistuvan organisaation hyödynnettävissä”

Vaiheistusasetuksen 165/2012 perustelumuiotissa: ”Voimassa oleva lääkitys -näky (VLÄÄ) on organisaatiotasoinen kooste palvelutapahtuman päättyessä tai muulla määrättyllä hetkellä voimassa olevasta potilaan kokonaislääkityksestä”

Vastaus: VLÄÄ-tiedot pitää/saa tallentaa Kantaan vain silloin kun lääkäri tai muu terveydenhuollon ammattihenkilö on henkilökohtaisesti ottanut kantaa ja tarkastanut potilaan voimassa olevaan lääkitykseen. Ei automaattisia arkistointia esim. palvelutapahtuman päättyessä.

Diagnoosin episoditunnus ja -nimi

Diagnoosin episoditunnus ja -nimi on pakollinen V4.64 mutta ei V5.00.

Onko se otettava käyttöön 2014?

Onko episoditunnus sama kun palvelutapahtumatunnus?

Vastaus:

Kertomus ja lomakkeet dokumentin versiossa 4.64 tunnus on pakollinen ja nimi on vapaaehtoinen ja annetaan seuraavassa rakenteessa :

```
<reference typeCode="ELNK">
    <seperatableInd value="true"/>
    <externalObservation>
        <id root="1.2.246.10.999999984.10.0.14.2012.1"/>
        <text>episodin nimi</text>
    </externalObservation>
</reference>
```

Kertomus ja lomakkeet dokumentin versiossa 5.00 tunnus ja nimi eivät ole pakollisia, kuten ei myöskään koodistopalvelimella diagnoosin tietosisällössä. Ja huom. versiossa 5.00 tiedot annetaan eri rakenteessa:

```
<entryRelationship typeCode="MFST">
    <observation classCode="OBS" moodCode="EVN">
        <code code="9" codeSystem="1.2.246.6.12.2012.1001"/>
        <!-- 22 Episodin nimi, näyttömuotoon -->
        <text>
            <reference
value="#OID1.2.246.537.10.1246109.11.2013.155.1.9"/>
        </text>
        <!-- 9 Diagnoosin episoditunnus -->
        <value xsi:type="II" root="1.2.246.9999.2013.199"/>
    </observation>
</entryRelationship>
```

Huom! Sekä koodistopalvelimella että Kertomus ja lomakkeet -dokumentin versiossa 5.00 tullaan pakollisuudet korjaamaan seuraavan linjauksen mukaisesti:

- Diagnoosin episoditunnus: pakollinen tieto jo 2014
- Episodin nimi: pakollinen tieto 2016 eteenpäin

Episoditunnus ei ole sama kuin palvelutapahtumatunnus.

Toimenpiteiden testauksesta yhteistestauksessa

- Asettaako yhteistestaus seuraavia vaatimuksia merkinnän cda-rakenteelle:
 - Toimenpide –entry tulee voida kirjata minkä tahansa otsikon alle (siis muullekin kuin toimenpiteet-otsikko)
 - Diagnoosi –entry tulee voida kirjata minkä tahansa otsikon alle (siis muullekin kuin Diagnoosi-otsikko)
 - Diagnoosi- ja toimenpide –entryjä tulee voidan kirjata saman otsikon alle
 - Toimenpide –entryjä tulee voida luoda useita saman otsikon alle (eikä niin että jokainen entry on oman otsikkorakenteensa alla)

Vastaus: Diagnoosi ja toimenpide voi tulla muidenkin kuin näiden nimenomaisten otsikoiden alle. Eli samaa luokitusta voidaan käyttää eri otsikoiden alla (esim. ICD-10. Toimenpideluokitus) ja toisaalta, saman otsikon alla voi käyttää useampia luokituksia.

Kuvantamistutkimuksen yksikäsitteinen tunnistaminen

DICOM-standardin mukaan RIS-järjestelmän tulee luoda jokaiselle tutkimustapahtumalle oma tunniste (Study Instance UID, SUID), joka pitää toimittaa modaaliteetille liitettäväksi DICOM-muotoisiin tutkimustuloksiin eli esimerkiksi kuviin. Tällöin study instance UID on sekä RISin että kuva-arkiston tiedossa ja yksittäisen tutkimustapahtuman tulokset voidaan tällä yksilöidä. AC-nro yksilöi tutkimuksen lähetteen, joten myös AC-nro tieto tulee liittää CDA R2 -asiakirjaan.

eArkiston osalta on päädytty linjaukseen, että Study Instance UID on kuvantamisen tutkimusasiakirjoille pakollinen tieto ja sitä käytetään avaimena tutkimukseen liittyvien kuvien hakemisessa. Tällöin tunnisteketju kuva -> tutkimus -> lähete -> palvelutapahtuma on aukoton. Tämän määrittelyn kirjoitushetkellä Study Instance UID ei ole kuitenkaan tuettu kaikissa RIS-järjestelmissä ja kuvantamislaitteissa, joten näihin vaaditaan kehittämistä tältä osin.

Kysymys: Tätä Study Instance UID koodia emme siis saa mistään. Onko kuitenkin edelleen pakollinen tieto?

Vastaus: Study Instance UID (SUID) on pakollinen tieto, koska se on ainoa uniikisti tutkimukset tunnistava käsite. Study ID ja Accession Number eivät ole välttämättä uniikkeja, eikä niiltä ole syytä sitä vaatiakaan. Luontipaikka on tyypillisesti DICOM-työlistan tuottava ohjelmisto kuten esimerkiksi PACS-järjestelmä, RIS-järjestelmä tai jopa HL7-sanomaintegraation kautta HIS-järjestelmä. Tyypillisin luontipaikka lienee RIS-järjestelmä? Myös kuvauslaitteiden (modaaliteettien) pitäisi uniikki SUID osata luoda. Kyllä lähtökohta on, että DICOM-tutkimuksia ei pystytä jatkossa KVARKKI-arkistoon tallentamaan ilman SUID:ia ja myös CDA-asiakirjoilla pitäisi kyseinen tunniste olla. Onko ongelmana nimenomaan tunnisteen saaminen CDA-asiakirjalle vai puuttuuko se myös DICOM-tutkimukselta?

Ammattihenkilön palveluyksikkö vs kyselyn tekijä MedicalRecordsissa

Medical records v1.95 sivu 41 (authorOrPerformer -rakenne):

"representedOrganization/organizationContains/id -kenttään laitetaan ammattihenkilön palveluyksikkö. Mikäli ammattihenkilöllä on useita työroolin mukaisia palveluyksiköitä, valitaan näistä sellainen, joka vastaa hoitosuhteen todentamisessa käytettävän palvelutapahtuman toteuttavaa palveluyksikköä tai mikäli tällaista ei ole niin muutoin ammattihenkilön "ensisijainen" palveluyksikkö."

Medical records v1.95 sivu 38 (7.2.1 Täydennykset yleisiin V3 ohjeisiin):

"Kuvassa 7 on kontrolloikehyksen tietomalli, josta arkiston osalta hyödynnetään pääaktiin (ControlActProcess) ja authorOrPerformer ja overseer osallistumissuhteita. authorOrPerformer suhteella ilmoitetaan kyselyn tekijä palvelunantajan ja henkilön tasolla. overseer –suhteella ilmoitetaan rekisterinpitäjän ja rekisterin tiedot."

Kumpi näistä ristiriitaisista tiedoista pitää paikkansa?

Vastaus:

Viestin/sanoman lähettänyt organisaatio eli palvelunantaja (sekä arkistointi että kysely)

- löytyy polusta controlActProcess/AuthorOrPerformer/assignedPerson/representedOrganization/id
- sijaitsee kontrolloikehyksessä
- arkistoinnissa tarvitsee antaa vain tämä

Palveluyksikkö tieto pitää antaa luovutuskyselyissä PP6, PP21, PP22, PP24, PP26, PP27,PP28 liittyen ammattihenkilöön eli annetaan hakevan ammattihenkilön palveluyksikkö:

- löytyy polusta
controlActProcess/authorOrPerformer/assignedPerson/representedOrganization/organizationContains/id

Eli palvelunantaja ja palveluyksikkö tulevat eri tietokentissä.

14.5.2014 kysymykset, Potilastiedon arkiston määrittely

Henkilötunnuksen vaihto

Miten toteutetaan henkilötunnuksen vaihto tilapäisestä yksilöintitunnuksesta viralliseen henkilötunnukseen, tai virallisesta henkilötunnuksesta toiseen viralliseen henkilötunnukseen tilanteissa, jossa potilas pysyy samana? Huom! näitä sääntöjä ei sovelleta silloin, kun on virheellisesti kirjattu henkilön tietoja väärän henkilön asiakirjaan. Tällaisen tapauksen korjaamista koskevat ohjeet löytyvät Potilastietojärjestelmien käyttötapauksista merkintöjen korjaamisen kohdasta.

Vastaus: Sekä tilapäisen yksilöintitunnuksen että virallisen henkilötunnuksen vaihdon yhteydessä toimitaan seuraavasti:

- asiakirjasta tehdään versioimalla uusi, jossa:
 - asiakirjan header-osaan lisätään uusi henkilötunnus vanhan lisäksi (kentässä uusi henkilötunnus ensimmäiseksi)
 - asiakirjan body-osaan, eli sisältöön, muutetaan uusi henkilötunnus
- sen palvelutapahtuman, jonka aikana henkilötunnuksen muutos tehdään, kaikkien asiakirjojen header-osaan on vietävä molemmat henkilötunnukset, eli jo arkistoiduista asiakirjoista tulee tehdä uudet versiot yllä olevin säännöin
- muutosta ennen syntyneisiin palvelutapahtumiin ja niiden asiakirjoihin tulee viedä molemmat henkilötunnukset versioimalla asiakirjat yllä olevin säännöin
 - ammattihenkilön allekirjoituksen vaatimien lausuntojen ja todistusten osalta edetään toistaiseksi niin, että ne jätetään versioimatta, näin ollen nämä asiakirjat saadaan tarvittaessa Potilastiedon arkistosta vain vanhalla tunnuksella
- muutoksen jälkeen syntyvien palvelutapahtumien asiakirjoissa käytetään vain uutta henkilötunnusta