

Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toiminnalliset määrittelyt

Aalto Anna, Virkkunen Heikki, Turunen Seppo, Saarela
Hanna-Leena, Tarja Rätty (toim.)
4/2020

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
Institutet för hälsa och välfärd
Finnish Institute for Health and Welfare
PL / PB / P.O. Box 30 • FI-00271 Helsinki, Finland
Puh/tel +358 29 524 6000
www.thl.fi



Sisällys

Tiivistelmä	4
1 Johdanto	5
1.1 Julkaisun keskeinen terminologia.....	6
1.2 Julkaisussa käytetyt keskeiset lyhenteet	7
1.3 Viitatuksi asiakirjat ja määrittelyt	7
2 Kirjaamiskäytännöt suun terveydenhuollossa	11
3 Kanta-arkkitehtuuri suun terveydenhuollossa	12
3.1 Tietojen tallentaminen Potilastiedon arkistoon	13
3.1.1 Asiakirjat ja rakenteiset tiedot.....	13
3.1.2 Palvelutapahtuma.....	15
3.2 Potilastiedon arkiston tiedon hyödyntäminen	15
3.2.1 Potilastiedon arkiston asiakirjat.....	15
3.2.2 Tiedonhallintapalvelu	16
3.3 Potilastiedon suostumustenhallinta	17
4 Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkinnät	18
4.1 Suun terveydenhuollon merkintöjen tiedot ja rakenteet.....	18
4.2 Suun terveydenhuollon merkintöjen tuottaminen Potilastiedon arkistoon	20
4.2.1 Suun terveydenhuollon merkinnän tuottaminen	20
4.2.2 Kokonaishammasstatuksen tarkastusmerkintä	22
4.2.3 Tiedon tallentaminen Potilastiedon arkistoon	23
4.3 Potilastiedon arkiston tiedon hyödyntäminen	23
4.3.1 Tiedon hakeminen Potilastiedon arkistosta	23
4.3.2 Suun terveydenhuollon rakenteisten tietojen koostaminen potilastietojärjestelmässä.....	24
4.3.3 Yksittäisen rakenteisen tiedon muodostaminen, tietojen yhdistäminen ja näyttäminen	25
4.3.4 Suun terveydenhuollon tietojen koostamisen erityistapauksia	26
4.4 Rakenteisen tiedon näyttäminen potilaskertomuksessa	27
5 Suun terveydenhuollon rakenteiset tiedot	31
5.1 Hampaiden ja suun alueen nykytila	32
5.1.1 Hampaiden ja suun alueen nykytilan rakenteinen tietosisältö	32
5.1.2 Hampaiston nykytilan statusmerkinnän tekeminen	33
5.1.3 Muiden statusmerkintöjen tekeminen	34
5.1.4 Proteesikirjausten vaikutus hammaskohtaiseen statukseen.....	34
5.2 Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset.....	35
5.2.1 Suun terveydenhuollon indeksit	35
5.2.2 Suun terveydenhuollon mittaukset.....	39
5.3 Esitiedot ja omahoito.....	39

5.4 Oikomishoito	39
6 Yleiset rakenteiset tiedot	40
6.1 Toimenpiteet	40
6.1.1 Suun terveydenhuollon erityispiirteet toimenpidekirjauksessa	40
6.1.2 Toimenpiteiden vaikutus statukseen	41
6.2 Diagnoosit	50
6.3 Riskitiedot.....	50
6.4 Lääkehoito.....	50
6.5 Terveys- ja hoitosuunnitelma	50
6.6 Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset	51
6.7 Fysiologiset mittaukset.....	51
6.8 Potilaan perustiedot	52
6.9 Muut rakenteiset tiedot.....	52
6.9.1 Ennaltaehkäisy (preventio).....	52
6.9.2 Lausunnot.....	52
6.9.3 Terveysten vaikuttavat tekijät.....	52
7 Suun terveydenhuollon luokitukset.....	53
8 Suun terveydenhuollon tietosisältöjen kehittämissuunnitelma	57

Tiivistelmä

Tarja Rätty (toim.). Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toiminnalliset määrytykset 2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Julkaisu kuvaa suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen rakenteita ja tietosisältöjä sekä niiden toiminnallisuuksia suun terveydenhuollon tietoja käsittelevissä potilastietojärjestelmissä. Julkaisu määrittelee valtakunnallisen Potilastiedon arkiston ja potilastietojärjestelmien teknisiä toiminnallisuuksia. Sen tarkoitus ei ole ohjeistaa potilastiedon kirjaamisessa, vaan tähän tarkoitukseen julkaistaan erillinen kirjaamisen opas.

Suun terveydenhuollossa hammaslääkäri tai suuhygienisti/hammashoitaja kirjaa potilaan hoitotiedot potilaskertomukseen, ja potilastietojärjestelmä tallentaa tiedot potilastietojärjestelmän omaan tietovarastoon ja Potilastiedon arkistoon.

Myös suun terveydenhuollossa potilastietojärjestelmien ja valtakunnallisen Potilastiedon arkiston väliset tietosisältö- ja sanomarakenteet noudattavat yleisiä Potilastiedon arkiston rakenteita ja toiminnallisia periaatteita. Kanta-arkkitehtuuriin liittyvät yleiset periaatteet kuvataan tässä julkaisussa vain viitteellisesti pyrkien antamaan yleiskuva kaikkia potilastietoja koskevista periaatteista ja valtakunnallisista toiminnallisuuksista, jotka koskevat suun terveydenhuoltoa.

Julkaisussa keskitytään suun terveydenhuollon erityisiin rakenteisiin ja toiminnallisiin erityispiirteisiin. Julkaisussa kuvataan erityisesti suun terveydenhuollon rakenteisten tietojen kirjaamiseen ja tallentamiseen liittyvät toiminnallisuudet. Toinen tärkeä näkökulma on Potilastiedon arkistoon tallennetun tiedon hyödyntäminen ja näyttäminen potilastietojärjestelmissä, erityisesti silloin kun potilaan hoidossa hyödynnetään toisen organisaation tuottamaa tietoa. Toimintamalleja havainnollistetaan yleisimpien käytötapausten avulla.

Julkaisussa kuvataan tärkeimpiä toiminnallisuuksia, jotka rakenteisen tiedon avulla mahdollistavat potilastietojärjestelmissä kirjauksiin liittyviä automaatioita ja siten helpottavat kirjaajan työtä. Kuvatut automaatiot noudattavat mahdollisimman pitkälle jo käytössä olevia ratkaisuja.

Suun terveydenhuollon toiminnalliset määrytykset -julkaisu sisältää lopuksi tietosisältöjen kehittämissuunnitelman.

Avainsanat: Suun terveydenhuolto, hampaat, terveydenhuollon sähköiset palvelut, valtakunnalliset tietojärjestelmäpalvelut, Potilastiedon arkisto, rakenteinen potilaskertomus, rakenteinen tieto, tietosisältö, luokitus, toiminnallinen määrittely, käytötapaus.

1 Johdanto

Muutokset julkaisun versioon 2020 lukuun 1:

- Päivitetty viitattujen määritysten linkkejä
- Muutettu termi tekninen kirjaaja -> kirjaaja, lisätty erikseen Merkinnän tekijälle kuvaus

Muutokset julkaisun versioon 2017 lukuun 1:

- Päivitetty viitattujen/noudatettavien määritysten ja säädösten versiot
- Lisätty keskeiset vaatimukset yhteenvetokehyksiin
- Siirretty viitatuksi asiakirjat ja määrittelyt lukuun 1.3 ja muutettu viittaustapaa määrittelyssä

Tämä määrittely on osa valtakunnallisen Potilastiedon arkiston määrittelyä. Tässä julkaisussa kuvataan valtakunnalliseen Potilastiedon arkistoon tallennettavien potilasasiakirjojen suun terveydenhuollon potilaskertomuksen erityispiirteitä ja toiminnallisia vaatimuksia. Julkaisussa ei kuvata yleisiä Potilastiedon arkiston rakenteita ja vaatimuksia, joita on kuvattu muissa THL:n tai www.kanta.fi sivuston julkaisuissa, muun muassa [Kanta Potilastiedon arkiston Medical Records -sanomat](#) -määrittelyissä [1] [Kanta – Potilastiedon arkiston kertomus ja lomakkeet](#) -määrittelyissä [2], [Rajapintakäyttötapauksissa arkiston ja liittyvän järjestelmän välillä](#) [3], [Potilastiedon arkiston toiminnallisissa vaatimuksissa sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmille](#) [25] ja [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) -julkaisussa [4]. Yleiset vaatimukset koskevat myös suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmiä.

Tämä julkaisu on kirjoitettu potilastietojärjestelmätoteutusten näkökulmasta ja vaikka julkaisussa pyritään huomioimaan kirjaamisen vaatimuksia myös tietojärjestelmien käyttäjien näkökulmasta, tätä julkaisua ei ole tarkoitettu kirjaamisen oppaaksi, vaan siihen tarkoitukseen ovat erilliset [Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1](#) [5] ja myöhemmin julkaistavat erikoisalakohdaiset osat.

Suun terveydenhuollon asiakirjat ovat keskeinen osa potilaskertomusta. Ne koostuvat otsikoin jäsennetyistä vapaasta tekstistä sekä valtakunnallisesti määritellyistä suun terveydenhuollon keskeisistä rakenteisista tiedoista, joita ovat muun muassa hampaiden ja suun alueen nykytilatiedot (statustiedot), tutkimukset, indeksit ja mittaukset, jotka liittyvät nykytilatietoihin, sekä omahoitoon ja esitietoihin liittyvät tiedot ja toimenpidetiedot.

Potilaskertomuksen määrittelyissä tulee huomioida myös potilaslaskutukseen, Kela-korvauksiin ja hammaslääkäreiden palkkion määräytymiseen liittyvät asiat, koska ne perustuvat potilaskertomukseen kirjattaviin toimenpidetietoihin ja vaikuttavat tapaan, jolla toimenpiteet kirjataan potilastietojärjestelmiin. Näistä säädetään muun muassa [sairausvakuutuslaissa \(L1224/2004\)](#) [6], [laissa rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta \(L678/1992\)](#) [7], [valtioneuvoston asetuksessa sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta \(L1335/2004\)](#) [8], [valtioneuvoston asetuksessa korvaustaksojen perusteista \(L1336/2004\)](#) [9], [Kansaneläkelaitoksen päätöksessä hammashoidon taksasta](#) [10], [laissa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista \(asiakasmaksulaki\) \(L734/1992\)](#) [11] ja [asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista \(asiakasmaksuasetus\) \(L912/1992\)](#) [12].

Suun terveydenhuollon vuonna 2020 edellytettävät rakenteiset tietosisällöt ja niissä käytettävät luokitukset on julkaistu [koodistopalvelimella](#) [13] 2014 ja 2016 julkaistuissa tietosisältömäärittelyissä sekä päivitettyissä ja täydennetyissä luokituksissa. 2020 versiossa tarkennetaan muutamia luokituksia ja tietosisällön kenttien pakollisuusehtoja, muuten uuttaa Kanta-julkaisuversiota rakenteista ei tässä yhteydessä tule. Tässä toiminnallisten määrittelyjen tarkennukset koskevat Kanta suun terveydenhuollon CDA-määrittelyn versiota 3.0 ja siihen tämän julkaisun yhteydessä tehtäviä errata-tarkennuksia.

Rakenteiset tiedot vaativat myös valtakunnalliset toiminnalliset määräykset, jotta potilastietojärjestelmät pystyvät tuottamaan yhteneväistä tietoa ja hyödyntämään toistensa tuottamaa tietoa.

Jokaisen luvun alkuun on koottu yhteenveto tehdyistä muutoksista vuosien 2014, 2017 ja 2020 julkaisuversioiden välillä.

Jokaisen luvun loppuun on teksteistä nostettu toteutettavia vaatimuksia kehystettyyn laatikkoon. Vaatimukset on numeroitu juoksevasti läpi dokumentin.

Vaatus: Potilastietojärjestelmien toteutukselle asetetut keskeiset vaatimukset toteutukselle on nostettu teksteistä lukujen loppuun tällaisiin kehyksiin.

1.1 Julkaisun keskeinen terminologia

- **Asiakirja** on tunnisteella yksilöity tekninen tallenne, johon on koottu virallinen, asiakirjallinen tieto. Potilastiedot tallennetaan Potilastiedon arkistoon asiakirjoina.
- **Codeid** on tietosisältömäärittelyissä käytetty tietokentän yksilöivä tunniste. Julkaisussa termillä viitataan aina kyseisessä luvussa käsiteltävän tietosisältömäärittelyn mukaiseen tiedon yksilöivään tietokentän tunnisteeseen.
- **Entry** on CDA R2 -määrittelyn mukainen merkintään sisältyvä rakenteinen tieto (jota vastaava sisältö voidaan ihmisen ymmärtämänä esittää tekstimuodossa) **Hammasstatus** on hampaiston (=kaikkien hampaiden) nykytilan tiedot
- **Indeksi** on yksinkertaistettu tapa kuvata hampaistossa olevia muutoksia, muutokset kuvataan numeroilla
- **Kokonaishammasstatus** on yhdellä kertaa tehty kaikkien hampaiden ja niiden tukikudosten nykytilan arvio ja proteettisten rakenteiden kirjaukset
- **Merkintä** on yhden käyttäjän yksittäiseltä potilaskertomuksen näkymältä samalla kertaa kirjaamien tai mittauslaitteen tai kuvantamislaitteen tuottamien, samojen metatietojen sitoma potilastietojen kokonaisuus. Merkintä on pienin terveydenhuollon prosesseissa syntyvä sisältökokonaisuus tai asiakirjallinen tieto.
- **Merkinnän tekijä** on TODO
- **Metatieto** (kuvailutieto, yksilöintitieto) on tietoa kuvaileva tieto, joka ilmaisee kohteena olevan tiedon tarkoituksen tai merkityksen jollain sovitulla tavalla.
- **Näkymä** on terveydenhuollon potilastietojärjestelmässä tietokokonaisuus tai asiayhteys, joka sitoo tiedon tiettyyn sisältö- tai hoitokokonaisuuteen kuten lääketieteen erikoisalaan, ammattialaan tai palveluun. Sähköisen potilaskertomuksen näkymät kattavat vaiheistusasetuksen mainitsevat potilasasiakirjat.
- **Näyttömuoto** on tiedon tekstimuotoinen esitysmuoto, joka koostuu käyttäjän kirjaamista narratiivisesta tekstistä ja rakenteisten entryjen tiedoista ja jonka myös järjestelmä, joka ei pysty lukemaan rakenteisen tiedon koodia, pystyy näyttämään ihmisen ymmärtämässä muodossa
- **Palvelutapahtuma** on terveydenhuollon palvelunantajan ja potilaan välinen yksittäisen palvelun järjestäminen tai toteuttaminen sekä siihen ajallisesti ja asiallisesti liittyvät tutkimukset, toimenpiteet, konsultaatiot ja yhteydenotot.

- **Rakenteinen tieto** on tieto, joka kirjataan ja tallennetaan etukäteen sovitun rakenteen avulla. Sovittu tiedon rakenteisuus voi vaihdella esimerkiksi sovitun otsikon alle kirjattavasta vapaasta tekstistä tietyllä koodilla kirjaamiseen. Tiedon rakenteisuus mahdollistaa tiedon koneellista käsittelyä.
- **Statusnäyttö** on (tässä julkaisussa hampaiston) havaintohetken nykytilaa kuvaava tieto
- **Statustieto** on (tässä julkaisussa hampaiston) havaintohetken nykytilaa kuvaava tieto.
- **Sekstantti** on tiettyjen indeksien merkitsemisessä käytetty tapa, jossa hampaisto jaetaan kuuteen osaan (sekstanttiin), ala- ja yläleuka oikealla puolella viisaudenhampaasta (kolmas molaari) ensimmäiseen välihampaaseen (premolaariin), oikeasta kulmahampaasta vasempaan kulmahampaaseen ja vasemmasta ensimmäisestä välihampaasta vasempaan viisaudenhampaaseen. Tästä tulee kuusi "osaa," jossa jokaista osaa kuvataan yhdellä numerolla.
- **Kirjaaja** on toinen henkilö (esim. hammashoitaja), joka kirjaa hoidolliset tiedot ja ohjeet, jotka hän on saanut terveydenhuollon ammattihenkilöltä (esim. hammaslääkäri). Hoitaja tekee merkinnät sille näkymälle, joka on ohjeet antaneen ammattihenkilön erikoisalanäkymä.
- **Tarkastus** tarkoittaa sekä hammaslääkärin tekemää suun tutkimusta että suuhygienistin tekemää hampaiston terveystarkastusta. Molemmissa kirjataan havainnot ja löydökset hammasstatukseen.
- **Trendi** on suuntaus, joka ilmaisee, miten potilaalle tehtyjen tutkimusten tulokset ovat kehittymässä.

1.2 Julkaisussa käytetyt keskeiset lyhenteet

- BOP = Bleeding on Probing
- CDA = Clinical Document Architecture
- CPI = Community Periodontal Index
- DMF/dmf = Decayed Missing Filled
- DMFS/dmfs = Decayed Missing Filled Surfaces
- GI = Gingival index
- ICD = International Classification of Diseases
- ICDAS = International Caries Detection and Assessment System
- PI = Plaque Index
- PT = Palvelutapahtuma
- PTJ = Potilastietojärjestelmä
- THP = Tiedonhallintapalvelu

1.3 Viitattut asiakirjat ja määrittelyt

Kela	Kanta Potilastiedon arkiston Medical Records -määrittely, 2019	https://www.kanta.fi/documents/20143/133129/Arkiston_MedicalRecords_sanomat_202.zip/
Kela	Kanta Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet, 2015	https://www.kanta.fi/documents/20143/133129/Potilastiedon+arkiston+Kertomus+ja+lomakkeet_v511.zip/

Kela	Kanta Potilastiedon arkisto, Rajapintakäyttötapaukset arkiston ja liittyvän järjestelmän välillä, 2019	https://www.kanta.fi/documents/20143/107839/Potilastiedon+arkisto+Rajapintak%C3%A4ytt%C3%B6tapaukset+arkiston+ja+liittyv%C3%A4n+j%C3%A4rjestelm%C3%A4n+v%C3%A4lill%C3%A4.pdf/
THL	Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely, 2016	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-641-4
THL	Terveystieteiden tutkimuskeskuksen rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1, 2018	https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018_.pdf/
Finlex	Sairasvakuutuslaki (L1224/2004)	http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224
Finlex	Laki rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta (L678/1992)	http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920678
Finlex	Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta (L1335/2004)	http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041335
Finlex	Valtioneuvoston asetus korvaustaksojen perusteista (L1336/2004)	http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041336
Finlex	Kansaneläkelaitoksen päätös hammashoidon taksasta, 2016	http://www.kela.fi/documents/10180/0/Hammashoidon_taksat_2016.pdf
Finlex	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (asiakasmaksulaki) (L734/1992)	http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734
Finlex	Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (asiakasmaksuasetus) (L912/1992)	https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920912

THL	Koodistopalvelu	https://koodistopalvelu.kanta.fi/
Kuntaliitto	Potilaskertomuksen ydintiedot, 2009	
Kuntaliitto	Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt, 2009	
Kela	Kanta Potilastiedon arkisto, Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset, Liite 2: Palvelutaphtumien esimerkkejä, 2014	http://www.kanta.fi/documents/12105/3458358/Liite2+Palvelutapahtumien+esimerkkej%C3%A4.pdf/
THL	Potilastiedon suostumustenhallinta ja yhteisen potilastietorekisterin liittyminen Kantaan, 2016	http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-633-9
Kela	Kanta Potilastiedon arkisto, Potilastietojärjestelmien käyttötapaukset, Liite 1: Merkinnän rakenne ja kuvailutiedot	https://www.kanta.fi/documents/20143/107839/Potilastietoj%C3%A4rjestelmien+k%C3%A4ytt%C3%B6tapaukset+Liite1+Merkint%C3%B6jen+rakennaja+kuvailutiedot.pdf/
Kela	Kanta Suun terveydenhuollon CDA R2 potilaskertomusrakenne, 2018 ja 2015	https://www.kanta.fi/documents/20143/133129/Kanta_suun_th_CDAR2_v3.00.docx/ https://www.kanta.fi/documents/20143/133129/Kanta_suunth_CDA_v210+20151217.zip/
WHO	WHO Oral Health Surveys Basic Methods, 5th Edition, 2013	http://www.icd.org/content/publications/WHO-Oral-Health-Surveys-Basic-Methods-5th-Edition-2013.pdf
THL	Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma	http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085285
Kela	Kanta Kuvantamisen CDA R2 merkinnät, 2016	https://www.kanta.fi/documents/20143/133129/Kanta+kuvantamisen+CDAR2-merkinn%C3%A4t+v+2.21.zip/
Kela	Kanta Laboratorion CDA R2 merkinnät, 2017	https://www.kanta.fi/documents/20143/133129/Laboratorion_CDAR2_v421.zip/

THL	Määräys sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien olennaisista toiminnallisista vaatimuksista, 2/2016 THL/295/4.09.00/2016 8.7.2016	https://www.thl.fi/documents/920442/2779701/THL_Maarays_2-2016_Olennaiset_toiminnalliset_vaatimukset.pdf/
THL	Potilastiedon arkiston toiminnalliset vaatimuksen sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmille 2019	https://thl.fi/documents/920442/3850406/Potilastiedon_Arkisto_Toiminnalliset+vaatimukset_v1.2.pdf/
THL	Suun terveydenhuolto rakenteisen kirjaamisen opas, versio 2016	https://www.kanta.fi/documents/20143/107839/Rakenteisen+kirjaamisen+opas+suun+terveydenhuollolle.pdf/

Muut lähteet:

Ainamo J, Barmes D, Beagne G, Cutress T, Martin J, Sardo-Infirri J: Development of the World Health (WHO) Community Periodontal Index of Treatment Needs (CPITN). Int Dental J 32: 281-291, 1982

Ainamo, J, Bay, I, Problems and proposals for recording gingivitis and plaque. International Dental Journal Vol. 25, No. 4 (December 1975), pp.229-235, ISSN 1875-595X.

Löe, H. The Gingival Index, the Plaque Index and the Retention Index Systems. Journal of Periodontology Vol. 38, No. 6 (November-December 1967), pp. 610-6, ISSN 0022-3492.

2 Kirjaamiskäytännöt suun terveydenhuollossa

Muutokset julkaisun versioon 2020 lukuun 2:

- muutettu termi tekninen kirjaaja -> kirjaaja

Muutoksena julkaisun versioon 2017 lukuun 2:

- Päivitetty kirjauskäytänteiden osalta tilanne

Suun terveydenhuollon potilaskäynnit ovat yleensä tarkastuskäyntejä ja/tai toimenpidekäyntejä. Termiä ”tarkastus” käytetään kuvaamaan sekä hammaslääkärin tekemää tutkimusta että muiden suun terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemää terveystarkastusta. Lisäksi sairaalassa tehdään suun alueen leikkauksia, joita seuraa vuodeosastojaksoja (leukakirurgia).

Tarkastuskäynnillä hammaslääkäri tekee suun tutkimuksen ja luettelee suun ja hampaiden havainnot ja löydökset, usein hammashoitaja kirjaa ne potilastietojärjestelmään ja toimii tällöin kirjaajana. Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä on graafinen hammaskartta, johon merkinnät voidaan tehdä esimerkiksi valitsemalla valikon eri vaihtoehtoista haluttu havainto ja kohdistamalla tämä hammaskarttaan oikeaan hampaaseen tai hampaan pintaan. Tulevaisuudessa potilastietojärjestelmiin tulee laajempiakin graafisia käyttöliittymiä, joihin voi tehdä monipuolisempia havaintoja kuin yksistään hampaista (esimerkiksi kielestä tai imusolmukkeista).

Hammastatuksen lisäksi suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä voidaan myös ikenen ja pehmytkudosten havainnot kuvata graafisesti. Kun potilaasta ei ole käytettävissä aiempia kirjauksia ja hänelle tehdään niin sanottu kokonaistutkimus, hammaslääkäri käy läpi suun alueen ja koko hampaiston ja kirjaaja kirjaa graafiseen hammaskarttaan havainnot. Jos potilaalla on hoidon tarvetta, aloitetaan hoitotoimenpiteet samalla tai seuraavalla käynnillä. Seuraavilla tarkastuskäynneillä otetaan yleensä uusien kirjausten pohjaksi aiemmin tehty status, jota muokataan tarpeen mukaan. Toimenpidekäynnillä hammaslääkäri yleensä itse kirjaa tehdyt toimenpiteet. Suuri osa toimenpiteistä on hammaskohtaisia, jolloin hampaan numerolla kirjataan kohdehammas. Koodia tarkennetaan usein vapaalla tekstillä (esim. käytetyt materiaalit). Lisäksi on suurempiin kokonaisuuksiin kohdistuvia toimenpiteitä, jotka kirjataan ilman hammasnumeroita, esimerkiksi yläleuan kokoproteesi. On myös joitakin toimenpidekoodeja, jotka kohdistuvat useampaan hampaaseen kerralla ja näitä varten tulee voida kirjata usealle hampaalle vain yksi toimenpidekoodi.

Suun terveydenhoidossa hammastatuksen graafista esitysmuotoa käytetään tietojen näyttämiseen ja kirjaamisen alustana, jolloin kirjaaminen on rakenteista. Vapaalla tekstillä tarkennetaan statuksen rakenteista kirjaamista. Vapaa tekstiä käytetään myös tarkentamaan toimenpidekirjauksia, esimerkiksi kertomalla tarkemmin miten toimenpiteen tekeminen sujui tai mitä materiaalia käytettiin (kauppanimi).

Erikoissairaanhoidossa ei välttämättä ole käytössä potilastietojärjestelmää, jossa on graafinen hammaskartta. Jatkuvan kertomuksen merkinnät tehdään näkymille otsikoita käyttäen, mutta status-kirjaukset joudutaan tällöin tekemään paperilomakkeelle. Kaikilla suun terveydenhuollon palveluita antavilla yksiköillä tulee olla käytössään graafinen käyttöliittymä rakenteisten tietojen kirjaamiseen vuonna 2019.

3 Kanta-arkkitehtuuri suun terveydenhuollossa

Muutokset julkaisun versioon 2020 lukuun 3:

- Vaatimusta 3 tarkennettu, viitataan myös PTA/suun terveydenhuolto aihesivustoon
- tarkennettu viitattujen määrittelyiden linkkejä
- päivitetty versio kuviosta 1. Kanta kokonaisuus
- poistettu kuvio 3 tiedonhallintapalvelusta, tekstinä ajantasainen tilanne

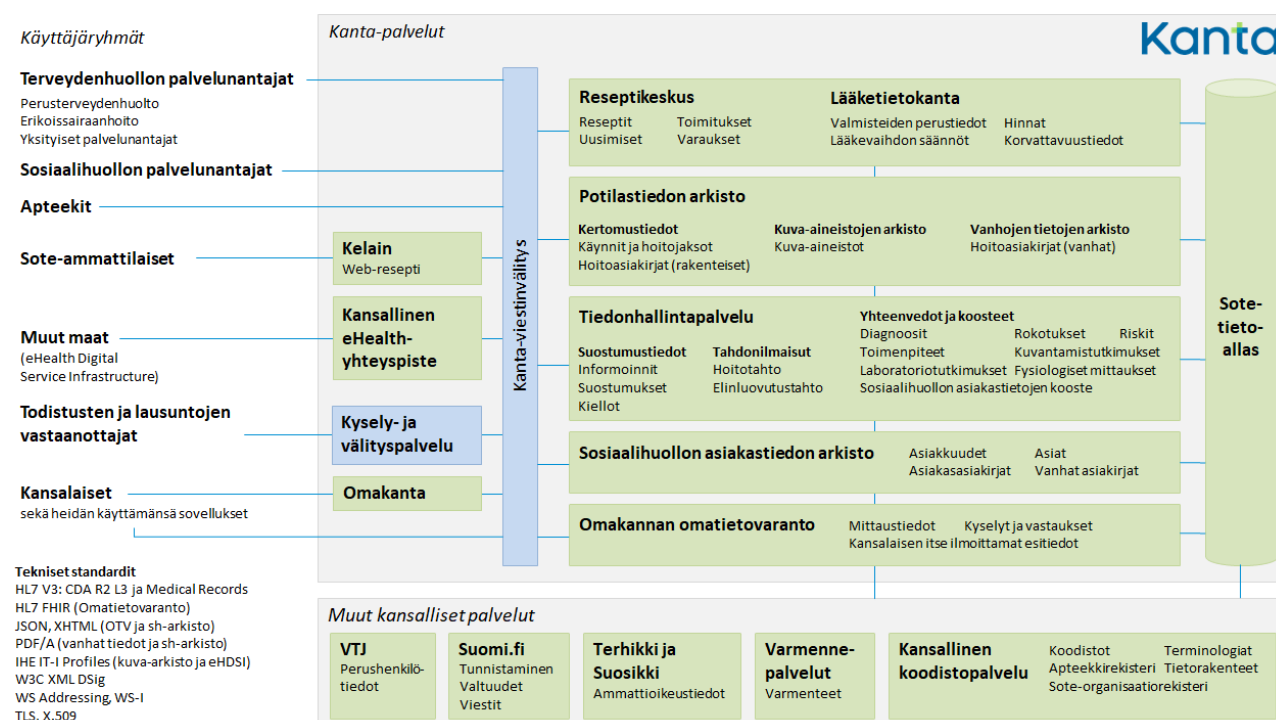
Muutokset julkaisun versioon 2017 lukuun 3:

- Päivitetty kuvio 1 ja kuvio 3 sekä viitattujen määrittelyjen versiot
- Lisätty keskeiset vaatimukset yhteenvetokehyksiin
- Tiedonhallintapalvelun luvusta päivitetty lääkityslistan (lääkityskoosteen) ja henkilötietolomakkeen tilanne

Suun terveydenhuollon potilaskertomusasiakirjat ovat osa Potilastiedon arkistoon tallennettavia potilaskertomusasiakirjoja (kuvio 1). Niiden rakenne ja toimintaperiaatteet noudattavat pääsääntöisesti yleistä potilaskertomuksen rakennetta ja toimintaperiaatteita.

Vaikka suun terveydenhuollossa pääpaino kohdistuu hampaiden ja suun terveydentilaan, myös muu potilaan terveyteen liittyvä tieto on tarpeen. Kaikkien Potilastiedon arkiston tietojen tulee olla käytettävissä suun terveydenhuollossa potilaan kieltojen sallimissa rajoissa. Samoin suun terveydenhuollon tietojen tulee olla käytettävissä muualla terveydenhuollossa potilaan kiellot huomioiden.

Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmät eivät voi rajautua pelkästään suun terveydenhuollossa syntyvien tietojen kirjaamiseen. Niiden on myös täytettävä edellytykset Potilastiedon arkistoon liittymiseksi paitsi arkistoinnin, myös esimerkiksi suostumusten hallinnan suhteen. Lisäksi suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmien on pystyttävä näyttämään kaikki suun terveydenhuollossa tarvittavat Potilastiedon arkistoon tallennetut potilaskertomusasiakirjat näyttömuodossa sekä tallentamaan ja arkistoimaan Potilastiedon arkistoon kaikki suun terveydenhuollossa tuotettavat potilaskertomusmerkinnät. Näin ollen suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmiltä edellytetään tämän määrittelyn lisäksi myös muiden www.kanta.fi sekä <https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/suun-terveydenhuolto> sivustolla koottujen yleisten Potilastiedon arkistoon liittyvien määrittelyiden noudattamista.



Kuvio 1. Suun terveydenhuollon potilasasiakirjat ovat osa Potilastiedon arkiston sisältöä.

Vaatus 1. Kaikkien Potilastiedon arkiston tietojen tulee olla käytettävissä suun terveydenhuollossa potilaan kieltojen sallimissa rajoissa.

Vaatus 2. Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmien on pystyttävä näyttämään kaikki suun terveydenhuollossa tarvittavat Potilastiedon arkistoon tallennetut potilaskertomusasiakirjat sekä tallentamaan ja arkistamaan Potilastiedon arkistoon kaikki suun terveydenhuollossa tuotettavat potilaskertomusmerkinnät.

Vaatus 3. Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmiltä edellytetään tämän määrittelyn lisäksi www.kanta.fi-sivustolle sekä <https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/suun-terveydenhuolto> sivustolle koottujen yleisten Potilastiedon arkistoon liittyvien määrittelyiden noudattamista.

3.1 Tietojen tallentaminen Potilastiedon arkistoon

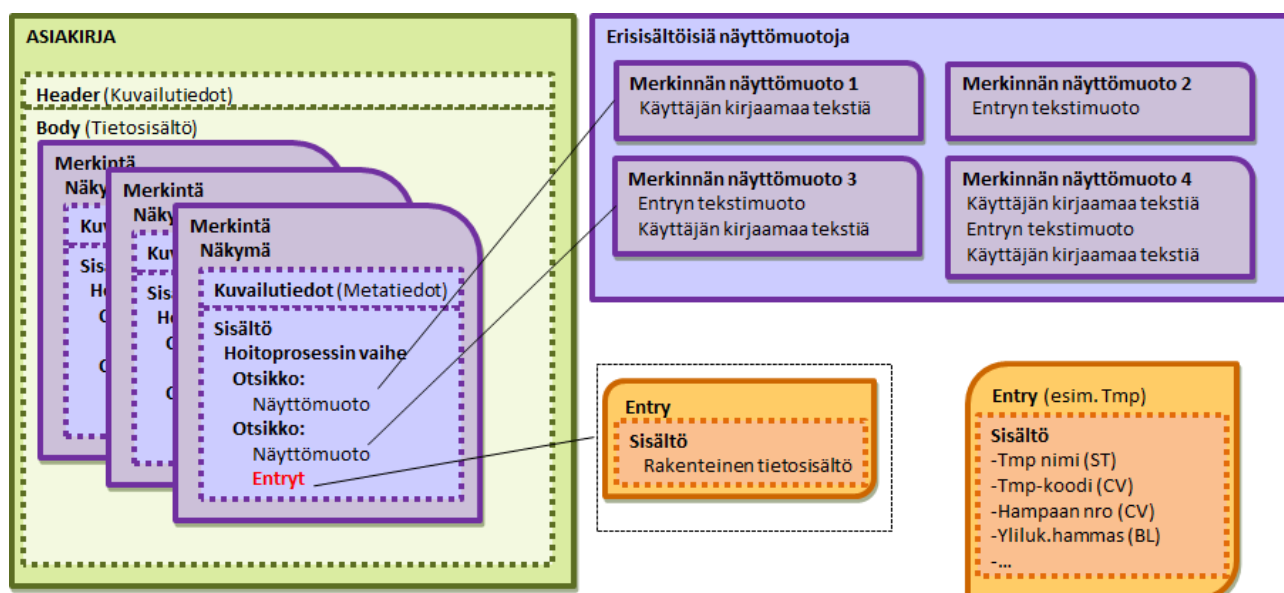
3.1.1 Asiakirjat ja rakenteiset tiedot

Tiedot tallennetaan Potilastiedon arkistoon määrittelyiden mukaisina CDA R2 asiakirjoina. Asiakirjat sisältävät potilastietojärjestelmän automaattisesti tuottamat asiakirjan kuvailutiedot (header), joissa ovat mm. asiakirjan etsintään, hallintaan ja säilytykseen ja hävittämiseen liittyvät tiedot sekä sisällöllisen osan (body). Potilaskertomuksen tallentamista Potilastiedon arkistoon ja siinä käytettyä sanomarakennetta on kuvattu tarkemmin [Kanta Potilastiedon arkiston Medical Records](#) -määrittelyissä [1].

Asiakirjojen sisältö muodostuu yhdestä tai useammasta merkinnästä. Merkinnät sisältävät potilastietojärjestelmän automaattisesti tuottamat kuvailutiedot (metatiedot), sekä käyttäjän tuottamat sisällölliset tiedot. Kuvailutiedoissa ovat mm. potilaan ja merkinnän tekijän yksilöimiseen tarvittavat tiedot sekä merkinnänteokoajan tiedot. (Suun) Terveydenhuollon ammattihenkilön kirjaamat sisällölliset tiedot kattavat tiedot

potilaskertomusnäkömystä, hoitoprosessin vaiheesta, otsikoilla jäsenellystä narratiivisesta tekstistä sekä rakenteisista tiedoista. Käyttäjän kirjaamista rakenteisista tiedoista muodostuvat merkinnän entryt ja käyttäjän kirjaamista teksteistä ja rakenteisten entryjen tekstimuotoisesta esitysmuodosta muodostuu merkinnän näyttömuoto. (kuvio 2.) Potilaskertomusasiakirjojen ja -merkintöjen yleinen rakenne on kuvattu tarkemmin [Kanta-Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet](#) -määrittelyissä [2].

Potilaskertomuksen rakenteiset tiedot koostuvat yksittäisistä rakenteisten tietojen kirjauksista, entryistä. Kunkin rakenteisen tiedon sisältö ja rakenne on määritelty valtakunnallisesti koodistopalvelimella julkaistuissa tietosisältömäärittelyissä ja www.kanta.fi/suun_terveydenhuolto -sivustolla julkaistuissa CDA-määrittelyissä. Potilastiedon arkistoon välitettävässä sanomassa entryt muodostavat oman rakenteen, joka liittyy aina näyttömuotoon. Yleiset keskeiset rakenteiset tiedot on määritelty [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) julkaisussa [4].



Kuvio 2. Potilastiedon arkistoon tallennettavat asiakirjat koostuvat yhdestä tai useammasta merkinnästä, jotka sisältävät narratiivista tekstiä ja rakenteisia tietoja, entryjä. Entryjen sisältö on määritelty koodistopalvelimella julkaistavissa tietosisältömäärittelyissä. Asiakirjoilla ja merkinnöillä on sisältöosan lisäksi kuvaillutiedot / metatiedot, joissa on mm. niiden yksilöintiin ja linkityksiin tarvittavia tietoja.

Yleisten rakenteisten tietojen lisäksi eri erikoisaloilla on tarve yksityiskohtaisempiin erikoisalakohdaisiin rakenteisiin tietoihin. Näitä erikoisalakohdaisia rakenteisia tietoja on kuvattu *Potilaskertomuksen ydintiedot* -määrittelyssä [14] ja *Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt* (jatkossa Ydintieto-opas julkaisussa [15]. Näiden julkaisujen tiedot eivät kuitenkaan ole enää ajan tasalla ja määrittelyitä päivitetään erillisiksi ajantasaisiksi julkaisuiksi vaiheittain. Suun terveydenhuolto oli ensimmäinen erikoisala, jonka rakenteiset tietosisällöt on päivitetty ja julkaistu koodistopalvelimella ja on siten edelläkävijänä erikoisalakohdaisien rakenteisten tietojen määrittelyssä ja tallentamisessa Potilastiedon arkistoon.

Tässä julkaisussa kuvatut yleiset toimintamallit ja asiakirjarakenteet koskevat kaikkia Potilastiedon arkistoon liittyviä potilastietojärjestelmiä – myös suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmiä. Potilastietojärjestelmien Kanta-arkistointiin liittyvät vaatimukset on kuvattu tarkemmin [Potilastietojärjestelmien toiminnallisissa vaatimuksissa](#) [25]. Toiminnalliset vaatimukset esittävät ne toiminnallisuudet, jotka Kantaan liittyvien potilastietojärjestelmiin täytyy toteuttaa.

Vaatus 4. Potilastiedon arkistoon tallennettavat suun terveydenhuollon asiakirjat koostuvat yhdestä tai useammasta merkinnästä, jotka sisältävät narratiivista tekstiä ja rakenteisia tietoja, entryjä. Rakenteisten tietosisältöjen toteutuksessa noudatetaan Koodistopalvelussa kuvattujen tietosisältöjen määrittelyitä ja Kanta-sivustolla kuvattavia tarkempia toteutusohjeita.

3.1.2 Palvelutapahtuma

Palvelutapahtumalla (PT) tarkoitetaan terveydenhuollon palvelujen antajan ja potilaan välistä yksittäisen palvelun järjestämistä tai toteuttamista. Palvelutapahtuman käyttötarkoitus on tarjota yksittäisten potilastietojen ja asiakirjojen yläpuolelle käsite, jonka avulla samaan asiayhteyteen (kontekstiin) liittyvät merkinnät ja asiakirjat voidaan kytkeä toisiinsa. Se vastaa asiakirjahallinnon ”asian” käsitettä eli palvelutapahtuma on potilaan asia, johon kytketään kaikki siihen liittyvät ja hoidon myötä syntyneet asiakirjat.

Palvelutapahtuma on esimerkiksi

- yksittäinen avohoitokäynti perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa siihen ajallisesti ja asiallisesti liittyvine tutkimuksineen, toimenpiteineen ja yhteydenottoineen,
- laitoshoidojakso siihen liittyvine toimenpiteineen, tutkimuksineen ja konsultaatioineen tai
- määritellystä syystä tapahtuva hoitosarja.

Palvelutapahtuman muodostamisen ja jokaisesta palvelutapahtumasta muodostettavan palvelutapahtuma-asiakirjan vaatimukset koskevat myös suun terveydenhuollon palveluprosesseja ja potilastietojärjestelmiä. Palvelutapahtuma-asiakirjan sisältö on kuvattu [Kanta Potilastiedon arkiston Medical Records](#) -määrittelyissä [1]. Suun terveydenhuollossa palvelutapahtuman muodostaa käytännössä kukin yksittäinen käynti vastaanotolla tai hoitajakso vuodeosastolla. Suun terveydenhuollossa ei siten tarvitse käyttää sarjahoitokäyntien mukaista käynnit yhdistävää palvelutapahtumaa. Uusi palvelutapahtuma muodostetaan, kun

- potilaasta on saatu lähete (sisäinen tai ulkoinen),
- potilaalle varataan aika uudelle käynnille,
- potilas ilmoittautuu tai kirjataan sisään palveluyksikköön ennakoimatta (päivystystapaus) tai
- potilaalla on muu (fyysistä käyntiä vastaava) kontakti terveydenhuoltoon, esimerkiksi puhelinkontakti.

Palvelutapahtumalle voidaan myös liittää ja arkistoida asiakirjoja ennen (esim. etukäteen otettu rtg-kuva) tai jälkeen (esim. laboratoriotuloksia) käyntipäivää tai hoitajaksoa. Myös virheellisesti kirjattuja palvelutapahtumia voidaan jälkikäteen korjata.

Palvelutapahtuman käsite ja sen käyttö terveydenhuollossa on määritelty tarkemmin *Potilastietojärjestelmien käyttötapausten liitteessä 2: Palvelutapahtumien esimerkkejä* [16].

Vaatus 5. Suun terveydenhuollossa palvelutapahtuman muodostaa käytännössä kukin yksittäinen käynti vastaanotolla tai hoitajakso vuodeosastolla. Suun terveydenhuollossa ei siten tarvitse käyttää sarjahoitokäyntien mukaista käynnit yhdistävää palvelutapahtumaa. Muilta osin noudatetaan Kanta-sivuston ohjeistusta palvelutapahtumien käsittelystä.

3.2 Potilastiedon arkiston tiedon hyödyntäminen

3.2.1 Potilastiedon arkiston asiakirjat

Potilaskertomustiedot palautetaan Potilastiedon arkistosta asiakirjoina, jotka sisältävät yhden tai useampia merkintöjä ja jotka voivat sisältää sekä rakenteista että vapaamuotoista tietoa. Potilastietojärjestelmä purkaa arkistosta haetut asiakirjat erillisiksi merkinnöiksi ja näyttää ne käyttäjälle. Tämän lisäksi potilastietojärjestelmän tulee pystyä hyödyntämään merkintöjen rakenteisia tietoja. Merkinnän yleiset rakenteiset tiedot, joita järjestelmän on pystyttävä hyödyntämään, on esitelty [luvussa 6](#) ja erityiset suun terveydenhuollon rakenteiset tiedot [luvussa 5](#).

Potilaan aikaisempien suun terveydenhuollon merkintöjen rakenteisia tietoja tulee pystyä käsittelemään siten, että PTJ purkaa haetut tiedot omaan tietomalliinsa ja hyödyntää niitä näkymissään uusien kirjausten pohjana ja tietojen hauissa.

Vaatus 6. Potilaan aikaisempien suun terveydenhuollon merkintöjen rakenteisia tietoja tulee pystyä käsittelemään siten, että PTJ purkaa haetut tiedot omaan tietomalliinsa ja hyödyntää niitä näkymissään uusien kirjausten pohjana ja tietojen hauissa.

3.2.2 Tiedonhallintapalvelu

Tiedonhallintapalvelu (THP,) on osa Potilastiedon arkistoa. Tiedonhallintapalvelulla on kaksi toisistaan poikkeavaa tehtävää:

1. Tiedonhallintapalveluun (= Potilastiedon arkistoon Kelan rekisterinpitoon) tallennetaan potilaan antama suostumus häntä koskevien tietojen luovutukseen ja hänen mahdollisesti tekemät luovutuskiellot sekä tieto potilaalle annettusta informaatiosta. Tiedonhallintapalveluun tallennetaan lisäksi muita potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä tietoja, kuten hoitotahto ja kielto irrottaa elimiä, kudoksia tai soluja toisen ihmisen sairauden tai vamman hoitoon. Jatkossa Tiedonhallintapalveluun voidaan mahdollisesti tallentaa myös muita potilaan itsensä hallinnoimia tietoja.
2. Tiedonhallintapalvelun kautta voidaan koota ja näyttää potilaan keskeisiä rakenteisia terveystietoja.

Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmien tulee käyttää Tiedonhallintapalvelua keskeisten rakenteisten tietojen näyttämiseksi kuten muidenkin Potilastiedon arkistoon liittyneiden potilastietojärjestelmien. Potilaan hallinnoimista tiedoista suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmien tulee käyttää potilaan informaatio-, suostumus- ja kieltotietoja. Niiden tulee pystyä vähintään:

- tarkistamaan Tiedonhallintapalvelusta, onko potilasta informoitu Kanta-palveluista.
- tallentamaan Tiedonhallintapalvelun informaatioasiakirjalle tieto potilaalle annettusta Kanta-informaatiosta
- tarkistamaan ennen potilastietojen hakua, onko kyseinen potilas antanut Kanta-suostumuksen
- tallentamaan Tiedonhallintapalveluun potilaan antama Kanta-suostumus tai suostumuksen peruuttaminen (ks. luku 3.3)

Potilaan keskeiset terveystiedot tulee pystyä hakemaan Tiedonhallintapalvelusta ja näyttämään potilastietojärjestelmässä potilasyhteenvedon. Lisäksi potilasyhteenvedon rakenteisia tietoja tulee pystyä käyttämään uusien kirjausten pohjana. Keskeisten terveystietojen käyttöä on kuvattu tarkemmin luvussa 6. Tiedonhallintapalvelun vaatimukset on kuvattu kokonaisuudessaan [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) -julkaisussa [4].

Vaatus 7. Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmien tulee käyttää Tiedonhallintapalvelua keskeisten rakenteisten tietojen näyttämiseksi kuten muidenkin Potilastiedon arkistoon liittyneiden potilastietojärjestelmien.

3.3 Potilastiedon suostumustenhallinta

Potilastietojen käytön perusteena valtakunnallisissa tietojärjestelmäpalveluissa olevat potilaan informointi potilastietojen käytöstä, suostumus tietojen luovutukseen ja mahdolliset luovutusta rajoittavat kiellot vaikuttavat suun terveydenhuollon asiakirjoihin samoin kuin muihin terveydenhuollon asiakirjoihin.

Myös suun terveydenhuollon palveluita antavissa yksiköissä tulee toteuttaa suostumustenhallinnan toiminnallisuus niitä tilanteita varten, jolloin potilas haluaa antaa suostumuksen Kanta-palveluissa olevien tietojen käyttöön tai tehdä tietojen luovutuskieltoja siten kuin on kuvattu [Potilastiedon suostumustenhallinta ja yhteisen potilastietorekisterin liittyminen Kantaan](#) -julkaisussa [17].

Vaatus 8. Myös suun terveydenhuollon palveluita antavissa yksiköissä tulee toteuttaa suostumustenhallinnan toiminnallisuus niitä tilanteita varten, jolloin potilas haluaa antaa suostumuksen Kanta-palveluissa olevien tietojen käyttöön tai tehdä tietojen luovutuskieltoja.

4 Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkinnät

Muutokset julkaisun versioon 2020 lukuun 4:

- Viimeistelyä ja viivattujen sisältöjen linkkien korjauksia

Muutokset julkaisun versioon 2017 lukuun 4:

- Lisätty keskeiset vaatimukset yhteenvetokehyksiin
- Tarkennettu otsikoiden käyttöä
- Päivitetty lääkitystietojen kirjaamista koskeva tilanne
- Tarkennettu potilastiedon arkiston tietojen hyödyntämistä ja tietojen koostamista potilastietojärjestelmässä
- Tarkennettu kokonaishammastarkastuksen tarkastusmerkinnän toiminnallisuutta
- Muutettu STH05-tietosisältöä koskeva teksti entryn muodostamisperiaatteesta yhteneväksi CDA-määrittelyn kanssa
- Lisätty oikomishoidon tietoja
- Päivitetty kuvausta potilastietojärjestelmän kansallista luokitusta tarkemman tason kirjausten käsittelystä
- Lisätty kuvaus näyttömuotoisten tietojen arvonmäärittämisestä
- Tarkennettu HAM-näkymän käsittelyä graafisessa käyttöliittymässä
- Tarkennettu linkin muodostamisen vaatimus SUU->HAM vapaaehtoiseksi niissä tapauksissa, kun SUU-näkymälle ei olla kirjaamassa muita rakenteisia tietoja (jonka rakenteisiin linkin voisi teknisesti sijoittaa)
- STH-luokituksiin on lisätty ”Normaali” -arvoja, jotta tiettyjen tilojen paraneminen edelliseen merkintään verrattuna voidaan kirjata.

4.1 Suun terveydenhuollon merkintöjen tiedot ja rakenteet

Potilastiedon arkistoon tallennettava suun terveydenhuollon potilaskertomus noudattaa potilaskertomuksen yleisiä periaatteita. Tiedot tallennetaan Potilastiedon arkistoon asiakirjoina, jotka muodostuvat yhdestä tai useammasta merkinnästä. Merkinnät sisältävät potilastietojärjestelmän automaattisesti tuottamat kuvailutiedot sekä käyttäjän tuottamat sisällölliset tiedot. Merkinnän sisällöllinen osa sisältää käyttäjän kirjaamat tiedot hoitoprosessin vaiheesta, otsikoilla jäsennellystä vapaasta tekstistä sekä rakenteisista tiedoista.

Potilaskertomusasiakirjojen ja -merkintöjen yleinen rakenne on kuvattu tarkemmin [Kanta – Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet](#) -määrittelyssä [2] sekä [Potilastietojärjestelmien käyttötapauksen, Liitteessä 1, Merkinnän rakenne ja kuvailutiedot](#) [18]. Tässä dokumentissa kuvataan ne tilanteet ja toiminnallisuudet, joissa suun terveydenhuollon merkintä poikkeaa yleisestä rakenteesta tai se edellyttää tarkempaa määrittelyä. Suun terveydenhuollon merkinnän rakenteet on kuvattu tarkemmin [Suun terveydenhuollon CDA R2 potilaskertomusrakenne](#) -määrittelyssä [19].

Näkymä

Suun terveydenhuollon merkintöjen rakenne noudattaa potilaskertomusmerkinnän yleistä rakennetta. Näkymänä suun terveydenhuollon merkinnöissä on *Hammass-, suu- ja leukasairaudet* -näkö (SUU) ja hampaiston rakenteisissa tiedoissa *Hammassstatus* -näkö (HAM). Poikkeuksen muodostavat rakenteiset riskitiedot, joiden näkymänä on *Riskitieto* -näkö (RIS), radiologiset kuvantamistutkimukset, joiden näkymänä on *Radiologia* -näkö (RTG) ja laboratoriopyynnöt ja vastaukset, jotka tallennetaan *Laboratorio*-näkö (LAB) [1]. Tiedonhallintapalvelun koosteiden palauttamien tietojen osalta vastaavat koostenäkymät ovat KRIS, RTGK ja LABK. Tämän määrittelyversion kirjoitushetkellä lääkitystietoja ei olla tuomassa Potilastiedon arkiston eikä Tiedonhallintapalvelun tietosisällöiksi, vaan ne on suunniteltu toteutettavan reseptikeskuksen palveluna.

Varsinaisen näkymän rinnalla voidaan käyttää yhtä tai useampaa lisänäkymää, jolloin varsinaiselle näkymälle tallennetusta tekstistä näytetään identtinen kopio. Tekstiä ei tallenneta erikseen molemmille näkymille vaan tieto tallennetaan vain kertaalleen mutta näytetään tietoja katseltaessa näkymällä ja kaikilla sille kirjatulla lisänäkymillä. SUU-näkymää voi käyttää sekä näkymänä että lisänäkymänä. HAM-näkymä ei voi olla lisänäkymänä eikä sillä voi olla muita lisänäkymiä kuin HAMK lisänäkymä (ks. luku 4.2.2file:///C:/Users/kati.salo/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/D7VTW150/Suun%20terveydenhuollon%20toiminnalliset%20m%C3%A4%C3%A4ritykset%202016.doc#_Kokonaishammasstatuksen_tarkastusme).

Myös erityisnäkymiä, kuten muun muassa ajanvaraustietojen kirjaamiseen käytettävä *Potilashallinnollisten merkintöjen* näkymä (PHAL) ja toisen henkilön kuin potilaan itsestään kertomien arkaluonteisten tietojen *Erillinen asiakirja* (ERAS), tulee pystyä tuottamaan.

Ajantasainen näkymälistaus [AR/YDIN – Näkymät](#) on julkaistu koodistopalvelimella ja näkymien käytön määritelmiä on kuvattu [Kanta – Potilastiedon arkiston kertomus ja lomakkeet -määrittelyssä](#) [2] ja [Potilastietojärjestelmien käyttötapauksissa](#) [3]. Näkymien, otsikoiden ja hoitoprosessin vaiheiden käyttöä potilaskertomusmerkintöjen tuottamisessa merkinnän tekijän kannalta on kuvattu [Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen oppaassa, osa 1](#) [5]. Lisäksi rakenteista kirjaamista ohjeistetaan [Suun terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen oppaassa](#) [26].

Osallistujien tiedot

Potilastietojärjestelmä tuottaa automaattisesti merkinnän tekijän ja potilaan yksilöivät tiedot sekä kirjausajan. Merkinnän tekijänä on pääsääntöisesti hammaslääkäri, suuhygienisti tai hammashoitaja. Joissain tilanteissa, esimerkiksi konsultaatiopyynnöllä, tekijänä voi olla myös muu terveydenhuollon ammattilainen.

Hoitoprosessin vaihe

Hoitoprosessin vaihe kirjataan yleisten sääntöjen mukaisesti. Merkintään riittää yksi hoitoprosessin vaihe, joka suun terveydenhuollossa useimmiten on hoidon toteutus, mutta tarvittaessa merkinnän voi jakaa myös useampiin hoitoprosessin vaiheisiin.

Otsikot ja vapaa teksti

Otsikoina voi käyttää kaikkia valtakunnallisia otsikoita ja niitä voi tarvittaessa tarkentaa lisäotsikoilla (toisella otsikolla kansallisesta otsikkokoodistosta tai paikallisella otsikolla). Merkinnässä tulee olla aina vähintään yksi otsikko. Suun terveydenhuollon merkinnöissä ei ole pakollista kirjata otsikon alle vapaamuotoista tekstiä, vaan merkinnät voivat koostua pelkästään rakenteisista tiedoista ja niistä muodostetusta näyttömuotoisesta tekstistä.

Rakenteiset tiedot

SUU-näkymälle kirjataan myös kertomuksen yleisiä rakenteisia tietoja, joiden käyttöä ei ole rajattu tietyille näkymälle, esimerkiksi diagnooseja ja toimenpiteitä. Lisäksi SUU-näkymälle ja HAM-näkymälle voidaan kirjata suun terveydenhuollon erityisiä erikoisalakohdaisia rakenteisia tietoja, jotka on kuvattu tarkemmin [luvussa 5](#).

Vaatus 9. Yleisten rakenteiden käsittelyssä ja periaatteissa noudatetaan Kanta-sivuston määräyksiä. Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen rakenteet on kuvattu tarkemmin Kanta-sivustolla Suun terveydenhuollon CDA R2 potilaskertomusrakenne -määrittelyssä.

4.2 Suun terveydenhuollon merkintöjen tuottaminen Potilastiedon arkistoon

4.2.1 Suun terveydenhuollon merkinnän tuottaminen

Merkinnän sisältö noudattaa suun terveydenhuollossa yleistä jatkuvan kertomuksen rakennetta. Merkintä voi sisältää sekä rakenteista tietoa että vapaata tekstiä, jotka kirjataan otsikoilla jäsennettynä. Rakenteiset tiedot voidaan kirjata tekstin kanssa saman otsikon alle vapaamuotoisen tekstin yhteyteen, kuten Toimenpide kuviossa 4, tai otsikoiden alle erillisesti, kuten Diagnoosi kuviossa 4. Rakenteista tietoa kirjattaessa lisäotsikkona käytetään tietosisällön mukaista nimeä, silloin kun tietosisällön nimi poikkeaa otsikon nimestä, kuten Esitiedot (anamneesi), Nykytila (status) ja Tutkimukset kuviossa 4.

Rakenteinen tieto sisältää suun terveydenhuollossa hyvin yksityiskohtaisesti kirjattua tietoa. Sen kirjaaminen edellyttää omaa käyttöliittymää, jotta kaikki tarpeelliset rakenteiset tiedot voidaan kirjata ja automaattisesti tuotettujen tietojen oikeellisuus voidaan tarkastaa. Vaikka käyttöliittymä on erillinen, suun terveydenhuollossa kirjatut yleiset rakenteiset tiedot ja suun terveydenhuollon erityiset rakenteiset tiedot, luvussa 4.1 mainittuja poikkeuksia lukuun ottamatta, kirjataan SUU-näkymälle. Luvussa 4.1 mainittuja tietoja varten on olemassa omat näkymänsä, joihin niiden tiedot kirjataan ja joissa ne näytetään.

Suun terveydenhuollon [Hampaiston nykytila](#) (STH01) ja [Suuremmat kuin yhden hampaan proteettiset rakenteet](#) (STH02) -luokitusten mukaiset rakenteiset tiedot kirjataan *Hammasstatus* (HAM) -näkyville, joka tallennetaan Potilastiedon arkistoon omana asiakirjanaan. Asiakirjoista, joiden näkymänä on HAM, tulee potilastietojärjestelmän tuottaa potilaskertomuksen SUU-näkymälle kirjaus, josta on linkki HAM-näkymän tiedot sisältävään asiakirjaan. Jos SUU-näkymän merkintään tulee vain sellaista sisältöä, jota ei esitetä rakenteisena, ei tarvitse kuitenkaan tehdä "keinotekoista" entryä vain viittauksen sijoittamista varten. HAM-näyttömuodon kopioinnissa SUU-asiakirjalle on tavoitteena se, että SUU-näkymällä olisi riittävä sisältö sellaisia järjestelmiä varten, jotka eivät käsittele HAM-näkymää. Siinä tapauksessa viittaus HAM-näkymään ei ole olennainen.

SUU NÄKYMÄ

Pekka Potilas
111111-1111

Hannu Hammaslääkäri, HLL
1.3.2014

Hoitoprosessin vaihe: Hoidon toteutus

Hoidon syy: Hammassärky

Esitiedot (anamneesi): Yleistervepotilas, jolla aiemmin terveet hampaat. Nyt 3 päivän ajan vihlova hammassärkyä ...

Esitiedot (anamneesi): [Esitiedot ja omahoito](#)
Harjauskertojen määrä: 1/vrk

Diagnosi: [K08.80 Tarkemmin määrittämätön hammassärky¹](#)

Toimenpiteet: [SFA20 Kahden pinnan täyte, d35, d36y¹](#)
[SDA02 Parodontologinen hoito suppea¹](#)

d34 ja ylilukuisessa d35 todettiin syvät reiät... Hampaisiin tehtiin yhdistelmämuovipaikat... Samalla todettiin runsaasti hammaskiveä 2 sekstantissa, ja tehtiin samalla hammaskiven poistot ...

Nykytila (status): [Hampaiston nykytila](#) (tiedot HAM-näkymällä)²

Tutkimukset: [Indeksit ja mittaukset](#)¹

DMF = 13

DMFS = 67

CPI = Yläoikea: CPI1, Yläkeskellä: CPI2, Ylävasen: CPI2, Alavasen: CPI1, Alakeskellä: CPI2, Alaoikea: CPI3 GI = 2,0

PI = 1,5

BOP = 50 %

¹Linkki rakenteisen tiedon kirjausalustalle, jossa näkee täydelliset tiedot

²Linkki erilliseen HAM-näkymään

Kuvio 4. Jatkuvan kertomuksen SUU-näkymällä tekstimuotoinen tieto ja rakenteinen tieto kirjataan otsikoilla jäsentäen. Otsikoita voidaan tarkentaa esimerkiksi rakenteisen tiedon nimen mukaisilla lisäotsikoilla. Rakenteisista tiedoista näkymällä näytetään vain hoidon kannalta oleellinen tieto, esimerkiksi diagnoosista koodi ja nimi. Kertomusnäkömällä näytettävät vähimmäistiedot määritellään tietosisältömäärittelyissä.

Jos HAM-näkymälle kirjataan tietoja ilman, että käyttäjä kirjaa tietoja SUU-näkymälle, tuottaa potilastietojärjestelmä automaattisesti SUU-näkymälle merkinnän, jonka sisältöosaan tulee ainoastaan Otsikko "Nykytila (status)" ja sen alle HAM-näkymän tietojen näyttömuodot (Kuvio 5). Jos SUU-näkymälle tehdään samalla muita kirjauksia, tuotetaan linkki HAM-näkymälle samaan merkintään muiden SUU-näkymän kirjausten yhteyteen (Kuvio 4). Suun terveydenhuollon kertomusmerkinnän rakenne kuvataan tarkemmin [Suun terveydenhuollon CDA R2 potilaskertomusrakenne](#) -määrittelyssä [19]. Suun terveydenhuollon erityisten rakenteisten tietojen sisällöt ja periaatteet on kuvattu [luvussa 5](#).

SUU NÄKYMÄ

Pekka Potilas
111111-1111

Hannu Hammaslääkäri, HLL
1.1.2014

Hoitoprosessin vaihe: Hoidon toteutus

Nykytila (status): [Hampaiston nykytila](#) (tiedot HAM-näkymällä)¹

¹Linkki erilliseen graafiseen HAM-näkymään

Kuvio 5. Jos HAM-näkymälle tehdään merkintöjä ilman, että SUU-näkymälle tehdään merkintöjä, tuottaa potilastietojärjestelmä automaattisesti SUU-näkymälle merkinnän jatkuvan kertomuksen käyntimerkinnän.

Vaatus 10. Jos HAM-näkymälle tehdään merkintöjä ilman, että SUU-näkymälle tehdään merkintöjä, tuottaa potilastietojärjestelmä automaattisesti SUU-näkymälle jatkuvan kertomuksen käyntimerkinnän.

4.2.2 Kokonaishammasstatuksen tarkastusmerkintä

Kun tehdään kokonaishammasstatustutkimus tai -tarkastus, potilastietojärjestelmän tulee kysyä käyttäjältä, aloitetaanko kokonaishammasstatuksen tekeminen. Järjestelmän tulee hakea Potilastiedon arkistosta edellisen kokonaishammasstatuksen tiedot ja kaikki sen jälkeiset HAM-näkymälle tehdyt merkinnät ja koostaa rakenteisten kirjausten pohjaksi omaan järjestelmän graafiseen esitystapaan tarkastuksen pohjaksi viimeisimmät tiedot. Potilastietojärjestelmä voi tallettaa omassa järjestelmässään kansallisia määrittelyitä tarkempia lisätietoja rakenteisiin liittyen ja yhdistää ne näytettäviin tietoihin. Jokaisen hampaan (ml. hampaan tukikudokset, STH01 tietosisältö kokonaisuudessaan) status tarkastetaan ja havainnot tallennetaan HAM-näkymälle. Samalla kirjataan kaikkien suussa olevien proteettisten rakenteiden (STH02 tietosisältö) ajantasainen tilanne, mutta aikaisemmin poistettuja rakenteita ei sisällytetä.

Tieto kokonaishammasstatuksen tarkastuksesta tallennetaan teknisesti tuottamalla HAM-näkymän sisältävälle asiakirjalle lisänäkymäksi HAMK. Tällöin tieto kokonaishammasstatuksen tarkastuksesta saadaan asiakirjan Headeriin, ja tällaiset asiakirjat voidaan tunnistaa jo asiakirjahaun yhteydessä (ks. luku 4.3.1.).

PTJ tuottaa myös automaattisesti indeksit tehtyjen merkintöjen perusteella silloin, kun tarvittava lähtötieto on kirjattu. Kokonaishammasstatuksen yhteydessä voi kirjata myös muita rakenteisia tietoja SUU-näkymälle (ks. [luku 5](#)).

Vaatus 11. Kun tehdään kokonaishammasstatustutkimus tai -tarkastus, potilastietojärjestelmän tulee kysyä käyttäjältä, aloitetaanko kokonaishammasstatuksen tekeminen.

Vaatus 12. Järjestelmän tulee hakea Potilastiedon arkistosta edellisen kokonaishammasstatuksen tiedot ja kaikki sen jälkeiset HAM-näkymälle tehdyt merkinnät ja koostaa rakenteisten kirjausten pohjaksi omaan järjestelmän graafiseen esitystapaan tarkastuksen pohjaksi viimeisimmät tiedot. Potilastietojärjestelmä voi tallettaa omassa järjestelmässään kansallisia määrittelyitä tarkempia lisätietoja rakenteisiin liittyen ja yhdistää ne näytettäviin tietoihin.

Vaatus 13. Jokaisen hampaan (ml. hampaan tukikudokset, STH01 tietosisältö kokonaisuudessaan) status tarkastetaan ja havainnot tallennetaan HAM-näkymälle. Samalla kirjataan kaikkien suussa olevien proteettisten rakenteiden (STH02 tietosisältö) ajantasainen tilanne, mutta aikaisemmin poistettuja rakenteita ei sisällytetä. Tieto kokonaishammasstatuksen tarkastuksesta tallennetaan teknisesti tuottamalla HAM-näkymän sisältävälle asiakirjalle lisänäkymäksi HAMK.

Vaatus 14. PTJ tuottaa myös automaattisesti indeksit tehtyjen merkintöjen perusteella silloin, kun tarvittava lähtötieto on kirjattu.

4.2.3 Tiedon tallentaminen Potilastiedon arkistoon

Suun terveydenhuollon asiakirjat tallennetaan Potilastiedon arkistoon asiakirjoina, jotka sisältävät yhden tai useampia merkintöjä. SUU-näkymälle tallennetut merkinnät voidaan tallentaa samaan asiakirjaan muiden kertomusnäkyvien kanssa. HAM-näkymälle tallennetut merkinnät tallennetaan omina asiakirjoina.

Vaatus 15. SUU-näkymälle tallennetut merkinnät voidaan tallentaa samaan asiakirjaan muiden kertomusnäkyvien kanssa. HAM-näkymälle tallennetut merkinnät tallennetaan omina asiakirjoina.

4.3 Potilastiedon arkiston tiedon hyödyntäminen

Potilastiedon arkiston tietoja voidaan hyödyntää yksittäisinä asiakirjoina tai tietojen rakenteisuutta hyödyntäen. Rakenteisia tietoja hyödynnettäessä potilaskertomuksessa näytetään – ja hoidossa käytetään – aina kunkin rakenteisen tiedon uusinta, ajantasaista tietoa. Tiedot saadaan esimerkiksi hakemalla potilaan asiakirjoja, joilla on SUU-näkymälle merkintöjä. Näistä asiakirjoista potilastietojärjestelmä koostaa rakenteiden tuoreimmat versiot tai tarvittaessa näytettäväksi rakenteisten tietojen historiatietoja (aikaisemmat entryt).

Vaatus 16. Rakenteisia tietoja hyödynnettäessä potilaskertomuksessa näytetään – ja hoidossa käytetään – aina kunkin rakenteisen tiedon uusinta, ajantasaista tietoa.

4.3.1 Tiedon hakeminen Potilastiedon arkistosta

Suun terveydenhuollon asiakirjat haetaan Potilastiedon arkistosta muiden potilasasiakirjojen tapaan kokonaisina asiakirjoina. Asiakirjat voidaan hakea yksittäisinä asiakirjoina, kun haetaan vain yhteen käyntiin tai hoitotapaan liittyviä tietoja, tai useiden asiakirjojen kokoelmana, kun hyödynnetään tietojen rakenteisuutta ja haetaan ajantasaista nykytilan tietoa, statustilannetta.

Ajantasaisen hammasstatuksen koostamista varten arkisto palauttaa viimeisimmän HAM/HAMK asiakirjan sekä asiakirjat, joiden näkymä on HAM ja merkinnän tapahtuma-aika on sama tai myöhempi kuin viimeisimmän kokonaistarkastuksen ajankohta. Kokonaishammasstatuksessa kaikkien hampaiden statustiedot päivitetään, joten sitä vanhemmat tiedot eivät ole minkään hampaan osalta enää ajantasaista statustietoa, vaan historiatietoa. Kokonaishammasstatuksen tarkastuspäivän jälkeen tehdyt yksittäiset merkinnät päivittävät vain tiettyjen

hampaiden tietoja. Tämän vuoksi lyhemmältä aikajaksolta Potilastiedon arkistosta haetut tiedot eivät palauta kaikkien hampaiden tietoja, ja osalta hampaista tiedot jäävät puuttumaan. Haettaessa kokonaishammasstatuksentarkastusta vanhempia tietoja, ei käytetä ajantasaisen hammasstatuksen hakua, vaan haetaan kaikki HAM-näkymän sisältävät asiakirjat pidemmältä ajanjaksolta.

Muut suun terveydenhuollon rakenteiset tiedot kuin hampaiston ja hammasproteettisten rakenteiden statustiedot, tallennetaan SUU-näkymälle. Niistä ei erikseen tehdä kokonaistilannetta kartoittavia merkintöjä, kuten hampaista, vaan kirjataan aina sen hetkiseen tilanteeseen liittyvät tiedot. Siksi muiden suun terveydenhuollon rakenteisten tietojen kuin hampaiston tietojen osalta ajantasaisen tiedon saamiseksi tulee hakea kaikki asiakirjat, joilla on tietoa SUU-näkymällä. 2017 versioon STH-luokituksiin on lisätty ”Normaali”-arvoja, joilla voidaan kirjata esim. aiemmin suurentuneeksi todetun imusolmukkeen tilaksi ”normaali”.

Vaatus 17. Haettaessa kokonaishammasstatuksentarkastusta vanhempia tietoja, ei käytetä Ajantasaisen hammasstatuksen hakua, vaan haetaan kaikki HAM-näkymän sisältävät asiakirjat pidemmältä ajanjaksolta.

Vaatus 18. Muut suun terveydenhuollon rakenteiset tiedot kuin hampaiston ja hammasproteettisten rakenteiden statustiedot, tallennetaan SUU-näkymälle. Niistä ei erikseen tehdä kokonaistilannetta kartoittavia merkintöjä, kuten hampaista, vaan kirjataan aina sen hetkiseen tilanteeseen liittyvät tiedot.

4.3.2 Suun terveydenhuollon rakenteisten tietojen koostaminen potilastietojärjestelmässä

Jotta hampaiden ja suun alueen statustietoja pystytään ylläpitämään eri organisaatioissa ja eri tietojärjestelmissä, potilastietojärjestelmä koostaa järjestelmäänsä rakenteisten kirjausten pohjaksi ajantasaisen tiedon aikaisemmista kirjauksista (ks. luvut 4.2 ja 4.3). Koostamisessa potilastietojärjestelmässä noudatetaan samoja periaatteita, mitä [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) -julkaisussa [4, luvut 4 ja 4.1] on kuvattu. Uudet tiedot ja päivitetty havainnot kirjataan potilaskertomusmerkinnän yksittäisinä rakenteisina tietoina ja tallennetaan Potilastiedon arkistoon, muuten kirjausten pohjaksi haettuja ajantasaisia tietoja ei uudelleen tallenneta (pl. kokonaishammasstatus ks luku 4.2.2). Rakenteisista tiedoista viimeisin kuvaa aina kulloistakin ajantasaisista statustietoa. Aikaisemmat tiedot säilyvät Potilastiedon arkistoon tallennettuina tietoina, joita voidaan tarvittaessa hakea katseltavaksi.

Koosteen muodostaminen

Potilastiedon arkisto palauttaa tiedot aina asiakirjoina. Potilastietojärjestelmä purkaa palautetut asiakirjat merkinnöiksi ja ryhmittelee merkintöjen sisältämät rakenteiset tiedot tietosisällöittäin (STH01-STH07) käyttäjälle näytettäväksi. Potilastietojärjestelmässä olevat rakenteiset tiedot, joita ei ole (vielä) tallennettu Potilastiedon arkistoon yhdistetään Potilastiedon arkistosta palautettuihin tietoihin. Kunkin tietosisällön osalta rakenteisia tietoja käsitellään erikseen. Tietosisällön mukaisen ryhmän sisällä rakenteiset tiedot ryhmitellään (luvussa 4.3.3 kuvatus mukaisesti) saman tiedon mukaisesti ja kustakin tiedosta näytetään – ja hoidossa käytetään – viimeisimmän merkinnän sisältämiä tietoja.

Vaatus 19. Potilastietojärjestelmä koostaa järjestelmäänsä rakenteisten kirjausten pohjaksi ajantasaisen tiedon aikaisemmista kirjauksista. Uudet tiedot ja päivitetty havainnot kirjataan potilaskertomusmerkinnän yksittäisinä rakenteisina tietoina ja tallennetaan Potilastiedon arkistoon, muuten kirjausten pohjaksi haettuja ajantasaisia tietoja ei uudelleen tallenneta (pl. kokonaishammasstatus).

4.3.3 Yksittäisen rakenteisen tiedon muodostaminen, tietojen yhdistäminen ja näyttäminen

Suun terveydenhuollon eri tietosisältöjen rakenteisen tiedon muodostaminen poikkeaa toisistaan. Tässä luvussa kuvataan kunkin tietosisällön rakenteisen tiedon muodostamisen säännöt. Tietosisällöt kuvataan [luvussa 5](#). Samaa tietosisältökohtaista periaatetta käytetään näytettäessä Potilastiedon arkiston tiedoista ajantasaiset tiedot.

Hampaiston nykytila

[Hampaiston nykytila](#) (STH01) tietosisällön mukaisissa tiedoissa kunkin hampaan tiedot tallennetaan merkintään omana entrynä HAM-näkymälle. Merkintään tallennetaan vain niiden hampaiden rakenteiset tiedot, joihin hammaslääkäri on kirjannut tietoa. Täydellisessä hammasstatuksessa, jossa joka hampaalle tehdään kirjaus, merkintään syntyy 32 (20 maitohampaistossa) entryä (+ mahdollisista ylilukuisista hampaista ja yhtä aikaa suussa olevista maitohampaista ja pysyvistä hampaista syntyvät entryt) ja yksittäisen hampaan tarkastuksessa vain yksi entry. Niiden hampaiden osalta, joista ei kirjata uutta tietoa, Potilastiedon arkistossa oleva aiemmin kirjattu tieto jää edelleen voimassa olevaksi, ajantasaiseksi, tiedoksi. Näin status pysyy jatkuvasti ajan tasalla ja jokainen hammaslääkäri ottaa kantaa vain niiden hampaiden tietoihin, joista on itse kirjannut tietoa.

Tietojen näyttämässä tarvittavassa yhdistämisessä samaa hammasta koskeviksi tiedoiksi tunnistetaan entryt, joilla sekä *Hampaan numero* (Codeld 2) että *Ylilukuinen hammas* (Codeld 3) tiedot ovat samat. Tietoja näytettäessä kustakin hampaasta näytetään usein entry eli viimeisimmät rakenteiset tiedot.

Suuremmat kuin yhden hampaan proteettiset rakenteet

[Suuremmat kuin yhden hampaan proteettiset rakenteet](#) (STH02) tietosisällön mukaisissa tiedoissa kunkin proteesin tiedot tallennetaan merkintään omana entrynä HAM-näkymälle.

Tietojen näyttämässä tarvittavassa yhdistämisessä saman *Proteettisen rakenteen* entryksi tunnistetaan entryt, joilla on sama *Proteesin yksilöintitunnus* (Codeld 17), koska potilaalla voi olla useita proteettisia rakenteita joiden *Proteettinen rakenne* (Codeld 1) on sama. Tietoja näytettäessä kustakin proteettisesta rakenteesta näytetään usein entry. Proteesin yksilöintitunnuksen allokoi ensimmäisen ko. rakenteen Kantaan tallentanut järjestelmä, ja jatkossa merkinnöillä tämä tunnus tulee säilyä muuttumattomana.

Purentastatus ja pehmyt- ja kovakudosten havainnot

[Purentastatus](#) (STH03) ja [Pehmyt- ja kovakudosten havainnot](#) (STH04) -tietosisältöjen mukaisissa tiedoissa kukin hierarkiatasolla 1 tietotyyppillä Label oleva tieto ja hierarkkisesti sen alaiset tiedot tallennetaan merkintään omana entrynä. Mikäli hammaslääkäri kirjaa samalla kertaa esimerkiksi Huulten havainnot ja löydöksiä (STH04 Codeld 20 (*Huulten havainnot ja löydökset*)) hierarkiataso 1, tietotyyppi Label ja sen alaiset tiedot) ja Imusolmukkeiden havainnot ja löydöksiä (STH04 Codeld 30 (*Imusolmukkeiden havainnot ja löydökset*)) hierarkiataso 1, tietotyyppi Label ja sen alaiset tiedot), jotka molemmat ovat hierarkiatasolla 1 tietotyyppillä Label eri tiedon alaista tietoa, tulee potilastietojärjestelmän tuottaa näistä kummastakin oma entry. Näin hammaslääkäri ottaa kantaa vain niihin tietoihin, joista itse on kirjannut tietoa. Muilta osin Potilastiedon arkistossa oleva aiemmin kirjattu tieto jää edelleen voimassa olevaksi, ajantasaiseksi, tiedoksi. [Purentastatuksen](#) (STH03) ja [Pehmyt- ja kovakudosten havaintojen](#) (STH04) -tiedot tallennetaan SUU-näkymälle.

Tietojen näyttämässä saman tiedon entryksi tunnistetaan entryt, joilla hierarkiatasolla 1 oleva otsikko (Label) on sama. Tietoja näytettäessä kustakin samasta tiedosta näytetään usein entry.

Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset

[Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset](#) (STH05) -tietosisällön mukaisissa tiedoissa kukin indeksi ja mittaus tallennetaan merkintään omana entrynä SUU-näkymälle.

Haettaessa ajantasaista tietoa kustakin indeksistä ja mittauksesta näytetään viimeisin rakenteinen kirjaus. Jos halutaan seurata kyseisen arvon kehitystä (trendiä) näytetään kunkin indeksin tai mittauksen yksittäisen kirjauksen arvot, tarvittaessa aikarajauksella rajaten, omana trendinään. Kliinisesti kiinnostavat indeksit trendimuodossa ovat esimerkiksi d/D, PI ja BOP – trendien toteutus käyttöliittymässä ei ole vaatimus.

Suun terveydenhuollon esitiedot ja omahoito

[Suun terveydenhuollon esitiedot ja omahoito](#) (STH06) -tietosisällössä on alkuvaiheessa vain yksi tieto, joka tallennetaan merkintään omana entrynä SUU-näkymälle.

Ajantasaista tietoa haettaessa tiedosta näytetään uusin entry. Jos halutaan seurata kyseisen arvon kehitystä (trendiä) näytetään tiedon kaikki arvot, tarvittaessa aikarajauksella rajaten, omana trendinään.

Tietosisällön laajentuessa jatkossa myös yksittäisen rakenteisen tiedon muodostamisen ja näyttämisen periaatteita tarkennetaan.

Oikomishoito

[Oikomishoito](#) (STH07) -tietosisällöllä kirjataan oikomishoidon rakenteiset tiedot SUU-näkymälle, käyttöönottoaikataulua ei ole vielä kiinnitetty. Kyseessä on uusi tietosisältö. Tämän julkaisun kirjoitushetkellä vastaavaa HL7 CDA-määrittelyä ei ole vielä tehty, ja entryjen käsittelyperiaate kiinnitetään siinä yhteydessä. Oikomishoidon tiedot ovat luonteeltaan jatkuvan potilaskertomuksen rakenteisesti kirjattavia tietoja, ja ajantasainen tieto on kunkin rakenteisen tiedon uusin versio.

Vaatimus 20. Rakenteisen tiedon muodostamisperiaatteet poikkeavat toisistaan suun terveydenhuollon eri tietosisällöissä. Tässä luvussa 4.3.3 kuvataan kunkin tietosisällön rakenteisen tiedon muodostamisen noudatettavat säännöt. Samaa tietosisältökohtaista periaatetta käytetään näytettäessä Potilastiedon arkiston tiedoista ajantasaiset tiedot.

4.3.4 Suun terveydenhuollon tietojen koostamisen erityistapauksia

Oman potilastietojärjestelmän tiedoilla toimiminen

Jos Potilastiedon arkiston tiedot eivät ole käytettävissä, voidaan toimia pelkästään oman potilastietojärjestelmän tiedoilla. Silloin potilastietojärjestelmän tulee selkeästi näyttää käyttäjälle, että Potilastiedon arkiston tietoja ei ole käytettävissä. Tällöinkin uusi merkintä tehdään normaaliin tapaan ja tiedot tallennetaan Potilastiedon arkistoon. Uudet tiedot täydentävät aiempia potilastietoja Potilastiedon arkistossa.

Oman potilastietojärjestelmän tiedon täydentäminen Potilastiedon arkiston tiedolla

Kun Potilastiedon arkistossa oleva uudempi tieto lisätään oman potilastietojärjestelmän tiedoksi, puretaan tiedot oman järjestelmän tietomalliin ja näytetään ne käyttäjälle kirjausten pohjaksi/jatkamiseksi. Potilastiedon arkistossa oleva ajantasainen status (kunkin tiedon viimeisin kirjaus) kopioidaan omaan potilastietojärjestelmään

uusina rakenteisina tietoina. Näiden pohjalta tehtyjen uusien tai tarkastettujen tietojen osalta kirjaajaksi tulee ammattihenkilön tiedot.

Muiden kuin rakenteisten entryjen osalta kopiointi järjestelmän omiksi tiedoiksi (esimerkiksi vanhat SUU-näkymän käyntitekstit ja toimenpiteet), tapahtuu tietoisesti käyttäjän hyväksymänä, Käyttäjän tulee aina ottaa vastuu tallentamansa tiedon oikeellisuudesta ja hän tekee tällöin käytännössä uuden statuskirjauksen omiin nimiinsä. Uusien rakenteisten tietojen kirjaajaksi tulee silloin tiedon potilastietojärjestelmään kirjaava terveydenhuollon ammattihenkilö ja kirjauspäiväksi kuluva päivä.

Potilastietojärjestelmässä olevan tarkemman tiedon hyödyntäminen

Potilastietojärjestelmiin voidaan joissain tilanteissa tallentaa tietoa tarkemmin kuin Potilastiedon arkistoon, tallennettavan kansallisten luokituksen mukaiset rakenteiset tiedot mahdollistavat - esimerkiksi paikkamateriaalitietona *Zirkonia* (Potilastiedon arkistossa *Muu materiaali*). Jos tietoa tallennetaan kansallista luokitusta tarkemmalla tasolla, tulee tällainen tieto tallentaa myös Potilastiedon arkistoon merkintöjen näyttömuotoisissa teksteissä SUU-näkymälle.. Tieto ei kuitenkaan säily tällöin rakenteissa tehtäessä potilaalle esimerkiksi jossain toisessa potilastietojärjestelmässä kokonaishammasstatus. Tarkemman tason kirjaustoiveet pyydetään tuomaan THL:n tietoon, jotta ne voidaan ottaa huomioon tietosisältöjen ja luokitusten jatkokehityksessä.

Vaatus 21. Jos Potilastiedon arkiston tiedot eivät ole käytettävissä, voidaan toimia pelkästään oman potilastietojärjestelmän tiedoilla. Silloin potilastietojärjestelmän tulee selkeästi näyttää käyttäjälle, että Potilastiedon arkiston tietoja ei ole käytettävissä. Tällöinkin uusi merkintä tehdään normaaliin tapaan ja tiedot tallennetaan Potilastiedon arkistoon.

Vaatus 22. Kun Potilastiedon arkistossa oleva uudempi tieto lisätään oman potilastietojärjestelmän tiedoksi, puretaan tiedot oman järjestelmän tietomalliin ja näytetään ne käyttäjälle kirjausten pohjak-si/jatkamiseksi. Potilastiedon arkistossa oleva ajantasainen status (kunkin tiedon viimeisin entrykirjaus) kopioidaan omaan potilastietojärjestelmään uusina rakenteisina tietoina. Näiden pohjalta tehtyjen uusien tai tarkastettujen tietojen osalta kirjaajaksi tulee ammattihenkilön tiedot.

Muiden kuin rakenteisten entryjen osalta kopiointi järjestelmän omiksi tiedoiksi (esimerksi vanhat SUU-näkymän käyntitekstit ja toimenpiteet), tapahtuu tietoisesti käyttäjän hyväksymänä, Käyttäjän tulee aina ottaa vastuu tallentamansa tiedon oikeellisuudesta ja hän tekee tällöin käytännössä uuden statuskirjauksen omiin nimiinsä.

Vaatus 23. Potilastietojärjestelmiin voidaan joissain tilanteissa tallentaa tietoa tarkemmin kuin kansallisten luokituksen rakenteiset tiedot mahdollistavat. Jos tietoa tallennetaan valtakunnallista luokitusta tarkemmalla tasolla, tulee tällainen tieto tallentaa myös Potilastiedon arkistoon merkintöjen näyttömuotoisissa teksteissä SUU-näkymälle.

4.4 Rakenteisen tiedon näyttäminen potilaskertomuksessa

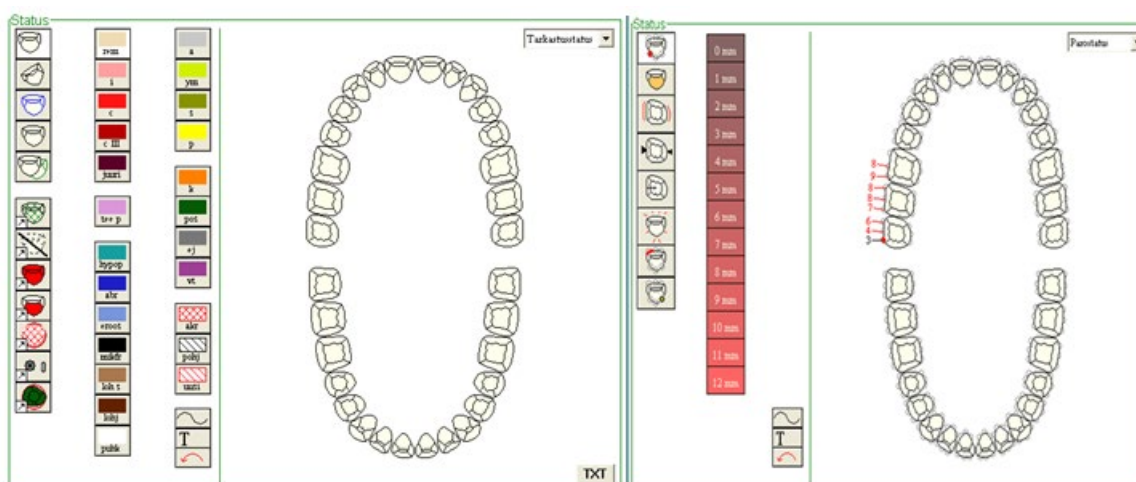
Rakenteinen tieto sisältää yksityiskohtaisesti kirjattua tietoa, jonka näyttäminen käyttäjälle suoraan jatkuvan potilaskertomuksen näkymällä ei ole kaikissa tapauksissa hyödyllistä. Rakenteisesta tiedosta tulee kertomusnäkyillä näyttää hoidon kannalta oleellinen tieto, esimerkiksi diagnoosista diagnoosikoodi ja diagnoosin nimi (kuvio 4). Potilastiedon arkiston tietosisältömäärittelyt ottavat kantaa, mitkä rakenteiset tiedot

pitää vähintään näyttää luettavana näyttömuototekstinä. Jos oleellista tietoa on hyvin runsaasti, voi kertomusnäkyillä olla pelkästään linkki erilliseen näyttöön, jossa rakenteinen tieto on katsottavissa.

Vaikka rakenteinen tieto ei kertomusnäkyillä suoraan näkyisikään, tieto on kuitenkin kokonaisuudessaan osa Potilastiedon arkistoon tallennettavaa potilaskertomusmerkintää. Kertomusnäkyillä tulee aina olla vähintään tieto merkintään kuuluvasta rakenteisesta, oleellisesta tiedosta, joka voidaan katsoa erikseen. Tieto voidaan esittää esimerkiksi rakenteisen tiedon otsikkona, joka toimii linkkinä kyseiseen tietoon (kuviot 4 ja 5). Suun terveydenhuollon vähimmäistietosisältö, joka rakenteisesta tiedosta tulee näyttää kertomusnäkyillä, kuvataan tietosisältömäärittelyssä. Tietosisältömäärittelyssä on sarake/lisätieto A:Kertomustekstissä, jossa T (true) tarkoittaa sitä, että rakenteesta on tuotettava teksti näyttömuoto-osioon. [CDA-määrittelyssä](#) [19] on ohjeistettu tarkemmin näyttömuotoon vietävä rakenne kunkin tiedon osalta.

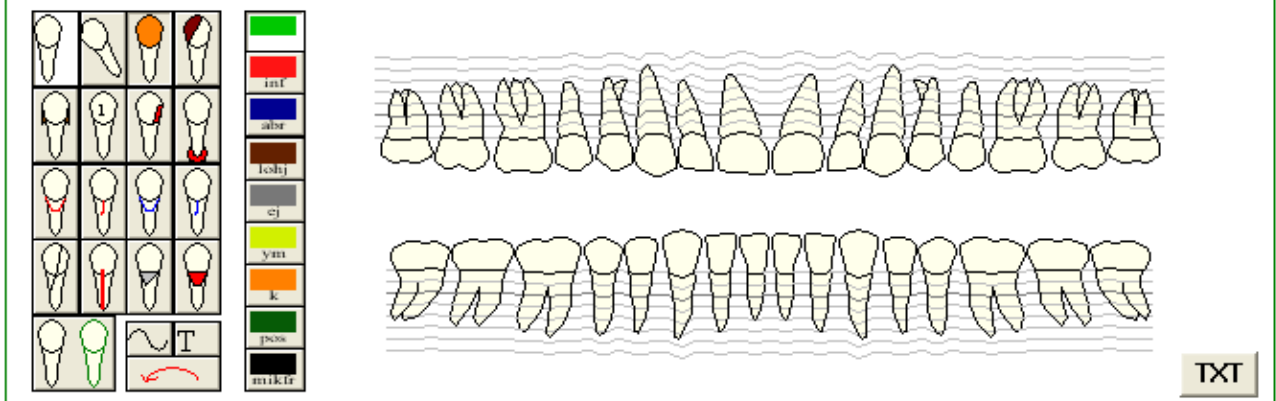
Hammaskartta

Suun terveydenhuollon hampaiston nykytilan rakenteisten statustietojen sisältö on laaja ja tiedon näyttäminen tekstimuodossa ei ole havainnollista. Siksi hampaiston statustiedot tulee näyttää – ja myös kirjata – suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä käyttäen erillistä graafista käyttöliittymää, statusnäyttöä eli hammaskarttaa (HAM-näkymän tiedot) (kuviot 6 ja 7). Muut kuin hampaiston nykytilan rakenteiset tiedot ovat sisällöltään suppeammat ja ne voidaan kirjata ja näyttää oleelliselta osin tekstimuotoisina kertomustekstin osana (SUU-näkymällä). Ajantasaisen hammasstatuksen lisäksi HAM-näkymällä tulee näyttää myös viimeisimmän kokonaishammasstatuksen tekijän tiedot ja teon ajankohta.



Kuvio 6. Hampaiston graafisessa statusnäytössä statustiedot voidaan näyttää havainnollisesti. Vasemmalla esitetään hampaiston pintakohtaisia kovakudosmuutoksia, oikealla ienmuutoksia. Kuvassa on esimerkki hammaskartan toteutustavasta. Kuvan käyttöön tässä julkaisussa saatu lupa Tieto Oy:ltä.

Sivukuva



Kuvio 7. Hampaiston graafisessa statusnäytössä sivukuva esittää hampaiston hammaskohtaisia muutoksia. Kuvassa on esimerkki hammaskartan toteutustavasta. Kuvan käyttöön tässä julkaisussa saatu lupa Tieto Oyj:ltä.

Potilastietojärjestelmä voi näyttää hammaskartan yhteydessä muitakin määriteltyjä rakenteita (STH03-07 tietosisällöt). Näiden kirjaukset viedään Potilastiedon arkistoon SUU- näkymälle.

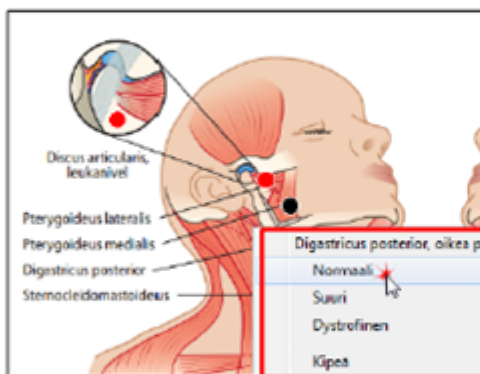
Hammaskohtaisesti tulee olla saatavilla tieto, missä yksikössä ja minä päivämääränä ko. hampaan tietoja on viimeksi päivitetty.

Seuraavassa kuvassa on esimerkki laajemman suun alueen havaintojen kirjaamisen tuesta graafisena esitystapana.

2. HAVAINTOJEN JA MITTAUSTULOSTEN MERKITSEMINEN

2.1. Havainnon merkitseminen

Havainto voidaan merkitä klikkaamalla pistettä kuvassa, joka vastaa tutkittua kohtaa. Tällöin avautuu lista kaikista havainnoista, jotka voidaan klikkaamalla merkitä kyseiselle alueelle.



Kun havainto on valittu, niin se ilmestyy kuvan alle Nykyiset parentatiedot-listalle.

Nykyiset parentatiedot (poista tuplakkasmaille)

Tuotus	Havainto tai löydös	Suoritaja	Päivä
Purennan havainnot			
Ulkonen purentakorkeus	Normaali ulkonen purentakorkeus	Yhtys-Paikayttaja	17.04.2015
Parentalilasten havainnot			
Digastricus posterior, oikea puoli	Normaali	Yhtys-Paikayttaja	17.04.2015

Kuvio 8. Esimerkki purennan havaintojen kirjaamisesta graafisesti / WinHIT. Kuvan käyttöön tässä julkaisussa on saatu lupa In Net Oy:ltä.

Suun terveydenhuollon rakenteiset tiedot ja muut potilastietojärjestelmät

Kaikkien potilastietojärjestelmien tulee pystyä näyttämään ja käsittelemään SUU- näkymällä oleva vapaa kertomusteksti ja yleisten rakenteisten tietojen mukaiset tiedot valtakunnallisten määritysten mukaisesti. SUU- näkymälle kirjatut Suun terveydenhuollon rakenteiset tiedot näytetään muissa kuin suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä CDA-määritysten mukaisina näyttömuotoisina tietoina. SUU- näkymälle tallennettavat päivitetty tiedot kirjataan muissa kuin suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä SUU- näkymälle vapaana tekstinä tai käyttäen yleisiä rakenteisia tietoja.

HAM- näkymällä olevien hampaiston rakenteisten tietojen näyttäminen havainnollisesti on ongelma muissa kuin suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä, koska niissä ei ole graafista käyttöliittymää, joilla tiedot voitaisiin havainnollistaa. Muilta potilastietojärjestelmiltä ei edellytetä HAM- näkymällä olevien tietojen rakenteista käsittelyä. Niille riittää, että ne pystyvät tarvittaessa esittämään SUU- näkymälle koostetut HAM- näkymän näyttömuototiedot CDA- määrittelyn mukaisessa näyttömuodossa. Muiden potilastietojärjestelmien ei edellytetä kirjaavan mitään HAM- näkymälle, vaan tiedot voidaan niissä tarvittaessa kirjata tekstinä SUU- näkymälle.

Jos toimintayksikössä annetaan suun terveydenhuollon palveluita eikä käytössä ole erillistä suun terveydenhuollon järjestelmää (esimerkiksi suu- ja leukasairauksien klinikat), edellytetään, että HAM- näkymän rakenteinen käsittely on toteutettu perusjärjestelmään vuonna 2019. [24, Liite 3c]

Vaatus 24. Rakenteisesta tiedosta tulee kertomusnäkymällä näyttää hoidon kannalta oleellinen tieto. Potilastiedon arkiston tietosisältömäärittelyt ottavat kantaa, mitkä rakenteiset tiedot pitää vähintään näyttää luettavana näyttömuototekstinä. Jos oleellista tietoa on hyvin runsaasti, voi kertomusnäkymällä olla pelkästään linkki erilliseen näyttöön, jossa rakenteinen tieto on katsottavissa.

Vaatus 25. Suun terveydenhuollon hampaiston nykytilan rakenteisten statustietojen sisältö on laaja ja tiedon näyttäminen tekstimuodossa ei ole havainnollista. Siksi hampaiston statustiedot näytetään – ja myös kirjataan – suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä käyttäen erillistä graafista käyttöliittymää, statusnäyttöä eli hammaskarttaa (HAM- näkymän tiedot).

Vaatus 26. Ajantasaisen hammasstatuksen lisäksi HAM- näkymällä tulee näyttää myös viimeisimmän kokonaishammasstatuksen tekijän tiedot ja teon ajankohta.

Vaatus 27. Kaikkien potilastietojärjestelmien tulee pystyä näyttämään ja käsittelemään SUU- näkymällä oleva vapaa kertomusteksti ja yleisten rakenteisten tietojen mukaiset tiedot valtakunnallisten määritysten mukaisesti.

Vaatus 28. Muilta kuin suunterveydenhuollon potilastietojärjestelmiltä ei edellytetä HAM- näkymällä olevien tietojen rakenteista käsittelyä. Niille riittää, että ne pystyvät tarvittaessa esittämään SUU- näkymälle koostetut HAM- näkymän näyttömuototiedot CDA- määrittelyn mukaisessa näyttömuodossa.

Vaatus 29. Jos toimintayksikössä annetaan suun terveydenhuollon palveluita eikä käytössä ole erillistä suun terveydenhuollon järjestelmää (esimerkiksi suu- ja leukasairauksien klinikat), edellytetään, että HAM- näkymän rakenteinen käsittely on toteutettu perusjärjestelmään vuonna 2019.

5 Suun terveydenhuollon rakenteiset tiedot

Muutokset julkaisun versioon 2020 lukuun 5:

- Muutettu DMF/dmf- sekä DMFS/dmfs -indeksien muodostamisen ohjeistusta koskemaan vain hampaiston kokonaistutkimusta. Ko indeksejä ei tuoteta muissa yhteyksissä.
- Linkitysten päivityksiä
- Siirretty alaviitteinä annetut tiedot osaksi päätekstiä
- Implanttikruunun tyyppi- tiedon ehdollinen pakollisuus poistettu
- Purennan stabiilius tiedon käsittelyn tarkennus lisätty
- Korjattu plakki-indeksin kohdalta viite oikeaksi (Sillness ja Loe)

Muutokset julkaisun versioon 2017 lukuun 5:

- Tarkennettu vaatimusta statusnäytön osalta
- Tarkennettu tarkastuksen yhteydessä automaattisesti tuotettava indeksimerkintöjä
- Lisätty proteettisen rakenteen poiston kuvaus
- Lisätty uudet luokitukset Hampaan puutoksen syy ja Hammasimplanttihoidon syy kirjattaviin rakenteisiin tietosisältöön
- Puhkeamattomalle hampaalle lisätty koodi luokitukseen STH2
- Lisätty hammasimplanteille tietoja, jotta ovat yhtenevät tällä hetkellä THL Hammasimplanttirekisteriin vietävien tietojen kanssa
- Tarkennettu tiettyjen pakollisuuksien esitystapaa tietosisällössä
- DMF/dmf/DMFS/dmfs-indeksien osalta muutettu kirjaustapa Avohilmon kanssa yhteneväksi osakomponenttirakenteeksi
- Muutettu Angle-luokkien kirjaamista
- Lisätty ICDAS-indeksille rakenne
- Lisätty oikomishoidon STH07 tietosisältö

Suun terveydenhuollon merkinnöissä käytetään yleisiä, keskeisiä rakenteisia tietoja (kuvattu [luvussa 6](#)) ja tässä luvussa kuvattavia suun terveydenhuollon rakenteisia tietoja. (Huomio: CDA-määrittelyssä tulkinta on purettu rakenteiden osalta.)

Koodistopalvelussa esitettyjen suun terveydenhuollon tietosisältöjen ja niiden rakenteiden pakollisuudet on kuvattu seuraavasti:

- Tarkemman hierarkiatason tietoja arkistoidaessa suoraan kyseisen tiedon hierarkiassa ylemmällä tasolla olevan (=pienempi numero hierarchyLevel kentässä) tiedot ovat pakollisia, vaikka kyseiset tiedot itsenäisinä olisivatkin vapaaehtoisia.
- Tiedon kohdalla P tarkoittaa pakollisuutta kyseisen tietorakenteen sisällä kyseisellä hierarkiatasolla. Jos vapaaehtoisen tietoryhmän sisällä kenttä on määritelty pakolliseksi (P), niin tietoryhmän tietoja kirjattaessa kyseinen kenttä on aina annettava.
- Ehdollisessa pakollisuudessa (EP) kentän pakollisuusehto viittaa jonkin toisen kentän arvoon

Vaatus 30. Tietosisältöjen määrittämissä tiedoissa on noudatettava koodistopalvelussa kuvattuja pakollisuuksia.

5.1 Hampaiden ja suun alueen nykytila

Hampaiden ja suun alueen nykytilan tiedot kuvaavat potilaan hampaiden ja suun alueen tilaa ja/tai sairauksia. Tiedot ovat olennainen osa suun terveydenhuollon potilaskertomusta.

Hampaiden ja suun nykytilan tiedot koostuvat vapaasta sairaskertomustekstistä ja rakenteisista statustiedoista, jotka tuotetaan ja näytetään erillisellä statusnäytöllä. Statusnäyttö on potilastietojärjestelmissä yleisesti käytetty ja suun terveydenhuollolle tyypillinen käyttöliittymä, jossa statukseen on merkitty kaikki potilaan hampaat ja siihen merkitään jokaisen hampaan havainnot ja löydökset hammas- tai pintakohtaisesti.

Statusnäyttö pitää sisällään hampaiston kuvan. Statusnäyttö vaaditaan hampaiden ja suun nykytilan tietojen rakenteiseen kirjaamiseen suun terveydenhuollon järjestelmissä 2016 ja suun terveydenhuollon palveluita tarjoavien yksiköiden yleisissä potilastietojärjestelmissä 2019 [24, Liite 3C]. Kehitystarpeena on tunnistettu, että statusnäyttö mahdollisesti myöhemmässä vaiheessa sisältäisi myös laajemman kuvan, jossa näkyy suun alueen anatomiset rakenteet. Tämän suhteen vaatimuksia ei vielä ole. Riippumatta käyttöliittymästä, suun terveydenhuollon rakenteiset tiedot tulee tallentaa Potilastiedon arkistoon tietosisältö- ja CDA- määrittelyissä kuvatussa muodossa SUU- tai HAM-näkymälle.

5.1.1 Hampaiden ja suun alueen nykytilan rakenteinen tietosisältö

Suun alueen nykytila- eli statustiedot on jaettu neljään osa-alueeseen: Hampaiston nykytilaan, Suurempiin kuin yhden hampaan proteettisiin rakenteisiin, Purentastatukseen ja Pehmyt- ja kovakudosten havaintoihin. Näistä kukin muodostaa oman rakenteisen tietokokonaisuuden, ja niiden tietosisällöt on julkaistu koodistopalvelimella:

- [THL/Tietosisältö - STH01 Hampaiston nykytila](#)
- [THL/Tietosisältö - STH02 Suuremmat kuin yhden hampaan proteettiset rakenteet](#)
- [THL/Tietosisältö - STH03 Purentastatus](#)
- [THL/Tietosisältö - STH04 Pehmyt- ja kovakudosten havainnot](#)

Suurempiin kuin yhden hampaan proteettisiin rakenteisiin (STH02) kuuluvat tiedot liittyvät kiinteästi Hampaiston nykytilaan (STH01) ja niiden välillä on selkeää toiminnallisuutta. Purentastatus (STH03) ja Pehmyt- ja kovakudosten havainnot (STH04) sen sijaan ovat erillisiä tietosisältöjä.

STH01,STH02, STH05 ja STH06:sta harjauskertojen lukumäärä tiedot tuli tallentaa Potilastiedon arkistoon 31.12.2016 mennessä rakenteisena. Tietosisällöt STH03, STH04 ja STH07 tulee tallentaa Potilastiedon arkistoon rakenteisina Kanta-julkaisusuunnitelman mukaisessa aikataulussa. Suun terveydenhuollossa käytettävien potilastietojärjestelmien tulee pystyä käsittelemään em. kokonaisuuksien rakenteisena tallennettuja tietoja Potilastiedon arkistosta palautetuista asiakirjoista.

STH01 tietosisällössä *implanttikruunun tyypin* ehdollinen pakollisuus poistettiin 2020 toiminnallisen määrittelyn päivityksessä. Kirurgin asentaessa implantin (ja samalla kirjatessa implanteihin liittyviä tarkempia tietoja) hän ei tiedä vielä varmasti, millaisen kruunun hammaslääkäri tulee tekemään. Pakollisuusehtoa tältä osin muutettiin. Toimenpiteiden SPC08 (Implanttikruunu) ja SPC09 (implanttikruunu, vaativa) kirjauksen yhteydessä statuksen tämän rakenteen päivitys on pakollinen.

Vaatus 31. Tietosisältöjen STH01, STH02, STH05 ja STH06 (harjaukertojen lukumäärä) mukaiset tiedot tuli tallentaa Potilastiedon arkistoon 31.12.2016 mennessä rakenteisena. Tietosisältöjen STH03, STH04 ja STH07 mukaiset tiedot tulee tallentaa Potilastiedon arkistoon rakenteisina Kanta-julkaisusuunnitelman mukaisessa aikataulussa. Suun terveydenhuollossa käytettävien potilastietojärjestelmien tulee pystyä käsittelemään em. kokonaisuuksien rakenteisena tallennettuja tietoja Potilastiedon arkistosta palautetuista asiakirjoista.

5.1.2 Hampaiston nykytilan statusmerkinnän tekeminen

Hampaiston tarkastusstatus luodaan ensimmäisen kerran, kun potilas tulee ensimmäiseen suun tutkimukseen. Hampaat merkitään joko maitohampaiksi, pysyviksi hampaiksi, ylilukuisiksi hampaiksi, puuttuviksi hampaiksi, puhkeamattomiksi hampaiksi tai implanttihampaiksi ja niihin merkitään havainnot tai löydökset suun terveydenhuollon tietosisällön *Hampaiston nykytila* (STH01) mukaisesti.

Kun potilaalle tehdään seuraava tarkastus, aloitetaan uusi statusmerkintä. Potilastietojärjestelmä tuo kunkin (tarkastettavan) hampaan vanhan statuksen uuden statusmerkinnän pohjaksi, johon tarvittavat muutokset voi tehdä. Jos aiempaa statusmerkintää ei ole yksittäisestä hampaasta, tehdään uusi merkintä tyhjältä pohjalta. Jos tilanne on muuttumaton, vanha statustieto voidaan hyväksyä sellaisenaan uudeksi statustiedoksi. Jos muutoksia on tullut, muuttuneet tiedot kirjataan vanhan tiedon päälle ja tallennetaan muutetut tiedot. Samoin menetellään, jos vanhat merkinnät eivät vastaa alkuunkaan uutta tilannetta, kunkin hampaan tila tulee voida käyttöliittymässä palauttaa koskemattomaksi hampaaksi (ei mitään merkintöjä) ja tehdä tarvittavat merkinnät siihen. Kun uusi status hyväksytään, se tallennetaan uutena statusmerkintänä ja vanha merkintä siirtyy historiatiedoksi.

Koko hampaiston tarkastus

Hampaiden ja suun alueen statustiedon kirjaaminen tapahtuu eri tilanteissa eri tavalla. Hampaiden (STH01) ja proteesien (STH02) osalta voidaan kerralla tehdä koko hampaiston kattava tutkimus tai hampaiston terveystarkastus, jolloin jokaisen hampaan tilanne arvioidaan, ja niiden hampaiden havainnot, jotka poikkeavat intaktista hampaasta, esimerkiksi joissa on kariesta tai paikka, kirjataan potilaskertomukseen. Täysin terveisiin hampaisiin ei tule mitään merkintää tai hampaasta voidaan kirjata pelkästään hampaan numero ja tieto, että ko. paikalla on hammas.

Lisäksi koko hampaiston tutkimuksesta tai terveystarkastuksesta kirjataan erillinen tarkastusmerkintä, jonka potilastietojärjestelmä voi tuottaa automaattisesti (ks. [luku 4.2.2](#)). Jotta kokonaishammasstatuksessa tallennetaan myös proteesien ajantasainen tilanne, tulee myös *Suuremmat kuin yhden hampaan proteettiset rakenteet* (STH02) -tiedoista tehdä uudet tarkastusmerkinnät. Jos proteesien tietoihin ei ole tullut muutoksia, voidaan vanhat proteesimerkinnät kopioida kokonaishammasstatuksen yhteydessä uusiksi merkinnöiksi HAM-näkymälle.

PTJ tuottaa automaattisesti indeksit tehtyjen merkintöjen perusteella silloin kun tarvittava lähtötieto on kirjattu. Kokonaishammasstatuksen yhteydessä voi kirjata myös muita rakenteisia tietoja (STH03, STH04 ja STH05) SUU-näkymälle.

Osittainen hampaiston tutkimus tai terveystarkastus

Hammasstatusta voidaan päivittää myös osittain. Esimerkiksi päivystyksellisissä tilanteissa voidaan arvioida vain yhden tai muutaman hampaan tilanne ja tehdä niistä tarvittavat statusmerkinnät. Osittaisen statuksen tekijä ei silloin tee muutoksia muiden hampaiden statukseen. Näissä tapauksissa muista hampaista ei tallennu rakenteista tietoa ja niistä aiemmin kirjatut statustiedot – myös ajankohtaa ja suorittajaa koskevat tiedot – jäävät voimassa oleviksi ajantasaisiksi tiedoiksi.

Toimenpiteet ja statusmerkintä

Status päivittyy joko toimenpiteen tekemisen jälkeen potilastietojärjestelmän tuottamana muutoksena (luvussa 6.1.2 kuvattavan mukaisesti) tai niin, että hammaslääkäri muuttaa statustiedon manuaalisesti.

Potilastietojärjestelmän tuottama statusmuutos toimii riippumatta siitä, onko tarkastusstatusta aiemmin tallennettu vai onko status entuudestaan tyhjä (potilaalle ei ole aiemmin tehty tarkastusta). Kirjaajan on pystyttävä tarvittaessa muokkaamaan potilastietojärjestelmän automaattisesti tuottamaa statustietoa. Toimenpiteiden tuottamat muutokset statukseen on kuvattu tarkemmin luvussa 6.1.2.

Proteesimerkintä ja statusmerkintä

Yhtä hammasta laajempien proteettisten rakenteiden tiedot kirjataan hammas- tai proteesikohtaisesti. Yleensä hammaskohtaiset muutokset kirjataan erillisinä toimenpiteinä, esimerkiksi hampaan poistoina, jotka päivittävät hammaskohtaisen statuksen.

Silloin kun proteesi aiheuttaa hammasstatukseen muutoksia, tulisi hammasstatusta päivittää automaattisesti, jos järjestelmä pystyy päättämään muutokset proteesikirjauksen tiedoista. Muissa tapauksissa kirjaajan tulee itse käydä päivittämässä myös hammaskohtainen status. Proteesikirjausten automaattisesti tuottamien hammasstatuksen päivityksien periaatteita kuvataan tarkemmin luvussa 5.1.4.

Poistettaessa useampaa kuin yhtä hammasta koskevat proteettiset rakenteet, proteettisen rakenteen tietosisältö päivitetään *Proteesi on poistettu* - tiedolla. Poistetun proteesin tilalle mahdollisesti asennettavat rakenteet kirjataan kuten uusi vastaava rakenne. Mikäli poistetun proteesin tilalle ei asenneta uutta rakennetta, järjestelmän tai käyttäjän on tarvittaessa päivitettävä niiden hampaiden status ajantasalle, joiden paikalla proteesi oli asennettuna. Tämä koskee kaikkia proteeseja, erillistä koodia proteesin poistolle ei suun terveydenhuollon toimenpideluokituksessa ole.

Purentastatus

Purennan stabiiliuden tutkimisessa molemmat arvot (purenta on stabiili, purenta ei ole stabiili) ovat kliinisesti merkittäviä tietoja ja ne viedään myös näyttömuototeksteihin. Mikäli stabiiliutta ei ole tutkittu, tietoa ei anneta - ei siis ole oletusarvoa tiedolle.

5.1.3 Muiden statusmerkintöjen tekeminen

Purentastatuksen (STH03) ja *Pehmyt- ja kovakudoksen havaintojen* (STH04) suhteen ei erillistä kokonaisstatuksen tarkastusta tehdä, vaan niistä jokainen havainto kirjataan erikseen SUU-näkymälle luvussa 4.3.3. kuvattuna mukaisesti.

5.1.4 Proteesikirjausten vaikutus hammaskohtaiseen statukseen

Kun potilaalle tehdään kokoproteesi, yleensä kaikki hampaat on poistettu sitä ennen. Kun kirjataan kokoproteesikoodi, potilastietojärjestelmä poistaa automaattisesti tiedot kaikista kyseisen leuan hampaista, jos hampaat on poistettu aiemmin eikä niiden statusta ole päivitetty tai jos proteesi tehtiin ennen kokonaisstatuksen kirjausta. Jos hampaita jätetään tarkoituksellisesti proteesin alle (peittoproteesi), tulee kirjaajan merkitä ne statukseen manuaalisesti. Myös jos poikkeuksellisesti tehdään proteesi ennen kuin kaikki poistettaviksi tarkoitetut hampaan juuret on poistettu, on kirjaajan vastuulla merkitä tällaiset hampaat statukseen.

Kiinteät proteesit (kruunut ja sillat) piirretään statukseen kiinteinä proteeseina. Myös irrotettavat proteesit voidaan kirjata HAM-näkymälle, mutta ne piirretään selkeästi kiinteistä proteeseista erotettavina irrotettavina proteeseina. Proteesin tietosisällössä on proteesin poistolle oma kenttä, ja kyseinen tieto päivitetään proteesin poiston yhteydessä.

5.2 Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset

Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset muodostavat yhden rakenteisen kokonaisuuden, jonka tietosisältö on kuvattu koodistopalvelimella.

- [THL/Tietosisältö - STH05 Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset](#)

Kukin kirjattava indeksi tai mittaus kirjataan omana entrynä. Kun tieto koostetaan näytettäväksi, kustakin indeksistä ja mittauksesta näytetään aina viimeisin arvo. Aikaisempiin tietoihin tulee tarvittaessa päästä näytöltä ja kunkin mittauksen muutoshistoria on pystyttävä tarvittaessa näyttämään, jolloin kunkin arvon kehitystä pystytään arvioimaan trendinä.

5.2.1 Suun terveydenhuollon indeksit

Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmä tallentaa alla kuvatut suun terveydenhuollon indeksit Potilastiedon arkistoon. Tässä luvussa kunkin indeksin kohdalla on indeksin kuvaus sekä tieto siitä, laskeeko järjestelmä indeksin automaattisesti muiden kirjattujen tietojen perusteella vai tuleeko käyttäjän itse kirjata indeksin arvot.

Vaikka indeksit on kuvattu arkistointaessa erillisenä tietosisältönä, niiden näyttäminen ja kirjaaminen suositellaan toteuttamaan samaan potilastietojärjestelmän näkymään, missä kyseiseen asiaan liittyvät muutkin kirjaukset tehdään (esim STH01).

Tietosisällön mukaisesti kirjattavat indeksit ovat:

- Angle-luokat (kuutoset, kulmahampaat, yleinen)
 - Angle luokka kuutoset ja Angle luokka kulmahampaat
 - Kirjaaja kirjaa pään puolen ja merkitsee AI, AII, AIII tai Kuspittainen purentasuhte (STH21K Purentasuhte -luokitus)
 - Kirjataan erikseen ensimmäisistä poskihampaista eli molaareista (kuutoset) ja kulmahampaista (kulmahampaat)
 - Huom! Kirjatut angle-luokat on tuotava käyttäjälle myös näkyviin näkymässä, missä STH03 (Purenta) -havainnot kirjataan.
 - Angle luokka yleisestä kokonaissuhteesta
 - Kirjaaja kirjaa AI, AII, AII1, AII2, AIII tai Kuspittainen purentasuhte (STH21K Purentasuhte -luokitus).
- DMF/dmf (Decayed Missing Filled)
 - Potilastietojärjestelmä laskee käyttäen [WHO:n Oral Health Surveys Basic Methods, 5th Edition](#) [20] mukaista ohjetta, kun hampaiden tarkastusstatus tallennetaan.
 - Laskee yhteen hampaiden määrän, joissa on kariesta tai jotka on paikattu tai poistettu kariksen takia
 - Koska DMF on lähtökohtaisesti kariesindeksi, M-komponentti sisältää vain kariksen takia poistetut hampaat. Poiston syy ilmoitetaan STH2A-luokituksella, jonka arvon 714 (Kariuksen takia poistettu

hammas) mukaisen kirjaukset sisältyvät M-komponenttiin. Jos poiston syytä ei ole tiedossa, käytännössä kaikki poistosyyt sisältyvät M_komponenttiin.

- Hampaiden lukumäärät ilmoitetaan osakomponenttitason rakenteina samalla jaottelulla, ja tämä raportoidaan Avohilmon tiedonkeruussa (2018 julkaisun muutos). Siirtymäaikana hampaiden lukumäärät voidaan antaa myös aikaisemmalla yhteenlasketulla summarakenteella. (Toteutettava viimeistään STH06 ja STH07 kehitysversion yhteydessä)
- Ilmoitetaan erikseen pysyvistä hampaista (DMF) ja maitohampaista (dmf). dmf ilmoitetaan 0-5 -vuotiaista ja DMF kuusivuotiaista ja sitä vanhemmista. Potilastietojärjestelmän pitää myös pystyä tuottamaan molemmista indekseistä koostettu tieto vaihduntavaiheessa, jolloin tieto lasketaan sekä pysyvistä että maitohampaista. Esimerkiksi 10 vuotiaan reikiintyneiden hampaiden lukumäärä (d+D), jonka potilastietojärjestelmä näyttää käyttäjälle, mutta tätä summaindeksiä ei arkistoida eikä viedä tilastotiedonkeruuseen omana rakenteenaan.
- Potilastietojärjestelmä laskee ja tallentaa tuloksen hammaskohtaisen statuksen perusteella hampaiston kokonaistarkastuksen yhteydessä. Potilastietojärjestelmä laskee tuloksen vain 32 hampaasta, ylilukuisia hampaita ei lasketa mukaan. Tulos lasketaan 5 pinnalta, inkisiivien ja kulmahampaiden osalta 4 pinnalta (koska 1 pintaa (okklusaalipintaa) näissä hampaissa ei varsinaisesti ole). Jos hampaassa ei ole muuten kariesta, mutta tehdään juurihoito, potilastietojärjestelmä laskee yhden pinnan (ja enemmän pintoja, jos niillä on kariesta). Puuttuvan hampaan pinnoiksi lasketaan inkisiiveille tai kulmahampaille 4 pintaa, muille hampaille 5 pintaa. Sama hammas lasketaan vain kerran ja sen pinnat lasketaan vain kerran, vaikka siinä olisi paljon löydöksiä. Kariuksen rajana on dentiinikaries, kiillekariesta ei lasketa indekseihin.
- DMFS/dmfs (Decayed Missing Filled Surfaces)
 - Ilmoittaa hammaspintojen määrän, joissa on kariesta tai jotka on paikattu tai poistettu. Jos hammas on poistettu, lasketaan pintojen määräksi 5 paitsi inkisiiveihin ja kulmahampaisiin 4.
 - Hammaspintojen lukumäärät ilmoitetaan osakomponenttitason rakenteina samalla jaottelulla, ja tämä raportoidaan Avohilmon tiedonkeruussa (2018 julkaisun muutos). Siirtymäaikana hammaspintojen lukumäärät voidaan antaa myös aikaisemmalla yhteenlasketulla summarakenteella. (Toteutettava viimeistään STH06 ja STH07 kehitysversion yhteydessä.)
 - Ilmoitetaan erikseen pysyvistä hampaista (DMFS) ja maitohampaista (dmfs).
 - Potilastietojärjestelmä laskee ja tallentaa tuloksen hammaskohtaisen statuksen perusteella hampaiston kokonaistarkastuksen yhteydessä.
- CPI (Community Periodontal Index) (Ainamo ym. 1982)
 - CPI kuvaa potilaan ikenien tilaa. Mittaus tehdään ientaskumittarilla. Jokaisen sekstantin huonoin tulos kirjataan seuraavasti: 0 = terve ien, 1 = ientulehdusta, 2 = hammaskiveä, 3 = syventynyt ientasku, 4 = 6mm tai sitä syvempi ientasku ja X jos sekstantissa ei ole riittävästi hampaita mittauksen suorittamiseen.)
 - Kirjaaja merkitsee sekstanteittain, kunkin sekstantin osalta tuloksen X, 0, 1, 2, 3 tai 4 tietosisällössä STH05 Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset kuvatun sisäisen luokituksen mukaisesti. Tieto tallennetaan kunkin sekstantin osalta erikseen.

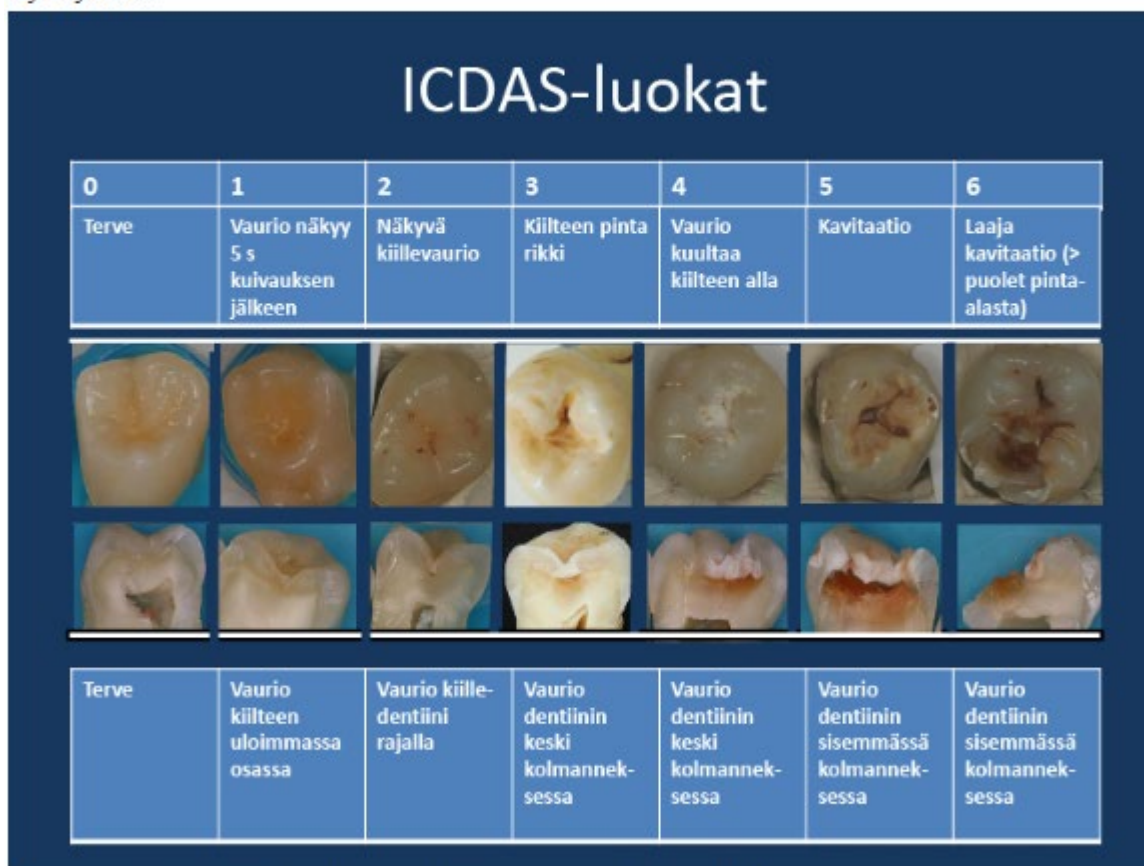
- GI (Gingival index) (Löe 1967)
 - Kuvaa ikenien tilaa suhteellisella asteikolla, jossa 0 = terve ien ja 3 =erittäin tulehtunut ien (huomattavan punainen, hypertrofinen ja vuotaa spontaanisti).
 - Kirjaaja merkitsee sekstantteittain, kunkin sekstantin osalta tuloksen 0, 1, 2, tai 3. Jokaiseen sekstanttiin on annettava arvo (jos sekstantissa ei ole hampaita, arvo = 0).
 - Potilastietojärjestelmä laskee tallennettavaksi GI-arvoksi kirjattujen arvojen keskiarvon. Yksittäisiä sekstanttien arvoja ei tallenneta. Vaihtoehtoisesti kirjaaja voi laskea tuloksen itse ja merkintä tuloksen GI-arvoksi.
 - Tietojen kirjaus potilastietojärjestelmässä voidaan toteuttaa esimerkiksi sekstantteja kuvaavaan ruudukkoon, jossa on kolme ruutua rinnakkain ja kaksi päällekkäin. GI:ssä vain kirjattujen arvojen keskiarvona saatava tulos tallennetaan.
- PI (Plaque Index) (Sillness ja Löe)
 - Kuvaa plakin määrää hampaistossa suhteellisella asteikolla 0 – 3 (0= ei lainkaan, 3= erittäin paljon)
 - Kirjaaja merkitsee sekstanteittain, kunkin sekstantin osalta tuloksen 0, 1, 2, tai 3. Jokaiseen sekstanttiin on annettava arvo (jos sekstantissa ei ole hampaita, arvo = 0).
 - Potilastietojärjestelmä laskee tallennettavaksi PI-arvoksi kirjattujen arvojen keskiarvon. Yksittäisiä sekstanttien arvoja ei tallenneta. Vaihtoehtoisesti kirjaaja voi laskea tuloksen itse ja merkintä tuloksen PI-arvoksi.
 - Tietojen kirjaus potilastietojärjestelmässä voidaan toteuttaa esimerkiksi sekstantteja kuvaavaan ruudukkoon, jossa on kolme ruutua rinnakkain ja kaksi päällekkäin. PI:ssä vain kirjattujen arvojen keskiarvona saatava tulos tallennetaan.
- BOP (Bleeding on Probing) (Ainamo ja Bay 1975)
 - Prosenttiluku, joka kuvaa kuinka suuri osuus ientaskuista vuotaa, kun ientaskut tutkitaan ientaskumittarilla.
 - Potilastietojärjestelmä tuottaa prosenttiluvun automaattisesti hammaskohtaisten kirjausten perusteella, mutta luku on käyttäjän muutettavissa.
- Kariesindeksi ICDAS (International Caries Detection and Assessment System)
 - Kuvaa kariesvaurion syvyyttä näönvaraiseen tutkimukseen perustuen hammaskohtaisesti asteikolla 0=Terve, 1=Vaurio näkyy 5 s kuivauksen jälkeen, 2=Näkyvä kiillevaurio, 3=Kiilteen pinta rikki, 4=Vaurio kuultaa kiilteen alla, 5=Kavitaatio, 6=Laaja kavitaatio (yli puolet pinta-alasta)
 - Kirjaaja kirjaa arvot tai järjestelmä päättelee tiedot STH01 tietosisältö / STH4 luokituksen arvojen perusteella ja käyttäjä hyväksyy päätellyt tiedot. Alla kuvassa on ICDAS-luokkien malli sekä taulukossa on vastaavuudet ICDAS asteikon ja STH4 luokituksen välillä.

Kariesvaurion syvyyttä kuvaava ICDAS luokittelu

Käypä hoito -kuvat

13.8.2014

Työryhmä



Kuva 1. Kuvat: H. Parviainen, V. Anttonen, S. Leskelä

Artikkelin tunnus: imkoo885 (000.000)
© 2016 Suomalainen Lääkäriseura Duodecim

ICDAS-luokka	vastaava STH4 koodiarvo	Nimi
1	1	Hampaan kiillekudos
2	1	Hampaan kiillekudos
3	2	Hampaan dentiinikudos
4	2	Hampaan dentiinikudos
5	2	Hampaan dentiinikudos
6	2	Hampaan dentiinikudos

Tarkastuksessa minkään itse kirjattavan indeksin kirjaaminen ei ole potilastietojärjestelmän kannalta pakollista, vaikka sen kirjaaminen kuuluisikin tarkastuksen toimenpidekoodin sisältöön.

5.2.2 Suun terveydenhuollon mittaukset

Suun terveydenhuollossa tehdään syljen mittauksia potilaan vierimittauksina, joista käyttäjä kirjaa itse tuloksen potilaskertomukseen. Näiden mittausten tulokset tulee voida tallentaa potilaskertomukseen rakenteisesti [Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset](#) (STH05) -tietosisällön mukaisesti.

Sylkinäytteitä voidaan ottaa samalla kertaa useampia, joten kullakin kertaa kirjatut näytteet tulee numeroida juoksevilla järjestysnumerolla alkaen numerosta 1. Näytteistä kirjaajan tulee voida kirjata näytteen tyyppi sekä niiden tutkimusten tulokset, joita näytteestä on tutkittu. Tulokset tulee kirjata tietosisällössä [Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset](#) (STH05) -kuvatun mukaisesti fysiologisina arvoina tai tietosisällössä kuvatun sisäisen luokituksen mukaisesti. Lisäksi kustakin näytteestä tulee voida kirjata tekstimuotoista lisätietoa.

5.3 Esitiedot ja omahoito

Suun terveydenhuollon esitiedot ja omahoito muodostavat oman rakenteisen kokonaisuuden. Suun terveydenhuollon ensimmäisessä vaiheessa (2016 loppuun mennessä) tietosisältöön kuuluu vain harjauskertojen määrä. Myöhemmässä vaiheessa tietosisältöä laajennetaan. Tietosisältö on kuvattu koodistopalvelimella.

- [THL/Tietosisältö - STH06 Suun terveydenhuollon esitiedot ja omahoito](#)

5.4 Oikomishoito

Oikomishoito (STH07) -tietosisällöllä kirjataan oikomishoidon rakenteiset tiedot SUU-näkymälle.

- [THL/Tietosisältö - STH07 Oikomishoito](#)

Oikomishoidon rakenteiset kirjaukset sisältävät oikomishoidon anamneesiin, oikomishoidon röntgenhoidon, diagnoosin asettamisen ja oikomishoidon toteutuksen rakenteisia tietoja, tämän kokonaisuuden toteutusaikataulu on vahvistamatta. Tietoja tuotetaan oikomishoidon tarvetta arvioitaessa sekä oikomishoidon toteutuksen yhteydessä. Käytetty oikomishoidon tarveluokitus on kaksiportainen, tietosisällössä menee yhteen kenttään luokitukselta tarve (pisteytettynä 1-10 portaisiin) ja toiseen Oikomishoidon tarpeen peruste toistuvana tietona. Muiden (kuin oikomishoidossa käytettyjen) suun terveydenhuollon järjestelmien tulee osata näyttää vähintään näyttömuotoiset tekstit kyseisistä rakenteista.

Vaatus 32. Muiden (kuin oikomishoidossa käytettyjen) suun terveydenhuollon järjestelmien tulee osata näyttää vähintään näyttömuotoiset tekstit oikomishoidon (STH07) rakenteista.

6 Yleiset rakenteiset tiedot

Muutokset julkaisun versioon 2020 lukuun 6:

- Toimenpideluokituksen uusien koodien huomiointi statuksen päivityksen osalta
- linkkien ja taulukoiden tarkennuksia
- Proteettisten toimenpiteiden kuvauksista poistettu **SPB15 Tilapäinen hammasimplanttikruunu - koodin voimassaolo on päättynyt 31.12.2018**
- Siirretty alaviitteinä annetut tiedot osaksi päätekstiä
- Tarkennettu tulkinta peittoproteesin käsittelyyn
- Tarkennettu toiminnallisuutta tilanteessa, missä suussa on useampi hammaskohtainen proteettinen rakenne, ja tehdään uusia toimenpiteitä, jotka kohdistuvat johonkin tiettyyn näistä.

Muutokset julkaisun versioon 2017 lukuun 6:

- Päivitetty viitattujen määrittelyjen versiot
- Päivitetty suun terveydenhuollon toimenpideluokituksen proteettisten toimenpidekoodien muutokset
- Tarkennettu hampaan poistotoimenpiteen vaikutusta statukseen
- Päivitetty lääkehoidon tietojen käsittelyn kuvaus/tilanne
- Lisätty näkyvän valon kuvien kuvantamistutkimusmerkinnän ohjeistus
- Päivitetty ennaltaehkäisy- ja terveyteen vaikuttavien tekijöiden kirjaamista
- Päivitetty potilaan perustietojen käsittelyn osalta tilanne (ent. potilaan henkilötietolomake tiedonhallintapalvelussa)

Rakenteisten tietojen osalta suun terveydenhuollossa noudatetaan www.kanta.fi sivustolla kuvattuja yleisiä valtakunnallisia rakenteisten tietojen kirjaamisen periaatteita. Tässä luvussa kuvataan yleiset, keskeiset rakenteiset tiedot niiltä osin kuin niiden käyttö suun terveydenhuollossa poikkeaa niiden yleisistä käyttöperiaatteista. Suurimmat poikkeavuudet koskevat toimenpiteiden kirjaamista. Suun terveydenhuollon erikoisalakohdaiset rakenteiset tiedot ja niiden toiminnallisuudet on kuvattu edellä [luvussa 5](#).

6.1 Toimenpiteet

Toimenpiteet käsittävät toimenpiteiden nimet, toimenpidekertomuksen sekä mahdolliset komplikaatiot. Toimenpiteiden kuvaamisessa noudatetaan [Kanta – Potilastiedon arkiston kertomus ja lomakkeet](#) [2] ja [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) [4] -julkaisujen määrittelyitä. Rakenteisten toimenpidekirjausten tietosisältö ja -rakenne noudattaa koodistopalvelimella julkaistua [THL/Tietosisältö – Toimenpiteet](#) -määrittelyä. Tässä julkaisussa kuvataan vain yleisistä määrittelyistä poikkeavat toiminnallisuudet ja toiminnallisuudet, jotka vaativat tarkempaa määrittelyä.

6.1.1 Suun terveydenhuollon erityispiirteet toimenpidekirjauksessa

Toimenpiteen hammaskohtaisuus

Suun terveydenhuollossa toimenpiteiden kirjaamisessa käytetään [THL - Suun terveydenhuollon toimenpideluokitusta](#). Osa suun toimenpiteistä kirjataan hammaskohtaisesti tai hampaan pintakohtaisesti. Kun hammaskohtainen toimenpidekoodi koskee useampaa kuin yhtä hammasta, toimenpide kirjataan kohdistuvaksi useampaan kuin yhteen hampaaseen. Vastaavasti, jos toimenpide koskee useampaa kuin yhtä hampaan pintaan, toimenpide kirjataan kohdistuvaksi useampaan hampaan pintaan. Pakollisia tietoja hammaskohtaisissa koodeissa ovat hampaan numeron merkitseminen ja paikkauskoodeissa hampaan, hampaan pinnan ja paikkausmateriaalin merkitseminen.

Toimenpiteen tyyppi

Hampaiden toimenpiteiden toimenpidetyyppinä on [AR/YDIN – Toimenpiteen tyyppi](#) -luokituksen mukaan pääosin *Hammastoimenpide*, jolla hampaiden toimenpiteet voidaan toimenpidelistalla erotella muista toimenpiteistä, koska nämä toimenpiteet ovat yleisiä. Kyseessä voi olla muukin toimenpidetyyppi, kun tehty toimenpide ei ole luokiteltu suun toimenpiteeksi – tällöin voidaan toimenpiteen koodi kirjata myös THL-Toimenpideluokituksen koodeilla. Toimenpiteen tyyppi määräytyy tehdyn toimenpidekoodin koodistopalvelimella julkaistavan toimenpiteen lisätiedon mukaisesti.

6.1.2 Toimenpiteiden vaikutus statukseen

Suun terveydenhuollossa erityispiirteenä on, että tietyillä toimenpiteillä on vaikutusta suoraan suun statukseen (ts. toimenpide muuttaa hampaan tilaa pysyvästi). Sen vuoksi toimenpiteen kirjaamisen jälkeen myös hammaskohtaista statustietoa päivitetään tarvittaessa. Potilastietojärjestelmä tekee päivittämisen automaattisesti silloin, kun järjestelmä voi päätellä sen yksiselitteisesti, mutta jättää kirjaajalle tarvittaessa mahdollisuuden muokata statusmerkintää ennen tallentamista. Muissa tilanteissa potilastietojärjestelmän tulee muistuttaa kirjaajaa, että statusta pitää päivittää. Muistutus tulee toteuttaa niin, että toimenpidekoodin kirjaamisen jälkeen potilastietojärjestelmä tunnistaa statuksen päivittämistarpeen ja automaattisesti avaa hammasstatuksen näkymän, johon päivitys pitäisi kirjata tai vaihtoehtoisesti järjestelmä muistuttaa käyttäjää päivityksen tarpeesta. Kirjaaja voi joko tehdä toimenpiteen edellyttämän statuskirjauksen tai jättää ehdotuksen huomioimatta.

Seuraavassa on kuvattu, miten eri toimenpidekoodit vaikuttavat statusmerkintöihin. Muut kuin alla olevat koodit eivät vaikuta statuksen tilaan. Tässä luvussa käytetyt viittaukset tietokenttien tunnuksiin (CodeId) sisältyvät tietosisältöön [Hampaiston nykytila \(STH01\)](#).

Huom! Esitystavan lyhentämiseksi ja selkiyttämiseksi tässä luvussa (6.1.2)

- *Hampaalla* tarkoitetaan luokituksen *Hammas, hampaan osa, näiden puutos tai hampaan korvaava rakenne* (STH2) mukaisesti varsinaista tai ylilukuista hammasta, osittaista hammasta tai hampaan juurta. Hampaan yksilöimisessä käytetään hammasta kuvaavaa numerointia (*Hampaan numero* (CodeId 2) ja *Ylilukuinen hammas* tietoa (CodeId3) tietoja),
- ”*Hampaan tiedolla*” tarkoitetaan THL/Tietosisällön – STH01 Hampaiston nykytila tietokentän *Hammas, hampaan osa, hampaan osan puutos tai hampaan korvaava rakenne* (CodeId 4) arvoa.

Hampaan poistot

Kun seuraavat hampaan poistoihin liittyvät koodit merkitään toimenpiteisiin, voi järjestelmä tuottaa automaattisesti muutoksen statukseen. Kirjaajalta ei tällöin tarvitse kysyä erillistä vahvistusta.

EBA00, EBA05, EBA10, EBA12 tai EBA30 *Hampaan poisto* -koodien kirjaaminen poistaa koodille kirjatun hampaan statuksesta.

- Hampaan poisto merkitään tuottamalla koodille kirjatulle *Hampaalle* uusi entry, jossa *Hampaan tiedoksi* kirjataan *Koko hampaan puutos* (CodeId 4 = 71).

EBA15 *Hampaiston saneeraus* tarkoittaa 4 tai useamman hampaan poistoa samasta leuasta (joko ylä- tai alaleuasta) samalla käynnillä, eli toimenpide tulee kohdistaa vähintään 4 hampaaseen. Koodin kirjaaminen poistaa kaikki koodille kirjatut hampaat statuksesta.

- Hampaan poisto merkitään tuottamalla kaikille koodille kirjatuille *Hampaille* uusi entry, jossa *Hampaan tiedoksi* kirjataan *Koko hampaan puutos* (Codeld 4 = 71).

Taulukko 1. Hampaan poistojen vaikutus hammasstatukseen.

Hampaan poistot		
Toimenpide	PTJ tuottaa automaattisesti	Kirjaaja täydentää
EBA00	Codeld 4 = 71	
EBA05	Codeld 4 = 71	
EBA10	Codeld 4 = 71	
EBA12	Codeld 4 = 71	
EBA30	Codeld 4 = 71	
EBA15	Codeld 4 = 71 (1)	
(1) Merkitään kaikille toimenpidekoodille kirjatuille hampaille		

Kirjattaessa *Koko hampaan puutos* (Codeld 4 = 71) syvempien hierarkioiden tiedoista saa antaa ainoastaan kentän *Hampaan tai sen osan puutoksen lisätieto* (Codeld 12)

Hampaan implanttien asettamiset ja poistamiset

Kun seuraavat hampaan juuren korvaaviin implantteihin liittyvät koodit merkitään toimenpiteisiin, voi järjestelmä tuottaa automaattisesti muutoksen statukseen. Kirjaajalta ei tällöin tarvitse kysyä erillistä vahvistusta.

EBB10 *Hampaan keinojuuren (implantin) asettaminen*

EBB11 *Toisen ja sitä seuraavien keinojuuren (implantin) asettaminen samanaikaisesti*

Koodien kirjaaminen poistaa mahdolliset aiemmat merkinnät kaikilta ko. hampailta (jos hampaille on tehty merkintöjä statukseen tai jos hammas puuttuu) ja kirjaa tilalle implanttimerkinnät. Implanttikruunu-merkintä tulee kirjaajan erikseen kirjata statukseen, kun implanttikruunu on saatu valmiiksi.

- Vanhojen tietojen poisto ja implantin kirjaus merkitään tuottamalla kaikille yllä mainituille koodeille kirjatuille hampaille uusi entry, jossa *Hampaan tiedoksi* kirjataan *Hampaan juuren korvaava implantti* (Codeld 4 = 3).
- Proteettinen rakenne* (Codeld 81), *Proteettisen rakenteen materiaali* (Codeld 89) ja *Implanttikruunun tyyppi* (Codeld 82) on kirjaajan erikseen kirjattava käsin hammasstatukseen, jolloin tietojärjestelmä tietojen perusteella päivittää hammasstatuksen. Tiedot eivät kuulu Potilastiedon arkistoon tallennettavaan toimenpiteen tietosisältöön, mutta ne kirjataan potilastietojärjestelmässä toimenpidekirjauksen yhteydessä.

ECW05 *Mini-implantin tai -ruuvien asettaminen, suppea* (1-2 implanttia)

ECW06 *Mini-implantin tai ruuvien asettaminen* (3 implanttia tai useampia)

Koodien kirjaaminen poistaa mahdolliset aiemmat merkinnät kaikilta ko. hampailta (jos hampaille on tehty merkintöjä statukseen tai jos hammas puuttuu) ja laittaa tilalle implanttimerkinnät.

- Vanhojen tietojen poisto ja implantin kirjaus merkitään tuottamalla kaikille koodeille kirjatuille hampaille uusi entry, jossa *Hampaan tiedoksi* kirjataan *Hampaan juuren korvaava implantti* (Codeld 4 = 3).

Implantin asettamisen jälkeen (ennen kuin implantti saa päälleen jatkeen, kruunun tai tarkkuuskiinnikkeen), tulee merkitä implantin asettamiskerralla implantin peittoruuvi (Codeld 81 = 33), jonka jatkeen, kruunun tai tarkkuuskiinnikkeen merkintä poistaa.

ECU00 *Hammasharjanteeseen kiinnitetyn istutteen tai kiinnityslaitteen poisto* -koodi kirjataan, kun poistetaan yksi hammasimplantti (koodi kirjataan kerran jokaista poistettavaa hammasimplanttia kohden). Koodin kirjaaminen poistaa ko. hampaan statuksesta.

- Poiston kirjaaminen merkitään tuottamalla koodille kirjatulle *Hampaalle* uusi entry, jossa *Hampaan tiedoksi* kirjataan *Koko hampaan puutos* (Codeld 4 = 71).

ECU05 *Mini-implantin tai -ruuvien poisto, suppea*

ECU06 *Mini-implantin tai ruuvien poisto* (vaatii leikkauksen) –

Koodien kirjaaminen poistaa implantin kaikilta ko. hampailta.

- Poisto kirjaus merkitään tuottamalla kaikille koodille kirjatuille *Hampaalle* uusi entry, jossa *Hampaan tiedoksi* kirjataan *Koko hampaan puutos* (Codeld 4 = 71).

Taulukko 2. Hampaan implanttien asettamisten ja poistojen vaikutus hammasstatukseen.

Hampaan implanttien asettamiset ja poistamiset		
Toimenpide	PTJ tuottaa automaattisesti	Kirjaaja täydentää
EBB10	Codeld 4 = 3	Codeld 81, 82 ja 89
EBB11	Codeld 4 = 3 (1)	Codeld 81, 82 ja 89
ECW05	Codeld 4 = 3 (1)	
ECW06	Codeld 4 = 3 (1)	
ECU00	Codeld 4 = 71	
ECU05	Codeld 4 = 71 (1)	
ECU06	Codeld 4 = 71 (1)	

(1) Merkitään kaikille toimenpidekoodille kirjatuille hampaille

Proteettiset toimenpiteet

Kun seuraavat hampaan kiinteisiin proteettisiin rakenteisiin liittyvät koodit merkitään toimenpiteisiin, järjestelmä tuottaa automaattisesti muutoksen statukseen tämän luvun alussa kuvatun toteutustavan mukaisesti.

SPA10 *Tarkkuuskiinnikkeet hampaisiin, hammasimplantteihin tai implanttikiskorakenteisiin*

Koodin kirjaaminen poistaa kaikki aikaisemmat statusmerkinnät kaikilta koodilla kirjatuilta hampailta ja tuottaa tilalle tarkkuuskiinnikemerinnät. Jos tarkkuuskiinnike lisätään hampaaseen, niin hampaaseen jää hampaan juuri ja juuritäyte. Muut tiedot hampaalta poistetaan. Jos tarkkuuskiinnike lisätään implanttiin, niin tieto implantista jää ennalleen, eikä merkintään tule muuta muutosta kuin tarkkuuskiinnikkeen lisääminen

- Kirjaus merkitään tuottamalla kaikille koodille kirjatuille *Hampaalle* uusi entry, jossa
 - Jos *Hampaan* tietona aiemmin oli *Hampaan juuren korvaava implantti* (Codeld 4 = 3)
 - *Hammaskohtaisen proteettisen rakenteen* tiedoksi kirjataan *Proteettinen tarkkuuskiinnike* (Codeld 81 = 6).
 - Muut hampaan tiedot kopioidaan vanhalta entryltä
 - Jos *Hampaan* tietona aiemmin oli *Hammas, Osittainen hammas* tai *Hampaan juuri* (Codeld 4 = 1, 75 tai 2)
 - *Hampaan tiedoksi* kirjataan *Hampaan juuri* (Codeld 4 = 2)
 - *Hammaskohtaisen proteettisen rakenteen* tiedoksi kirjataan *Proteettinen tarkkuuskiinnike* (Codeld 81 = 6).

- Jos *Hampaan sisällä oleva materiaali* aiemmin oli *Juurentäyte* (Codeld 18 = 12), Juurentäytteen tiedot (Codeld 18, 19 ja 20) kopioidaan vanhalta entryltä
-

SPA20 *Implanttijatkeen valinta ja asettaminen*

Potilastietojärjestelmän tulee kysyä käyttäjältä tuleeko metallinen vai keraaminen implanttijatke ja päivittää status automaattisesti .

- Kirjaus merkitään tuottamalla koodille kirjatuille *Hampaalle* uusi entry, jossa
 - Hammaskohtaisen proteettisen rakenteen tiedoksi kirjataan *Implanttijatke metalli* tai *Implanttijatke keraaminen* (Codeld 81 = 31 tai 32).
 - Muut hampaan tiedot kopioidaan vanhalta entryltä

SPC01 *Kiinteä hammaskruunu*

SPC05 *Kiinteä hammaskruunu, vaativa*

SPC06 *Kiinteä hammassillan väliosa tai sillan tai kruunun ulokeosa*

SPC07 *Kiinteä nastapilari*

SPC08 *Implanttikruunu*

SPC09 *Implanttikruunu, vaativa*

SPC11 *Kiinteä implanttisillan väliosa tai implanttisillan tai -kruunun ulokeosa*

SPA31 *Parapulpaalinastan upotus*

Kun yllä olevat hampaan kiinteisiin proteetisiin rakenteisiin liittyvät koodit merkitään toimenpiteisiin, potilastietojärjestelmä päivittää statuksen automaattisesti kysytyään tarvittaessa käyttäjältä materiaalia. Kun hammaslääkäri saa kruunu- ja/tai siltatyön valmiiksi, hän koodaa sen hammaskohtaisesti.

- Järjestelmä päivittää statuksen automaattisesti alla olevan taulukon mukaisesti *Hammaskohtaisen proteettisen rakenteen tiedon* (Codeld 81 tai Codeld 18).
 - SPC08 tieto päivitetään käyttäjältä kysytyn tiedon mukaisesti (Codeld 82 = 131 tai 132).
 - Koodeilla SPC01, SPC08, SPC05, ja SPC06 *Proteettisen rakenteen materiaali* (Codeld 89) päivitetään käyttäjältä kysytyn tiedon mukaisesti

SPB05 *Tilapäinen tehdas- tai hammaslaboratoriovalmisteinen hammas- tai implanttikruunu tai siltayksikkö (Toimenpide merkitään hammas-, implantti- tai yksikkökohtaisesti)*

SPB06 *Tilapäisen vastaanotolla tehtävän hammas- tai implanttikantoisen kruunun tai siltayksikön valmistaminen (Toimenpide merkitään hammas-, implantti- tai yksikkökohtaisesti)*

Yllä olevat tilapäiset hammaskruunut tulee päivittää automaattisesti samalla tavalla kuin kiinteisiin proteetisiin rakenteisiin liittyvät (SPC-alkuiset) koodit.

- Järjestelmä päivittää statuksen automaattisesti alla olevan taulukon mukaisesti *Hammaskohtaisen proteettisen rakenteen tiedon* (Codeld 81).
 - Implanttikruunun tyyppi päivitetään automaattisesti (Codeld 82 = 132).

Toimenpidekoodia kirjattaessa kuhunkin toimenpiteeseen liittyvään hampaaseen tulee kirjata luokituksen STH13B mukainen Proteesihampaan tyyppi, eli onko kyseessä proteesihammas, sillan tukihammas, välihammas vai

ulokehammas. Koodien kirjaaminen merkitsee kaikki väli- tai ulokehampaaksi kirjatut hampaat poistetuksi ja tuottaa tilalle. Proteettinen rakenne (esim. onko kyseessä väliaikainen rakenne) kirjataan luokituksen STH13 mukaisesti.

SPB07 *Tilapäinen irrotettava hammasproteesi*

Koodien kirjaaminen merkitsee kaikki koodilla kirjatut hampaat poistetuksi ja tuottaa tilalle merkinnän Suuremman kuin yhden hampaan proteettisen rakenteen (STH02) tietosisällön mukaisesti.

- Kirjaus merkitään tuottamalla koodille kirjatulle *Hampaille* uusi entry, jossa *Hampaan tiedoksi* kirjataan *Koko hampaan puutos* (Codeld 4 = 71) ja
- tuottamalla uusi Suuremman kuin yhden hampaan proteettisen rakenteen (STH02) entry, jossa
 - Proteettisen rakenteen tiedoksi kirjataan *Osaproteesi* (STH02, Codeld 11 = 14) tai *Kokoproteesi* (STH02, Codeld 11 = 5).
 - *Proteettiseen rakenteeseen kuuluvat hampaat* (STH02, Codeld 14), kirjataan toimenpidekirjauksessa
 - *Proteettinen rakenne ylä- tai alaleuassa voidaan päätellä hampaan numeroinnista*
 - *Osaproteesin tyyppi on Akryylirunkoinen osaproteesi* (STH02, Codeld 13 = 2) tai *Kokoproteesi* (STH02, Codeld 11 = 5).

SPC31 *Suun ulkopuolella valmistetun pintakiinnitteisen hammassillan kiinnitys*

SPC32 *Suun ulkopuolella valmistetun pintakiinnitteisen hammassillan kiinnitys, vaativa*

SPC36 *Suoralla menetelmällä valmistettu kuitulujitteinen hammassilta*

SPC37 *Suoralla menetelmällä valmistettu kuitulujitteinen hammassilta, vaativa*

Toimenpidekoodia kirjattaessa kuhunkin toimenpiteeseen liittyvään hampaaseen tulee kirjata luokituksen STH13B mukainen Proteesihampaan tyyppi, eli onko kyseessä sillan tukihammas, välihammas vai ulokehammas. Koodien kirjaaminen merkitsee kaikki väli- tai ulokehampaaksi kirjatut hampaat poistetuksi ja tuottaa tilalle Kevytsilta merkinnän Suuremman kuin yhden hampaan proteettisen rakenteen (STH02) tietosisällön mukaisesti.

- Kirjaus merkitään
 - tuottamalla kaikille väli tai ulokehampaaksi kirjatulle *Hampaille* uusi entry, jossa *Hampaan tiedoksi* kirjataan *Koko hampaan puutos* (Codeld 4 = 71),
 - tuottamalla kaikille tukihampaaksi kirjatulle *Hampaille* uusi entry, jossa *Hampaan vanhat statustiedot* kopioidaan pohjaksi ja niihin lisätään *Hammaskohtaiseksi proteettiseksi rakenteeksi Hampaan pinnalla oleva proteettinen kiinteä tuki* (Codeld 81 = 7) ja
 - tuottamalla uusi Suuremman kuin yhden hampaan proteettisen rakenteen (STH02) entry, jossa
 - *Proteettisen rakenteen tiedoksi kirjataan Kevytsilta* (STH02, Codeld 11 = 2).
 - *Proteettiseen rakenteeseen kuuluvat hampaat* (STH02, Codeld 14) ja niiden tyyppi (STH02, Codeld 15 = 15, 16 tai 17) kirjataan toimenpidekirjauksessa
 - *Proteettinen rakenne ylä- tai alaleuassa päätellään hampaan numeroinnista*

Nykyiset luokitukset eivät mahdollista siltarakenteen runko- tai päällysmateriaalin merkitsemistä rakenteeseen. Tämä on huomioitava jatkokehityksessä.

SPD01 *Valmiin limakalvokantoisen hammaskokoproteesiin istuvuuden ja purennan lopullinen tarkistus koekäytön jälkeen*

SPD03 *Valmiin implanttikantoisen hammaskokoproteesiin istuvuuden ja purennan lopullinen tarkistus koekäytön jälkeen sekä implanttirakenteiden ja proteesin kiinnityksen tarkistus*

SPD04 *Implanttikiinnitteinen hammaskokoproteesi, vaativa*

Kokoproteesikoodien kirjaaminen poistaa kaikki kirjauksen kohteena olevan ylä- tai alaleuan hampaat statuksesta ja kirjaa Suuremman kuin yhden hampaan proteettisena rakenteena kokoproteesin.

- Hampaan poisto merkitään tuottamalla kaikille kirjauksen kohteena olevan ylä- tai alaleuan hampaat *Hampaille* uusi entry, jossa *Hampaan* tiedoksi kirjataan *Koko hampaan puutos* (Codeld 4 = 71).
- Kokoproteesi kirjataan tuottamalla STH02 tietosisällön Proteettiseksi rakenteeksi Kokoproteesi (STH02 Codeld 11 = 5).

Jos statuksessa on hampaan sijasta hampaan juuren korvaava implantti, sitä ei poisteta. Jos implantteja, joiden varaan implanttikantoinen kokoproteesi on tehty, ei ole merkitty statukseen, ne pitää päivittää manuaalisesti.

- Hampaan poisto merkitään tuottamalla kaikille kirjauksen kohteena olevan ylä- tai alaleuan hampaat *Hampaille, Hampaan juurille ja Osittaisille hampaille* (Codeld 4 = 1, 2 tai 75) uusi entry, jossa *Hampaan* tiedoksi kirjataan *Koko hampaan puutos* (Codeld 4 = 71).
 - Jos Hampaan tietona on Juuren korvaava implantti tai Koko hampaan puutos (Codeld 4 = 3 tai 71), ei uutta entryä tehdä vaan vanha statustieto jää voimaan.
- Kokoproteesi kirjataan tuottamalla STH02 tietosisällön Proteettiseksi rakenteeksi Kokoproteesi (STH02 Codeld 11 = 5).

Muut proteettiset rakenteet voidaan näyttää statuksessa, mutta kun kirjataan toimenpidekoodi, potilastietojärjestelmä ei tuota tietoa automaationa. Käyttäjää tulee kuitenkin muistuttaa päivittämään statustiedot manuaalisesti toimenpidekirjauksen yhteydessä, mieluiten tuottamalla statusnäkyä automaattisesti yllä kuvatulla tavalla.

Proteesien näyttämisen logiikka on, että kiinteät proteesit (kruunut ja sillat) näytetään aina statuksessa kiinteinä proteeseina. Irrotettavat proteesit eivät kuulu kiinteään hammasstatukseen, koska vaikka koodi on kirjattu, se ei tarkoita, että potilas pitäisi proteesiaan. Irtoproteesit voidaan kuitenkin näyttää kiinteistä proteeseista selkeästi erotettavina irrotettavina proteeseina hammaskartalla.

Mikäli suussa on useampi hammaskohtainen proteettinen rakenne, hammaskohtaisen toimenpiteen pohjalta järjestelmän tulee kysyä käyttäjältä tulkinta (mihin rakenteeseen toimenpide kohdistuu) tai vaihtoehtoisesti ohjata käyttäjä päivittämään manuaalisesti kyseisten proteettisten rakenteiden tiedot ajantasalle.

Koko- ja osaproteesi voi olla samaan aikaan myös peittoproteesi, mutta STH02 tietosisällön rakenne ei mahdollista proteesin tyyhin osalta toistumaa. Toiminnallisesti keskeistä on kirjata rakenteisesti tieto koko- tai osaproteesin olemassaolosta, peittoproteesitieto on näissä tapauksissa lisätietomainen, joten sen voi antaa vapaamuotoisena *Proteesin lisätietoa* kentässä. Jatkokehityksessä toteutetaan kattavampi tuki peittoproteesitiedon käsittelylle.

Vaatus 33. Suun terveydenhuollossa erityispiirteenä on, että tietyillä toimenpiteillä on vaikutusta suoraan suun statukseen (ts. toimenpide muuttaa hampaan tilaa pysyvästi). Sen vuoksi toimenpiteen kirjaamisen jälkeen myös hammaskohtaista statustietoa päivitetään tarvittaessa. Potilastietojärjestelmä tekee päivittämisen automaattisesti silloin, kun järjestelmä voi päätellä sen yksiselitteisesti, mutta jättää kirjaajalle tarvittaessa mahdollisuuden muokata statusmerkintää ennen tallentamista. Muissa tilanteissa potilastietojärjestelmän tulee muistuttaa kirjaajaa, että statusta pitää päivittää. Muistutus tulee toteuttaa niin, että toimenpidekoodin kirjaamisen jälkeen potilastietojärjestelmä tunnistaa statuksen päivittämistarpeen ja automaattisesti avaa hammasstatuksen näkymän, johon päivitys pitäisi kirjata tai vaihtoehtoisesti järjestelmä muistuttaa käyttäjää päivityksen tarpeesta. Kirjaaja voi joko tehdä toimenpiteen edellyttämän statuskirjauksen tai jättää ehdotuksen huomioimatta.

Vaatimus 34. Mikäli suussa on useampi hammaskohtainen proteettinen rakenne, hammaskohtaisen toimenpiteen pohjalta järjestelmä tulee kysyä käyttäjältä tulkinta (mihin rakenteeseen toimenpide kohdistuu) tai ohjata käyttäjän päivittämään manuaalisesti kyseisten proteettisten rakenteiden tiedot ajantasalle.

Taulukko 3. Proteettisten toimenpiteiden vaikutus hammasstatukseen.

Proteettiset toimenpiteet		
Toimenpide	PTJ tuottaa automaattisesti	Kirjaaja täydentää
SPA10	Codeld 4 = 2 tai 3 (1), Codeld 81 = 6	
SPA20	Codeld 81 = 31 tai 32	metallinen (31) vai keraaminen (32)
SPB05	Codeld 81 = 22 tai 23, Codeld 82 = 132	
SPB06	Codeld 81 = 22 tai 23, Codeld 82 = 132, STH02 Codeld 11 = 11 tai 12, Codeld 12 = A41 tai A42, Codeld 20 = 1 tai 2 tai 13	
SPB07	Codeld 4=71, STH02 Codeld 12 = A41; jos STH02 Codeld 11 = 14; STH02 Codeld 13 = 2	
SPC01	Codeld 81 = 1 ja 24	materiaali (Codeld 89)
SPC08	Codeld 81 = 1 ja 21	implanttikruunun tyyppi (Codeld 82), materiaali (Codeld 89)
SPC09	Codeld 81 = 1 ja 21	implanttikruunun tyyppi (Codeld 82), materiaali (Codeld 89)
SPC05	Codeld 81 = 1 ja 24	materiaali (Codeld 89)
SPC30	kuvattu tekstissä	
SPC35	kuvattu tekstissä	
SPC06	STH02 Codeld 11 = 1 ja Codeld 15 = 16 tai 17	
SPC11	STH02 Codeld 11 = 13 ja STH02 Codeld 15 = 16 tai 17, yksittäisen implanttikruunun ulokeosa puuttuu toistaiseksi luokituksesta	
SPC07	Codeld 18 = 2	
SPA31	Codeld 18 = 1	
SPD01	Codeld 4 = 71 (2), STH02 Codeld 11 = 5	
SPD03	Codeld 4 = 71 (2), STH02 Codeld 11 = 5	
SPD04	Codeld 4 = 71 (2), STH02 Codeld 11 = 5	
SGB00	Codeld 18.2 = true (maitohampaaseen on tehty amputaatio)	materiaali (Codeld 18)
Kaikki Codeld:t viittaavat tietosisältöön STH01, ellei erikseen muuta mainittu (1) Codeld 4 = 3, jos aiemmalla entry:llä on sama kirjattuna, muuten Codeld 4 = 2 (2) merkitään kaikille luokituksella STH13C kirjatun leuan hampaille		

Hampaan paikkaustoimenpiteet

SCE00 Hampaan pinnoitus

SFA00 Pieni täyte

SFA10 Yhden pinnan täyte

SFA20 Kahden pinnan täyte

SFA30 Kolmen tai useamman pinnan täyte

SFA40 Hammasterä tai hammaskruunu

SFB10 Suun ulkopuolella valmistettu yhden pinnan täyte

SFB20 Suun ulkopuolella valmistettu kahden pinnan täyte

SFB30 Suun ulkopuolella valmistettu kolmen pinnan täyte

SFB40 Suun ulkopuolella valmistettu neljän pinnan täyte

Hampaan paikkaus kirjataan hammas- ja hampaanpintakohtaisesti yllä olevia koodeja käyttäen ja tietoa tarkennetaan hampaaseen lisätyllä materiaalilla. Paikattavilta pinnoilta tulee poistaa (mahdolliset) vanhat kariestiedot ja muut paikattaviin pintoihin kohdistuvat tiedot niin, että jäljelle jää vain merkintä, millä materiaalilla ko. pinta on paikattu. Kun hampaan paikkaukseen liittyvät koodit merkitään toimenpiteisiin, voi potilastietojärjestelmä tuottaa muutoksen osittain automaattisesti statukseen. Kirjaajan tulee tarkentaa paikkausmateriaali. *Paikkausmateriaali*-tieto ei kuulu Potilastiedon arkistoon tallennettavaan toimenpiteen tietosisältöön, mutta se kirjataan potilastietojärjestelmässä toimenpidekirjauksen yhteydessä, jolloin tietojärjestelmä tietojen perusteella päivittää hammasstatuksen automaattisesti.

- Kirjaus merkitään tuottamalla koodille kirjatulle *Hampaalle* uusi entry, jossa
 - *Hampaan tieto* (Codeld 4) kopioidaan aiemmalta hampaan entryltä (säilyy ennallaan),
 - muut kuin pintakohtaiset tiedot (Codeld 10-20 ja 50-89) kopioidaan aiemmalta hampaan entryltä (säilyvät ennallaan),
 - *Hampaan havainnot ja löydökset* (Codeld 21)
 - kopioidaan aiemmalta hampaan entryltä (säilyvät ennallaan), kun niille ei ole määritelty pintaa (Codeld 22 = tyhjä)
 - kopioidaan aiemmalta hampaan entryltä (säilyvät ennallaan), kun niiden pinnaksi (Codeld 22) on määritelty muu kuin tmp-koodille kirjattu pinta
 - ei kopioida aiemmalta hampaan entryltä, kun niiden pinnaksi (Codeld 22) on määritelty tmp-koodille kirjattu pinta
 - muille kuin koodille kirjatulle *Hampaan pinnoille* (Codeld 31)
 - pintakohtaiset tiedot (Codeld 21-39) kopioidaan aiemmalta entryltä (säilyvät ennallaan)
 - kaikille koodille kirjatulle *Hampaan pinnoille* (Codeld 31) kirjataan
 - *Hampaan pinta* (Codeld 31) tmp kirjauksen mukaan (1, 2, 3, 4 tai 5)
 - *lenrajapinta* (Codeld 32) tmp-kirjauksen mukaan (true tai false)
 - *Hampaaseen lisätyn materiaalin käyttötarkoitukseksi* kirjataan oletusarvona *Hampaassa oleva täyte* (Codeld 38 = 1). Kirjaajalla tulee olla mahdollisuus muuttaa arvoa *Hampaaseen lisätyn materiaalin käyttötarkoitus* (STH6) mukaisesti.
 - *Hampaaseen lisätty materiaali* kysytään kirjaajalta koodiston *Hampaaseen lisätty materiaali* (STH7) mukaisesti.

Taulukko 4. Hampaan paikkaustoimenpiteiden vaikutus hammasstatukseen.

Hampaan paikkaustoimenpiteet		
Toimenpide	PTJ tuottaa automaattisesti	Kirjaaja täydentää
SCE00	Codeld 38 = 6, Codeld 39 = 99 (1)	
SFA00	Codeld 38 = 1 (2)	Codeld 39 (=2, 4, 5, 6, 7 tai 99)
SFA10	Codeld 38 = 1 (2)	Codeld 39 (=2, 4, 5, 6, 7 tai 99)
SFA20	Codeld 38 = 1 (2)	Codeld 39 (=2, 4, 5, 6, 7 tai 99)
SFA30	Codeld 38 = 1 (2)	Codeld 39 (=2, 4, 5, 6, 7 tai 99)
SFA40	Codeld 38 = 1 (2)	Codeld 39 (=2, 4, 5, 6, 7 tai 99)
SFB10	Codeld 38 = 1 (2)	Codeld 39 (=1, 4, 7, 9 tai 99)
SFB20	Codeld 38 = 1 (2)	Codeld 39 (=1, 4, 7, 9 tai 99)
SFB30	Codeld 38 = 1 (2)	Codeld 39 (=1, 4, 7, 9 tai 99)
SFB40	Codeld 38 = 1 (2)	Codeld 39 (=1, 4, 7, 9 tai 99)

Tietojen muodostaminen kuvattu tarkemmin tekstissä.

(1) Toimenpide yleensä merkitään pintakohtaisesti, statusmuutos samoille pinnoille.

Jos ei merkintä pintaa, statusmuutos 1 pinnalle.

(2) Toimenpide merkitään pintakohtaisesti, statusmuutos samoille pinnoille,

Hampaan juurenhoitotoimenpiteet

Hampaan juurenhoitotoimenpiteet (**SG**-alkuiset koodit) merkitään hammaskohtaisesti ja kaikki niistä tuottavat statukseen kyseiseen hampaaseen merkinnän *Hampaaseen lisätty materiaali on Väliaikaiseksi tarkoitettu materiaali. Merkintä tuotetaan* 1-pinnalle, kun kyse on väli- ja poskihampaista, ja 5-pinnalle, kun kyse on etu- ja kulmahampaista, Samalla PTJ varmistaa käyttäjältä, miltä muilta pinnoilta kariesmerkinnät poistetaan ja kirjaa ko. pinnoille merkinnän *Hampaaseen lisätty materiaali on Väliaikaiseksi tarkoitettu materiaali*. Jos hammas paikataan samalla istunnolla, paikkauskoodi päivittää statuksen niin, että *Hampaaseen lisätyksi materiaaliksi* kirjataan paikkaukseen käytetty materiaali.

- Kirjaus merkitään tuottamalla koodille kirjatulle *Hampaalle* uusi entry, jossa
 - Hampaan pinnalle 1 (Codeld 31 = 1) sekä kaikille Hampaan pinnoille, joilla aiemmassa entryssä oli karies (Codeld 33 = true) kirjataan
 - *Karies on ”Ei kariesta”* (Codeld 33 = false)
 - *Hampaaseen lisätyn materiaali käyttötarkoitus on Hampaassa oleva täyte* (Codeld 38 = 1)
 - *Hampaaseen lisätty materiaali on Väliaikaiseksi tarkoitettu materiaali* (Codeld 39= 11)
- Jos samalla käynnillä kirjataan näiden toimenpiteiden lisäksi korjaavaan hoitoon kuuluva koodi (SF- tai SPC-alkuinen koodi), kirjataan kyseisille pinnoille Väliaikaiseksi tarkoitettun materiaalin (Codeld 39 = 11) sijasta, varsinaisen käytetyn materiaalin koodi.

Taulukko 5. Hampaan juurenhoitotoimenpiteiden vaikutus hammasstatukseen.

Hampaan juurenhoitotoimenpiteet		
Toimenpide	PTJ tuottaa automaattisesti	Kirjaaja täydentää
SGA01	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGA02	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGA03	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGA04	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGA05	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGA06	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGA07	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGB00	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGB10	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11, Codeld 18 = 11	Codeld 20
SGB20	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11, Codeld 18 = 11	Codeld 20
SGB30	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11, Codeld 18 = 11	Codeld 20
SGC00	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGC10	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGC20	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGC30	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGC40	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGC50	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGD00	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	
SGD01	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11	

Toimenpide merkitään hammaskohtaisesti. Statusmuutos tehdään aina pinnalle 1 ja kaikille niille pinnoille, joissa aiemmassa entry:ssä on merkattu kariesta (Codeld 33 = true).

6.2 Diagnoosit

Diagnoosit voidaan kirjata rakenteisesti mille tahansa kertomusnäkyville ja ne näytetään Tiedonhallintapalvelun koostamana diagnoosilistana. Rakenteisten diagnoosikirjausten tietosisältö ja -rakenne on kuvattu koodistopalvelimella julkaistussa [THL/Tietosisältö – Diagnoosit](#) -tietosisältömäärittelyssä, ja toiminnallisuus on kuvattu [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) [4] sekä [Kanta – Potilastiedon arkiston kertomus ja lomakkeet](#) [2] -julkaisuissa. Myös suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä diagnoosit on pystyttävä kirjaamaan ja näyttämään yleisten määritysten mukaan.

Suun alueen diagnooseissa käytetään ICD10- tautiluokitusta ja siellä yleisimmin K00-K14 diagnoosikoodeja: suuontelon, sylkirauhasten ja leukojen sairauksien diagnoosikoodeja. Suun terveydenhuollon diagnooseja, joista suuri osa on yleisterveyden kannalta vähämerkityksellisiä, voi olla määrällisesti paljon. Diagnoosien esittämisessä potilastietojärjestelmissä tuleekin jatkossa kiinnittää huomioita siihen, että potilaan yleishoidon kannalta oleellisimpien diagnoosien havaitseminen diagnoosilistalla ei vaaranna runsaiden yleisterveyden kannalta vähämerkityksellisten diagnoosien runsauden vuoksi.

Potilastiedon arkistoon liityttäessä diagnoosit tulee myös suun terveydenhuollossa pystyä kirjaamaan kertomukseen määritysten mukaisesti rakenteisesti. Diagnoosien kirjaaminen ei kuitenkaan tarvitse olla linkitetty statusmerkintään niin, että esimerkiksi kariesmerkintä statuksessa aiheuttaisi vastaavan rakenteisen diagnoosimerkinnän, vaan diagnoosin kirjaaminen on kirjaajan tehtävissä harkintansa mukaan.

6.3 Riskitiedot

Potilaan riskitiedot ovat tietoja esimerkiksi aikaisemmasta sairaudesta, taudista tai muusta tekijästä, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle ja/tai turvallisuudelle. Riskitietoja käytetään huomauttamaan potilasta hoitavia henkilöitä siitä, että hoitoa täytyy mahdollisesti toteuttaa tavanomaisesta poikkeavalla tavalla.

Riskitiedot kirjataan aina omalle *Riskitietonäkymälle* (RIS) ja ne näytetään Tiedonhallintapalvelun koosteena. Riskitietojen tietosisältö ja rakenne on kuvattu koodistopalvelimella julkaistussa [THL/Tietosisältö – Riskitiedot](#) määrittelyssä ja toiminnallisuus on kuvattu [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) [4] sekä [Kanta – Potilastiedon arkiston kertomus ja lomakkeet](#) [2] -julkaisuissa. Myös suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä on pystyttävä kirjaamaan riskitiedot ja näyttämään yleisten määritysten mukaan.

6.4 Lääkehoito

Lääkehoito käsittää potilaalle määrättyjen lääkkeiden tiedot, lääkityksen vaikutusten ja haittavaikutusten seurannan, keskeytetyn lääkityksen ja lääkkeen vaihdettavuuteen liittyvät tiedot. Tietoja käytetään lääkehoidon ja sen tulosten sekä komplikaatioiden tarkasteluun. Hammaslääkärin on pystyttävä tekemään tarvittavat reseptit yleisten määritysten mukaisesti.

Tämän määrittelyversion kirjoitushetkellä lääkitystietoja ei olla tuomassa Potilastiedon arkiston eikä Tiedonhallintapalvelun sisällöiksi, vaan ne on suunniteltu toteutettavan Reseptikeskuksen palveluna.

6.5 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaan kokonaisvaltaisen hoidon suunnitteluun tarkoitettu väline. Sen toiminnallisuutta on kuvattu omassa dokumentissa [Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma](#) [21] sekä [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) [4] julkaisussa. Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään aina omalle *Terveys- ja hoitosuunnitelma* (YHOS) -näkyville.

Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmästä on pystyttävä käyttämään Tiedonhallintapalvelun kautta ylläpidettävää Terveys- ja hoitosuunnitelmaa sen määrittelyiden mukaisesti. Potilastiedon arkistossa oleva Terveys- ja hoitosuunnitelma on siis pystyttävä näyttämään ja siihen on pystyttävä kirjaamaan sellaisia suun terveydenhuollon hoitosuunnitelmia, joilla on merkitystä potilaan yleiselle hoidolle. Hoitosuunnitelmat, jotka koskevat ainoastaan suun terveydenhuoltoa, voidaan alkuvaiheessa kirjata tekstinä jatkuvan kertomuksen muotoon *Hammas-, suu- ja leukasairaudet* (SUU) näkymälle. Jatkossa suun terveydenhuollon oma hoitosuunnitelma on tarkoitus muodostaa rakenteellisesti ja integroida yleisen terveys- ja hoitosuunnitelman osaksi.

6.6 Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset

Laboratorio- ja kuvantamistutkimukset käsittävät laboratorion ja kuvantamisen (radiologian) tutkimusten pyynnöt ja vastaukset. Ne kirjataan omille *Laboratorio* (LAB) ja *Radiologia* (RTG) -näkyvilleen. Näkyvän valon kuvien tutkimusmerkinnät kirjataan pääsääntöisesti kertomusnäkyville *Hammas-, suu- ja leukasairaudet* (SUU) näkymälle. Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmästä on päästävää katsomaan muita Potilastiedon arkistossa olevia tietoja ja kirjaamaan esimerkiksi uusia laboratorio- ja kuvantamistutkimusten tietoja potilaskertomusmerkintöinä. Määrittelyt on kuvattu [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) [4] julkaisussa ja [Kanta – Potilastiedon arkiston kertomus ja lomakkeet](#) [2], [Kanta Kuvantamisen CDA R2 merkinnät](#) [22] ja [Kanta Laboratorion CDA R2 merkinnät](#) [23] -määrittelyissä. Tietosisällöt ja rakenteet on kuvattu koodistopalvelimella olevissa tietosisältömäärittelyissä:

- [THL/Tietosisältö - Laboratoriotutkimuspyynnöt](#)
- [THL/Tietosisältö – Laboratoriotutkimukset](#)
- [THL/Tietosisältö - Laboratoriotutkimuslausunnot](#)
- [THL/Tietosisältö – Kuvantamistutkimuspyynnöt](#)
- [THL/Tietosisältö – Kuvantamistutkimukset](#)
- [THL/Tietosisältö – Kuvantamistutkimuslausunnot](#)

[Luvussa 5](#) kuvatut suun terveydenhuollon mittaukset eivät tallennu automaattisesti yleisiin laboratoriotuloksiin. Ne täytyy pystyä kirjaamaan rakenteisesti [THL/Tietosisältö - STH05 Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset](#) mukaisesti *Hammas-, suu- ja leukasairaudet* (SUU) näkymälle.

6.7 Fysiologiset mittaukset

Fysiologiset mittaukset käsittävät tietoja, jotka kuvaavat henkilön terveyteen tai sairauteen liittyviä mitattavia fysiologisia suureita, esimerkiksi verenpaine, pituus ja paino. Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmästä tulee päästä katsomaan Potilastiedon arkistossa olevia tietoja ja kirjaamaan uusia tietoja.

Fysiologisten mittausten määrittelyt on kuvattu [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) [4] - julkaisussa ja [Kanta – Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet](#) [2] CDA-määrittelyssä. Tietosisällöt ja rakenteet on kuvattu koodistopalvelimella olevissa [THL/Tietosisältö – Fysiologiset mittaukset](#) ja [THL/Tietosisältö - Fysiologisten mittausten lausunnot](#) -tietosisältömäärittelyissä.

6.8 Potilaan perustiedot

Suun terveydenhuollossa potilastietojärjestelmiin kirjataan tieto sotaveteraanitunnuksesta, jonka perusteella potilaalla on muuta väestöä suuremmat Kela-korvaukset yksityisessä hammashoidossa ja alemmat asiakasmaksut julkisessa hammashoidossa tiettyjen toimenpiteiden kohdalla.

6.9 Muut rakenteiset tiedot

6.9.1 Ennaltaehkäisy (preventio)

Preventio käsittää henkilön saaman sairauksia ehkäisevän hoidon tai neuvonnan, kuten rokotukset. Rokotusten määrittelyt on kuvattu koodistopalvelimella julkaistussa [THL/Tietosisältö – Rokotustiedot](#) -tietosisältömäärittelyssä, [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely](#) [4] -julkaisussa sekä [Kanta – Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet](#) [2] CDA-määrittelyssä.. Nämä tiedot vaaditaan rakenteisina vaiheistusasetuksen ja Kanta-julkaisusuunnitelman mukaisessa aikataulussa.

6.9.2 Lausunnot

Lausunnot käsittävät erilaisia terveydenhuoltoon liittyviä lausuntoja ja todistuksia. Lääkärintodistuksia ovat esimerkiksi A- ja E-todistukset ja lausuntoja esimerkiksi M2-tarkkailulausunto. Tietoja käytetään kuvaamaan henkilölle tehdyt terveydentilaa koskevat lausunnot ja todistukset. Todistusten ja lausuntojen lomakemäärittelyt julkaistaan koodistopalvelimella.

Suun terveydenhuollon palveluita antavan yksikön täytyy päästä katsomaan muualla tehtyjä lausuntoja ja todistuksia ja pystyä tuottamaan ja tallentamaan terveydenhuollossa tarvittavat lausunnot ja todistukset, kuten muissakin potilastietojärjestelmissä.

6.9.3 Terveyteen vaikuttavat tekijät

Terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. potilaan elämäntavat, kuten liikunta ja ravitseminen, tupakointi ja päihteiden käyttö. Yleisten terveyteen vaikuttavien tekijöiden lisäksi suun terveydenhuollossa tekstinä kirjataan edellä mainittujen lisäksi suun terveyteen vaikuttavat tekijät.

7 Suun terveydenhuollon luokitukset

Muutokset julkaisun versioon 2020 lukuun 7:

- Päivitetty taululukot ja lisätty linkit luokituksiin

Muutokset julkaisun versioon 2017 lukuun 7:

- Poistettu taulukot, joilla kuvattiin luokitusten muutoksia verrattuna 2010 julkaistuihin suun terveydenhuollon luokituksiin/tietosisältöihin. Tarvittaessa kyseiset kuvaukset löytyvät 2014 versiosta
- Lisätty STH07-tietosisällön uudet luokitukset sekä STH05-tietosisältöön lisätyt luokitukset

Suun terveydenhuollon luokituksia on julkaistu koodistopalvelimella vuonna 2010 ja niitä uudistettiin ja päivitettiin laajemmin 2014. Uusia luokituksia on tämän jälkeen määritelty uusiin tietosisältöihin liittyen, samoin olemassa oleviin luokituksiin on tehty tarkennuksia 2016. Kuhunkin suun terveydenhuollon tietosisältöön liittyvät luokitukset on lueteltu taulukoissa 6-10.

Taulukko 6. Hampaiston nykytila (STH01) -tietosisältöön liittyvät luokitukset.

STH01 Hampaiston nykytila
STH - STH1 Hampaiden numerointi
STH - STH2 Hammas, hampaan osa, näiden puutos tai hampaan korvaava rakenne
STH - STH2A Hampaan puutoksen syy
STH - STH2B Implanttihoidon syy
STH - STH3 Hampaan pinnat
STH - STH4 Hampaan kudokset ja hammaskarieksen sijainti
STH - STH5 Hampaan havainnot ja löydökset
STH - STH5B Karieksen aktiivisuus
STH - STH6 Hampaaseen lisätyn materiaalin käyttötarkoitus
STH - STH7 Hampaaseen lisätty materiaali
STH - STH9 Ikenen havainnot
STH - STH9A Ientaskun syvyys
STH - STH9B Ientaskun mittauspisteet
STH - STH10 Hampaan sisälle laitettu materiaali
STH - STH10A Hampaan juurentäytön laatu
STH - STH10B Hampaan juurentäytteen materiaali
STH - STH12 Hampaan kehitysaste
STH - STH12A Hampaan kehityshäiriöt
STH - STH26 Hampaan siirtymät ja liikkuvuudet
STH - STH26A Hampaan purenta suhteessa muuhun hampaistoon
STH - STH27 Hampaaseen tehdyn proteettisen rakenteen tyyppi
STH - STH27A Implanttikruunun tyyppi
STH - STH27C Luun määrä implantin ympärillä
STH - STH32 Hammaskaaren sisäpuoli tai ulkopuoli

Taulukko 7. Suuremmat kuin yhden hampaan proteettiset rakenteet (STH02) -tietosisältöön liittyvät luokitukset.

STH02 Suuremmat kuin yhden hampaan proteettiset rakenteet
STH - STH1 Hampaiden numerointi
STH - STH13 Proteettinen rakenne
STH - STH13A Osaproteesin tyyppi
STH - STH13B Proteettisen rakenteen hammastyyppi
STH - STH13C Ylä- tai alaleuan havainto tai löydös

Taulukko 8. Purentastatus (STH03) -tietosisältöön liittyvät luokitukset.

STH03 Purentastatus
STH - STH13C Ylä- tai alaleuan havainto tai löydös
STH - STH14A Leukanivelen oire
STH - STH14B Leukanivelen oireen esiintymisvaihe
STH - STH15 Purentalihakset
STH - STH15B Purentalihaksen koko
STH - STH21A Etuhampaiden kallistumissuunta
STH - STH21B Yläetuhampaiden näkyvyys
STH - STH21C Hammaskaari suhteessa leukaan
STH - STH21D Ylähammaskaaren purentataso suhteessa pupillitasoon
STH - STH21E Alahammaskaaren kasvusuunta
STH - STH21F Alahammaskaaren liuku
STH - STH21G Alahammaskaaren liikkeen interferenssi
STH - STH21H Alaeuan keskiviiva suhteessa yläleuan keskiviivaan
STH - STH21I Deviaation esiintyminen
STH - STH21J Speen kaaren muoto
STH - STH21K Purentasuhde
STH - STH21L Ulkoinen purentakorkeus
STH - STH21M Hammaskaaren suhde kasvojen keskiviivaan
STH - STH21N Alaleuan liikkeen deviaation puoli
STH - STH28 Kasvojen profiili
STH - STH29 Nasolabiaalikulman suuruus
STH - STH33 Pään ja vartalon puoli

Taulukko 9. Pehmeä- ja kovakudosten havainnot (STH04) -tietosisältöön liittyvät luokitukset.

STH04 Pehmeä- ja kovakudosten havainnot
STH - STH1 Hampaiden numerointi
STH - STH5 Hampaan havainnot ja löydökset
STH - STH16 Suun limakalvolöydöksen kohdekudos
STH - STH16A Suun limakalvolöydöksen sijainti ja puoli
STH - STH16B Suun limakalvolöydöksen kohdekudoksen koko
STH - STH17 Suun limakalvojen ja ympäröivän ihon havainnot ja löydökset
STH - STH17A Suun limakalvolöydöksen koko
STH - STH18A Alveoliluun korkeus
STH - STH18B Alveoliluun leveys
STH - STH18C Suulaen muoto
STH - STH18D Hampaistoikä
STH - STH19 Ylähuuli tai alahuuli
STH - STH19A Huulen pituus
STH - STH19B Huulen asento
STH - STH19D Huulisulkuun vaikuttavia tekijöitä
STH - STH23 Imusolmukkeet
STH - STH23A Sylkirauhasten ja imusolmukkeiden tila
STH - STH30 Sylkirauhaset
STH - STH31 Kita- ja nielurisojen tila
STH - STH33 Pään ja vartalon puoli

Taulukko 10. Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset (STH05) -tietosisältöön liittyvät luokitukset.

STH05 Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset
STH - STH1 Hampaiden numerointi
STH - STH20A Sylkinäytteen tyyppi
STH - STH21K Purentasuhde
STH - STH33 Pään ja vartalon puoli
STH - STH34 Hampaiston sekstantti

Taulukko 11. Suun terveydenhuollon esitiedot ja omahoito (STH06) -tietosisältöön liittyvät luokitukset.

STH06 Suun terveydenhuollon esitiedot ja omahoito
STH - STH35 Harjauskertojen määrä

Taulukko 12. Oikomishoito (STH07) -tietosisältöön liittyvät luokitukset.

STH07 Oikomishoito
THL - Pituuskasvun vaihe
THL - Tautiluokitus ICD-10
THL - Toimenpideluokitus, THL - Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus
STH - STH37 Oikomiskojeet
STH - STH36 Hampaiston kehitysvaihe
STH - STH38 Oikomishoidon tarve

8 Suun terveydenhuollon tietosisältöjen kehittämissuunnitelma

Suun terveydenhuollon tietosisällön laajuudesta johtuen tietosisältöjen ja luokitusten määrittely ja käyttöönotto on vaiheistettu. [Hampaiston nykytilan](#) (STH01) ja [Suurempien kuin yhden hampaan proteettisten rakenteiden](#) (STH02) sekä [Suun terveydenhuollon indeksien ja mittausten](#) (STH05) osalta kaikkien suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmien tuli pystyä tuottamaan nämä tiedot Potilastiedon arkistoon rakenteisesti viimeistään 31.12.2016. Sama koski [Suun terveydenhuollon esitietojen ja omahoidon](#)<http://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-view-page.xhtml?classificationKey=1028&versionKey=1168> (STH06) osalta Harjauskertojen määrää.

Vaiheistusasetus käsittelee suun terveydenhuollon tietosisältöä yhtenä kokonaisuutena: suun terveydenhuollon asiakirjat. Sen sijaan THL:n ja Kelan yhdessä tuottama Kanta-julkaisusuunnitelma menee tarkemmalle tasolle. Purentastatuksen (STH03) sekä Pehmyt- ja kovakudosten havaintojen (STH04) rakenteinen tallentaminen oli ensimmäisessä vaiheessa vapaaehtoista, mutta tuli alkuperäisen vaiheistus suunnitelman mukaisesti pakolliseksi vuoden 2018 loppuun mennessä. Näiden tietosisältöjen käyttöönotot tulee aloittaa välittömästi, kun järjestelmät ovat läpäisseet Kelan testaukset.

STH06 Suun omahoito ja toimintakyky sekä STH07 Oikomishoito kokonaisuuksia on valmisteltu, mutta näiden tietosisältöjen toteutusaikataulu tarkentuu myöhemmin. Omahoito-osion toteutuksessa on huomioitu Omakannan, Omatietovarannon sekä muiden kansallisten asiointipalveluiden (esim. Omaolo/ODA) kehitystyö. Tietosisältöjen jatkokehitystyössä huomioidaan myös tutkimuksin saadut tulokset Suunterveyteen liittyvää elämänlaadun mittauksista. Oral Health Impact Profile (OHIP-14) -kysely, jonka osa-alueita ovat toimintarajoite, fyysinen kipu, psyykinen epä mukavuus, fyysinen haitta, psyykinen haitta, sosiaalinen haitta sekä vamma. Kehitystoiveissa on ollut mm. hammashoitopelkoa kartoittavan mittarin määrittäminen osaksi suun terveydenhuollon tietosisältöjä.

Lisäksi Suun terveydenhuollon toimenpideluokituksella on statusta päivittävien toimenpidekoodien kautta yhteys toiminnallisiin määrittäksiin. Tästä johtuen luokitusmuutokset on synkronoitava muiden rakenteisten sisältöjen päivitykseen.

Terveydenhuollossa selvitetään geneeristen esitietojen tallentamista Kantaan. Suun terveydenhuollon osuutta esitietojen tallentamisen osalta selvitetään tässä yhteydessä.

Kansallisena tavoitetilana on pyrkimys terveydenhuollon kirjaamisen vähentäminen erillisten tilasto- ja rekisterikeruiden osalta. Tavoitteena on pyrkiä kohti tiedon kertakirjaamista. Erillisinä projekteina yhtenäistetään HILMO tietosisältöjen kanssa mm. suun terveydenhuollon indeksi-tietoja ja toimenpideluokituksen rakenteita sekä harmonisoidaan hammasimplanttirekisterin tietosisältöä. Näin mahdollistetaan tilasto- ja rekisteritietojen kerääminen suoraan Kanta kirjauksista ja erilliskeruista päästään vähitellen eroon.

Kuva-aineistojen arkisto on Kanta-palveluihin kuuluva palvelu, johon arkistoidaan potilaille tehtyjen kuvantamistutkimusten kuva-aineistot. Päivitettyyn Kuvantamisen (Kvarkki) määrittelyyn on täydennetty uudet käyttöönotettavat tietosisällöt, kuten suun terveydenhuollon tutkimukset. Kuvantamisen aineiston tallentamisen aikataulusta vastaa Kela, joka laatii aikataulu suunnitelmia kuvantamisen kansalliseen etenemiseen suun terveydenhuoltoon.