

25.1.2011

## KanTa

### KanTa HL7 HelpDeskin kysymykset ja vastaukset 2010

#### Dokumentin muutoshistoria

Versio	Pvm	Tekijä / hyväksyjä	Kuvaus
0.1	21.04.2010	Pekka Rinne	HD-kysymykset siirretty KanTa-dokumenttipohjaan
1.0	13.8.2010	Pekka Rinne	Julkaisuversio <a href="http://www.kanta.fi">www.kanta.fi</a> –portaalia varten. Katso ajantasainen kysymysten tilanne (KESKEN / OK) sisällysluettelosta. Dokumentin päivityspäivämäärä ylätunnisteessa.
			[esim. Katselmoitava versio]
			[esim. Hyväksytty versio]

## Sisällys

<b>1</b>	<b>Johdanto</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Q1 (helmikuu - maaliskuu 2010)</b> .....	<b>3</b>
2.1	eResepti: sanomakuvauksien OID-tunnukset. 2. helmikuuta 2010 klo 9:26 Kela [OK] ..	3
2.2	eArkisto: Asiakirjan haku korjausta varten 08.03.2010 klo 11:58 Logica [OK] .....	3
2.3	eArkisto: Kysymys laboratoriomäärittelystä 08.03.2010 klo 14:26 Logica [OK] .....	4
2.4	eArkisto: Asiakirjan korvaus ei onnistu 12.03.2010 klo 16:12 Logica [OK] .....	5
2.5	eArkisto: Asiakirjan arkistointi epäonnistuu 22.03.2010 klo 17:18 Logica [KESKEN] ....	6
<b>3</b>	<b>Q2 (huhtikuu - kesäkuu 2010)</b> .....	<b>7</b>
3.1	eResepti: V2.6:n skeemat 21.4.2010 klo 8:20, Digia [OK] .....	7
3.2	eArkisto: Kansallinen tyylimäärittely CDA_Fi.xsl 3.5.2010 klo 12:25, PPSHP [OK] .....	7
3.3	eArkisto: Ensisijainen asiakirja 6.5.2010 klo 16:43, Logica [OK].....	8
3.4	eArkisto: Riskitietojen rakenteisesta muodosta 15.6.2010 klo 15:45, Logica [OK].....	11
3.5	eArkisto: Fysiologisista mittauksista 15.6.2010 klo 15:26, Logica [OK] .....	12
3.6	eArkisto: Diagnoosirakenteen errata, 15.6.2010 klo 15:34, Logica [OK].....	14
<b>4</b>	<b>Q3 (heinäkuu – syyskuu 2010)</b> .....	<b>15</b>
4.1	HL7 Help Desk: PAKE -lomakkeiston sähköistäminen, 23.8.2010 klo 15:00, Palmenia Centre for Continuing Education [OK] .....	15
4.2	HL7 Help Desk: Minimikontekstinhallinnan v3.0 määrittely, 8.9.2010 klo 15:24, Logica [OK] 16	
4.3	eArkisto: Rokitustietojen CDA R2 –rakenne, 22.9.2010 klo 14:09, STM [OK] .....	18
<b>5</b>	<b>Q4 (lokakuu – joulukuu 2010)</b> .....	<b>19</b>
5.1	eArkisto: Riskitietojen CDA R2, 22.10.2010 klo 16:25, Logica [OK] .....	19
5.2	eArkisto: Lääkitystietojen CDA R2, 11.11.2010 klo 11:27, Logica [OK] .....	21
5.3	eArkisto: Kertomus ja lomakkeet, 31.12.2010 klo 9:10, Tieto Oyj [OK].....	25

## 1 Johdanto

Tähän dokumenttiin kerätään vuoden 2010 aikana Kelan vastuulla olevaan KanTa HL7 Help-Deskiin tulleet kysymykset ja vastaukset tilastointia ja seuranta varten. Kysymykset on jaoteltu kvartaaleittain (Q1 = tammikuu-maaliskuu, Q2 = huhtikuu-kesäkuu, Q3 = heinäkuu-syyskuu, Q4 = lokakuu-joulukuu). Jokainen kysymys ja vastaus on koottu oman otsikon alle ja otsikossa on mukana päivämäärä sekä kellonaika, jolloin kysymys on Help Deskiin tullut, sekä kysymyksen lähettänyt taho.

Dokumenttia ylläpidetään aina kun uusi kysymys tulee Help Deskiin. Help Deskiin saapuneista kysymyksistä annetaan raportti HL7 tekniselle komitealle kuukausittain. Dokumentti julkaistaan [www.kanta.fi](http://www.kanta.fi) -sivustolla.

Lisäksi on huomioitava, että vastuu KanTa-järjestelmän HL7-rajapintoja koskevista HelpDesk -kysymyksistä siirtyi virallisesti Kelalle helmikuun 2010 alusta lähtien. Tämän jälkeen tulleet kysymykset on kerätty tähän dokumenttiin. KanTan HL7 HelpDeskin sähköpostiosoite on [hl7hd\[at\]kanta.fi](mailto:hl7hd[at]kanta.fi).

## 2 Q1 (helmikuu - maaliskuu 2010)

### 2.1 eResepti: sanomakuvauksien OID-tunnukset. 2. helmikuuta 2010 klo 9:26 Kela [OK]

Antero Ensio toimittanut tarvittavat OID-koodit.

### 2.2 eArkisto: Asiakirjan haku korjausta varten 08.03.2010 klo 11:58 Logica [OK]

Kysymys:

Hei,

meillä tuli eteen seuraava ongelma eArkisto-toteutuksen kanssa:

- asiakirjojen muodostus ja arkistointi tapahtuu aina tausta-ajona, eikä siihen liity koskaan mitään käyttäjäinteraktioita
- muodostetaan uusi asiakirja, ja arkistoidaan se
- tulee tarve korjata asiakirjaa:
  - \* haetaan asiakirja arkistosta
  - \* korjataan sitä
  - \* arkistoidaan uusi versio

Asiakirjan korjaus ei onnistu, koska asiakirjan haku arkistosta vaatii henkilötietoja: hakusanomalle tulee virhekuittaus:

Pakollinen tieto puuttuu [ Validointi / Pakollinen tieto puuttuu tai tieto on virheellinen.:

controlActProcess/authorOrPerformer.0/assignedPerson/assignedPerson/asLicensedEntity.0/code/code]

Palvelupyyntö on PP2 eli haetaan palvelunantajan omia tietoja.

Speksi on vähän epäselvä sen suhteen, tarvitaanko henkilötietoja tässä tapauksessa: eArkiston Medical Records -sanomat v 1.7.1 sanoo luvussa 1.6.1, kohdassa authorOrPerformer-rakenne:

"Lisäksi luovutuksen aiheuttaviin kyselyihin (PP2, PP3, PP4, PP5, PP6) on annettava assignedPerson kohtaan seuraavat tiedot:" jne.

Eli speksi on ristiriitainen siten, että henkilötietoja vaaditaan luovutuksen aiheuttaviin kyselyihin, mutta sulkuihin on listattu myös palvelupyyntö PP2, joka ei voi aiheuttaa luovutuksia.

Mielestäni on selvää, että järjestelmien pitäisi voida hakea teknisten syiden perusteella omia asiakirjoja ilman, että joku henkilö liittyy kyselyyn. Tästä syystä speksi ja toteutus pitäisi korjata niin, että tosiaan vain luovutuksen aiheuttavat kyselyt vaatisivat henkilötietoja.

25.1.2011

Liitteenä vielä virheen aiheuttanut kyselysanoma ja vastaussanoma.

**Vastaus:**

OPEN CDA 2008 KANTA Potilaskertomusarkiston Medical RecordsRecords -sanomat V 1.71 määrittelyissä luvun 7.2.1 "authorOrPerformer -rakenne" –otsikon alla selkokieline teksti on oikein, mutta suluissa on lueteltu virheellisesti yksi palvelupyyntö liikaa. PP2 poistetaan tuosta luettelosta. Tämä tullaan kirjaamaan eArkiston errataan:

"Lisäksi luovutuksen aiheuttaviin kyselyihin (PP3, PP4, PP5, PP6) on annettava assigned-Person kohtaan seuraavat tiedot:"

Henkilötieto vaaditaan siis vain luovutushauissa. eArkisto korjataan myös tämän tarkennuksen mukaiseksi.

**eArkiston toteutusaikataulu toistaiseksi avoimna****2.3 eArkisto: Kysymys laboratoriomäärittelystä 08.03.2010 klo 14:26 Logica [OK]****Kysymys:**

Hei,

yksi kysymys laboratoriovastausten CDA R2 -määrittelystä:

Vastausten taulukkomuotoisen esityksessä (luku 3.6.3) taulukkoon on tuotu erikseen näkyviin tutkimuksen tehnyt palveluyksikkö, ja tekstissä viitataan, että näkymätasolla näkyy tilauksen tehnyt palveluyksikkö.

Tämä on mielestäni hiukan sekavaa:

- Luvussa 2 on määritelty, että vastausten yhteydessä näkymätasolla on merkinnän tekijän palveluyksikkönä merkinnät tehnyt palveluyksikkö.

Tilaava palveluyksikkö ilmoitetaan myös, siinä kohtaa functionCode=TIL.

- Kertomus ja lomakkeet -määrittelyssä on määritelty (luvussa 2.1.6), että näyttömuotoon tuodaan näkyviin oletuksena merkinnän tekijä.

- Luvussa 2 on määritelty, että samalla asiakirjalla missä on vastaukset, on myös tilauksen tiedot, jolloin siellä on näkymätasolla tilauksen tehnyt palveluyksikkö (siellä ei ole merkinnän tekijää lainkaan, mutta koska vain yksi author, niin näyttömuotoon varmaan tulee se...)

Eikö olisi järkevämpää, että vastausten yhteydessäkin näkymätasolla olisi näyttömuodossa tutkimukset tehnyt palveluyksikkö? Silloin ei tarvitsisi tulostaulukossa näyttää tekopaikkaa jokaista tutkimusta varten. Ja jos asiakirjatasolla asiakirjaa näytetään, tilaava palveluyksikkö näkyy kuitenkin tilausnäkömään kohdalla. Ja jos asiakirjaa käsitellään rakenteisesti, niin järjestelmä osaa kuitenkin purkaa rakenteista tilaajan

25.1.2011

ja toteuttajan erikseen.

**Vastaus:**

LabraSIG on päätynt tähän rakenteeseen vastauksen osalta:

LAB

tilaava palveluyksikkö (functionCode="TIL")

kirjaaja (functionCode="KIR")

merkinnän tekijä (functionCode="MER")

- merkinnän tekijä sisältää aina tekevän

palveluyksikön

- henkilön lausuntotyyppisessä vastauksessa

- ohjelmiston/tyhjän muussa tapauksessa

Hoidon toteutus

tutkimustulokset

todellinen näytteenottoaika (tapahtuma-aika,  
observation.effectiveTime))

Eli teknisessä mielessä ei ole ongelmaa, koska kaikki tarvittavat tiedot on määritetty, vastauksen näkymätasolla author toistuu 3 kertaa. Labra SIG halusi, että vastaustulosteessa näkyy merkinnän tekijän paikalla tilaava yksikkö.

Teknisesti saa tekevän palveluyksikön tietysti näkymään, sehän on sopimuskysymys.

Mutta jos tätä ryhdytään muuttamaan, niin siten pitäisi kai kysyä LAB SIG:in kantaa.

Antero laittaa tähän varmaan oman mielipiteensä, sillä Antero on tehnyt tuon näyttömuodon toteutuksen.

TTimoT

**→ Ei aiheuta muutoksia määrittelyyn toistaiseksi****2.4 eArkisto: Asiakirjan korvaus ei onnistu 12.03.2010 klo 16:12 Logica [OK]****Kysymys:**

Hei,

korjausasiakirjan arkistointi eArkistoon ei onnistu. eArkisto palauttaa virheilmoituksen:

5A00088:Korvaamisen syykoodi virheellinen:Korvaamisen syykoodi virheellinen  
[ annettu mitätöinnin syy: ]

25.1.2011

Ensimmäisellä yrityksellä vika tosiaan oli tuo, mutta toisella yrityksellä lisäksi sanomaan reasonCode-kentän, ja sama virheilmoitus tuli uudelleen.

Liitteenä arkistointisanoma ja kuittaus.

**Vastaus:**

Syykoodia haettiin väärästä paikasta. eArkiston virheen korjaus tehty ja asennettu AT:hen, voisi testata.

**2.5 eArkisto: Asiakirjan arkistointi epäonnistuu 22.03.2010 klo 17:18 Logica [KESKEN]****Kysymys:**

Hei,

eArkiston asiakastestin päivityksen jälkeen asiakirjojen arkistointi epäonnistuu, koska arkisto vaatii, että asiakirjalla olisi vähintään yksi ClinicalDocument.documentationOf-elementti. Tätä vastaa asiakirjan metatiedot -excel-kaaviossa kohta "palvelutapahtuman kuvaavat palvelut".

Tietoa ei ole määritelty pakolliseksi CDA R2 -skeemassa, OpenCDA CDA R2 Header -määrittelyssä eikä tuossa excel-kaaviossakaan.

Onko tiedon vaatimiselle joku (uusi) peruste, vai onko se virhe?

Liitteenä arkistointisanoma ja kuittaus.

**Vastaus:**

Päivitetyn liite 2:n mukaisia linjauksia ei ole vielä toteutettu eArkistoon, aikataulu avoin.  
Huom. Palvelutapahtuman ensisijaisen asiakirjan pakollisiksi tiedoiksi on tulossa palvelun järjestäjä ja palvelun järjestäjän nimi.

25.1.2011

### 3 Q2 (huhtikuu - kesäkuu 2010)

#### 3.1 eResepti: V2.6:n skeemat 21.4.2010 klo 8:20, Digia [OK]

**Kysymys:**

Moikka,

Kävin läpi WSDL määrittelyjämme ja törmäsin vanhaan tuttuun ongelmaan, josta keskusteltiin jo vuosi sitten alla olevassa sähköpostissa.

Otin eReseptin 2.6 MR skeemat hl7finlandin sivuilta. WSDL:ämme ei validoidu samalla virheilmoitukselle edelleen "localHeader esitellään kahdessa paikassa". Tuossa vuosi sitten vastauksessasi sanoit:

>Skeema (RCMR\_MT000004FI01.xsd) pitää korjata ja poistaa siitä  
>tuota turha localheaderin importtaus (?).

Kuitenkin nyt 2.6 paketissa on edelleen viittaukset hl7fi\_localheader\_2.xsd:hen interaktioista RCMR\_MT000002FI01.xsd ja RCMR\_MT000004FI01.xsd.

Miten tämän kanssa tulisi nyt menetellä? Asiakkaiden on vaikea generoida client koodia skeemoista jotka eivät validoidu. RCMR\_MT000004FI01.xsd:n osalta viittaus on turha ja sen voi poistaa. Pitäisikö RCMR\_MT000002FI01.xsd:n viitata localheader.xsd:hen? Ainakin meidän validointi toimii tälläisen muutoksen jälkeen mutta en tiedä saako niin tehdä?

--Janne Sinivirta

**Vastaus:**

Kela ehdottaa 28.4.2010 HL7 TC-kokouksessa, että em. viittaukset voisi poistaa. Kela tekee muutokset skeemoihin, mikäli TC hyväksyy asian.

**Korjaus:** Kela oli vahingossa laittanut 2.6 pakettiin vanhat skeemat, Kuopion yliopiston Mika Tuomainen huomautti asiasta. Paketti on päivitettävä ensi tilassa dokumenttiarkistoon.

**Edit 3.5.2010:** Korjattu määrittelypaketti toimitettu Aino Virtaselle 30.4.2010 klo 13:15

#### 3.2 eArkisto: Kansallinen tyylimäärittely CDA\_Fi.xsl 3.5.2010 klo 12:25, PPSHP [OK]

**Kysymys:**

Hei,  
Olemme tekemässä toteutusta fysiologisten mittausten siirrosta tehojärjestelmästä.

Kansallinen tyylimäärittely fysiologisten mittausten sanomalle on



25.1.2011

<?xml-stylesheet type='text/xsl' href='CDA\_Fi.xsl'?>

Mittausten arvo ilmoitetaan käyttäjälle teksti –osiossa, ja se näyttää nykyisten tyy-  
limääritysten mukaan tältä

eli käyttäjien mukaan luettavuus on hankalaa.

Voisiko tyylimäärittelyjä saada kansallisesti sellaiseksi, että tällaiset tiedot esitettäisiin taulukko-  
maisesti.

Eikö taulukkotarve ole tullut esiin myös laboratoriotietojen osalla?

### Vastaus:

Hei!

Nopein "ratkaisu" tähän lienee tyylitiedoston muokkaaminen itse omiin tarpeisiin parhaiten sopivaksi omas-  
sa järjestelmässä tietojen näyttämiseksi.

Tietääkseni fysiologisten mittausten osalta ei ole olemassa samanlaista intressiryhmää kuin laboratoriotie-  
tojen osalta, jossa olisi tästä asiasta keskusteltu  
(välitän viestisi samalla kuitenkin tiedoksi HL7 dokumentti-SIGin edustajille, jotka saattavat tietää tästä  
historiasta enemmän).

Asiaa voisi käsitellä myös viimeistään seuraavassa HL7:n teknisen komitean kokouksessa 24.5.

### HL7 TC 24.5.2010:

eKatselu + PTJ-näyttömuodon tulisi olla yhtenäinen, joten nyt tulisi pohtia, tehdäänkö (voidaanko  
edes) yleinen näyttömuoto, vai tekeekö jokainen toimittaja oman layoutin tulostusformaatile?  
Kohderyhmänä ammattilaiset (PTJ) sekä kansalainen (eKatselu) Jokaiseen erilaiseen mittaustu-  
lokseen ei lähdetä tekemään määrityksiä. Yleismuoto voisi tulla kysymykseen? STM esittää, että  
dokumentti SIG voisi edistää asiaa. Kela / STM / THL ottaa näyttömuotoasiat esille yhteisissä  
palaverissaan.

### 3.3 eArkisto: Ensisijainen asiakirja 6.5.2010 klo 16:43, Logica [OK]

#### Kysymys:

Hei,

meillä on joitain kysymyksiä ensisijaisen asiakirjan merkityksestä  
eArkistossa.

Meidän toteutus on tällä hetkellä lyhyesti ollut seuraavanlainen,  
ja se tukeutuu varsin pitkälti eArkiston Medical Records -määrityksen  
lukuun 3.2.

25.1.2011

- palvelutapahtumasta vastaa organisaatiossa yksi järjestelmä
- kyseisessä järjestelmässä palvelutapahtuman tiedot pidetään jatkuvasti ajantasalla
- \*kaikki\* kyseisen järjestelmän tuottamat asiakirjat ovat ensisijaisia: koska palvelutapahtumasta vastaava järjestelmä sisältää palvelutapahtuman ajantasaiset tiedot, se voi aina uuden asiakirjan tuottaessaan viedä asiakirjalle palvelutapahtuman uusimmat tiedot, joten asiakirja on ensisijainen
- tyhjiä, vain palvelutapahtuman sisältäviä asiakirjoja tuotetaan vain silloin, jos palvelutapahtuman tiedot muuttuvat, eikä mitään muutakaan dataa ole sillä hetkellä asiakirjalle vietäväksi
- jos organisaatiossa on muita eli erillisjärjestelmiä, ne joko \*hyödyntävät\* palvelutapahtumasta vastaavan organisaation palvelutapahtumatietoja (tähän on joitain mekanismeja meillä), jolloin niidenkin tuottamat asiakirjat voivat olla ensisijaisia
- \* jos eivät hyödynnä, niin asiakirjat ovat toissijaisia

Lisäksi perustelemme tätä vielä siten, että erillisjärjestelmien asiakirjoihin ja palvelutapahtuman tietoihin liittyviä yksityiskohtia ei tarvitse aina viedä ensisijaiselle asiakirjalle: jos jotain koostetta palvelutapahtuman yksityiskohdista tarvitaan, voidaan se tuottaa käsittelemällä kaikki palvelutapahtumaan liittyvät asiakirjat.

Kun asiaa on puitu, niin huomasimme tässä viimeisessä perustelussa ongelmia määritysten suhteen.

STM:n eArkiston käyttötapaukset PTJ v 1.099 (6.9.2009), Liite 2, asiakirjan metatiedot sisältää seuraavan kohdan:

"rivi 77: palvelutapahtuman tiedot ensisijaisella asiakirjalla:  
Tämän ryhmän tiedot tuotetaan vain ensisijaiseen asiakirjaan."

Ja tämän listan alla on seuraavat kohdat

- palvelutapahtumasta vastaava palveluyksikkö
- palvelutapahtuman kuvaamat palvelut

Esimerkkitapaus:

- palvelutapahtuman pääasiallinen hallinnointi on potilastietojärjestelmässä X; X ei kuitenkaan sisällä mitään tukea laboratoriotutkimuksille
- potilas käy vastaanotolla, ja lääkäri määrää järjestelmässä X potilaalle labratutkimuksia; hoitaja avaa organisaatiossa käytettävän laboratoriojärjestelmän Y, ja kirjaa määrätyt tutkimukset pyyntöinä sinne
- potilas käy organisaation jossain labrayksikössä, jossa

25.1.2011

näytteet otetaan ja tutkimukset tehdään

Meidän toteutuksessa on tähän saakka ajateltu niin, että potilastietojärjestelmä X tuottaisi ensisijaisia asiakirjoja, ja labrajärjestelmä toissijaisia asiakirjoja. Esimerkkitapauksessa X tuottaisi ensisijaisen asiakirjan, jossa hoitoyksikkölistalla olisi vastaanotto, ja labrajärjestelmä Y tuottaisi toissijaisen asiakirjan, jossa olisi hoitoyksikkölistalla labrayksikkö.

Liite kakkosen perusteella näin ei kuitenkaan voitaisi toimia, koska vain ensisijaisella asiakirjalla olevalla hoitoyksikkölistalla olisi merkitystä.

Lähinnä tämän johdosta voidaan kysyä seuraavaa:

- Mikä oikeasti on ensisijaisen asiakirjan merkitys? Eli siis siinä mielessä, että \*kenelle\* sillä on merkitystä, että vain ensisijaisella asiakirjalla on tiedot palveluyksiköistä ja palveluista?
- Miten eArkisto hyödyntää näitä tietoja?
- Onko jokin näkemys siitä, miten joku muu, esim. asiakirjoja hyödyntävät potilasjärjestelmät näitä tietoja käyttäisivät?

En yritä sanoa sitä, että täydellinen lista palveluyksiköistä ja palveluista olisi turha: Mutta onko se tarpeen, että vain ensisijainen asiakirja sisältää sen täydellisen listan? Eikö asiakirjoja hyödyntävä järjestelmä, oli se sitten eArkisto tai potilastietojärjestelmä, voi täydellistä palvelu- ja hoitoyksikkölistaa tarvitessaan muodostaa sen kaikkien palvelutapahtumaan liittyvien asiakirjojen perusteella?

## Vastaus:

Moi Arto,

Hyvä kysymys. Ryhdymme selvittämään. eArkisto toimii lähtökohtaisesti siten, että se ottaa uusimman ensisijaisen asiakirjan metatiedoista palvelutapahtuman metatiedot (joita se säilyttää omassa "hakemistorakenteessaan"). Kuitenkin esimerkiksi tableOfContents -tiedon osalta kyseessä on juurikin lopussa kuvailmasi kaltainen koostamismenettely (eli kaikista ensi- ja toissijaisista asiakirjoista kerätään näkymätiedot). Se että voitaisiinko palveluyksikkötiedon (ja annetun palvelun) osalta menetellä samoin vaatii hieman selvittelyä.

**HL7 TC 24.5.2010**

25.1.2011

Merkitsevää on potilaan hoitoon ottava vastaanotto, eikä niinkään esim. laboratorioyksikkö. Tarkennusta tehdään käyttötapaukseen ensisijaisen asiakirjan merkityksestä. Ei muutoksia arkistoon. Toissijaista asiakirjaa luotaessa ei tarvitse tehdä merkintöjä ensisijaisen asiakirjan tietoihin.

### 3.4 eArkisto: Riskitietojen rakenteisesta muodosta 15.6.2010 klo 15:45, Logica [OK]

#### Kysymys:

Päivää,

minulla on muutama kommentti liittyen riskitietojen CDA R2 -rakenteeseen, kuten kuvattu Kertomus ja lomakkeet -määrittelyssä.

- Jos riskin koodi on ICD-10-diagnoosi, niin missä rakenteessa esitetään syydiagnoosikoodi?

observation.valueen tulee mitä ilmeisimmin oirediagnoosi, mutta määrittely ei kerro, mihin syydiagnoosi laitetaan. Vai jätetäänkö se yksinkertaisesti pois, jos sellainen on tallennettu.

- Riskin nimi ja kuvaus

Määrittely dokumentoi, että tiedolle ei ole omaa rakenteista tietokenttää vaan tieto on näyttömuodossa, ja siihen viitataan normaalilla tavalla rakenteesta (text.reference).

Tämä aiheuttaa hieman ongelmia, jos riskitieto on esimerkiksi lääkeallergia, johon on tallennettu diagnoosi ja ATC-koodi ja lisäksi käyttäjä syöttää riskin nimen ja kuvauksen.

Tällöin rakenteeseen tallennetaan diagnoosi ja ATC-koodi, ja linkki näyttömuotoon.

Näyttömuotoon kuitenkin laitetaan näkyviin diagnoosi, ATC-koodi, sekä käyttäjän syöttämät tiedot. Nyt ei ole enää mitään helppoa tapaa erotella näyttömuodosta sitä osuutta, mikä on käyttäjän syöttämää, ja joka ei vastaa rakennetta.

Mielestäni tämä pitäisi ratkaista siten, että riskitiedon rakenteisesta osuudesta voi olla/pitää olla kaksi linkkiä näyttömuotoon: yksi linkki, joka sisältää koko näyttömuodon eli sen missä on rakenteen näyttömuoto + käyttäjän syöttämä teksti, plus toinen linkki, joka osoittaa pelkästään käyttäjän syöttämään tekstiin.

Diagnooseissa on esim. vastaava rakenne eli siellä

observation.text viittaa näyttömuotoon, ja lisäksi on erillinen viittaus diagoositekstiin.

**Vastaus:**

**16.6.2010:** Kela tilaa selvitystyötä asiantuntijalta (Ensietieto Oy) ja palaa asiaan. Lisäksi kysymykset käydään läpi 18.6.2010 HL7 TC:ssä.

**Vastaus 24.6.2010 Ensietieto Oy:**

Vastaus:

- riskitiedoissa diagnoositiedon rakenne on sama kuin muut diagnoosit ja myös oirediagnoosi on käytössä
- diagnoosi tunnistetaan Diagnoosin tyyppi koodistolla esim. `<code code="1" codeSystem="1.2.246.537.5.40007.2003" codeSystemName="Diagnoosin tyyppi" displayName="Tulosyydiagnoosi"></code>`
- Entry tunnistetaan templateId:llä esim. `<templateId root="1.2.246.537.6.12.999.2003.13"/>` eli kyseessä on riskitieto. Jos riskitieto halutaan eritellä, niin rakennetunnus voisi olla esim.  
1.2.246.537.6.12.999.2003.13.11

Tämä on syytä vielä hyväksyttävä TC:llä.

*"Diagnooseissa on esim. vastaava rakenne eli siellä observation.text viittaa näyttömuotoon, ja lisäksi on erillinen viittaus diagoositekstiin."*

**Vastaus:**

Entryjen viittaukset näyttömuotoon yhtenäistettiin kertomus ja lomakkeet määrittelyssä. Diagnoosit on toteutettu kyseisen muutoksen mukaisesti. Luonnollisesti riskitiedoissa pitää noudattaa samaa periaatetta. Korjataan seuraavaan versioon. Myös riskitiedoista olisi hyvä saada kattavampia esimerkkejä. Vaikka jokin riskitietokirjaus laitetaan myös omaan section rakenteeseen, niin riskitieto voi tarvittaessa sisältää yksi tai useampi entryä.

**3.5 eArkisto: Fysiologisista mittauksista 15.6.2010 klo 15:26, Logica [OK]****Kysymys:**

Hei,

pari kysymystä fysiologisten mittausten CDA R2 -rakenteesta

- Kertomus ja lomakkeet kappale 3.5.4 viittaa tutkimustulosten määrittelyyn, kappaleeseen 3.2.4.

Onko tämä ymmärrettävä niin, että fysiologistet mittaukset pitää esittää samalla rakenteella kuin tutkimustulokset?

25.1.2011

Kappaleessa 3.5.4 olevassa esimerkissä ei kuitenkaan ole observationilla templateld-elementtiä, joka kertoisi sen olevan tutkimustulos.

Pitääkö fysiologisilla mittauksilla olla templateld, ja pitääkö sen olla tutkimustulosten templateld?

- Tähän liittyen pikkuvirhe: kappaleessa 3.2.4 tekstissä sanotaan, että templateld on 1.2.246.537.5.999.2003.4 (oikein), mutta esimerkki-XML:ssä templateld on 1.2.246.537.5.999.2003.3.

- Taannoin HL7 TC:ssä oli puhetta siitä, miten verenpaine pitäisi esittää, koska siinä on kaksi eri arvoa. En muista yhtään mihin tulokseen siinä päädyttiin, enkä löytänyt pöytäkirjoista tähän selvitystä, e

Eli miten ne siis piti esittää. Muistaakseni päädyttiin siihen, ettei ainakaan erillisissä observation-rakenteissa, mutta sitä vaihtoehtoa en muista.

**Vastaus:**

**16.6.2010:** Kela tilaa selvitystyötä asiantuntijalta (Ensietieto Oy) ja palaa asiaan. Lisäksi kysymykset käydään läpi 18.6.2010 HL7 TC:ssä.

**Vastaus:**

**24.6.2010 Ensietieto Oy**

*"Pitääkö fysiologisilla mittauksilla olla templateld, ja pitääkö sen olla tutkimustulosten templateld?"*

**Vastaus:**

Pitää olla templateld `<templateld root="1.2.246.537.6.12.999.2003.4"/>` on myös syytä harkita, saavatko fysiologiset mittaukset oman tunnuksen, mikä on syytä käsitellä seuraavassa TC:ssä

*"Eli miten ne siis piti esittää. Muistaakseni päädyttiin siihen, ettei ainakaan erillisissä observation-rakenteissa, mutta sitä vaihtoehtoa en muista."*

**Vastaus:**

TC:ssä päädyttiin ensisijaisesti yhteen observation-rakenteeseen, mutta se edellyttää AR-ryhmältä uusia ylätasoa koodeja, joita 23.6.2010 kokous ei ehtinyt käsitellä.

25.1.2011

**3.6 eArkisto: Diagnoosirakenteen errata, 15.6.2010 klo 15:34, Logica [OK]**

**Kysymys:**

Hei,

eArk-errata-2010-02-19-paketissa on korjauksia diagnoosirakenteeseen eli kohta diagnoositeksti on muutettu diagnoosin tekstimuotoiseksi tarkenteeksi.

Tämän korjauksen jälkeen diagnoosirakenteessa on kaksi paikkaa, missä ilmaistaan viittaus tekstimuotoiseen tarkenteeseen

- tuo korjattu kohta eli entinen diagnoositeksti
- lisäksi kohdassa Diagnoosikoodi ja koodisto on teksti:  
"Diagnoosin tarkenne sijoitetaan näyttömuotoiseen tekstiin ja siihen viitataan <ori-ginalText><reference>-elementillä."

**Vastaus:**

**16.6.2010:** Kela tilaa selvitystyötä asiantuntijalta (Ensitiето Oy) ja palaa asiaan. Lisäksi kysymykset käydään läpi 18.6.2010 HL7 TC:ssä.

**Vastaus:**

**24.6.2010 Ensitiето Oy**

- lisäksi kohdassa Diagnoosikoodi ja koodisto on teksti:  
"Diagnoosin tarkenne sijoitetaan näyttömuotoiseen tekstiin ja siihen viitataan <ori-ginalText><reference>-elementillä."

Vastaus:

<ori-ginalText><reference>-elementillä ilmaistaan diagnoosikoodin näyttömuodon poikkeavuus koodiston mukaisesta nimestä eli esim.

```
<value xsi:type="CD" code="E03.89" codeSystem="1.2.246.537.6.1.1999" displayName="Muu kilpirauh.vajaatoim">
  <originalText>
    <reference value="#OID1.2.246.10.1234567.14.2006.123.33.1.110"/>
  </originalText>
</value>
```

Muut diagnoosimerkinnän lisähuomiot kirjataan xUnstructured rakenteella.

25.1.2011

## 4 Q3 (heinäkuu – syyskuu 2010)

### 4.1 HL7 Help Desk: PAKE -lomakkeiston sähköistäminen, 23.8.2010 klo 15:00, Palmenia Centre for Continuing Education [OK]

#### Kysymys:

Hyvä PAKE -lomakkeiston sähköistystiimi,

Olemme saaneet Palmeniassa monta kysymystä PAKE -lomakkeistoon liittyen ja valitettavasti meidän saamamme linkki ei avaa sähköistettyä PAKE (pahoinpitely- ja kehokartta) lomaketta kenellekään. PAKEa ollaan selvästikin ottamassa valtakunnalliseen käyttöön, mutta sen toivottaisiin saatavan järjestelmiin valtakunnallisesti sähköisenä. Kyselyjä PAKEsta on tullut myös AVi:in (entinen lääninhallitus).

Pyytäisin teiltä vastausta mahdollisimman pian ko. asiaan, jotta voimme ohjeistaa kyselijöitä eteenpäin.

#### Vastaus HL7 HelpDesk, 03.09.2010 klo 10:51:

Hei

1. Terveystieteiden sähköiset lomakkeiden määrittelyt ovat HL7 Finland ry:n palvelimella [www.hl7.fi](http://www.hl7.fi) Kohdassa Ajankohtaista: HL7-dokumenttiarkisto päivitetty 14.5.2010 Dokumenttiarkistosta kohta: E-ARKISTO-MÄÄRITYKSET: OpenCDA2009 – Kertomus ja lomakkeet v.4.20 zip-paketti, jossa kansio maaritustaulukot ja tiedosto: PAKE kentät 2008-02-04.xls

2. Toimittajat ovat aloittaneet lomakkeiden tuottamisen potilaskertomusjärjestelmiin, mutta minulla ei ole tarkempaa tietoa eri toimittajien etenemisaikatauluista

3. THL on ottanut vastuun lomakkeiden tietosisällöstä ja niiden siirtämisestä kansalliseen koodistopalveluun. Ensimmäiset lomakkeet ovat jo koodistopalvelimella. THL:stä asiasta voi tiedustella joko Sari Palojoki tai Jari Lehtonen

4. Kela on varmaan tietyllä aikataululla ottamassa KanTa-arkiston kansalaisen käyttöliittymään mahdollisuuden, että kansalainen voi sähköisesti täyttää kansalaisen täytettävissä olevia lomakkeita ja niiden osia. Kelata asiaa voi tiedustella Marko Jaloselta.

5. Tietääkseni tällä hetkellä ei ole suunnitelmissa KanTa arkiston yhteyteen yleistä ohjelmistoa, jolla ammattihenkilö voisi katsella Kanta arkistossa olevia asiakirjoja tai täyttää lomakkeita ja merkintöjä. Kyseiset toiminnot hoidetaan potilaskertomusohjelmistolla.

Terveisin



Kela / IT-osasto  
KanTa tiimi 1

25.1.2011

Antero Ensio  
HL7 Help Desk

#### **4.2 HL7 Help Desk: Minimikontekstinhallinnan v3.0 määrittely, 8.9.2010 klo 15:24, Logica [OK]**

Hei,

pyytäisin HL7-yhdistyksen kannanottoa seuraavaan:

HL7 Minimikontekstinhallinnan v3.0 määrittelyssä (liitteenä) sivulla 54 Alueellisen kontekstinhallinnan vaiheet kappaleessa 9.3.1 Kontekstin luominen, liittyminen kontekstiin ja kontekstin asettaminen on todettu, että "Perusjärjestelmä merkitsee kontekstissa User.Id.Logon-tiedon arvoksi käyttäjän yksilöivän tunnisteiden"

Uranus-Navitas integraatiossa on ongelmaksi noussut User.Id.Logon tiedon esitys. Ko. tieto it-sessään kulkee Uranus tietokannassa kapitaalein, jolloin Navitas ei tulkitse tietoa oikeaksi ja käsittelee sen nullina. Uranuksessa ei merkkikokoriippuvaisuutta ole.

Esimerkki tapauksesta Navitaksen logilta:

```
2010-09-02 13:47:35 DEBUG Navitas  
fi.elisa.solutions.navitas.web.integration.ContextManagerUtil.parselsToString(InputStream): re-  
turn: itemValues=USER.ID.LOGON|
```

```
2010-09-02 13:47:35 DEBUG Navitas  
fi.elisa.solutions.navitas.web.integration.ContextManagerUtil.getUserIdLogon(String, String):  
User.Id.Logon =
```

```
2010-09-02 13:47:35 DEBUG Navitas  
fi.elisa.solutions.navitas.web.integration.ContextManagerUtil.parselsToString(InputStream): re-  
turn:
```

```
2010-09-02 13:47:35 DEBUG Navitas  
fi.elisa.solutions.navitas.web.integration.ContextManagerUtil.getLoginData(): userIdLogon =
```

```
2010-09-02 13:47:35 ERROR Navitas  
fi.elisa.solutions.navitas.web.integration.ContextManagerUtil.getLoginData(): IntegrationLogin  
failed. Reason: User.Id.logon from contextManager is null
```

Olisinkin kysynyt, onko merkkikokoriippuvaisuus oleellista tai tarkoituksenmukaista tuossa vaiheessa?

#### **Vastaus:**

(Kysymys välitetty HL7 Help Deskin käsiteltäväksi Timo Tarhosen kautta 8.9.2010 klo 15:29 ja Vastaus toimitettu asiakkaalle 17.9.2010 klo 14:40)

Hei,

Ensinnä pitäisi täsmentää, johtuuko virhe siitä, että itemName (tiedon nimi: User.Id.Logon) on aakkoskoosta riippumaton vai siitä että itemValue (tiedon arvo) on aakkoskoosta riippumaton. Jos itemName, niin pitää olla aakkoskoosta riippumaton, jos itemValue, niin onkin vähän monimutkaisempi juttu.

Minimikontekstinhallinnan v3.0 määrittelyssä kappaleessa 4.4 Subjektien käyttäminen sivulla 13 on seuraava kohta:

"Aakkoskoosta riippuvuus: Subjektin tietojen nimet ja arvot on käsiteltävä aakkoskoosta riippumattomina, ellei toisin ole erikseen mainittu."

Tämä ohjeistus tulee suoraan CCOW-standardista.

Minimikontekstinhallinnan määrittelyssä ei oteta User.Id.Logon-tiedon osalta suoraan kantaa kohtaan "ellei toisin ole erikseen mainittu". CCOW-standardissa sen sijaan User.Id.Logon – tiedon arvo on määritelty aakkoskoosta riippuvaiseksi: "Value is case sensitive. For example, "ksmith" and "Ksmith" are two different logon id values". Minimikontekstinhallinnan määrittelyssä kuitenkin on tähän liittyen seuraavat kohdat:

"4.5.1 Käyttäjä-subjekti, s. 14

Liittyvien ohjelmien on huolehdittava itse kontekstinhallintaan asettamiensa käyttäjätunnusten yksilöllisyydestä ja muiden järjestelmien kontekstinhallintaan asettamien käyttäjätunnusten tunnistamisesta. Minimitason kontekstinhallintaratkaisussa koordinaattori ei huolehdi käyttäjän eri käyttäjätunnusten vastaavuustaulukoinnista (käyttäjän eri järjestelmissä olevien mahdollisesti erilaisten käyttäjätunnusten välillä). Kontekstinhallintaan liittyvien järjestelmien on vastattava tästä toiminnallisuudesta itse, mikäli ohjelmat eivät käytä yhteistä geneeristä id:tä käyttäjätunnuksena. Tällainen yleinen id-tunnus on sovitettava toimijoiden kesken tapauskohtaisesti. Etuna tällaisessa lähestymistavassa on käyttäjätunnusten mappauksen tarpeettomuus kontekstinhallinnassa. Tosin mahdollinen mappaus esim. geneeristen id-tunnuksien ja järjestelmien omien käyttäjätunnuksien välillä jää järjestelmien omalle vastuulle."

"7.1.10 Käyttäjätunnuksen yksilöllisyys, s 36.

Järjestelmien kontekstiin asettamien käyttäjätunnusten on oltava aina yksilöllisiä siten, ettei kaksi eri järjestelmää voi käyttää samaa tunnusta käyttäjän yksilöintiin ellei kyse todella ole samasta käyttäjästä. Tämän vuoksi kontekstissa ei pitäisi suoraan käyttää sitä käyttäjätunnusta, jonka käyttäjä kirjoittaa ohjelmaa käynnistäessään."

Esitettyyn kysymykseen

- tiedon nimen (itemName eli nyt User.Id.Logon) suhteen minimikontekstinhallinnan määrittelyn mukaan: pitää olla aakkoskoosta riippumaton.
- tiedon arvon (itemValue) suhteen minimikontekstinhallinnan määrittelyn mukaan: ei ole erikseen otettu kantaa aakkoskokoon, näin käsiteltävä aakkoskoosta riippumattomana mutta huomioitava kappaleet 4.5.1 ja 7.1.10. Vastuu tästä on lopulta liittyvällä ja tietoa hakevalla sovelluksella.

25.1.2011

Tietysti jatkon kannalta voidaan miettiä, pitäisikö minimikontekstinhallinnan määrittelyssä ottaa kantaa User.Id.Logon tiedon osalta myös itemvaluen aakkoskokoon eli määritellä se CCOW:n tapaan aakkoskoosta riippuvaiseksi.

#### **4.3 eArkisto: Rokotustietojen CDA R2 –rakenne, 22.9.2010 klo 14:09, STM [OK]**

##### **Kysymys:**

Hei, onko kansallisesti määriteltyihin ydintietoihin liittäväälle rokotustiedolle määritelty CDA-rakenne?

Jos on niin mistä se löytyy (asiakirja, versio ja kohta)?

##### **Vastaus:**

HL7 Teknisessä komiteassa 23.9.2010 todettiin, ettei kyseisiä määrittelyjä toistaiseksi ole. Kela teettää tarvittavat määrittelyt.

## 5 Q4 (lokakuu – joulukuu 2010)

### 5.1 eArkisto: Riskitietojen CDA R2, 22.10.2010 klo 16:25, Logica [OK]

#### Kysymys:

Hei,

tässä vielä kooste kaikista ongelmista, joita havaitsin riskitietojen rakenteessa, ja ehdotukseni asioiden korjaamiseksi. Tässä on pari asiaa, joita ei ole ollut aiemmissa posteissa.

Alla ei oteta lainkaan kantaa siihen, onko ydintietomäärittelyissä olevat riskitietomäärittelyt ylipäättään kunnossa. Ainoastaan siihen, miten Kertomus ja lomakkeet –määrittelyssä nykyiset ydintietomäärittelyt sopivat CDA R2 –rakenteeseen.

Riskitiedon yksilöivä tunniste:

- Yleisesti ottaen kertomus ja lomakkeet määrittelee kappaleessa 2.2.2, että rakenteisilla tiedoilla on yksikäsitteinen tunniste, joka asetetaan tiedon id-kenttään.
- Esim. diagnoosien kohdalla kappaleessa 3.2.2 asia on vielä erikseen dokumentoitu.
- Riskitietojen kohdalla kappaleessa 3.2.12 tunnisteesta ei ole mitään mainintaa.

Mielestäni kaikkien rakenteisten tietojen kohdalla olisi syytä dokumentoida aina erikseen tunniste, tai sitten sitä ei pidä dokumentoida missään muualla kuin kappaleessa 2.2.2. Muuten tulee tekijälle epävarma olo siitä, pitääkö tai saako tunnistetta laittaa rakenteeseen.

Riskitietojen osalta olettaisin, että tunniste pitää tulla vastaavasti kuin diagnooseillakin.

Linkit käyttäjän syöttämiin teksteihin riskitiedon rakenteesta:

Riskitiedon rakenteessa on nyt vain yksi ainoa linkki riskitiedon näyttömuotoon, ja näyttömuodossa on siten varmaan kaikki riskitietoon liittyvä tieto tekstimuodossa.

Edelleen tarvitaan linkki riskitiedon koko näyttömuotoon, mutta lisäksi on tarve saada rakenteen kautta ulos käyttäjän syöttämien yksittäisten vapaiden tekstikenttien sisältö.

Riskitiedolla on nähdäkseni kolme tällaista vapaata tekstikenttää:

1. Riskin nimi ja kuvaus.

Riskin nimi ja kuvaus koostuu diagnoosikoodista ja lisäksi mahdollisesta käyttäjän syöttämästä lisätekstistä.

2. Riskitietoon liittyvä tieto

Riskitietoon liittyvä tieto on koodatussa muodossa joko ATC-koodi tai veriryhmän Rh-tekijä. Ainakin lääkeallergioiden kohdalla riskitietoon liittyvään tietoon voi ATC-koodin lisäksi sisältyä muutakin tietoa kuin ATC-koodi, esim. lääkkeen kaupan nimi ja mahdollisesti muuta käyttäjän syöttämää tietoa.

3. Riskin selite ja huomiointi potilaan hoidossa

25.1.2011

Tämä on puhtaasti vapaata tekstiä.

Ja tässä ehdotukseni sille, miten nämä asiat pitäisi linkata rakenteesta:

- Riskitiedon koko näyttömuoto linkataan observationin tai proceduren kentästä text.reference. Tämä kenttä on nyt varattu riskin nimen linkkausta varten, siis koko nimen missä on diagnoosikoodi + käyttäjän syöttämää tekstiä. Eli vaihdetaan kentän merkitys osoittamaan riskitiedon koko näyttömuotoon.
- Riskin nimen tai kuvauksen käyttäjän syöttämä teksti linkataan observationin tai proceduren kentästä value.originalText.reference. Vastaava rakenne on käytössä diagnooseilla diagnoosin tarkennetta varten. Ja siinä mielessä, että riskitiedon valuessa on usein diagnoosikoodi, sopii tämä tähän erittäin hyvin.
- Riskitietoon liittyvän tiedon käyttäjän syöttämä teksti linkataan vastaavasti eli siitä observationista, missä on liittyvän tiedon koodi, kentästä value.originalText.reference
- Riskin selitteen ja huomiointin tekstin linkkausta varten on tehtävä uusi observation, jonka tunnistamista varten tarvitaan uusi koodi CDA R2 Rakenne –koodistoon.

Tässä pseudoesimerkki yllä olevasta:

```
<section ID="OID1.2.3">
<id root="1.2.3" />
<code code="LÄÄKRE" codeSystem="1.2.246.537.5.40034.2006"
<title>Lääkereaktio</title>
<text ID="OID1.2.3.0">
<!-- paragraph sisältää koko näyttömuodon -->
<paragraph ID="OID1.2.3.1">
<!-- riskin nimi ja kuvaus -->
<content>Diagnoosi X12.3 diagnoosin selite
<!-- tässä välissä lääkärin syöttämä tarkenne -->
<content style="xUnstructured" ID="OID1.2.3.2">lääkärin syöttämä tarkempi selite allergisesta reaktios-
ta, tms.</content>
</content>
<br />
<!-- atc-koodi, ja perässä lääkärin syöttämä tieto lääkkeest -->
<content>ATC-koodi: ABCDEFG, lääke: <content style="xUnstructured"
OID="1.2.3.3">burana</content></content>
<br />
<!-- huomiointi potilaan hoidossa -->
<content style="xUnstructured" OID="1.2.3.4">Ei saa antaa buranaa, potilaan päätä alkaa sär-
keä.</content>
</text>
<entry>
<observation>
<id root="1.2.3" />
<code code="13" codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003" />
<!-- viittaus näyttömuotoon -->
<text><reference value="#OID1.2.3.1" /></text>
<value xsi:type="CV" code="X12.3" codeSystem="1.2.246.537.6.1.1999">
```

```
<!-- viittaus riskin nimeen -->
<originalText><reference value="#OID1.2.3.2" /></originalText>
</value>
<!-- riskitietoa täsmentävä tieto -->
<entryRelationship>
  <observation>
    <code code="13.2" codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003" />
    <value xsi:type="CV" code="ABCDEFG" codeSystem="1.2.246.537.6.32.2007">
      <!-- viittaus täsmentävän tiedon vapaaseen tekstiin -->
      <originalText><reference value="#OID1.2.3.3" /></originalText>
    </value>
  </observation>
</entryRelationship>
<!-- viittaus selitetekstiin, tätä varten tarvitaan siis uusi koodi -->
<entryRelationship>
  <observation>
    <code code="13.XXX" codeSystem="1.2.246.537.6.12.999.2003" />
    <text><reference value="#OID1.2.3.4" /></text>
  </observation>
</entryRelationship>
</observation>
```

Arto Huusko | sovellussuunnittelija

#### Vastaus:

Selvittelyssä.

**Edit 14.1.2011: Korjataan Kertomus ja lomakkeet –määritys Logican ehdotuksen mukaiseksi**

## 5.2 eArkisto: Lääkitystietojen CDA R2, 11.11.2010 klo 11:27, Logica [OK]

#### Kysymys:

Hei,

lääkitysmerkintöjen CDA R2 -rakenteiden toteutuksen yhteydessä nousi esiin useita kysymyksiä määrittelyyn liittyen:

1. Miksi jokaisessa rakenteessa on templated-kenttä, jossa on aina sama arvo kuin kenttä-koodi? Eli code-kentässä ja templated-kentässä on aina sama arvo. templated:tä on muissa määrittelyissä hyödynnetty joko niin, että se rakenteen ylimmällä tasolla kertoo minkä määrittelyn mukainen rakenne on (viittaus määrittelyasiakirjan tunnisteseen), tai sitten rakennetasolla sitä on käytetty kertomaan minkä tyyppinen ydintieto kentässä on (koska rakenteen code-kentästä tai kontekstista ei välttämättä muuten käy yksiselitteisesti ilmi mitä tietoa rakenteessa on).

Eli nyt lääkityksen määrittelyssä templated on erilaisessa käytössä kuin ennen, ja lisäksi siitä ei ole mitään hyötyä, koska code ja templated-kentissä on samat arvot. Lääkityksen CDA R2 -rakenne on jo muutenkin niin iso, että en näe syytä kasvattaa sitä edelleen turhalla tiedolla.

25.1.2011

2. Lääkitysmäärittelyn lopussa oleva kenttätaulukko ei ole ajan tasalla eReseptiin verrattuna, ja niissä on vähän ristiriitoja:

a. Taulukossa ei ole paikkaa työnantajalle. eReseptissä tämä on samassa kohdassa kuin vakuutuslaitos.

b. Lääkevalmisteen ja pakkauksen tiedoissa ei ole laitetta, vaikka eReseptillä sellainen on. Antolaitte kyllä löytyy osastolääkityksen annososiosta.

c. Taulukossa on vakuutuslaitos (sama paikka kuin eReseptillä) ja lisäksi vakuutusyhtiö (lääkityksen muut tiedot). Ilmeisesti kuitenkin sama asia, joten kai yksi riittää?

d. Taulukossa on myyntiluvan haltija kohdassa lääkityksen muut tiedot, eReseptillä se on kohdassa lääkevalmisteen ja pakkauksen tiedot.

e. Kohdassa lääkityksen muut tiedot on lääkityksen loppuaika. Eikö se ole sama tieto kuin on kohdassa lääkevalmisteen ja pakkauksen tiedot, lääkemääräyksen voimassa olo aika?

3. Reseptin muut tiedot: pitääkö kenttäkoodi asettaa vastaavasti kuin eReseptillä? Eli eReseptillähän kenttäkoodi muuttuu sen mukaan, onko kyseessä uusi resepti, korjattu resepti tai mitätöity resepti (tässä ei ole eReseptilläkään mitään järkeä, mutta miten tehdään lääkityserkinnässä).

a. Lisäksi taulukosta puuttuu reseptin mitätöinnin ja korjauksen lisäkentät.

4. Viittaukset alkuperäiseen ja yksittäiseen lääkitykseen

a. eReseptillä ei ole viittausta alkuperäiseen lääkitykseen, vaan on viittaus reseptin edelliseen versioon ja reseptiin itseensä.

b. Yksittäisen lääkityksen id:n kohdalla polku päättyy kenttään "setld". setld kenttä kuitenkin tarkoittaa nimenomaan ensimmäisen version tunnistetta. Jos lääkityserkinnän jokin versio ei olekaan se ensimmäinen versio, niin on väärin laittaa tieto setld-kenttään. Viittaus lääkkeeseen itseensä pitäisi aina olla kentässä id. eResepti-määrittelyssä tämä on oikein.

c. Muistaakseni reseptikeskus jossain vaiheessa vaati viittauksissa pakollisena tietona codekentän asettamista (vaatimusta ei ole dokumentoitu, se on vain XML-esimerkeissä satuttu asetamaan täydellisyyden vuoksi). Onko se tässä pakollinen? Onko se edelleen eReseptissä pakollinen? Mitä lääkityserkinnällä siihen laitetaan?

d. eReseptissä viittauksiin tulee viittaus reseptiasiakirjan tunnisteeseen. Mitä tulee lääkityserkinnällä? On huomattava se, että kun lääkityserkintä tehdään, ja kun sen CDA R2 - rakenne muodostetaan, niin ei välttämättä ole tiedossa lainkaan sitä, mille asiakirjalle merkintä menee eli ei tiedetä asiakirjan tunnistetta. Tiedetään vain itse lääkityserkinnän tunniste, ja se on eri asia. Eli tässä siis pitäisi tarkentaa, että viittaukset ovat nimenomaan viittauksia merkintöihin (tai merkinnän sisällä olevaan lääkitysrakenteeseen), ei asiakirjoihin. Paitsi tietysti eReseptillä, koska silloin lääkityserkinnän tunniste on sama kuin eResepti-asiakirjan tunniste.

e. eReseptille tulee lisäksi viittaus uusimispyyntöön jonka perusteella eResepti on tehty. Pitäkö tämä tulla myös lääkityserkinnälle? Sitä ei ole mainittu taulukossa.

Kela / IT-osasto  
KanTa tiimi 1

25.1.2011

5. Kohdassa lääkityksen muut tiedot on tieto "linkki muuttuneeseen lääkitykseen". Mitä se tarkoittaa?

6. Lääkärin tiedot (kohdassa lääkevalmisteen ja pakkauksen tiedot): eReseptillä korjauksen ja mitätöinnin yhteydessä tässä säilyy alkuperäisen määräyksen tekijän tiedot (ja korjaaja/mitätöijä näkyy asiakirjan headerista). Miten lääkitysmerkinnän kohdalla on tarkoitus toimia? Kuka lääkäri tähän kohtaan tulee, kun tietoja korjataan?

Arto Huusko | sovellussuunnittelija

Logica

Lisäykset 11.11.2010 klo 12:39 - Logica:

Hei,

pari lisäkysymystä:

1. Voimassaolevaan lääkitykseen tarvitaan tieto siitä, onko lääkityksen kokonaistarkastelu tehty vai ei. Tuleeko tämä ainoastaan näyttömuotoon?
2. Voimassaolevaan lääkitykseen tarvitaan tiedon lähteestä. Rakennetaulukossa tiedon lähde laitetaan kohtaan lääkityksen muut tiedot, mutta:
  - a. kappaleen 3.2.4 taulukon mukaan voimassaolevaan lääkehoitomerkinään ei laiteta osiota lääkityksen muut tiedot
  - b. rakennetaulukossa tiedon lähteen koodistoksi on dokumentoitu 1.2.246.537.5.40031.2006, mutta kappaleessa 3.1.6 on ehdotettu ihan erilaista koodistoa.
  - c. Eli miten tämä tiedon lähde ilmoitetaan?

Ai niin, vielä kommentti templateld:stä: päällimmäisen tason organizer-rakenteessa templateld:tä voi mielestäni käyttää eli sillä ilmoitetaan minkä tyyppinen tieto on (avohoidon lääke, osasto, voimassaoleva, yms.). Mutta alemmilla rakenteilla sitä ei enää pitäisi käyttää, vaan siellä mennään code-kentällä.

Arto Huusko | sovellussuunnittelija  
Logica

**Vastaus:**

Kommentit kohtiin 2B ja 2D:

Laite ja myyntiluvan haltija lisättiin uusina tietoina eReseptiin 2.6 versioon, joka valmistui lääkityslistamäärittelyn jälkeen. eReseptin 2.6 version muutokset pitäisi päivittää myös lääkityslistamäärittelyyn. Jos eReseptistä julkaistaan 2.7 versio ensi vuoden alkupuolella, niputetaan nämä muutokset yhteen ja päivitetään kerralla lääkityslistaan. 2.7 versioon ei tällä tietoa ole tulossa juurikaan muutoksia lääkemääräyksen osalta, käyttötarkoitustiedon pituutta mahdollisesti joudutaan lisäämään.

Muita kysymyksiä joudutaan puimaan vielä tarkemmin.

\*\*\*\*\* KanTa - HL7 Help Desk \*\*\*\*\*



**Edit 14.1.2011: Teknisiin kysymyksiin tilattu korjaustyöt määritykseen. Sisällöllisiä tarkennuksia lääkityslistaan tulossa mahdollisesti helmikuun 2011 aikansa substanssiasiantuntijoilta.**

**Edit 25.1.2011: Ensietieto Oy:n toimittamat vastaukset kysymyksiin:**

1. Kertomuksessa on sovittu, että templateld-kenttä on ensisijainen ratkaisu eli pakollinen. Sähköisessä reseptissä on vielä käytössä kenttäkoodi kuvamaan rakennetta. Yhteensopivuden takaamiseksi jätettiin molemmat pakolliseksi. Esitys: Vain templateld-kenttä on pakollinen kerkomusmerkinnöissä ja sähköisessä reseptissä edelleen kenttäkoodi on pakollinen. Kertomusmerkinnöissä ei kenttäkoodia käytetä silloin sama asia on ilmaistu pakollisella templateld-kentällä.
- 2a korjattu myös varsinaiseen määritykseen
- 2b eReseptin versioon 2.6 26.3.2010 on lisätty lääkemääräykseen laite- ja myyntiluvan haltija tieto sekä suorittajan rooli ja lääkitysmerkinnät päivittyvät seuraavassa versiossa vastaavasti
- 2c Lääkityksen muut tiedot (1.2.246.537.6.12.2002.126.84) perustuvat Kunnamon ryhmän määrityksiin, joita ei CDA R2 määritysten yhteydessä ole muutettu. Tarkennettu kohdassa 3.2.4.8.
- 2d eReseptin versioon 2.6 26.3.2010 on lisätty lääkemääräykseen laite- ja myyntiluvan haltija tieto sekä suorittajan rooli ja lääkitysmerkinnät päivittyvät seuraavassa versiossa vastaavasti
- 2e Lääkityksen muut tiedot (1.2.246.537.6.12.2002.126.84) perustuvat Kunnamon ryhmän määrityksiin, joita ei CDA R2 määritysten yhteydessä ole muutettu. Tarkennettu kohdassa 3.2.4.8. Anteron tulkinta: Potilaan lääkitys voi sisältää useita lääkemääräyksiä ja tässä mahdollisesti tarkoitetaan ajankohtaa, jolloin kyseinen (pysyväis)lääkitys lopetetaan tai vaihdetaan toiseen lääkkeeseen.
3. Tarkennettu kohdassa 3.1.4.3. Lääkemääräysmerkinnällä on kaksi kenttäkoodia: avohoito (tehdään myös resepti) ja osastohoito
- 3a Tarkennettu kohdassa 3.1.4.3. Lisäkenttiä ei lääkemääräyksessä tarvita.
- 4.
- 4a Tarkennettu kohdassa 3.1.4.3
- 4b Tarkennettu kohdassa 3.1.4.3. Linkki itseensä on tarpeeton. Linkki pitäisi synnyttää samalla kuin muukin merkintä eikä siinä vaiheessa tiedetä tuleeko linkkiketjua.
- 4c Tarkennettu kohdassa 3.1.4.3. Keskustelua esimerkkien pohjalta.
- 4d Tarkennettu kohdassa 3.1.4.3. Keskustelua esimerkkien pohjalta.
- 4e Tarkennettu kohdassa 3.1.4.3

25.1.2011

5. Tarkennettu kohdassa 3.1.4.3
6. Tarkennettu kohdassa 3.1.4.1

### 5.3 eArkisto: Kertomus ja lomakkeet, 31.12.2010 klo 9:10, Tieto Oyj [OK]

#### Kysymys:

Hei!

Olemme pohtimassa, onnistummeko viemään eArkistoon asiakirjalla Efficaa kirjattun näkymätarkentimen. Käyttäjän on mahdollista valita erikoisalalomakkeelle näkymätarkentimeksi suppea erikoisala (Esim. tarkennin on 20T-KäsiKirurgia, näkymä = KIR/Käsi), jota voidaan käyttää esim. tietojen hakukriteerinä. Ydintieto-oppaassa näkymää käsitellessä mainitaan asia lähinnä niin, että suppea erikoisala mapataan sopivaksi kansallisen näkymäkoodiston koodiksi. Kertomus ja lomakkeet -oppaassa puhutaan vain organisaatiokohtaisesta lisänäkymästä.

Onko tarkoitus siis, että tieto suppeasta erikoisalasta hukataan kokonaan arkisto-asiakirjoilla? Vai pitäisikö se käsitellä paikallisena lisänäkymänä, joka se ei oikeastaan ole? Vai saako lisänäkymän tehdä suppeasta erikoisalasta käyttäen 1.2.246.537.6.24.2003 (Hilmo - Terveystietojen erikoisalat versio 2003) koodistoa? Terveisin / Best Regards  
Tarmo Hollmen, Product Manager

#### Vastaus:

#### THL:n vastaus:

"Ydintieto-oppaan mukaan kyseisiä organisaatiokohtaisia näkymiä määritettäessä asiakirjassa säilytetään tieto sekä kansallisesta näkymästä (esimerkissä KIR) että organisaatiokohtaisesta näkymästä (esimerkissä KIR/käsi). Niin ollen tieto organisaatiokohtaisesta lisänäkymästä ei häviä arkistossa.

Organisaatiokohtaisessa lisänäkymässä on suositeltavaa käyttää soveltuvaa kansallista koodistoa, jollainen Hilmo - Terveystietojen erikoisalat on."

#### Kelan lisäys:

Katkelma Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt, v3.0 - dokumentista (<http://www.kunnat.net/binary.asp?path=1;29;353;11068;29216;164812&field=FileAttachment&version=2>)

Ohjelmistoissa voi olla käytössä jopa useita satoja erilaisia näkymiä. Kaikkia näkymiä ei ole tarkoituksenmukaista sopia kansallisesti, vaan toiminnassa voidaan käyttää myös organisaatiokohtaisia näkymiä. Keskeisimmät ja suurimman tietomassan sisältävät näkymät on syytä määrittää kansallisesti, jotta eri ohjelmistot voivat poimia nämä tiedot omiin vastaaviin näkymiinsä. Osa näkymistä voi olla organisaatiokohtaisia suppeiden erikoisalojen

25.1.2011

tai kuntoutuksen palvelualueiden kuten kuntoutusohjaus tai musiikkiterapia näkymiä, joiden erottelua ei vaadita kansallisessa arkistoinnissa. Säilytettävään asiakirjaan jää talteen tieto sekä organisaatiokohtaisesta että kansallisesta näkymästä. Lisänäkymällä voidaan ilmoittaa organisaatiokohtaiset näkymät tai merkinnän kuuluminen useammalle näkymälle. Lisänäkymän ilmaisemisessa voi käyttää soveltuvaa kansallista koodistoa (esim. suppeat erikoisalajat tai palveluluokitus). Näkymien yhteydessä ilmoitetaan mille näkymälle merkintä on kirjattu. Ohjelmisto tekee tämän automaattisesti kirjauksen yhteydessä. Kun ohjelmistot tuottavat potilaskertomustietoa arkistoon, ohjelmistot muodostavat OIDkoodin avulla automaattisesti vastaavuuden kansallisiin näkymiin. Esimerkiksi gastroenterologia vastaa kansallisten näkymien sisätautien tai kirurgian näkymää, tai allergologian näkymä voidaan yhteensovittaa sisätautien, lastentautien, korva-, nenä ja kurkkutautien, iho ja sukupuolitautien tai keuhkosairauksien näkymään riippuen lääketieteen erikoisalasta, jonka osa-alueeksi suppea erikoisala siinä tilanteessa määritellään. **Jos ohjelmistossa käytetään organisaatiokohtaista näkymää, on arkistoon siirrettävässä asiakirjassa oltava sekä vastaavuus kansalliseen näkymään että organisaatiokohtaisen näkymän oma tunniste.**