

Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toiminnalliset määrittelyt 2.0

Hanna-Leena Saarela, Ulla Harjunmaa, Arto Bäckman, Riitta Nieminen
02/2024

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

VERSIOHISTORIA	4
TIIVISTELMÄ	5
1 JOHDANTO	6
1.1 JULKAISUN KESKEINEN TERMINOLOGIA.....	7
1.2 JULKAISUSSA KÄYTETYT KESKEISET LYHENTEET	8
1.3 VIITATUT ASIAKIRJAT JA MÄÄRITTELYT	8
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 LUOVUTUSTENHALLINTA	16
4 SUUN TERVEYDENHUOLLON POTILASKERTOMUSMERKINNÄT	17
4.1 SUUN TERVEYDENHUOLLON MERKINTÖJEN TIEDOT JA RAKENTEET	17
4.2 SUUN TERVEYDENHUOLLON MERKINTÖJEN TUOTTAMINEN POTILASTIEDON ARKISTOON	19
4.2.1 Suun terveydenhuollon merkinnän tuottaminen	19
4.2.2 Kokonaishammasstatuksen tarkastusmerkintä	20
4.2.3 Tiedon tallentaminen Potilastiedon arkistoon	20
4.3 POTILASTIEDON ARKISTON TIEDON HYÖDYNTÄMINEN	21
4.3.1 Tiedon hakeminen potilastiedon arkistosta	21
4.3.2 Suun terveydenhuollon rakenteisten tietojen koostaminen potilastietojärjestelmässä.....	21
4.3.3 Yksittäisen rakenteisen tiedon muodostaminen, tietojen yhdistäminen ja näyttäminen	22
4.3.4 Suun terveydenhuollon tietojen koostamisen erityistapauksia	24
4.4 RAKENTEISEN TIEDON NÄYTTÄMINEN POTILASKERTOMUKSESSA.....	25
5 SUUN TERVEYDENHUOLLON RAKENTEISET TIEDOT	29
5.1 HAMPaidEN JA SUUN ALUEEN NYKYTILA.....	30
5.1.1 Hampaiden ja suun alueen nykytilan rakenteinen tietosisältö	31
5.1.2 Hampaiston nykytilan statusmerkinnän tekeminen	32
5.1.3 Muiden statusmerkintöjen tekeminen	34
5.1.4 Proteesikirjausten vaikutus hammaskohtaiseen statukseen.....	34
5.2 SUUN TERVEYDENHUOLLON INDEKSIT JA MITTAUKSET.....	34
5.2.1 Suun terveydenhuollon indeksit	34
5.2.2 Suun terveydenhuollon mittaukset.....	37
5.3 ESITIEDOT JA OMAHOITO	37
5.4 OIKOMISHOITO	37
6 YLEISET RAKENTEISET TIEDOT	39
6.1 TOIMENPITEET	39
6.1.1 Suun terveydenhuollon erityispiirteet toimenpidekirjauksessa	40
6.1.2 Toimenpiteiden vaikutus statukseen	40
6.2 DIAGNOOSIT	51
6.3 RISKITIEDOT	51
6.4 LÄÄKEHOITO.....	52

6.5 TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA	52
6.6 LABORATORIO- JA KUVANTAMISTUTKIMUKSET	52
6.7 FYSIOLOGISET MITTAUKSET	53
6.8 POTILAAN PERUSTIEDOT	53
6.9 MUUT RAKENTEISET TIEDOT	53
6.9.1 Ennaltaehkäisy (preventio)	53
6.9.2 Lausunnot.....	54
6.9.3 Terveysten vaikuttavat tekijät.....	54
7 SUUN TERVEYDENHUOLLON LUOKITUKSET	55
8 SUUN TERVEYDENHUOLLON TIETOSISÄLTÖJEN KEHITTÄMISSUUNNITELMA	58

Versiohistoria

Versio ja julkaisuajankohta	Muutokset
2.0 02/2024	Muutokset on esitetty jokaisen luvun alussa

Tiivistelmä

Hanna-Leena Saarela, Ulla Harjunmaa, Arto Bäckman, Riitta Nieminen. Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toiminnalliset määrittelyt. Versio 2.0. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki 2024.

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 määrittelyt -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 versioon 2023 lukuun 1:

- Päivitetty viittaus [24] uudempaan THL:n määräykseen
- Tarkennettu Vaatimus-tulkintaa ja päivitetty vuosilukuja

Muutokset julkaisun versioon 2021 lukuun 1:

- Päivitetty kuvaustekstit ja viittaukset uuden asiakastietolain [28] mukaiseen luovutuksenhallinnan yleiskuvaus-määrittelyyn
- Päivitetty viitattujen määrittelyjen linkkejä

Muutokset julkaisun versioon 2020 lukuun 1:

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

Muutokset julkaisun versioon 2017 lukuun 1:

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

Tämä määrittely on osa valtakunnallisen Potilastiedon arkiston määrittelyjä. 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, Yleiset vaatimukset koskevat myös suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmiä. Keskeiset määrittelyt ovat kanta.fi-sivustolla.

- [Potilastiedon arkiston Medical Records -sanomat -määrittely](#) [1]
- [Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet -määrittely](#) [2]
- [Potilastiedon arkisto: Rajapintakäyttötapaukset arkiston ja liittyvän järjestelmän välillä](#) [3]
- [Sosiaali- ja terveydenhuollon tahdonilmaisuja käsittelevien tietojärjestelmien vaatimukset ja toiminnallinen määrittely](#) [25]
- [Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely -julkaisu](#) [4]
- [Asiakas- ja potilastietojen luovutuksenhallinnan yleiskuvaus -määrittely](#) [27]

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 [Potilastiedon kirjaamisen yleisopas](#) [5] ja [Kirjaamisopas: Suun terveydenhuolto](#) [26]

Suun terveydenhuollon asiakirjat ovat keskeinen osa potilaskertomusta. Ne koostuvat otsikoin jäsennetystä vapaasta tekstistä sekä valtakunnallisesti määritellyistä suun terveydenhuollon keskeisistä rakenteisista tiedoista, joita ovat 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 potilaskertomukseen, Kela-korvauksiin ja hammaslääkäreiden palkkion määrääntymiseen liittyvät asiat, koska ne perustuvat potilaskertomukseen kirjattaviin toimenpidetietoihin ja vaikuttavat tapaan, jolla toimenpiteet kirjataan potilastietojärjestelmiin. Näistä säädetään [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 [Kansallisella koodistopalvelimella](#) [13] 2014 ja 2016 julkaistuissa tietosisältömäärittelyissä sekä päivitettyissä ja täydennetyissä luokituksissa. Dokumentin 2020 versiossa tarkennettiin muutamia luokituksia ja tietosisällön kenttien pakollisuusehtoja, jotka koskevat Kanta suun terveydenhuollon CDA-määrittelyn versiota 3.0.

Tätä dokumenttia on päivitetty vuonna 2023 käyttäjiltä tulleiden palautteiden perusteella määrittelyihin tehtyjen muutosten osalta.

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

Jokaisen luvun alkuun on koottu yhteenveto tehdyistä muutoksista vuosien 2014, 2017, 2021 ja 2023 julkaisuversioiden välillä.

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

Vaatus: Potilastietojärjestelmien toteutukselle asetetut keskeiset vaatimukset on korostettu.

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 ohjelmiston tuottamien, samojen kuvailutietojen sitoma potilastietojen kokonaisuus. Merkintä on pienin terveydenhuollon prosesseissa syntyvä sisältökokonaisuus tai asiakirjallinen tieto.
- **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 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

Taulukko 1.1 Lähdeluettelo

Nro	Lähde		Viittaus:
[1]	Kela	Potilastiedon arkiston Medical Records – määrittely	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto
[2]	Kela	Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto
[3]	Kela	Potilastiedon arkisto, Rajapintakäyttötapaukset arkiston ja liittyvän järjestelmän välillä	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto

Nro	Lähde		Viittaus:
[4]	THL	Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto
[5]	THL	Potilastiedon kirjaamisen yleisopas	https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen/terveydenhuollon-kirjaamisohjeet
[6]	Finlex	Sairausvakuutuslaki (L1224/2004)	http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041224
[7]	Finlex	Laki rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta (L678/1992)	http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920678
[8]	Finlex	Valtioneuvoston asetus sairausvakuutuslain täytäntöönpanosta (L1335/2004)	http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2004/20041335
[9]	Finlex	Valtioneuvoston asetus korvaustaksojen perusteista (L1336/2004)	http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20041336
[10]	Kela	Kansaneläkelaitoksen päätös hammashoidon taksasta	https://www.kela.fi/taksat
[11]	Finlex	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (asiakasmaksulaki) (L734/1992)	http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920734
[12]	Finlex	Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista (asiakasmaksuasetus) (L912/1992)	https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920912
[13]	THL	Koodistopalvelu	https://koodistopalvelu.kanta.fi/
[14]	Kuntaliitto	Potilaskertomuksen ydintiedot, 2009	Ei saatavilla
[15]	Kuntaliitto	Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt, 2009	Ei saatavilla
[16]	Kela	Potilastiedon arkiston toiminnalliset vaatimukset, liite 2: Palvelutapahtumien esimerkkejä	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto
[17]	THL	Potilastiedon suostumustenhallinta ja yhteisen potilastietorekisterin liittyminen Kantaan, 2016	Poistettu vanhentuneena.
[18]	Kela	Potilastiedon arkiston toiminnalliset vaatimukset, liite 1: Merkinnän rakenne ja kuvailutiedot	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto
[19]	Kela	Kanta Suun terveydenhuollon CDA R2 potilaskertomusrakenne	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto
[20]	WHO	WHO Oral Health Surveys Basic Methods, 5th Edition, 2013 Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset	http://www.icd.org/content/publications/WHO-Oral-Health-Surveys-Basic-Methods-5th-Edition-2013.pdf
[21]	Kela	Terveys- ja hoitosuunnitelman toiminnalliset vaatimukset	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto
[22]	Kela	Kanta Kuvantamisen CDA R2 merkinnät	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto
[23]	Kela	Kanta Laboratorion CDA R2 merkinnät	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto

Nro	Lähde		Viittaus:
[24]	THL	Määräys sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmien olennaisista toiminnallisista ja tietoturva-vaatimuksista, 5/2021 THL/4311/4.09.00/2021 9.12.2021	https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/maaraykset-ja-maarittelyt/maaraykset
[25]	THL	Sosiaali- ja terveydenhuollon tahdonilmaisuja käsittelevien tietojärjestelmien vaatimukset ja toiminnallinen määrittely	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/tahdonilmaisut
[26]	THL	Kirjaamisopas: Suun terveydenhuolto	https://thl.fi/fi/web/tiedonhallinta-sosiaali-ja-terveysalalla/kirjaaminen/terveydenhuollon-kirjaamisohjeet/suun-terveydenhuolto
[27]	Kela	Kanta Luovutuksenhallinnan yleiskuvaus	https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/maarittelyt
[28]	Finlex	Asiakastietolaki 2023	https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2023/20230703

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

Ei muutoksia versioon 2023 lukuun 2

Ei muutoksia julkaisun versioon 2021 lukuun 2

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 valitsemalla valikon eri vaihtoehtoista haluttu havainto ja kohdistamalla tämä hammaskarttaan oikeaan hampaaseen tai hampaan pintaan. Hammasstatuksen 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. On myös joitakin toimenpidekoodeja, jotka kohdistuvat useampaan hampaaseen kerralla ja näitä varten tulee voida kirjata usealle hampaalle vain yksi toimenpidekoodi.

Suun terveydenhoidossa hammasstatuksen graafista esitysmuotoa käytetään tietojen näyttämiseen ja kirjaamisen alustana, jolloin kirjaaminen on rakenteista. Vapaalla tekstillä tarkennetaan statuksen rakenteista kirjaamista. Vapaata tekstiä käytetään tarvittaessa tarkentamaan toimenpidekirjauksia, 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 statuskirjaukset joudutaan tällöin tekemään paperilomakkeelle.

3 Kanta-arkkitehtuuri suun terveydenhuollossa

Muutokset versioon 2023 lukuun 3:

- Päivitetty kuva 3.1 Suun terveydenhuollon potilasasiakirjat ovat osa Potilastiedon arkiston sisältöä
- Tarkennettu vaatimusta 2

Muutokset julkaisun versioon 2021 lukuun 3:

- Asiakastietolain 2021 mukaisia täydennyksiä, saavutettavuusparannuksia.
- Päivitetty viitattujen määrittelyjen linkkejä

Muutokset julkaisun versioon 2020 lukuun 3:

- Vaatimusta 3 tarkennettu, viitataan myös PTA/suun terveydenhuolto aihesivustoon
- tarkennettu viitattujen määrittelyiden linkkejä
- päivitetty versio kuvasta 3.1. Kanta kokonaisuus
- poistettu kuvio 3 tiedonhallintapalvelusta, tekstinä ajantasainen tilanne

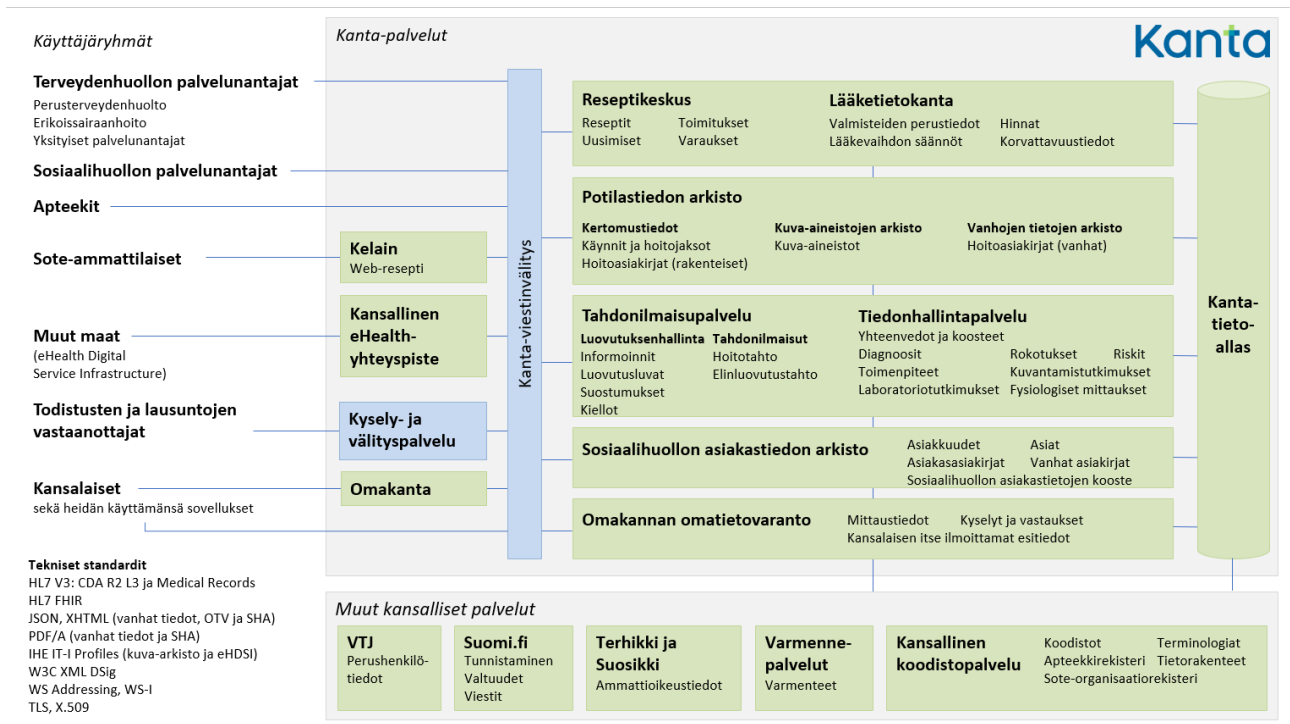
Muutokset julkaisun versioon 2017 lukuun 3:

- 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 (kuva 3.1). 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 luovutustenhallinnan toiminnallisuuksien 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 luovutustenhallinnan osalta. 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/potilastiedon-arkisto> sivustolla koottujen yleisten Potilastiedon arkistoon liittyvien määrittelyiden noudattamista.



Kuva 3.1 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 määrittelyjen mukaiset suun terveydenhuollossa tuotettavat potilaskertomusmerkinnät

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

3.1 Tietojen tallentaminen Potilastiedon arkistoon

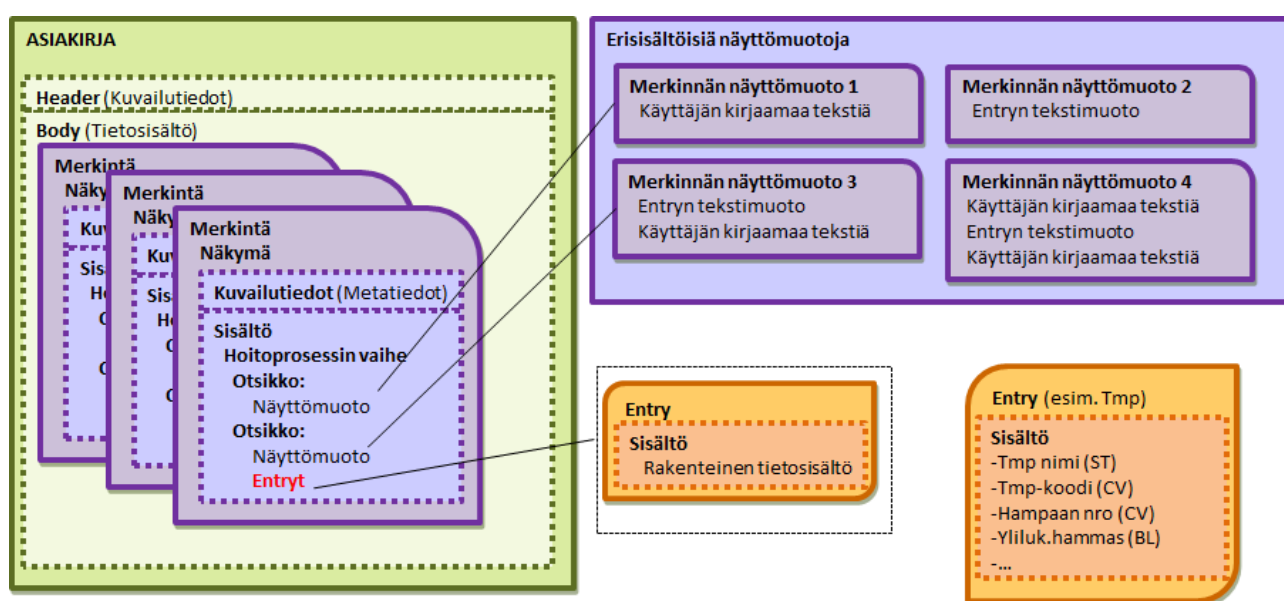
3.1.1 Asiakirjat ja rakenteiset tiedot

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 Potilastiedon arkiston Medical Records -määrittelyssä [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 merkinnäntekojen tiedot. (Suun) Terveydenhuollon ammattihenkilön kirjaamat sisällölliset tiedot kattavat tiedot

potilaskertomusnäkömystä, hoitoprosessin vaiheesta, otsikoilla jäsennellystä narratiivisesta tekstistä sekä rakenteisista tiedoista. Käyttäjän kirjaamista rakenteisista tiedoista muodostuvat merkinnän entryt ja käyttäjän kirjaamista teksteistä ja rakenteisten entryjen tekstimuotoisesta esitysmuodosta muodostuu merkinnän näyttömuoto. (kuva 3.2) Potilaskertomusasiakirjojen ja -merkintöjen yleinen rakenne on kuvattu [Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet -määrittelyssä](#) [2].

Potilaskertomuksen rakenteiset tiedot koostuvat yksittäisistä rakenteisten tietojen kirjauksista, entryistä. Kunkin rakenteisen tiedon sisältö ja rakenne on määritelty valtakunnallisesti koodistopalvelimella julkaistuissa tietosisältömäärittelyissä ja <https://www.kanta.fi/jarjestelmakehittajat/potilastiedon-arkisto> -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].



Kuva 3.2 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 kuvailutiedot / metatiedot, joissa on mm. niiden yksilöintiin ja linkityksiin tarvittavia tietoja.

Yleisten rakenteisten tietojen lisäksi eri erikoisaloilla on tarve yksityiskohtaisempiin erikoisalohtaisiin rakenteisiin tietoihin. Näitä erikoisalohtaisia rakenteisia tietoja kuvattiin sittemmin vanhentuneissa määrittelyissä Potilaskertomuksen ydintiedot [14] ja Kansallisen sähköisen potilaskertomuksen vakioidut tietosisällöt (Ydintieto-opas [15]). Suun terveydenhuolto oli ensimmäinen erikoisala, jonka rakenteiset tietosisällöt on päivitetty ja julkaistu koodistopalvelimella ja on siten edelläkävijänä erikoisalohtaisen 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 [Potilastietojärjestelmien toiminnallisissa vaatimuksissa](#) [24]. 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 voi olla

- 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 [Potilastiedon arkiston Medical Records -määrittelyssä](#) [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.

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 Sosiaali- ja terveydenhuollon tahdonilmaisuja käsittelevien [tietojärjestelmien vaatimukset ja toiminnallinen määrittely](#) -dokumentissa [25]

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

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 keskeiset terveystiedot tulee pystyä hakemaan tiedonhallintapalvelusta ja näyttämään potilastietojärjestelmässä potilasyhteenvedona. 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 luovutustenhallinta

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

Kanta-palveluiden tahdonilmaisupalveluun tallennetaan potilaan tieto potilaalle annetusta informoinnista, tietojen luovutusluvasta sekä potilaan mahdollisesti tekemät luovutuskiellot. Tahdonilmaisupalveluun tallennetaan lisäksi muita potilaan hoidon kannalta merkityksellisiä tahdonilmaisuja kuten hoitotahto ja elinluovutustahto. Jatkossa tahdonilmaisupalveluun voidaan mahdollisesti tallentaa myös muita potilaan itsensä hallinnoimia tietoja. Tahdonilmaisupalvelusta on tarkemmat kuvaukset [Luovutustenhallinnan yleiskuvauksessa](#) [27] sekä [Sosiaali- ja terveydenhuollon tahdonilmaisuja käsittelevien tietojärjestelmien vaatimukset ja toiminnallinen määrittely](#) -dokumentissa [25].

Potilaan hallinnoimista tiedoista suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmien tulee käyttää potilaan informointitietoa, luovutuslupaa sekä kieltotietoja. Niiden tulee pystyä vähintään:

- tarkistamaan tahdonilmaisupalvelusta, onko potilasta informoitu Kanta-palveluista,
- tallentamaan tahdonilmaisupalvelun informointiasiakirjalle tieto potilaalle annetusta Kanta-informaatiosta,
- tallentamaan potilaalle tietojen luovutuslupa sekä
- ylläpitämään tahdonilmaisupalvelussa potilaan kieltotietoja.

Vaatus 8. Myös suun terveydenhuollon palveluita antavissa yksiköissä tulee toteuttaa luovutustenhallinnan toiminnallisuus niitä tilanteita varten, jolloin potilas informoidaan Kanta-palveluista, potilas haluaa antaa tai perua tietojen luovutusluvan tai antaa tai perua tekemiään luovutuskieltoja.

4 Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkinnät

Muutokset versioon 2023 lukuun 4:

- Lisätty STH07 Oikomishoito -tietosisällön rakenteisen tiedon muodostaminen, tietojen yhdistäminen ja näyttäminen
- Päivitetty kuvat 4.2 ja 4.3 ohjelmistojen tämän hetkisten versioiden mukaisiksi

Muutokset julkaisun versioon 2021 lukuun 4:

- Lisätty linjaukset näyttömuodon tuottamisen ja luettavuuden jatkokehittämisen osalta lukuun 4.4
- Saavutettavuuskorjauksia
- Korjattu linkkejä

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 [Potilastiedon arkiston Kertomus ja lomakkeet](#) -määrittelyssä [2] sekä [Potilastietojärjestelmien käyttötapauksen liitteessä 1, Merkinnän rakenne ja kuvailutiedot](#) [8]. 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 [Suun terveydenhuollon CDA R2 potilaskertomusrakenne](#) -määrittelyssä [19].

Näkymä

Suun terveydenhuollon merkintöjen rakenne noudattaa potilaskertomusmerkinnän yleistä rakennetta. Näkymänä suun terveydenhuollon merkinnöissä on Hammas-, suu- ja leukasairaudet -näky (SUU) ja hampaiston rakenteisissa tiedoissa Hammasstatus -näky (HAM). Poikkeuksen muodostavat rakenteiset riskitiedot, joiden

näkymänä on Riskitieto -näkyä (RIS), radiologiset kuvantamistutkimukset, joiden näkymänä on Radiologia – näkyä (RTG) ja laboratoriopyynnöt ja vastaukset, jotka tallennetaan Laboratorio-näkymälle (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 lisänäkyä, 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 lisänäkyillä. SUU-näkymää voi käyttää sekä näkymänä että lisänäkymänä. HAM-näkyä ei voi olla lisänäkymänä eikä sillä voi olla muita lisänäkyä kuin HAMK lisänäkyä (ks. [luku 4.2.2](#)).

Myös erityisnäkyä, kuten ajanvaraustietojen kirjaamiseen käytettävä Potilashallinnollisten merkintöjen näkyä (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 määritelmää on kuvattu [Potilastiedon arkiston kertomus ja lomakkeet](#) -määrittelyssä [2] ja [Potilastietojärjestelmien käyttötapauksissa](#) [3]. Näkymien, otsikoiden ja hoitoprosessin vaiheiden käyttöä potilaskertomusmerkintöjen tuottamisessa merkinnän tekijän kannalta on kuvattu [Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaassa](#) [5]. Lisäksi rakenteista kirjaamista ohjeistetaan [Suun terveydenhuollon kirjaamisoppaassa](#) [26].

Osallistujien tiedot

Potilastietojärjestelmä tuottaa automaattisesti merkinnän tekijän ja potilaan yksilöivät tiedot sekä kirjausajan. Merkinnän tekijänä on pääsääntöisesti hammaslääkäri, suuhygienisti tai hammashoitaja. Joissain tilanteissa 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, kuten diagnooseja ja toimenpiteitä. Lisäksi SUU-näkymälle ja HAM-näkymälle voidaan kirjata suun terveydenhuollon erityisiä erikoisalakohtaisia rakenteisia tietoja, jotka on kuvattu tarkemmin [luvussa 5](#).

Vaatus 9. Yleisten rakenteiden käsittelyssä ja periaatteissa noudatetaan Kanta-sivuston määrittelyksiä. 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.

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) -näkömälle, joka tallennetaan Potilastiedon arkistoon omana asiakirjanaan. Asiakirjoista, joiden näkömänä on HAM, tulee potilastietojärjestelmän tuottaa potilaskertomuksen SUU-näkömälle kirjaus, josta on linkki HAM-näkömän tiedot sisältävään asiakirjaan ja kopio HAM näkömän näyttömuodosta. Jos SUU-näkömän 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-näkömällä olisi riittävä sisältö sellaisia järjestelmiä varten, jotka eivät käsittele HAM-näkömää. Siinä tapauksessa viittaus HAM-näkömään ei ole olennainen.

Jos HAM-näkömälle kirjataan tietoja ilman, että käyttäjä kirjaa tietoja SUU-näkömälle, tuottaa potilastietojärjestelmä automaattisesti SUU-näkömälle merkinnän, jonka sisältöosaan tulee ainoastaan otsikko Nykytila (status) ja sen alle HAM-näkömän tietojen näyttömuodot ja linkki HAM-näkömän tiedot sisältävään asiakirjaan (Kuva 4.1). Jos SUU-näkömälle tehdään samalla muita kirjauksia, tuotetaan linkki HAM-näkömälle samaan merkintään muiden SUU-näkömän kirjausten yhteyteen (Kuva 4.1). 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

Hannu Hammaslääkäri, HLL

1.2.2024

Hoidon toteutus

Nykytila (status):

D 35: Ylilukuinen hammas

Hampaan okklusaalipinta, Hampaassa oleva täyte Yhdistelmämuovi

Hampaan mesiaalipinta, Hampaassa oleva täyte Yhdistelmämuovi

Kuva 4.1 Jos HAM-näkömälle tehdään merkintöjä ilman, että SUU-näkömälle tehdään merkintöjä, tuottaa potilastietojärjestelmä automaattisesti SUU-näkömälle jatkuvan kertomuksen käytimerkinnän.

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 kokonaishammasstutkimus 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. Kokonaishammasstutkimuksen yhteydessä voi kirjata myös muita rakenteisia tietoja SUU-näkymälle (ks. [luku 5](#)).

Vaatus 11. Kun tehdään kokonaishammasstutkimus 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. Potilaan asiakirjoja voidaan hakea rajaamalla hakua kuten SUU-näkymän 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 hoitojaksoon 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 hampaita tiedot jäävät puuttumaan. Haettaessa kokonaishammasstatuksen tarkastusta 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 kokonaishammasstatustarkastusta 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 ajantasaista tietoja ei uudelleen tallenneta (pl. kokonaishammasstatus ks. [luku 4.2.2](#)). Rakenteisista tiedoista viimeisin kuvaa aina kulloistakin ajantasaista

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 (CodeId 2) että Ylilukuinen hammas (CodeId 3) tiedot ovat samat. Tietoja näytettäessä kustakin hampaasta näytetään uusin 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 (CodeId 17), koska potilaalla voi olla useita proteettisia rakenteita, joiden Proteettinen rakenne (CodeId 1) on sama. Tietoja näytettäessä kustakin proteettisesta rakenteesta näytetään uusin 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 Huulten havainnot ja löydöksiä (STH04 CodeId 20 (Huulten havainnot ja löydökset) hierarkiataso 1, tietotyyppi Label ja sen alaiset tiedot) ja Imusolmukkeiden havainnot ja löydöksiä (STH04 CodeId 30 (Imusolmukkeiden havainnot ja löydökset) hierarkiataso 1, tietotyyppi Label ja sen

alaiset tiedot), jotka molemmat ovat hierarkiatasolla 1 tietotyypillä 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 uusin 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 kiinnostavien indeksien (d/D, PI ja BOP) näyttäminen käyttöliittymässä trendimuodossa 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. Kyseessä on uusi tietosisältö. Tämän julkaisun kirjoitushetkellä vastaavaa HL7 CDA-määrittelyä ei ole vielä tehty.

Tietosisällön mukaisissa tiedoissa kukin hierarkiatasolla 1 tietotyypillä Label oleva tieto ja hierarkkisesti sen alaiset tiedot tallennetaan merkintään omana entrynä. Mikäli hammaslääkäri kirjaa samalla kertaa oikomishoitoon liittyvän anamneesin (STH07 Codeld 5 (Oikomishoitoon liittyvä anamneesi) hierarkiataso 1, tietotyyppi Label ja sen alaiset tiedot) ja oikomishoidon röntgenanalyysin (STH07 Codeld 30 (Oikomishoidon röntgenanalyysi) hierarkiataso 1, tietotyyppi Label ja sen alaiset tiedot), jotka molemmat ovat hierarkia 1 tietotyypillä Label eri tiedon alaista tietoa, tulee potilastietojärjestelmän tuottaa näistä kummastakin oma entry. Näin hammaslääkäri ottaa kantaa vain niihin tietoihin, joista on itse kirjannut tietoa. Muilta osin Potilastiedon arkistolla oleva aiemmin kirjattu tieto jää edelleen voimassa olevaksi, ajantasaiseksi tiedoksi.

Oikomishoito on diagnoosiin ja hoitosuunnitelmaan perustuva hoito, joka toteutetaan joko kiinteällä tai irrotettavalla oikomiskojeella. Kiinteää etsauskiinnitteistä retentiolankaa tai hoitotulosta ylläpitävää retentiokojetta ei lasketa aktiiviseksi oikomishoidoksi.

Koska potilaalla voi olla useita oikomishoitoja, samaan oikomishoitoon liittyviksi merkinnöiksi tunnistetaan merkinnät, joissa entry (STH07 Codeld 2 (Oikomishoidon yksilöintitunnus)) on sama. Oikomishoidon yksilöintitunnuksen allokoi ensimmäisen ko. rakenteen Potilastiedon arkistoon tallentanut järjestelmä, ja jatkossa samaan oikomishoitoon liittyvillä merkinnöillä tämä tunnus tulee säilyä muuttumattomana.

Tietojen näyttämässä samaan oikomishoitoon liittyviksi merkinnöiksi tunnistetaan merkinnät, joissa Codeld 2 (Oikomishoidon yksilöintitunnus) on sama.

Kunkin oikomishoitotiedon näyttämässä saman tiedon entryksi tunnistetaan entryt, joilla hierarkiatasolla 1 oleva otsikko (Label) on sama. tietoja näytettäessä kustakin samasta tiedosta näytetään uusin entry.

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 (kuten 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 - 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 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 pohjaksi/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 (kuten 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 luokitusten 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, kuten diagnoosista diagnoosikoodi ja diagnoosin nimi (kuva 4.1). 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.

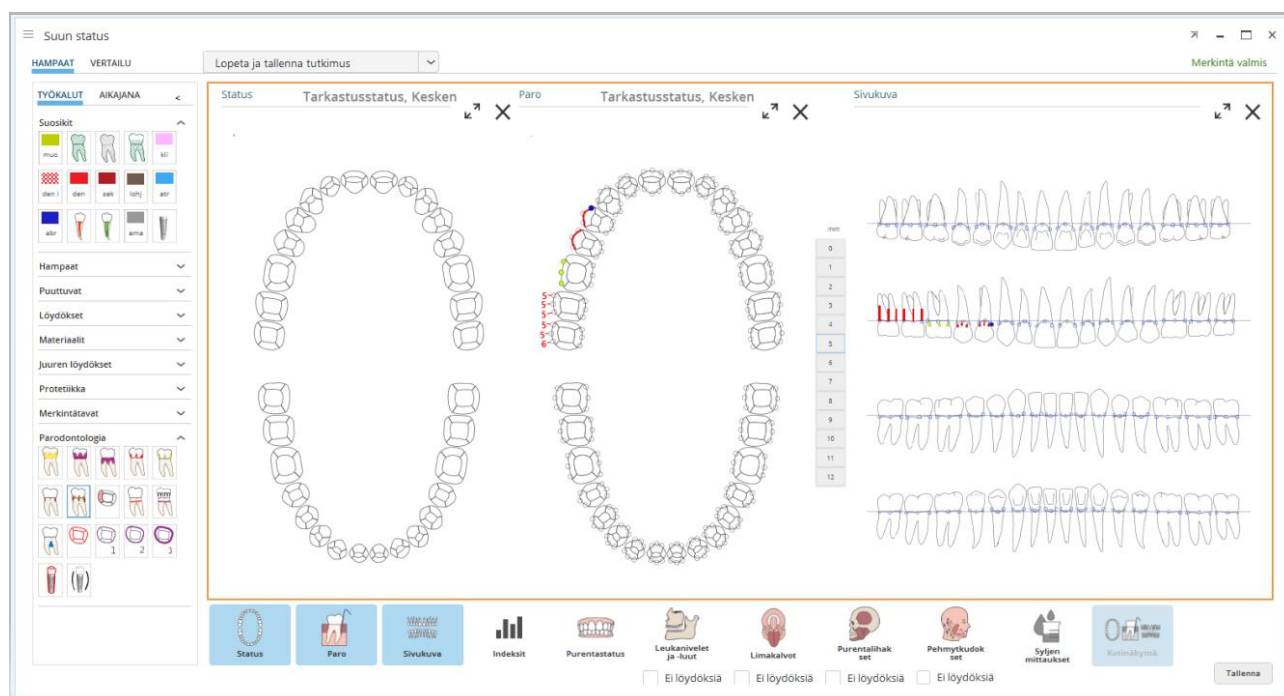
Vaikka rakenteinen tieto ei kertomusnäkyillä suoraan näkyisikään, tieto on kuitenkin kokonaisuudessaan osa Potilastiedon arkistoon tallennettavaa potilaskertomusmerkintää. Kertomusnäkyillä tulee aina olla vähintään tieto merkintään kuuluvasta rakenteisesta, oleellisesta tiedosta, joka voidaan katsoa erikseen. Tieto voidaan esittää rakenteisen tiedon otsikkona, joka toimii linkkinä kyseiseen tietoon (kuvat 4.1 ja 4.2). Suun terveydenhuollon vähimmäistietosisältö, joka rakenteisesta tiedosta tulee näyttää kertomusnäkyillä, kuvataan tietosisältömäärittelyssä. Tietosisältömäärittelyissä 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.

Seuraavassa on yhteenvedona tarkemmat ohjeet näyttömuotoon vietävien tietojen tuottamisen osalta:

1. Näyttömuodon tulee olla luettavassa muodossa ymmärrettävä ja sisältää hoidon kannalta keskeiset tiedot. Hoidon kannalta keskeiset näyttömuotoon vietävät tiedon on määritelty THL-tietosisältömäärittelyissä sekä kuvattu CDA R2 -määrittelyissä. Hammasstatus-näkymällä (HAM) ei saa esittää muuta tietoa, mitä määrittelyssä on kuvattu, sillä näkymä on näkymätyypiltään rakenteisen kertomuksen näkymä. Hammas-, suu- ja leukasairaudet-näkymällä (SUU) on mahdollista esittää näyttömuodossa myös muuta sisältöä, sillä näkymä on näkymätyypiltään kertomusnäky.
2. Näyttömuotoon saa viedä enemmän tietoa, mitä tietosisältömäärittelyissä on vähimmäisvaatimuksena hoidon kannalta keskeisten tietojen osalta edellytetty. Hammasstatus-näkymälle (HAM) näyttömuotoon ei kuitenkaan saa viedä muita kuin rakenteisesta muodosta löytyviä tietoja.
3. Näyttömuotoon vietävien suun terveydenhuollon tietokokonaisuuksien järjestys tulee olla CDA-määrittelyssä dokumentoidun mukainen, ensin tulee hampaan nro ja sitten tarkempia hammaskohtaisia havaintoja. Tietokokonaisuuden sisällä luettavuutta voi vapaasti jatkokehittää, siten että yksityiskohdat pysyvät luettavina (tietojen keskinäinen järjestys toiseksi tietokokonaisuuden sisällä, välilyönnit ja välimerkit, lisäotsikot ja lisäsanat, käytetäänkö pitkää nimeä vai lyhyttä nimeä luokituksien mukaisilla koodiarvoilla).

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) (kuva 4.2). 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.

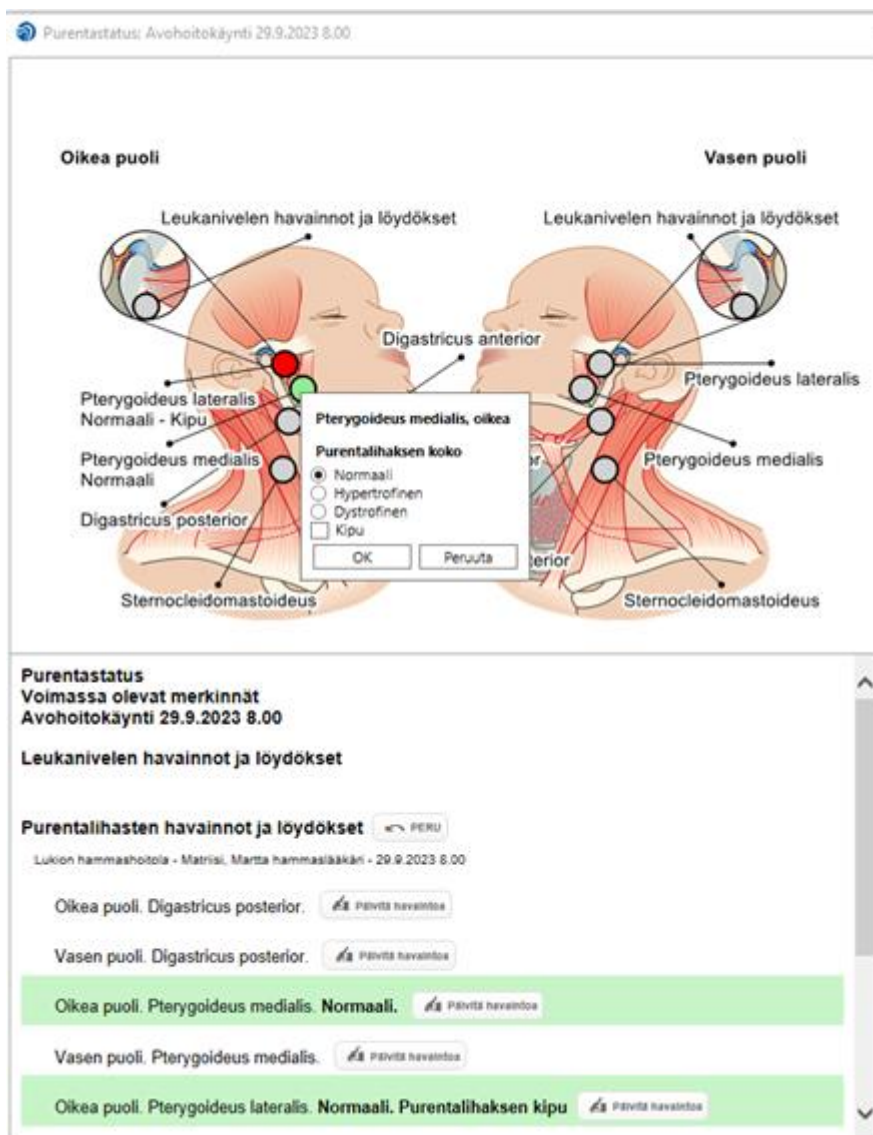


Kuva 4.2. Hampaiston graafisessa statusnäytössä statustiedot voidaan näyttää havainnollisesti. Vasemmalla on Suun status, keskellä Paron status ja oikealla hampaiston sivukuva. Kuvan käyttöön tässä julkaisussa saatu lupa Tietoevry Care:lta.

Potilastietojärjestelmä voi näyttää hammaskartan yhteydessä muitakin määriteltyjä rakenteita (STH03-STH07 tietosisällöt). Näiden kirjaukset vietään Potilastiedon arkistoon SUU- näkymälle.

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

Seuraavassa kuvassa näkyy laajemman suun alueen havaintojen kirjaamisen tuesta graafisena esitystapana.



Kuva 4.3 Purenan 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.

Vaatus 24. Rakenteisesta tiedosta tulee kertomusnäkyillä näyttää hoidon kannalta oleellinen tieto. Potilastiedon arkiston tietosisältömäärittelyt ottavat kantaa, mitkä rakenteistiedot pitää vähintään näyttää luettavana näyttömuototekstinä. Jos oleellista tietoa on hyvin runsaasti, voi kertomusnäkyillä 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- näkyillä oleva vapaa kertomusteksti ja yleisten rakenteisten tietojen mukaiset tiedot valtakunnallisten määritysten mukaisesti.

Vaatus 28. Muilta kuin suun terveydenhuollon 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 (suu- ja leukasairauksien klinikat), riittää, että tiedot kirjataan SUU-näkymälle tekstimuodossa.

5 Suun terveydenhuollon rakenteiset tiedot

Muutokset versioon 2023 lukuun 5:

- STH01-tietosisältöä on muutettu implanttien osalta. Yksi tietokenttä poistettiin, kaksi tietokenttää muutettiin ja lisättiin 12 uutta tietokenttää. Lisäksi hammaskohtaisen proteettisen rakenteen tietojen pakollisuusehtoja korjattiin ja tarkennettiin tietokenttien käyttöä (koodistossa "koodien tarkennus" -kenttä).
- STH01-tietosisällössä käytettävä STH2A-luokitus on uusittu
- Lisätty uusi STH01-tietosisällössä käytettävä luokitus, STH - Hammasimplantin valmistaja
- WHO:n DMF ohje 30-vuotiaalta ja vanhemmilta
- DMF Juuren laskenta
- Poistettu ICDAS-indeksin automaattinen päättely kariesmerkintöjen ja vastaavuustaulukon avulla
- ICDAS-merkinnän puuttumisen tulkintaan muutos
- ICDAS on poistettu STH05-tietosisällöstä ja lisätty STH01-tietosisältöön karieksen lisätiedoksi
- STH01-tietosisältöön on lisätty ientaskun mittauspistekohtainen ienverenvuoto
- STH01-tietosisältöön on lisätty Liikkuvuuden aste -tieto Hampaan liikkuvuudelle
- STH03-tietosisällön tietokenttä Ylipurenan määrä poistetaan tarpeettomana
- STH03-tietosisällön tietokentän Ylähammaskaaren suhde kasvojen keskiviivaan -teksti muutetaan muotoon Ylähammaskaaren keskiviivan suhde kasvojen keskiviivaan
- STH03-tietosisällön tietokentän Aalahammaskaaren suhde kasvojen keskiviivaan -teksti muutetaan muotoon Aalahammaskaaren keskiviivan suhde kasvojen keskiviivaan
- STH03-tietosisällön tietokentän Aalahammaskaaren kasvusuunta muutetaan muotoon Alaleuan kasvusuunta. Sama muutos STH21E-luokitukseen.
- STH03-tietosisällön tietokenttä Aalahammaskaaren deviaatio on muutettu toistuvaksi (voi devioida sekä oikealle että vasemmalle)
- STH03-tietosisällön tietokenttä Deviaation vaihe on muutettu toistuvaksi, lisäksi kentän pakollisuus on poistettu
- STH03-tietosisällön tietokentän Speen kaaren muoto luokitukseen STH21J lisätään uusi määrittely: suora
- STH03-tietosisällön tietokenttä Leukanivelen oireen esiintyminen on muutettu ehdolliseksi pakolliseksi (ei pakollinen, jos oireena on "Ei oiretta")
- STH03-tietosisällön tietokentän Kasvojen profiiliin liittyvän STH28-luokituksen protrusiivinen muutettu kovera ja retrusiivinen muutettu kupera.
- STH04-tietosisällön tietokenttä Puutteellisen huulisulun syyt on muutettu toistuvaksi
- STH04-tietosisällön tietokenttä Minkä hampaan kohdalla limakalvolöydös sijaitsee pakollisuus on poistettu
- STH07-tietosisältöön on lisätty Oikomishoidon yksilöintitunnus, jolla voidaan yhdistää samaan oikomishoitoon liittyvät merkinnät
- STH38-luokituksesta poistettu PerusteenLisätieto-sarake tarpeettomana
- Muutettu joitakin termejä vastaamaan määrittelyjen sanamuotoa
- Päivitetty STH03, STH04 ja STH07 julkaisuaikataulutietoja

Muutokset julkaisun versioon 2021 lukuun 5:

- Tarkennettu toiminnallisesti Proteesin asennuspäivä- tai vuosi tiedon tuottamista, kun kirjataan aiemmin potilaalle asennettujen proteesien tietoja
- Tarkennettu ohjeistusta puhkeamattoman hampaan kirjaamisen osalta.
- Saavutettavuuskorjauksia.

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
- Purenan stabiilius tiedon käsittelyn tarkennus lisätty

- Korjattu plakki-indeksin kohdalta viite oikeaksi (Sillness ja Løe)

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 arkistoidessa 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 hoitokertomustekstistä 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 [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 ja STH04 tuli tallentaa Potilastiedon arkistoon rakenteisina 31.12.2018 mennessä. STH07 osalta toteutusaikataulu on vielä vahvistamatta. STH06 tietosisällön osalta muut määrittelyt kuin harjauskertojen määrä ovat vielä keskeneräiset eikä julkaisuaikataulua ole suunniteltu. 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.

Puhkeamattomalle hampaalle STH01 tietosisällössä on luokituksessa STH2 oma koodi ko. hammastyyppille, koko hampaan puutosta ei ole tarkoitus käyttää puhkeamattoman hampaan tietojen kirjaamiseen.

STH01 tietosisältöä on päivitetty 2023 määrittelyversion yhteydessä. Yksi tietokenttä poistettiin, kaksi tietokenttää muutettiin ja 12 uutta tietokenttää lisättiin. Lisäksi tietojen pakollisuusehtoja korjattiin ja tarkennettiin tietokenttien käyttöä (koodistossa "koodien tarkennus" kenttä).

Tietokenttä Asennetun implantin menetelmä (Codeld 91) poistettiin, tilalle uusi tietokenttä Implanttihoidon ajoitus (Codeld 101). Tietokentän Implantin koko (Codeld 88) tekstimuutos, uusi teksti "Implantin koon lisätiedot",

Tietokentän Proteesihoitomuoto (Codeld 94) koodiarvot muuttuvat: 4= Kiinteä, 5= Irrotettava (aikaisemmin 1= Kiinteä implanttikantoinen, 2= Irrotettava implanttikantoinen proteesi, 3= Irrotettava implanttittuettu kokoproteesi). Kun potilastietojärjestelmässä otetaan käyttöön uusi määrittelyversio, niin ladattaessa aikaisempia statustietoja Potilastiedon arkistosta uuden statuksen pohjaksi, tulee vanhat koodit konvertoida uusiksi vastaaviksi koodeiksi.

Uudet implantaattiin liittyvät tietokentät:

- Implantin pituus (Codeld 97)
- Implantin halkaisija (Codeld 98)
- Asennetun implantin valmistaja (Codeld 99) johon liittyy uusi luokitus STH - Hammasimplantin valmistaja
- Muu asennetun implantin valmistaja (Codeld 100)
- Implanttihoidon ajoitus (Codeld 101)
- Implanttihoidossa huomioidut riskitekijät (Codeld 102)
- Implantin primaarikomplikaation syy (Codeld 103)
- Muu implantin primaarikomplikaation syy (Codeld 104)
- Implantin asennus- ja poistopäivämäärä (Codeld 105)
- Implantin poiston syy (Codeld 106)

- Muu poiston syy (CodeId 107)
- Lisätiedot implanttihoidosta (CodeId 108)

STH01 tietosisältöön lisättiin uusia tietoja 2023 määrittelyversion yhteydessä.

- Uusi tietokenttä Kariesvaurion syvyys ICDAS-luokittelulla (CodeId 109)
- Uusi tietokenttä Ienverenvuoto (CodeId 110)
- Uusi tietokenttä Liikkuvuuden aste (CodeId 111)

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)
- ICDAS-luokan käyttö on vapaaehtoista. Jos ICDAS 0-merkintää ei ole, hammasta ei voida tulkita terveeksi.

STH01-tietosisällössä käytettävä STH2A-luokitus uusittiin 2023 määrittelyversion yhteydessä. Luokitukseen on lisätty uusia koodeja, jotka otetaan käyttöön uuden määrittelyversion yhteydessä. Lisäksi luokituksessa on merkitty päättäneeksi vanhat koodit, joita ei enää käytetä uuden määrittelyversion yhteydessä. Päättäneille koodeille on määritetty uusi korvaava koodi. Huom. Protetiikan takia poistetulle hampaalle ei ole vastaavuutta (protetiikan takia ei poisteta hampaita).

Kun potilastietojärjestelmässä otetaan käyttöön uusi määrittelyversio, niin ladattaessa aikaisempia statustietoja Potilastiedon arkistosta uuden statuksen pohjaksi, tulee vanhat koodit konvertoida uusiksi vastaaviksi koodeiksi.

Vaatus 31. Tietosisältöjen STH01, STH02, STH05 ja STH06 (harjauskertojen lukumäärä) mukaiset tiedot tuli tallentaa Potilastiedon arkistoon 31.12.2016 mennessä rakenteisena. Tietosisältöjen STH03 ja STH04 mukaiset tiedot tuli tallentaa Potilastiedon arkistoon rakenteisina 31.12.2018 mennessä. 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, 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. 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, kuten hampaan poistot, jotka päivittävät hammaskohtaisen statuksen.

Silloin kun proteesi aiheuttaa hammasstatukseen muutoksia, tulisi hammasstatusta päivittää automaattisesti, jos järjestelmä pystyy päättelemään 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 ajan tasalle, joiden paikalla proteesi oli asennettuna. Tämä koskee kaikkia proteeseja, erillistä koodia proteesin poistolle ei suun terveydenhuollon toimenpideluokituksessa ole.

Purentastatus

Purentan 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.

Suuremmat kuin yhden hampaan proteettiset rakenteet

Kun kirjataan aikanaan asennettuja proteettisia rakenteita, pitää potilaan itsensä antama arviovuosi kirjata potilaan kanssa yhteisymmärryksessä. Tietotyyppi edellyttää, että annetaan kalenterivuosi tai tarkempi päiväys.

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](#). kuvatus 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 hampaat 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.

STH05 tietosisältöä muutettiin 2023 määrittelyversion yhteydessä. ICDAS indeksi poistettiin STH05 tietosisällöstä ja siirrettiin STH01 tietosisältöön karieksen lisätiedoksi.

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 arkistoitaessa erillisenä tietosisältönä, niiden näyttäminen ja kirjaaminen suositellaan toteuttamaan samaan potilastietojärjestelmän näkymään, missä kyseiseen asiaan liittyvät muutkin kirjaukset tehdään (STH01 Hampaiston nykytila).

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 purentasuhde (STH21K Purentasuhde -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 purentasuhde (STH21K Purentasuhde -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.

Dental caries indices: tooth (DMFT, dmft) and surface levels (DMFS, dmfs)

Information on the Decayed, Missing and Filled Teeth Index (DMFT) can be derived directly from the data in Boxes 45–76 and 77–108 (**Annex 1**). The D component includes all teeth with codes 1 or 2. The M component comprises teeth coded 4 in subjects under 30 years of age, and teeth coded 4 or 5 in subjects 30 years and older, i.e. missing due to caries or for any other reason. The F component includes teeth only with code 3. The basis for DMFT calculations is 32 teeth, i.e. all permanent teeth including wisdom teeth. Teeth coded 6 (fissure sealant) or 7 (fixed dental prosthesis/bridge abutment, special crown or veneer/implant) are not included in calculations of the DMFT index. In the case of the primary teeth, the calculation of the dmft index is similar, i.e. by deriving information from data codes A, B, C and D and E in the oral health assessment form (**Annex 2**).

When a survey is undertaken for a particular purpose, e.g. evaluation of a disease prevention programme, planners may wish to record dentition status by tooth surface and to calculate the DMFS and dmfs indices. Record forms for this purpose are available in **Annex 3** (for adults) and **Annex 4** (for children).

A DFT index applicable to roots can easily be calculated as data for each tooth are collected during examination; this index is especially relevant in older population groups.

Kuva 5.1 WHO:n Oral Health Surveys Basic Methods sivulla 47 oleva ohje

- 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 722 (Karies ja pulpaperäiset syyt) mukaisen kirjaukset sisältyvät M-komponenttiin. Jos poiston syytä ei ole tiedossa, käytännössä kaikki poistosyyt sisältyvät M-komponenttiin. WHO:n ohjeen mukaan 30 vuotiailta ja vanhemmilta lasketaan mukaan kaikki poistetut (riippumatta onko poistettu kariksen tai muun syyn takia).
- Hampaiden lukumäärät ilmoitetaan osakomponenttitason rakenteina samalla jaottelulla, ja tämä raportoidaan Avohilmon tiedonkeruussa (2018 julkaisun muutos). Määrittelyversion 2023 myötä hampaiden lukumäärät tulee ilmoittaa osakomponenttitason rakenteina.
- Ilmoitetaan erikseen pysyvistä hampaista (DMF) ja maitohampaista (dmf). dmf ilmoitetaan 0-17-vuotiaista ja DMF kuusivuotiaista ja sitä vanhemmista. Potilaan reikiintyneiden hampaiden lukumäärä (d+D), jonka

potilastietojärjestelmä voi 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 viideltä (5) pinnalta, inkisiivien ja kulmahampaiden osalta neljältä (4) pinnalta, koska purupintaa eli okklusaalipintaa näissä hampaissa ei varsinaisesti ole. Puuttuvan hampaan pinnoiksi lasketaan inkisiiveille tai kulmahampaille neljä (4) pintaa, muille hampaille viisi (5) pintaa. Sama hammas lasketaan vain kerran ja sen pinnat lasketaan vain kerran, vaikka siinä olisi paljon löydöksiä. Kariesen rajana on dentiinikaries, kiillekariesta ei lasketa indekseihin.
- SUUNTA Yhteistyöstilan Kysymys/Vastausosio: DMF/dmf indeksi on kariesindeksi, joten muun syyn kuin kariesen takia juurena olevaa hammasta ei kuuluisi siihen sisällyttää. Käytännössä kuitenkin M-komponentti sisältää myös muista syistä poistettuja hampaita.
- 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 viisi (5) pintaa, paitsi inkisiiveissä ja kulmahampaissa pintojen määräksi lasketaan neljä (4) pintaa
 - Hammaspintojen lukumäärät ilmoitetaan osakomponenttitason rakenteina samalla jaottelulla, ja tämä raportoidaan Avohilmon tiedonkeruussa (2018 julkaisun muutos). Määrittelyversion 2023 myötä hampaiden lukumäärät tulee ilmoittaa osakomponenttitason rakenteina.
 - Ilmoitetaan erikseen pysyviä 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 = 6 mm 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 merkitä tuloksen GI-arvoksi.
 - Tietojen kirjaus potilastietojärjestelmässä voidaan toteuttaa 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 merkitä tuloksen PI-arvoksi.
- Tietojen kirjaus potilastietojärjestelmässä voidaan toteuttaa 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.

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 mittauksien 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 oikomishoitoon liittyvän anamneesiin, oikomishoidon röntgenanalyysin, diagnoosin asettamisen ja oikomishoidon toteutuksen rakenteisia tietoja, tämän kokonaisuuden toteutusaikataulu on tällä hetkellä vahvistamatta. Tietoja tuotetaan oikomishoidon tarvetta arvioitaessa sekä oikomishoidon toteutuksen yhteydessä. Käytetty oikomishoidon tarveluokitus on kaksiportainen, tietosisällössä menee yhteen kenttään luokitukseltaan (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 versioon 2023 lukuun 6:

- Implantin asettamis- ja poistotoimenpiteissä huomioitu muuttunut STH01 tietosisältö
- Toimenpidekoodien SPC01, SPC05, SPC08 ja SPC09 vaikutusta statukseen korjattu
- Muiden kuin erikseen mainittujen toimenpidekoodien vaikutus statukseen
- Puuttuvalle hampaalle saa merkitä myös Hampaan puutoksen syy -tiedon
- Poistettu luvun 6 lopussa virheellisesti ollut Vaatimus 34
- Kariessaneerauksen ja purennan korotuksen toimenpiteiden vaikutus statuskirjaukseen

Muutokset julkaisun versioon 2021 lukuun 6:

- Korjattu juurenhoitotoimenpiteen SGB10, SGB20, SGB30 kuvaukset, miten vaikuttavat statuskirjaukseen
- Kariessaneerauksen ja purennan korotuksen toimenpiteiden vaikutus statuskirjaukseen
- Korjattu linkkejä.

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 ennaltaehkäisyn 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 [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. Statuksen tilaan vaikuttavia toimenpidekoodeja saatetaan julkaista ennen kuin tätä dokumenttia seuraavan kerran päivitetään. 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.

Kuva 6.1 Toimenpidekoodien vaikutus statusmerkintöihin

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 Hampaille uusi entry, jossa Hampaan tiedoksi kirjataan Koko hampaan puutos (Codeld 4 = 71).

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

EBA16 Hampaiston saneeraus, vaativa tarkoittaa 4 tai useamman hampaan tai hampaan juurten poistoa samasta leuasta (joko ylä- tai alaleuasta) samalla käynnillä, eli toimenpide tulee kohdistaa vähintään 4 hampaaseen. Vähintään yksi poistoista on vaativa. Koodin kirjaaminen poistaa kaikki koodille kirjatut hampaat statuksesta.

EBA17 Hampaiston saneeraus, erittäin vaativa. Vähintään 11 hampaan tai hampaan juurten poista samasta leuasta. Vähintään neljä poistoista on vaativia. tarkoittaa 4 tai useamman hampaan tai hampaan juurten poistoa samasta leuasta (joko ylä- tai alaleuasta) samalla käynnillä, eli toimenpide tulee kohdistaa vähintään 4 hampaaseen. Vähintään yksi poistoista on vaativa. Koodin kirjaaminen poistaa kaikki koodille kirjatut hampaat statuksesta.

EBA15, EBA16 ja EBA17 koodia käytettäessä merkitään tuottamalla kaikille koodille kirjatuille Hampaille uusi entry, jossa Hampaan tiedoksi kirjataan Koko hampaan puutos (Codeld 4 = 71).

Taulukko 6.1 Hampaan poistojen vaikutus hammasstatukseen.

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)	
EBA16	Codeld 4 = 71 (1)	
EBA17	Codeld 4 = 71 (1)	

(1) Merkitään kaikille toimenpidekoodille kirjatuille hampaille

Kirjattaessa Koko hampaan puutos (Codeld 4 = 71) syvempien hierarkioiden tiedoista saa antaa ainoastaan kentät Hampaan puutoksen syy (Codeld 10.1) ja 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. Implantin tiedot kysytään kirjaajalta toimenpidemerkinnän yhteydessä tai täydennetään erikseen.

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. Jos hampaalle on kirjattuna aikasemmin poistetun implantin tiedot, myös ne poistetaan eli ei tarvitse säilyttää historiaa poistetuista implanteista. Implantin tiedot tulee kirjaajan erikseen täydentää statukseen.

- 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), Luun määrä implantin kaulaosan ympärillä (Codeld 83), Implantin tunnusnumero (Codeld 86), LOT (Codeld 87), Implantin pituus (Codeld 97), Implantin halkaisija (Codeld 98),

Implantin koon lisätiedot (Codeld 88), Proteettisen rakenteen materiaali (Codeld 89), Asennetun implantin valmistaja/Muu asennetun implantin valmistaja (Codeld 99/Codeld 100), Asennetun implantin kauppanimi (Codeld 90), Implanttihoidon ajoitus (Codeld 101, Implanttihoidon syy/Muu implanttihoidon syy (Codeld 92/Codeld 93), Implanttihoidossa huomioidut riskitekijät (Codeld 102), Proteesihoitomuoto (Codeld 94), Menetelmän taustatekijöitä/Kauppanimi (Codeld 95/Codeld 96), Implantin asennuspäivämäärä (Codeld 105) ja Lisätiedot implanttihoidosta (Codeld 108) 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.

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.

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). Jos hampaalle on kirjattuna aikaisemmin poistetun implantin tiedot, myös ne poistetaan eli ei tarvitse säilyttää historiaa poistetuista implanteista. Implantin tiedot tulee kirjaajan erikseen täydentää statukseen.

- Vanhojen tietojen poisto ja implantin kirjaus merkitään tuottamalla kaikille koodeille kirjatulle hampaille uusi entry, jossa Hampaan tiedoksi kirjataan Hampaan juuren korvaava implantti (Codeld 4 = 3).
- Proteettinen rakenne (Codeld 81), Luun määrä implantin kaulaosan ympärillä (Codeld 83), Implantin tunnusnumero (Codeld 86), LOT (Codeld 87), Implantin pituus (Codeld 97), Implantin halkaisija (Codeld 98), Implantin koon lisätiedot (Codeld 88), Proteettisen rakenteen materiaali (Codeld 89), Asennetun implantin valmistaja/Muu asennetun implantin valmistaja (Codeld 99/Codeld 100), Asennetun implantin kauppanimi (Codeld 90), Implanttihoidon ajoitus (Codeld 101, Implanttihoidon syy/Muu implanttihoidon syy (Codeld 92/Codeld 93), Implanttihoidossa huomioidut riskitekijät (Codeld 102), Proteesihoitomuoto (Codeld 94), Menetelmän taustatekijöitä/Kauppanimi (Codeld 95/Codeld 96), Implantin asennuspäivämäärä (Codeld 105) ja Lisätiedot implanttihoidosta (Codeld 108) 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.

ECU00 Hammasharjanteeseen kiinnitetyn istutteen tai kiinnityslaitteen poisto -koodi kirjataan, kun poistetaan yksi hammasimplantti (koodi kirjataan kerran jokaista poistettavaa hammasimplanttia kohden).

- Poiston kirjaaminen merkitään tuottamalla koodille kirjatulle Hampaalle uusi entry, jossa Hampaan tiedoksi kirjataan Koko hampaan puutos (Codeld 4 = 71).
- Jos hampaaseen oli kirjattu implantti Proteettinen rakenne (Codeld 81 =30) sen tiedot kopioidaan aiemmalta hampaan entryltä (poistettavan implantin tiedot säilytetään) ja implantin tietoihin kirjataan Implantin poistopäivämäärä (Codeld 105) sekä Implantin poiston syy (Codeld 106)/Muu poiston syy (Codeld 107). Poiston syy kysytään käyttäjältä.
- Koodin voimassaolo on päättynyt 1.12.2023.

ECU01 Hampaan keinojuuren poisto, tavanomainen -koodi kirjataan, kun poistetaan yksi hammasimplantti (koodi kirjataan kerran jokaista poistettavaa hammasimplanttia kohden).

- Poiston kirjaaminen merkitään tuottamalla koodille kirjatulle Hampaalle uusi entry, jossa Hampaan tiedoksi kirjataan Koko hampaan puutos (Codeld 4 = 71).
- Jos hampaaseen oli kirjattu implantti Proteettinen rakenne (Codeld 81 =30) sen tiedot kopioidaan aiemmalta hampaan entryltä (poistettavan implantin tiedot säilytetään) ja implantin tietoihin kirjataan Implantin

poistopäivämäärä (Codeld 105) sekä Implantin poiston syy (Codeld 106)/Muu poiston syy (Codeld 107). Poiston syy kysytään käyttäjältä.

ECU02 Hampaan keinojuuren poisto, vaativa -koodi kirjataan, kun poistetaan yksi hammasimplantti (koodi kirjataan kerran jokaista poistettavaa hammasimplanttia kohden).

- Poiston kirjaaminen merkitään tuottamalla koodille kirjatulle Hampaalle uusi entry, jossa Hampaan tiedoksi kirjataan Koko hampaan puutos (Codeld 4 = 71).
- Jos hampaaseen oli kirjattu implantti Proteettinen rakenne (Codeld 81 =30) sen tiedot kopioidaan aiemmalta hampaan entryltä (poistettavan implantin tiedot säilytetään) ja implantin tietoihin kirjataan Implantin poistopäivämäärä (Codeld 105) sekä Implantin poiston syy (Codeld 106)/Muu poiston syy (Codeld 107). Poiston syy kysytään käyttäjältä.

ECU03 Hammasharjanteeseen kiinnitetyn kiinnityslaitteen poisto, tavanomainen -koodi kirjataan, kun poistetaan yksi hammasimplantti (koodi kirjataan kerran jokaista poistettavaa hammasimplanttia kohden).

- Poiston kirjaaminen merkitään tuottamalla koodille kirjatulle Hampaalle uusi entry, jossa Hampaan tiedoksi kirjataan Koko hampaan puutos (Codeld 4 = 71).
- Jos hampaaseen oli kirjattu implantti Proteettinen rakenne (Codeld 81 =30) sen tiedot kopioidaan aiemmalta hampaan entryltä (poistettavan implantin tiedot säilytetään) ja implantin tietoihin kirjataan Implantin poistopäivämäärä (Codeld 105) sekä Implantin poiston syy (Codeld 106)/Muu poiston syy (Codeld 107). Poiston syy kysytään käyttäjältä.

ECU04 Hammasharjanteeseen kiinnitetyn kiinnityslaitteen poisto, vaativa -koodi kirjataan, kun poistetaan yksi hammasimplantti (koodi kirjataan kerran jokaista poistettavaa hammasimplanttia kohden).

- Poiston kirjaaminen merkitään tuottamalla koodille kirjatulle Hampaalle uusi entry, jossa Hampaan tiedoksi kirjataan Koko hampaan puutos (Codeld 4 = 71).
- Jos hampaaseen oli kirjattu implantti Proteettinen rakenne (Codeld 81 =30) sen tiedot kopioidaan aiemmalta hampaan entryltä (poistettavan implantin tiedot säilytetään) ja implantin tietoihin kirjataan Implantin poistopäivämäärä (Codeld 105) sekä Implantin poiston syy (Codeld 106)/Muu poiston syy (Codeld 107). Poiston syy kysytään käyttäjältä.

ECU05 Mini-implantin tai -ruuvin poisto, suppea

ECU06 Mini-implantin tai ruuvin poisto (vaatii leikkauksen)

Koodien kirjaaminen poistaa implantin kaikilta ko. hampailta.

- Poiston kirjaaminen merkitään tuottamalla koodille kirjatulle Hampaalle uusi entry, jossa Hampaan tiedoksi kirjataan Koko hampaan puutos (Codeld 4 = 71).
- Jos hampaaseen oli kirjattu implantti Proteettinen rakenne (Codeld 81 = 30) sen tiedot kopioidaan aiemmalta hampaan entryltä (poistettavan implantin tiedot säilytetään) ja implantin tietoihin kirjataan Implantin poistopäivämäärä (Codeld 105) sekä Implantin poiston syy (Codeld 106)/Muu poiston syy (Codeld 107). Poiston syy kysytään käyttäjältä.

Taulukko 6.2 Hampaan implanttien asettamisten ja poistojen vaikutus hammasstatukseen.

Toimenpide	PTJ tuottaa automaattisesti	Kirjaaja täydentää
EBB10	Codeld 4 = 3	Codeld 81, 83, 86, 87, 97, 98, 88, 89, 99, 100, 90, 101, 92, 93, 102, 94, 95, 96, 105 ja 108
EBB11	Codeld 4 = 3 (1)	Codeld 81, 83, 86, 87, 97, 98, 88, 89, 99, 100, 90, 101, 92, 93, 102, 94, 95, 96, 105 ja 108
ECW05	Codeld 4 = 3 (1)	Codeld 81, 83, 86, 87, 97, 98, 88, 89, 99, 100, 90, 101, 92, 93, 102, 94, 95, 96, 105 ja 108
ECW06	Codeld 4 = 3 (1)	Codeld 81, 83, 86, 87, 97, 98, 88, 89, 99, 100, 90, 101, 92, 93, 102, 94, 95, 96, 105 ja 108
ECU00	Codeld 4 = 71 Codeld 105	Codeld 106 ja Codeld 107
ECU01	Codeld 4 = 71 Codeld 105	Codeld 106 ja Codeld 107
ECU02	Codeld 4 = 71 Codeld 105	Codeld 106 ja Codeld 107
ECU03	Codeld 4 = 71 Codeld 105	Codeld 106 ja Codeld 107
ECU04	Codeld 4 = 71 Codeld 105	Codeld 106 ja Codeld 107
ECU05	Codeld 4 = 71 (1) Codeld 105	Codeld 106 ja Codeld 107
ECU06	Codeld 4 = 71 (1) Codeld 105	Codeld 106 ja Codeld 107

(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 tarkkuuskiinnikemerkinnät. 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 Hampaille 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

SPA31 Parapulpaalinastan upotus

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

Kun yllä olevat hampaan kiinteisiin proteettisiin 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 proteettisiin 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 kirjatuille 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 kirjatuille Hampaille uusi entry, jossa Hampaan tiedoksi kirjataan Koko hampaan puutos (Codeld 4 = 71),
 - tuottamalla kaikille tukihampaaksi kirjatuille 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.

SPD01 Valmiin limakalvokantaisen hammaskokoproteesiin istuvuuden ja purennan lopullinen tarkistus koekäytön jälkeen**SPD03** Valmiin implanttikantaisen 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 tyypin 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.

Vaatus 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 6.3 Proteettisten toimenpiteiden vaikutus hammasstatukseen.

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 = 24	materiaali (Codeld 89)
SPC08	Codeld 81 = 21	implanttikruunun tyyppi (Codeld 82), materiaali (Codeld 89)
SPC09	Codeld 81 = 21	implanttikruunun tyyppi (Codeld 82), materiaali (Codeld 89)
SPC05	Codeld 81 = 24	materiaali (Codeld 89)
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

Kariessaneerauksen ja purenan korotuksen toimenpiteiden vaikutus statukseen

Hampaiston kariessaneerauksessa käytetään toimenpidekoodeja SFE01 ja SFE02. Nämä toimenpidekoodit eivät ole hammaskohtaisia, vaan koodit sisältävät useampaan hampaaseen tehdyt kariessaneeraukset. Koodin kirjaaminen poistaa kaikista koodille kirjatuista hampaista kariesmerkinnät ja hampaille lisätään väliaikainen täyte. Jos toimenpidekoodia käytettäessä ei voi valita mitä hampaita toimenpide koskee, pitää käyttäjän tehdä merkinnät statukseen manuaalisesti.

Purenan korotuksessa käytetään toimenpidekoodeja SHC01 - SHC03. Nämä toimenpidekoodit eivät ole hammaskohtaisia, vaan koodit kohdistuvat useampaan hampaaseen. Koodin kirjaaminen lisää kaikille koodille kirjatuille hampaille käytetyn materiaalin ja materiaalin käyttötarkoituksen, joka tässä tilanteessa on muu. Jos toimenpidekoodia kirjattaessa ei voi valita mitä hampaita toimenpide koskee, pitää käyttäjän tehdä merkinnät statukseen manuaalisesti.

Purentatason alapuolelle jääneen hampaan korottamiseen käytetään toimenpidekoodia SHD01. Toimenpidekoodi merkitään hammaskohtaisesti.

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 lisättyllä 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 käyttötarkoituksiksi 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 6.4 Hampaan paikkaustoimenpiteiden vaikutus hammasstatukseen.

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 ole merkitty 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 6.5 Hampaan juurenhoitotoimenpiteiden vaikutus hammasstatukseen.

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	

Toimenpide	PTJ tuottaa automaattisesti	Kirjaaja täydentää
SGB10	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11, Codeld 18 = 12	Codeld 20
SGB20	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11, Codeld 18 = 12	Codeld 20
SGB30	Codeld 33 = false, Codeld 38 = 1, Codeld 39 = 11, Codeld 18 = 12	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 kertomusnäkykymälle 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 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 vaarannu 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 kariesmerkintä statuksessa aiheuttaisi vastaavan rakenteisen diagnoosimerkinnän, vaan diagnoosin kirjaaminen on kirjaajan tehtävissä harkintansa mukaan.

6.3 Riskitiedot

Potilaan riskitiedot ovat tietoja 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.

Rakenteisia lääkitystietoja ei olla tuomassa Potilastiedon arkiston sisällöksi, vaan valtakunnallinen Kanta-lääkityslista tullaan toteuttamaan Reseptikeskuksen palveluna vuosina 2026-2027. Kanta-lääkityslista tulee ottaa käyttöön koko Suomessa 1.10.2027 mennessä.

6.5 Terveys- ja hoitosuunnitelma

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

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, kirjataan tekstinä jatkuvan kertomuksen muotoon Hammas-, suu- ja leukasairaudet (SUU) näkymlle Suunnitelma-otsikon alle.

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) -näkymlle. Näkyvän valon kuvien tutkimusmerkinnät kirjataan pääsääntöisesti kertomusnäkymlle Hammas-, suu- ja leukasairaudet (SUU) näkymlle. Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmästä on päästävä katsomaan muita Potilastiedon arkistossa olevia tietoja ja kirjaamaan uusia laboratorio- ja kuvantamistutkimusten tietoja potilaskertomusmerkintöinä. Määrittelyt on kuvattu Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely [4] julkaisussa ja Potilastiedon arkiston kertomus ja lomakkeet [2], Kanta [Kuvantamisen CDA R2 merkinnät](#) [22] ja [Kanta Laboratorion CDA R2 merkinnät](#) [23] -määrityksissä. Tietosisällöt ja rakenteet on kuvattu koodistopalvelimella olevissa tietosisältömäärittelyissä:

- [THL/Tietosisältö – Laboratoriotutkimuspyynnöt 201601](#)
- [THL/Tietosisältö – Laboratoriotutkimuspyynnöt 202301](#)
- [THL/Tietosisältö – Laboratoriotutkimukset 201601](#)
- [THL/Tietosisältö – Laboratoriotutkimukset 202301](#)
- [THL/Tietosisältö – Laboratoriotutkimuslausunnot 201601](#)
- [THL/Tietosisältö – Laboratoriotutkimuslausunnot 202301](#)

- [THL/Tietosisältö – Kuvantamistutkimuspyynnöt 201601](#)
- [THL/Tietosisältö – Kuvantamistutkimuspyynnöt 202301](#)

- [THL/Tietosisältö – Kuvantamistutkimukset 201601](#)
- [THL/Tietosisältö – Kuvantamistutkimukset 202301](#)
- [THL/Tietosisältö – Kuvantamistutkimuslausunnot 201601](#)
- [THL/Tietosisältö – Kuvantamistutkimuslausunnot 202301](#)

THL/Tietosisältö - Kuvantamistutkimukset - tietorakenteeseen tehtiin intraoraali- ja bitewing -kuviin muutos. Tietosisältöön lisättiin hampaan numero -kenttä pakollisena tietona, jos organisaatio arkistoi intraoraalikuvia kansalliseen Kuva -aineistojen arkistoon (Kvarkkiin). Suun terveydenhuollon intraoraalikuvien määrittelyt on valmiina ja julkaistu 2023. Julkaisuaikataulun mukaan takaraja arkistoinnin käyttöönotolle on 1.10.2029.

Näkyvän valon kuvien määrittelyt ovat valmiit ja julkaistu 2023. Julkaisuaikataulun mukaan takaraja arkistoinnin käyttöönotolle on 1.10.2029.

[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, kuten 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 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 suun terveydenhuollossa ja alemmat asiakasmaksut julkisessa suun terveydenhuollossa 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 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. 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 ravitsemus, 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 versioon 2023 lukuun 7:

- Lisätty uusi luokitus STH - Hammasimplantin valmistaja

Ei muutoksia julkaisun versioon 2021 lukuun 7:

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.

Kuhunkin suun terveydenhuollon tietosisältöön liittyvät luokitukset on lueteltu taulukoissa 7.1-7.7.

Taulukko 7.1. 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 lentaskun syvyys
STH - STH9B lentaskun 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
STH - Hammasimplantin valmistaja

Taulukko 7.2 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 hammastyypit
STH - STH13C Ylä- tai alaleuan havainto tai löydös

Taulukko 7.3. 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 Alaleuan kasvusuunta
STH - STH21F Alahammaskaaren liuku
STH - STH21G Alahammaskaaren liikkeen interferenssi
STH - STH21H Alaleuan keskiviiva suhteessa yläleuan keskiviivaan
STH - STH21I Deviaation esiintyminen
STH - STH21J Speen kaaren muoto
STH - STH21K Purentasuhde
STH - STH21L Alakasvokorkeus
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 7.4. Pehmyt- ja kovakudosten havainnot (STH04) -tietosisältöön liittyvät luokitukset.

STH04 Pehmyt- 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

STH04 Pehmyt- ja kovakudosten havainnot
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 7.5. 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 Purentasuhte
STH - STH33 Pään ja vartalon puoli
STH - STH34 Hampaiston sekstantti

Taulukko 7.6. Suun terveydenhuollon esitiedot ja omahoito (STH06) -tietosisältöön liittyvät luokitukset.

STH06 Suun terveydenhuollon esitiedot ja omahoito
STH - STH35 Harjauskertojen määrä

Taulukko 7.7. 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 (STH06) osalta Harjauskertojen määrää.

Vaiheistusasetuksessa on käsitelty suun terveydenhuollon tietosisältöä yhtenä suun terveydenhuollon asiakirjojen kokonaisuutena. 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 vaiheistusasetuksen mukaisesti pakolliseksi vuoden 2018 loppuun mennessä. Näiden tietosisältöjen käyttöönotot tuli aloittaa välittömästi, kun järjestelmät olivat läpäisseet Kelan testaukset.

STH07 Oikomishoito-tietosisältö luokitukseineen on päivitetty ja julkaistu Koodistopalvelimella. Kyseessä on uusi tietosisältö Suun terveydenhuollon toiminnalliset määrittelyt -dokumentin 2023 versiossa. Kyseisen julkaisun kirjoitushetkellä vastaavaa HL7 CDA-määrittelyä ei ole vielä tehty ja toteutusaikataulu on vahvistamatta.

STH06 Suun terveydenhuollon esitiedot ja omahoito -tietosisällön osalta rakenteisesti Potilastiedon arkistoon tällä hetkellä tuotetaan tieto harjauskertojen lukumäärästä. Tietosisällön jatkokehitystyö käynnistetään vuoden 2024 aikana. Tässä yhteydessä tarkastellaan muun muassa kevään 2024 aikana julkaistavan Hyvä Käytäntö -konsensussuosituksen mukaisen suun yksilöllisen tutkimus- ja hoitovälin määrittämisen käyttämistä apuna suun sairauksien riskiluokituksen mahdollisessa laatimisessa osaksi tietosisältöä. Tavoitteena on myös potilaan kokeman suun terveyden huomioiminen tietosisällössä. STH06 tietosisällön toteutuksessa otetaan huomioon myös OmaKannan, Omatietovarannon sekä muiden kansallisten asiointipalveluiden kehitystyö. Lisäksi Potilastiedon arkistoon toteutettujen suun terveydenhuollon tietorakenteiden kokonaisvaltainen päivitystyö (STH01 - STH05) on huomioitu osana tulevien vuosien suun terveydenhuollon tietosisältöjen kehittämissuunnitelmaa.

THL suun terveydenhuollon toimenpideluokituksella on statusta päivittävien toimenpidekoodien kautta yhteys suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toiminnallisiin määrittelyihin. Tästä johtuen suun terveydenhuollon toimenpideluokituksen muutokset on synkronoitava muiden suun terveydenhuollon rakenteisten sisältöjen päivitykseen.

Kansallisena tavoitetilana on pyrkimys vähentää erillisiä tilasto- ja rekisteritietojen keräämisiä terveydenhuollossa ja edistää myös tältä osin tiedon kertakirjaamista. Erillisinä projekteina yhtenäistetään muun muassa Avohilmo/Hilmo- tietosisältöjen kanssa suun terveydenhuollon indeksitietoja ja toimenpideluokituksen rakenteita. Suun terveydenhuollon laaturekisterityössä verrataan Avohilmo/Hilmo-tietosisältöjä Kanta-tietoaaltaasta saatavaan tietoon sekä harmonisoidaan suun terveydenhuollon tietosisältöjä tiedon ensisijaisen ja toissijaisen käytön näkökulmista yhteensopiviksi. Näin mahdollistetaan tulevaisuudessa tilasto- ja rekisteritietojen kerääminen kattavasti Kanta-kirjauksista.

Suun terveydenhuollon laajojen kuvantamistutkimusten kuvia (esimerkiksi pantomografia-, kefalometria- ja kartiokeilatutkimus) on ollut mahdollista arkistoida Kuva-aineiston arkistoon vuodesta 2018 lähtien. Suun terveydenhuollon kuvien kansallinen arkistointi laajenee vuoden 2024 aikana hammaslääkärikäynneillä tehtäviin kuvantamistutkimuksiin, joita ovat muun muassa intraoraali- ja bitewing -kuvat. Suun terveydenhuollon valokuvien arkistointi mahdollistuu myöhemmin näkyvän valon kuvien kansallisen arkistoinnin käynnistyttyä. Julkaisuaikataulun mukaan takaraja niin kuvantamistutkimusten kuin näkyvän valon kuvien arkistoinnin käyttöönotolle on 1.10.2029.

Tiedonhallintapalvelun kautta ylläpidettävän terveys- ja hoitosuunnitelman käyttökokemuksia ja asiakassuunnitelman kehittämistarpeita laajemmin selvitetään muun muassa hoidon seurannan tietorakenteisiin liittyvän kehitystyön yhteydessä. Tässä arvokasta olisi myös suun terveydenhuollon terveys- ja hoitosuunnitelman käyttökokemusten ja asiakassuunnitelman kehittämiseen liittyvien toiveiden ja tarpeiden saaminen.