

Kirjaamisopas

Suun terveydenhuolto

Ulla Harjunmaa
Tarja Rätty
Maria Pohjanvuori
Seppo Turunen

1.2

01/2021



Versiohallinta

Versio	Päiväys	Kuvaus tehdyistä muutoksista	Tekijät
0.9	2.11.2015	Verkkajulkaisuksi muokkaaminen; Terveystieteiden rakenteisen kirjaamisen opas, täydennettynä suun terveydenhuollon osuuksilla	SuunTa-pilotit, Seppo Turunen, Hanna-Leena Saarela
0.95	9.11.2015	Täsmennyksiä; mm. viittauksia toiminnallisiin määrityksiin poistettu	Maria Pohjanvuori, Seppo Turunen
1.0	24.11.2015	Lisätty otsikko ”Rakenteisen kirjaamisen toteutus ja hyödyntäminen potilastieto-järjestelmissä”. Poistettu otsikko ”Hilmo, AvoHILMO”.	Seppo Turunen
1.0	18.12.2015	Julkaisuksi muokkaaminen	Maria Pohjanvuori
1.1	21.3.2016	Lisätty liite 2 ja kohta 1.5 ”Palvelutapahtuma”, täsmennetty kohdan 3.2. johdantokappaletta	Maria Pohjanvuori, Seppo Turunen
1.2	20.10.2020	<ul style="list-style-type: none"> • Riskitietojen ja Lääkehoidon kirjaamiskäytäntöjä on tarkennettu • Oppaan tekstiä on tarkennettu ja stilisoitu läpi koko dokumentin • Seuraavia lukuja on päivitetty laajemmin <ul style="list-style-type: none"> ○ 2.3 Suun terveydenhuollossa käytettävät näkymät ○ 3.3 Tulotilanne – havainnot ja tutkimukset ○ 4.2 Suun terveydenhuollon indeksit ○ 3.6 Hoidon arviointi • Vanhentuneita linkkejä on poistettu ja päivitetty lähdeviittauksia 	Ulla Harjunmaa, Tarja Rätty

Sisällys

Versiohallinta	2
Lukijalle	5
1 Johdanto	6
2.1 Rakenteiset tiedot suun terveydenhuollossa	7
2.2 Rakenteisen kirjaamisen toteutus ja hyödyntäminen potilastietojärjestelmissä	9
2.3 Suun terveydenhuollossa käytettävät näkymät	9
2.4 Hoitoprosessin vaiheet	11
2.5 Palvelutapahtuma	11
3 Kansallisten otsikkojen käyttäminen suun terveydenhuollossa	12
3.1 Koko merkinnän otsikot	12
Etäkontakti	12
Konsultaatio / Lähetä	13
Lausunto	13
Väliarvio	13
Loppuarvio (epikriisi)	14
3.2 Tulotilanne – tulosyy ja esitiedot	15
Tulosyy	15
Esitiedot (Anamneesi)	15
Terveyteen vaikuttavat tekijät	15
Riskitiedot	16
3.3 Tulotilanne – havainnot ja tutkimukset	16
Nykytila (status)	16
Proteesimerkintä ja statusmerkintä	17
Proteesikirjausten vaikutus hammaskohtaiseen statukseen	17
3.4 Suun terveydenhuollon indeksit	18
3.5 Suun terveydenhuollon mittaukset	21
Toimintakyky	21
Tutkimukset	21
Fysiologiset mittaukset	22
3.6 Hoidon suunnittelu	22
Hoidon tarve	22
Hoidon tavoitteet	22
Suunnitelma	23
3.7 Hoidon toteutus	23
Toimenpiteet	23
Lääkehoito	24

Ennaltaehkäisy (Preventio)	24
Apuvälineet ja hoitotarvikkeet	25
3.8 Hoidon arviointi	26
Diagnoosi	26
Hoidon syy	26
Hoidon tulokset	27
4 Muut otsikot	28
4.1 Luokittelemattomat otsikot (määrittelemätön)	28
Muu merkintä	28
4.2 Otsikot joille ei ole suun terveydenhuollossa vakiintunutta sisältöä	28
Päivittäismerkintä (decursus)	28
Hoitotoimet (Hoidon toteutus)	28
Hoitoisuus (Hoidon arviointi)	28
Kuntoutus (Hoidon toteutus)	29
Terveystarkastus	29
Testaus- ja arviointitulokset (Tulotilanne, havainnot ja tutkimukset)	29
5 Luokitusten käytöstä ja jatkokehityksestä	30
5.1 Kirjaamisen rakenteiden kehittäminen	30
Lähteet ja viitteet	32

Lukijalle

Suun terveydenhuollon kirjaamisopas kuuluu THL:n kirjaamis-oppaiden sarjaan, jonka tarkoitus on ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä kansallisesti potilastiedon yhdenmukaisiin rakenteisiin kirjaamiskäytäntöihin, mikä parantaa tietojen yhteiskäytettävyyttä eri organisaatioiden ja ammattihenkilöiden välillä ja mahdollistaa tietojen hyödyntämistä myös tiedon toissijaisessa käytössä.

Kirjaamisen yleisopas **Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, Osa 1** on tarkoitettu kaikille Potilastiedon arkistoa käyttäville terveydenhuollon ammattihenkilöille. Sen avulla voidaan tuottaa potilaan hoidosta arkistokäyttöön vaaditut perustiedot. Opassarjaa laajennetaan erikoisala- ja palvelukohtaisilla kirjaamisoppailla, joilla tarkennetaan yleisiä kirjaamisohjeita erikoisala- ja palvelukohtaisiin erityistarpeisiin.

Suun terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas julkaistiin ensimmäisen kerran vuonna 2016. Opas on nyt päivitetty vastaamaan tarkentuneita Suun terveydenhuollon toiminnallisia määräytyksiä.

1 Johdanto

Suun terveydenhuolto on osa Suomen terveydenhuoltojärjestelmää ja sitä säätelee sama lainsäädäntö kuin terveydenhuoltoa yleisestikin. Samoin suun terveydenhuollon kirjaamista säätelevät samat normit ja ohjeet kuin muutakin terveydenhuollon kirjaamista (muun muassa potilasasiakirja-asetus, potilaslaki, STM:n opas). Kirjaamisessa noudatetaan [Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen oppaan ensimmäisen osan](#) (version 2018) yleisiä periaatteita.

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

Hyvä tietää suun terveydenhuollosta

Suun terveydenhuollon toiminnan luonteesta johtuen suuri osa kirjattavasta sisällöstä on rakenteista:

- Toimenpiteet (THL – Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus)
- Statusmerkinnät (hampaiston nykytila)
- Diagnoosit ja käyntisyöt (ICD 10, ICPC2)

Luokitusten käyttö on vakiintunutta, mutta osin epäyhtenäistä. Toimenpideluokituksen suuri merkitys kirjaamisessa näkyy siten, että potilaalle tehtävät toimenpiteet kuvataan hyvin yksityiskohtaisesti toimenpidekoodien avulla. Kirjaajan voi olla vaikea hyväksyä tilannetta, jossa jollekin tekemiselle ei olekaan koodia. Potilaskertomusmerkinnät tulee kuitenkin tällaisissakin tilanteissa tehdä riittävällä tarkkuudella.

Potilastiedon yhteiskäyttö edellyttää uusien toimintamallien käyttöönottoa myös suun terveydenhuollossa. Uutta on erityisesti jatkuvan kertomuksen jäsentäminen näkymien ja kansallisesti yhdenmukaisten otsikoiden avulla. Potilastiedon yhteiskäyttö edellyttää uusien toimintamallien käyttöönottoa myös suun terveydenhuollossa. Uutta on erityisesti jatkuvan kertomuksen jäsentäminen näkymien ja kansallisesti yhdenmukaisten otsikoiden avulla.

Tämän kirjaamisoppaan lähteet ja joukko rakenteisen kirjaamisen näkökulmasta hyödyllisiä linkkejä on kerätty dokumentin loppuun.

2.1 Rakenteiset tiedot suun terveydenhuollossa

Suun terveydenhuollon potilaskertomusasiakirjat ovat osa Potilastiedon arkistoon tallennettavia potilaskertomusasiakirjoja. Niiden rakenne ja toimintaperiaatteet noudattavat pääsääntöisesti yleistä potilaskertomuksen rakennetta ja toimintaperiaatteita. Rakenteisia tietoja hyödynnettäessä potilaskertomuksessa näytetään – ja hoidossa käytetään – aina kunkin rakenteisen tiedon uusinta, ajantasaista tietoa. Aikaisemmat tiedot säilyvät Potilastiedon arkistoon tallennettuina tietoina, joita voidaan tarvittaessa hakea katseltavaksi.

Suun terveydenhuollossa tarvitaan sekä Tiedonhallintapalvelun koostamaa, kaikille erikoisaloille yhteistä, hoidon kannalta keskeistä rakenteista tietoa että potilastietojärjestelmässä asiakirjoista kootun tiedon pohjalta koostettua suun terveydenhuollon erikoisalakohtaista rakenteista tietoa. Kaikki Potilastiedon arkiston tiedot ovat käytettävissä suun terveydenhuollossa luovutuksenhallinnan toiminnallisuuksien sallimissa rajoissa. Samoin suun terveydenhuollon tiedot ovat käytettävissä muualla terveydenhuollossa potilaan kiellot huomioiden.

Keskeisten rakenteisten tietojen tavoitteena on hoidon jatkuvuuden turvaaminen saattamalla olennaisin tieto tiiviiseen ja helposti luettavaan muotoon luokituksia, nimikkeistöjä, termistöjä ja sanastoja hyödyntäen. Keskeisiä rakenteisia tietoja ovat diagnoosi / käyntisyys (ICD-10 ja ICPC-2), toimenpiteet (THL – Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus), kuvantamistutkimusten pyynnöt ja lausunnot (Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus), laboratoriotutkimusten pyynnöt ja vastaukset (Laboratoriotutkimusnimikkeistö), lääkehoito, riskitiedot ja rokotukset. Näistä lääkehoito ja riskitiedot ovat omina näkyminään.

Keskeisten rakenteisten tietojen lisäksi valtakunnallisesti on määritelty erikoisala- ja palvelukohtaisia rakenteisia tietoja. Nämä määritykset sisältävät keskeisiä tietoja tietyllä erikoisalalla tai tietyssä toiminnossa. Suun terveydenhuollon rakenteisella tiedolla välitetään yksityiskohtaista tietoa suun ja hampaiston tilasta muille suun terveydenhuollon yksiköille ja ammattihenkilöille. Suun terveydenhuollon rakenteisten tietojen kirjaamista varten potilastietojärjestelmissä on erillinen kirjaamisalusta, jota kautta kirjattu sisältö näytetään kansallisten otsikoiden alla, ts. tiedot kirjataan vain kerran. Otsikon alla voi myös olla linkki rakenteiseen sisältöön, kuten alla kuvassa 2.1 ([Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toiminnalliset määritykset](#), 4/2020).

SUU NÄKYMÄ

Pekka Potilas
111111-1111

Hannu Hammaslääkäri, HLL
1.3.2014

Hoitoprosessin vaihe: Hoidon toteutus

Hoidon syy:	Hammassärky
Esitiedot (anamneesi):	Yleistervepotilas, jolla aiemmin terveet hampaat. Nyt 3 päivän ajan vihlovaa hammassärkyä ...
Esitiedot (anamneesi):	Esitiedot ja omahoito Harjauskertojen määrä: 1/vrk
Diagnoosi:	K08.80 Tarkemmin määrittämätön hammassärky¹
Toimenpiteet:	SFA20 Kahden pinnan täyte, d35, d36y¹ SDA02 Parodontologinen hoito suppea¹ d34 ja ylilukuisessa d35 todettiin syvät reiät... Hampaisiin tehtiin yhdistelmämuovipaikat... Samalla todettiin runsaasti hammaskiveä 2 sekstantissa, ja tehtiin samalla hammaskiven poistot ...
Nykytila (status):	Hampaiston nykytila (tiedot HAM-näkymällä) ²
Tutkimukset:	Indeksit ja mittaukset ¹ DMF = 13 DMFS = 67 CPI = Yläoikea: CPI1, Yläkeskellä: CPI2, Ylävasen: CPI2, Alavasen: CPI1, Alakeskellä: CPI2, Alaoikea: CPI3 GI = 2,0 PI = 1,5 BOP = 50 %

Kuva 2.1 Tekstimuotoista ja rakenteista tietoa SUU-näkymällä. Potilaskertomuksen SUU-näkymälle kirjataan tekstimuotoista ja rakenteista tietoa otsikoilla jäsentäen. Kansallisia otsikoita voidaan haluttaessa tarkentaa yksityiskohtaisemmillä lisäotsikoilla. Kertomusnäkömällä näytetään rakenteisista tiedoista vain hoidon kannalta oleellinen tieto, esimerkiksi diagnoosista näytetään koodi ja nimi.

Keskeinen osa suun ja hampaiston tutkimuksen yhteydessä kirjattavaa tietosisältöä syntyy statustietojen (hampaiston nykytila) kautta. Statustiedoilla voidaan nähdä olevan ainakin seuraavia tehtäviä:

- löydösten ja havaintojen dokumentointi
- kariksen, tukikudossairauksien ja muiden tautitilojen aiheuttamien vaurioiden etenemisen (tai paranemisen) arviointi
- oikeushammaslääketieteelliset syyt

Statustietoja voivat kirjata kaikki suun terveydenhuollon ammattihenkilöt joko tutkimuksen (hammaslääkäri) tai terveystarkastuksen (suuhygienisti ja hammashoitaja) yhteydessä. Löydösten ja havaintojen kirjaaminen ei ole taudinmäärittystä eikä sisällä hoitopäätöstä, vaan niistä hammaslääkäri päättää erikseen. Statustietojen näyttämiseksi potilastietojärjestelmässä ei ole yhtenäistä mallia, ja tietojärjestelmät käyttävät omia symbolejaan kuvamaan suun ja hampaiston tilaa.

2.2 Rakenteisen kirjaamisen toteutus ja hyödyntäminen potilastietojärjestelmissä

Potilastiedon arkiston tietosisällöt ja suun terveydenhuollon toimenpidekirjausten vaikutukset statukseen on määritelty yksityiskohtaisesti. Sen sijaan käyttöliittymätason toteutuksia (tapaa, jolla asia on toteutettu potilastietojärjestelmässä) ei ole vastaavalla tavalla määritelty. Tavoitteeksi on kuitenkin kirjattu kirjaamisprosessia tukeva toteutus. Tämä voi tarkoittaa esimerkiksi tiedon automaattista siirtymistä rakenteisen kirjaamisen näkymältä osaksi jatkuvan kertomuksen tekstiä oikean otsikon alle, ja sitä että järjestelmä tarjoaa valintamahdollisuuksia kirjaamisen kannalta oikea-aikaisesti. Toivottavaa myös on, että järjestelmiin toteutetaan päättelyominaisuuksia hyödyntämällä järjestelmän jo sisältämää tietoa, jolloin vältetään päällekkäiseltä kirjaamiselta. Esimerkiksi hoitoprosessin vaihe on pääteltävissä oleva sisältö.

Rakenteisesti kirjattua tietoa voidaan myös hyödyntää potilasturvallisuuden parantamisessa. Esimerkiksi lääkkeen ATC-koodi on kirjattava riskitietoihin lääkeainereaktioiden ja -allergioiden yhteydessä. Järjestelmän tulisi hälyttää automaattisesti, mikäli potilaalle ollaan kirjoittamassa reseptiä lääkkeestä, josta hän saanut reaktion.

Niin ikään tavoitteena on, että myös kertomustiedon lisäksi kirjattava tilastotieto (Hilmo, AvoHILMO) syntyisi mahdollisimman pitkälle automaattisesti ilman erillistä, ja usein muistinvaraista, kirjaamista.

2.3 Suun terveydenhuollossa käytettävät näkymät

Näkymällä tarkoitetaan terveydenhuollon tietokokonaisuutta tai asiayhteyttä, jolla tiettyyn sisältö- ja hoitokokonaisuuteen kuten lääketieteen erikoisalaan, ammattialaan tai palveluun kuuluvia tietoja voidaan sitoa toisiinsa. Suun terveydenhuollossa käytetään lomaketyyppisiä, lääketieteen erikoisalasta riippumattomia *yleisiä näkymiä* (esim. henkilötietonäkymä, LÄH-näkymä, PAL-näkymä). *Palvelukohtaisista näkymistä* käytössä ovat LAB- ja RTG-näkymät. Erikoisalaokohtaiset näkymät suun terveydenhuollossa ovat jatkuvan sairauskertomuksen SUU-näkymä (Hammas-, suu- ja leukasairaudet) ja suun terveydenhuollon rakenteisten tietojen HAM-näkymä (Hampaiston nykytila, hammasstatus). Lisäksi on erityisnäkymiä, kuten ajanvaraustietojen kirjaamiseen käytettävä *Potilashallinnollisten merkintöjen* näkymä (PHAL) ja toisen henkilön kuin potilaan itsestään kertomien arkaluonteisten tietojen *Erillinen asiakirja* (ERAS).

Suun terveydenhuollon jatkuvan sairauskertomuksen näkymälle (SUU) myös muut kuin suun terveydenhuollon ammattihenkilöt (esim. yleislääkäri) voivat tehdä tarpeelliseksi katsomiaan merkintöjä. Tältä näkymältä kirjaukset näkyvät tarvittaessa myös muille kuin suun terveydenhuollon ammattihenkilöille, joilla on potilaaseen hoitosuhde. Suun terveydenhuollon ammattihenkilöt puolestaan näkevät muiden terveydenhuollon ammattilaisten merkinnät näiden omilta ammatillisilta tai erikoisalaokohtaisilta näkymiltä.

HAM-näkymä on ainoa erikoisalaokohtainen näkymä, joka on täysin rakenteinen. Sitä voidaan käyttää vain päänäkymänä, ja ainoastaan suun terveydenhuollon tietojärjestelmiltä edellytetään tähän liittyvien määrittelyiden toteuttamista. HAM-näkymää ei ole mahdollista liittää osaksi toista näkymää eikä siihen ole mahdollista liittää muita näkymiä (lisänäkymät) HAMK-näkymää lukuun ottamatta, joka on luonteeltaan tekninen ja ilmaisee kokonaistutkimusta.

Jos HAM-näkymälle kirjataan tietoja ilman, että käyttäjä kirjaa tietoja SUU-näkymälle, tuottaa potilastietojärjestelmä automaattisesti SUU-näkymälle merkinnän, jonka sisältöosaan tulee ainoastaan Otsikko ”*Nykytila (status)*” ja sen alle HAM-näkymän tietojen näyttömuodot. Jos SUU-näkymälle tehdään samalla muita kirjauksia, tuotetaan linkki HAM-näkymälle samaan merkintään muiden SUU-näkymän kirjausten yhteyteen (Kuva 2.2).

<p>SUU NÄKYMÄ</p> <p>Pekka Potilas 111111-1111</p> <p>Hannu Hammaslääkäri, HLL 1.1.2014</p> <p>Hoitoprosessin vaihe: Hoidon toteutus</p> <p>Nykytila (status): Hampaiston nykytila (tiedot HAM-näkymällä)¹</p>

Kuva 2.2 Jos HAM-näkymälle tehdään merkintöjä ilman, että SUU-näkymälle tehdään merkintöjä, tuottaa potilastietojärjestelmä automaattisesti SUU-näkymälle merkinnän jatkuvan kertomuksen käyntimerkinnän.

Kokonaishammasstatuksen tarkastusmerkintä

Kun tehdään kokonaishammasstutkimus tai -tarkastus, järjestelmä hakee Potilastiedon arkistosta edellisen kokonaishammasstatuksen tiedot ja kaikki sen jälkeiset HAM-näkymälle tehdyt merkinnät ja koostaa rakenteisten kirjausten pohjaksi graafiseen esitystapaan tarkastuksen pohjaksi viimeisimmät tiedot. Jokaisen hampaan status tarkastetaan ja havainnot tallennetaan HAM-näkymälle. Samalla kirjataan kaikkien suussa olevien proteettisten rakenteiden ajantasainen tilanne. Potilastietojärjestelmä tuottaa automaattisesti indeksit tehtyjen merkintöjen perusteella. Kokonaishammasstarkastuksen yhteydessä voi kirjata myös muita rakenteisia tietoja SUU-näkymälle.

Perinteisesti potilaskertomusmerkinnät on kirjattu aina yhdelle näkymälle. Jos sama tieto on haluttu useammalle näkymälle, sama tieto on kopioitu muille näkymille. Tätä tarkoitusta varten on jatkossa olemassa lisänäkymiä, joita käytetään kolmeen eri tarkoitukseen. Niiden avulla merkintä voidaan liittää samanaikaisesti useaan näkymään tai yhteen päänäkymään liittyviä merkintöjä voidaan ryhmitellä suppeampiin osakokonaisuuksiin. Lisäksi tietyt tekniset ratkaisut on toteutettu lisänäkymärakenteena. Mikä tahansa kansallinen näkymä voi toimia pää- ja/tai lisänäkymänä, lukuun ottamatta HAM-näkymää. Esimerkiksi hammaslääkärin kirjatessa tietoa SUU-näkymälle, hän voi valita tarvittaessa lisänäkymäksi YLE-näkymän, mikäli suun terveydenhuollon tieto on potilaan yleisterveyden kannalta keskeistä ja hammaslääkäri haluaa tiedon näkyvän suoraan myös potilasta hoitavalle lääkärille. Tällöin SUU-näkymälle kirjattu teksti kopioituu identtisenä YLE-näkymälle.

Erillinen asiakirja -näkömää (ERAS) käytetään lisänäkymänä, kun kirjataan toisen henkilön itsestään tai omasta elämäntilanteestaan kertomia arkaluonteisia asioita, jotka ovat potilaan hoidon kannalta tarpeellisia ja merkityksellisiä. Tiedot kirjataan potilaan palvelutapahtuman yhteyteen. Tiedot näkyvät terveydenhuollon ammattilaisille potilaskertomuksessa muiden tietojen tavoin, mutta potilaan katsoessa tietoja Omakannan kautta tiedot eivät näy. Tietoihin tarkastusoikeus on vain tiedot antaneella henkilöllä ja tiedot identifioidaan tiedon antajan sosiaaliturvatunnuksella. Suun terveydenhuollossa esimerkkinä ERAS-näkymän käytöstä voisi olla anoreksiaa sairastava nuori, jonka äiti kertoo myös sairastaneensa anoreksian nuoruudessaan. Tiedot kirjataan nuoren palvelutapahtumaan ERAS-näkymälle, koska tieto on arkaluonteista ja nuoren hoidon kannalta tärkeää tietoa. Mikäli äiti ei koe asiaa arkaluonteiseksi, tieto voidaan kirjata myös nuoren esitietoihin.

Osallistujien tiedot

Potilastietojärjestelmä tuottaa automaattisesti merkinnän tekijän ja potilaan yksilöivät tiedot sekä kirjausajan. Merkinnän tekijänä on pääsääntöisesti hammaslääkäri, suuhygienisti tai

hammashoitaja. Joissain tilanteissa, esimerkiksi konsultaatiopyynnöllä, tekijänä voi olla myös muu terveydenhuollon ammattilainen.

2.4 Hoitoprosessin vaiheet

Hoitoprosessin vaiheita ovat *tulotilanne*, *hoidon suunnittelu*, *hoidon toteutus*, *hoidon arviointi ja määrittämätön*. Hoitoprosessin vaihe kuvaa hoidon pääasiallista vaihetta potilaan näkökulmasta. Merkinnässä tulee olla aina tieto hoitoprosessin vaiheesta. Hoitoprosessi on jatkumo hoidon suunnittelusta sen arviointiin ja tarvittaessa uuden hoidon suunnitteluun. Kaikki hoitoprosessin vaiheet voivat toteutua yhden käynnin aikana. Tällöin vaiheita ei tarvitse erotella kirjatessa, vaan merkintä voidaan tehdä yhtä prosessin vaihetta käyttäen (esimerkiksi hoidon toteutus). Hoitoprosessin vaiheen kirjaamisen avulla voidaan potilastietoja haettaessa hakuja rajata esimerkiksi tulotilanteeseen liittyviin tietoihin.

2.5 Palvelutapahtuma

Palvelutapahtuma-käsitteen avulla kytketään toisiinsa samaan asiayhteyteen (kontekstiin) liittyvät yksittäiset potilastiedot ja niiden merkinnät ja asiakirjat. Palvelutapahtumakäsite muodostaa kokonaisuuden, jonka avulla hallinnoidaan potilaan tekemiä suostumuksia ja kielloja. Käytännössä tämä tarkoittaa, että potilaalla on mahdollisuus kieltää tietyn palvelutapahtuman tietojen näkyminen toisessa organisaatiossa. Vaikka myös suun terveydenhuollossa voidaan tunnistaa useamman käynnin muodostamia palvelukokonaisuuksia (esimerkiksi proteettinen hoito), sovelletaan toistaiseksi menettelyä, jossa kukin käynti muodostaa oman palvelutapahtumansa.

3 Kansallisten otsikkojen käyttäminen suun terveydenhuollossa

Tähän kappaleeseen on kirjattu suun terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettuja ohjeita ja esimerkkejä kansallisten otsikoiden käytöstä (ks. myös [Terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas osa 1, versio 2018](#)). Suun terveydenhuollon kirjaamisesimerkit on kursivoitu tekstissä. Otsikot on ryhmitelty hoitoprosessin vaiheen mukaiseen järjestykseen. Otsikoiden alle kirjataan asiayhteyteen liittyvää tietoa sekä vapaamuotoisena tekstinä että rakenteisena tietona.

Merkinnällä tulee aina olla vähintään yksi kansallinen otsikko. Kansalliset otsikot voidaan ryhmitellä kuuteen ryhmään hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. Tulotilanne-vaihe on jaettu kahteen ryhmään. Otsikoiden ryhmät ovat: *Hoidon syy ja esitiedot* (Tulotilanne), *Havainnot ja tutkimukset* (Tulotilanne), *Hoidon suunnittelu*, *Hoidon toteutus*, *Hoidon arviointi ja Luokittelemattomat otsikot* (Määrittämätön). Lisäksi osa otsikoista sopii paremmin *koko merkinnän otsikoiksi* ja niitä käytetään yleensä merkinnän ensimmäisenä / ainoana otsikkona. Kansallisten otsikoiden ryhmittely on suuntaa antava, sillä otsikot eivät kategorisesti kuulu vain yhteen vaiheeseen vaan useimpia niistä voi käyttää useammassa hoitoprosessin vaiheessa. Toivottavaa on, että potilastietojärjestelmät ohjaavat ohjeen mukaista kirjaamista työnkulkua huomioiden.

Potilaiden mahdollisuus omien terveystietojen katseluun Omakannan kautta edistää omahoidon toteuttamista, mutta tuo myös vaateita kirjattavan tiedon sisältöön ja ymmärrettävyyteen. Kansallisten otsikoiden alle organisaatiot tai potilastietojärjestelmien toimittajat voivat halutessaan määritellä omia lisäotsikoita, vakiomuotoisia tekstejä tai fraaseja, joilla edelleen jäsennetään tekstiä. Esimerkiksi oikomisneulontaan voidaan Konsultaatio-otsikon alle tehdä vakiomuotoinen fraasi, joka sisältää paikallisesti sovitut asiat. Viisaudenhampaan leikkauskertomuksesta voidaan vastaavasti tehdä fraasi Toimenpiteet -otsikon alle. Fraasien luonti- ja käyttömahdollisuus helpottaa loppukäyttäjän työtä. Tällä hetkellä ei kaikissa järjestelmissä kuitenkaan ole fraasienluontimahdollisuutta, eikä toiminnallisuus ole vaatimuksena kansallisissa määrittelyissä.

3.1 Koko merkinnän otsikot

Etäkontakti

Otsikkoa käytetään sähköisten (esimerkiksi sähköposti, sähköinen etävastaanotto), kirjeitse tapahtuvien ja puhelinkontaktien sekä muiden ilman potilaskontaktia tapahtuvien potilaskertomusmerkintöjen otsikkona. Lisäotsikolla voidaan täsmentää, millaisesta etäkontaktista on kyse. Yleensä merkinnät ovat lyhyitä, eikä niissä ole tarpeen käyttää muita otsikoita. Muita otsikoita voi kuitenkin tarvittaessa käyttää jäsentämään tekstiä.

- Kirjataan vapaana tekstinä.
- sähköisten ja puhelinkontaktien tiedot
- videoneuvottelut, esimerkiksi videokonsultaatiot
- Organisaation määrittelemällä lisäotsikolla voidaan tarkentaa, millaisesta etäkontaktista on kyse.

Konsultaatio / Lähetä

Otsikkoa käytetään sisäisten läheteiden, konsultaatiopyyntöjen ja konsultaativastauksen otsikkona. Tekstiä kannattaa jäsentää myös muita otsikoita käyttäen. Lähetelle ja konsultaatiopyynnölle tulee kirjata riittävät tiedot potilaan esitiedoista, tehdyistä tutkimuksista ja annetuista hoidoista, potilaan statuksesta, ongelmana olevan taudin kulusta ja kysymyksen asettelusta. Konsultaativastaukseen tulee kirjata konsultaation yhteydessä tehtyjen tutkimusten ja arvioiden tiedot tai yhteenveto, ja asetettujen kysymysten osalta potilaan tilan ja hoidon arvio sekä jatkohoidon suunnitelma.

- Kirjataan vapaana tekstinä.
- konsultaatiopyyntö ja -vastaus tai suunnitelma eri asiantuntijoilta pyydettävistä sisäisistä tai ulkoisista konsultaatioista
- Organisaation määrittelemällä lisäotsikolla voidaan tarkentaa, onko kyseessä sisäinen lähete, konsultaatiopyyntö vai konsultaativastaus.

”Konsultoitu oikojaa, lähetetään oikomisseulontaan”

”Konsultoitu hoitavaa lääkäriä, jonka mukaan ei estettä suunnitellulle alaleuan vasemmanpuolen viisaudenhampaan leikkaukselliselle poistolle”

Lausunto

Otsikkoa käytetään ulkopuolisille tahoille tai organisaation omaan käyttöön tehtyjen lausuntojen ja todistusten otsikkona. Lausunnot kirjataan omilla lomakerakenteillaan (ks. [AR/YDIN – Näkymät Koodistopalvelimella](#)). Sähköisessä potilastietojärjestelmässä laaditut asiakirjat kuten lääkärin lausunnot liitetään käynnin palvelutapahtumaan. Kertomustekstiin voidaan Lausunto-otsikon alle tuottaa tietojärjestelmässä tarvittaessa linkki kyseiseen lausuntoon. Vapaana tekstinä tuotettaville lausunnoille on suositeltavaa täsmentää, millaisesta lausunnosta on kyse. Lisäksi vapaamuotoisten lausuntojen tekstiä kannattaa jäsentää käyttämällä muitakin sopivia otsikoita.

Lausunto-otsikon alle kirjataan myös tieto tehdyistä erillisistä lausunnoista, joita ei tallenneta osana potilaskertomusta. Merkinnät tehdään toisille viranomaisille tai vakuutusyhtiöille annetuista ilmoituksista ja lausunnoista, esimerkiksi lastensuojeluilmoitukset, poliisille annettavat lausunnot tai ilmoitus potilaan tietojen luovutuksesta PotL:n 13 §:n 3 momentin 3 kohdan nojalla. Varsinaiset lausunnot tai ilmoitukset toimitetaan siinä tapauksessa kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa niiden arkistoinnista.

- Tieto erillisestä lausunnosta voidaan kirjata kertomustekstiin jatkuvan kertomuksen näkymälle Lausunto-otsikon alle. Samoin merkinnät tai linkit poliisin virka-apuopyyntöihin liittyvistä lausunnoista ja muista viranomaisille tai vakuutusyhtiöille annetuista ilmoituksista ja lausunnoista, esimerkiksi lastensuojeluilmoitukset tai ilmoitus potilaan tietojen luovutuksesta.
- Itse lausunnot tai ilmoitukset toimitetaan kyseiselle viranomaiselle, joka vastaa niiden arkistoinnista.

Väliarvio

Väliarvio kirjataan potilaan hoitovastuun siirtyessä osastolta tai tilapäisesti erikoisalalta toiselle saman organisaation sisällä. Lisäksi väliarvio tulee pitkäaikaishoidossa tehdä aina potilaan tilanteen oleellisesti muuttuessa. Väliarviossa kirjataan yhteenveto hoidon, kuntoutuksen tai terapian aikana potilaan voinnissa ja hoidossa tapahtunut oleellinen kehitys ja muu-

tos esitietoihin tai aiempaan väli- tai loppuarvioon nähden. (Potilaan hoitovastuun siirtyessä toiseen organisaatioon tai pysyvästi erikoisalalta toiselle, tulee kirjata loppuarvio.)

- Kirjataan vapaana tekstinä.
- Väliarvio kirjataan esimerkiksi kokonaishoitopotilaalle osahoitokokonaisuuden (parodontologinen, kariologinen, proteettinen hoito) päättyessä, epikriisi kirjataan kokonaisuuden päättyessä.

Tehtäessä lyhyitä merkintöjä lyhyen aikavälin hoidon tai sairauden kulusta, käytetään otsikkoa Päivittäismerkintä (decursus).

Loppuarvio (epikriisi)

Loppuarvio on kuvaus hoidon, kuntoutuksen tai terapian kulusta, lopputuloksesta, mahdollisista poikkeavuuksista ja potilaan tilasta hänen poistuessaan hoitoyksiköstä. Yksityiskohtaisia tietoja tai yksittäisiä rakenteisia tietoja ei loppuarvioon kirjata kuin perustelluissa poikkeustapauksissa, yleensä yhteenvedoista on riittävä. Kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa, esimerkiksi tehtyä toimenpidettä ei kirjata uutena rakenteisena tietona. Tietoa voidaan haluttaessa linkittää ja koostaa alkuperäistä merkintää hyödyntäen, mikäli potilaskertomusjärjestelmä mahdollistaa tämän. Voimassa olevasta lääkityksestä voidaan kopioida yhteenvedo, mutta rakenteinen ajantasainen lääkitystieto ylläpidetään lääkitysosiossa.

- tiivistelmä hoidon kulusta, lopputuloksesta ja mahdollisista poikkeavuuksista
- Kirjataan vapaana tekstinä, jota voidaan tarvittaessa edelleen jäsentää alaotsikoilla
- Koostamisessa hyödynnetään kertaalleen kirjattua rakenteista tietoa, mikäli potilastietojärjestelmä mahdollistaa tämän.
- Kirjataan, kun potilas siirtyy toiseen hoitoyksikköön, jää pois kutsujärjestelmästä (esimerkiksi 17-vuotiaat) tai erikseen pyydettyäessä.
- Suositellaan kirjattavaksi aina oppilaalle kahdeksannella vuosiluokalla tehtävän suun terveystarkastuksen yhteydessä.

Tulosyy 45-vuotias nainen, joka tulee Kantasuun sairaalan läheteellä. Ongelmana ienverenvuoto ja pahanhajuinen hengitys. Sairastanut aivoinfarktin 4.9.2014, fibromyalgia, subakuutti infektio vas. tyvitumakealueella

Löydökset Hampaistossa ei ole paikkausta vaativaa kariesta. Ei juurialueiden tulehduksiin viittaavaa. Ienrajoissa ja ikenen alla on hammaskiveä ja ientulehdusta, jonka vuoksi ikenet vuotavat herkästi.

Hoitosuunnitelma Aivoinfarktin jälkeen pyritään välttämään vähintään puolen vuoden ajan hammastoimenpiteitä, jotka ulottuvat ikenen alle (kuten hammaskiven poisto syventyneistä ientaskuista). Tämän vuoksi ienverenvuodon ja pahanhajuisen hengityksen hoitona toistaiseksi on huolellisesta suuhygieniasta huolehtiminen. Tarpeen mukaan klooriheksidiinipitoinen suuvesi kahdesti päivässä, kuuriluontoisesti 2-3 viikkoa kerrallaan. Syvien ientaskujen puhdistus infarktista toipumisen jälkeen, noin 1/2 vuoden kuluttua.

Alkutilanteessa todettu AI-luustosuhde ja vertikaalisuhteet normaalit, hampaistossa K/nAI-purentasuhde, traumaattinen syväpurenta ja pystyt inkisiivit. Hoito aloitettu kombi-vedolla 3/10. Kiinteät kojeet yläkaarelle laitettiin 5/11 ja alakaarelle 10/11. Kombi-veto jäi pois 6/11. Yläkojeet purettu 5/12 ja alakojeet 10/12, retentioksi kiinnitetty retentiokaaret dd13-23, 33-43 ja aluksi lisäretentioksi laitettiin retentiolevy, jonka käyttöä vähennettiin asteittain ja jätettiin kokonaan pois 12/13. Lopputilanteessa hampaistossa K/AI-purentasuhde, HYP 3mm, VYP 3mm, hammaskantoinen stabiili purenta ja hyvät hammaskaaret. Suun avaus suora ja leukanivelet kivuttomat. 10/14 kontrollikäynnillä kertoo muuttavansa kotimaahansa takaisin. Annettu ohjeet retentiokaarten kontrolloinnista. Retentiokaaret saavat jäädä pysyvästi, vähintään yli 20-

vuotiaaksi. Viisaudenhampaat suositeltu poistattaa, ainakin ennen retentiokaarten poistoa. Suositeltu OPG-kuvausta n. 17-18-vuotiaana viisaudenhampaiden arvioimiseksi. Kipsimallit annettu potilaalle mukaan.”

3.2 Tulotilanne – tulosyy ja esitiedot

Tulosyy

Otsikon alle kirjataan lyhyesti potilaan hoitoon hakeutumisen syy. Potilaan itse kertoma tulosyy kirjataan vapaana tekstinä siten kuin potilas asian kuvaa.

”Jomottava särky oikealla alaleuassa”

Esitiedot (Anamneesi)

Otsikon alle kirjataan potilaan, hänen omaisensa tai saattajansa antamat, tai aiemmista potilaskertomuksista kootut tiedot potilaan terveydestä. Keskeisintä esitiedoissa on nykysairauteen tai pääasialliseen ongelmaan liittyvät esitiedot, kuten sairauden alkaminen ja kulku, potilaan kertomat subjektiiviset oireet ja sairauden mahdolliset aikaisemmat vaiheet sekä aikaisemmat hoidot. Esitietoihin kirjataan myös tiedot muista sairauksista ja suvussa esiintyneistä sairauksista tai tutkimustuloksista sekä muista ongelman kannalta huomioon otettavista sairauksista tai läkehoidoista, samoin kuin sairauteen tai hoitoon mahdollisesti vaikuttavat tiedot elinympäristöstä ja elämäntilanteesta.

- Kirjataan vapaana tekstinä.
- Lyhyt tiivistys hoidon syystä, potilaan ongelmasta (ml. potilaan kertomat subjektiiviset oireet) ja yleisilanteesta.
- Tiedot voivat olla peräisin potilaalta, hänen omaiseltaan, potilaan edustajalta tai muusta tietolähteestä – tietolähde on hyvä mainita.
- Tarkemmat tiedot (esim. diagnoosit ja toimenpiteet) saadaan oman otsikon tai näkymän kautta.

”50-vuotias mies, verenpainelääkitys, ei muuta lääkitystä ei diagnosoituja sairauksia eikä allergioita. Noin viikko sitten alaleuan oikeanpuolen poskihammas alkoi aristaa syödessä. Nyt hampaassa on jatkuva, jomottava kipu eikä sillä voi purra lainkaan. Potilas kertoo, että hammas juurihoidettu X:n terveyskeskuksessa noin kolme vuotta sitten ”

Terveyteen vaikuttavat tekijät

Otsikon alle kuvataan henkilön terveyteen ja sairauteen liittyviä elintapoja ja elämäntilanteita (esim. alkoholi, tupakka, raskaus).

- Terveyteen vaikuttaviin tekijöihin kirjataan todettu tilanne - ei sitä, miten tilanne pyritään korjaamaan (esim. annettu ohjeistus/valistus Ennaltaehkäisy (Preventio)-otsikon alle).
- Terveyden edistämiseen liittyvän ohjauksen hoitajat kirjaavat hoitotyön luokitusten mukaisesti.

- Tiedot kirjataan vapaana tekstinä, lukuun ottamatta rakenteisesti kirjattavaa harjausker-
tojen lukumäärää.

*”Potilas ilmoittaa harjaavansa hampaansa kahdesti päivässä, tupakoi satunnaisesti (pik-
kusikareja) erityisesti stressitilanteissa, hiilihydraattipitoisia välipaloja usein, ruokailu epä-
säännöllistä. Pienyrittäjä (ks. esitiedot)”*

Riskitiedot

Otsikon alle kirjataan tietoja esimerkiksi aikaisemmasta sairaudesta, taudista tai muusta tekijästä, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan ter-
veydelle tai turvallisuudelle. Riskitietoja käytetään huomauttamaan potilasta hoitavia henki-
löitä siitä, että hoitoa täytyy mahdollisesti toteuttaa tavanomaisesta poikkeavalla tavalla.
Potilaalle Omakannan kautta näkyvät kaikki terveydenhuollossa kirjatut riskitiedot (kriittiset
sekä hoidossa huomioitavat). Poikkeuksena käyttäymiseen liittyvät riskit, joita ei Omakan-
nassa näytetä. Näin esimerkiksi ammattilaisen hoidossa huomioitaviin tekijöihin kirjaama
potilaan aggressiivisuusmerkintä ei näy potilaalle Omakannan kautta.

- Kirjataan vähintään riskin nimi tai kuvaus sekä riskin aste.
- Riskitiedot kirjataan rakenteisina Riskitieto-näkymälle.
- Riskitietojen merkitsemisestä/poistamisesta annetaan ohjeet organisaatiokohtaisesti.

Kriittiset riskit

- henkeä uhkaavat lääkeainereaktiot ja -allergiat, poikkeavat veriryhmävasta-aineet, tah-
distimet jne

Hoidossa huomioitavat riskit

- lievemmat allergiat, raskaus, riskitaudit, eristystarve, rokotussuojan puuttuminen
- käyttäytymiseen liittyvät huomiot, mm. potilaan väkivaltaisuus hoitotilanteissa

3.3 Tulotilanne – havainnot ja tutkimukset

Nykytila (status)

Hampaiden ja suun alueen nykytilan tiedot kuvaavat potilaan hampaiden ja suun alueen tilaa
ja/tai sairauksia. Siihen kirjataan terveydenhuollon ammattihenkilön tekemässä kliinisessä
tutkimuksessa todetut löydökset tai muut tutkimukset. Kliinisiä tutkimuksia ovat esimerkiksi
limakalvojen tutkiminen, parentalihasten palpaatio, kariestarkastus ja ientaskujen mittaus.

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

Suun alueen nykytila- eli statustiedot on jaettu neljään osa-alueeseen: Hampaiston nykytila,
Suuremmat kuin yhden hampaan proteettiset rakenteet, Parentastatus ja Pehmyt- ja kova-
kudosten havainnot. Näistä kukin muodostaa oman rakenteisen tietokokonaisuuden. Ham-
paiston statustiedot kirjataan suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä käyttäen
erillistä graafista käyttöliittymää, statusnäyttöä eli hammaskarttaa (HAM-näkymän tiedot).

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.

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. Niiden hampaiden osalta, joista ei kirjata uutta tietoa, Potilastiedon arkistossa oleva aiemmin kirjatut tieto jää edelleen voimassa olevaksi, ajantasaiseksi, tiedoksi. Näin status pysyy jatkuvasti ajan tasalla. Hammaskohtaisesti on saatavilla tieto, missä yksikössä ja minä päivämääränä ko. hampaan tietoja on viimeksi päivitetty.

Proteesimerkintä ja statusmerkintä

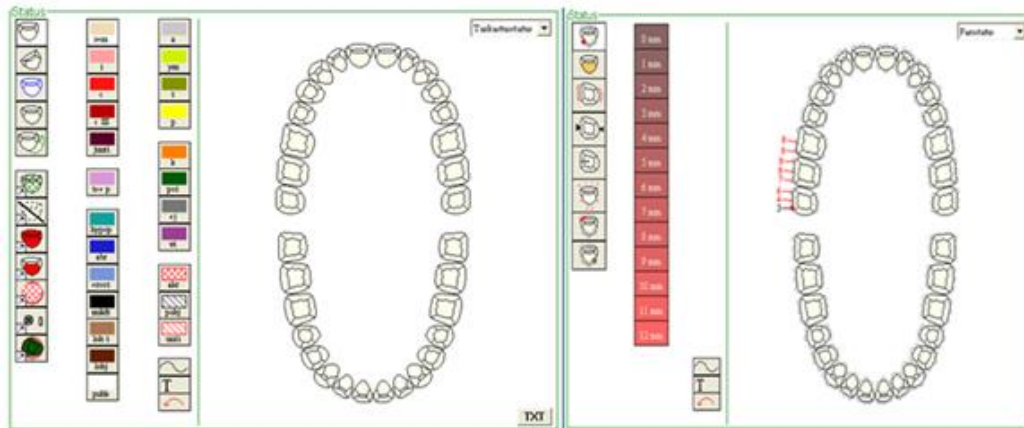
Kokonaishammasstatuksessa tallennetaan myös proteesien ajantasainen tilanne. Jos proteesien tietoihin ei ole tullut muutoksia, vanhat proteesimerkinnät kopioituvat automaattisesti statukseen. Silloin kun proteesi aiheuttaa hammasstatukseen muutoksia, hammasstatus päivittyy automaattisesti, jos järjestelmä pystyy päättämään muutokset proteesikirjauksen tiedoista. Muissa tapauksissa kirjaajan tulee itse käydä päivittämässä myös hammaskohtainen status.

Poistettaessa useampaa kuin yhtä hammasta koskevat proteettiset rakenteet, proteettisen rakenteen tietosisältö päivittyy *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 toimipideluokituksessa ole.

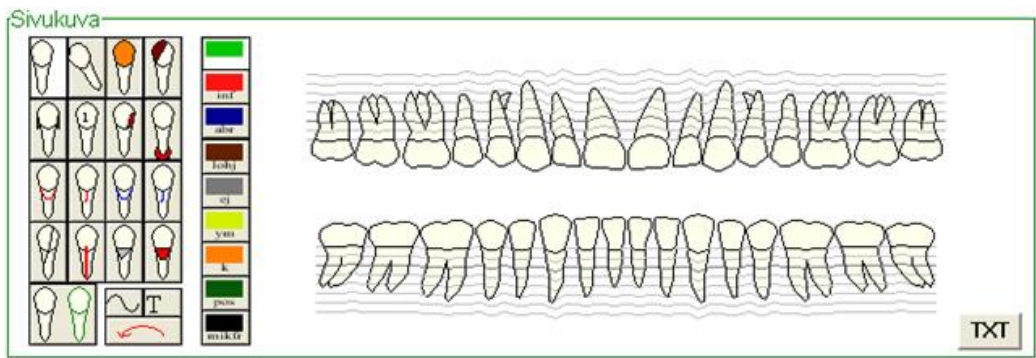
Proteesikirjausten vaikutus hammaskohtaiseen statukseen

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

Potilastietojärjestelmän rakenteisessa osiossa kirjatut statustiedot (suun ja hampaiston nykytila) näytetään kuvissa 3.1 ja 3.2. Kuvissa on esitetty esimerkit hammaskartan toteutustavasta. Kuvien käyttöön tässä julkaisussa on saatu lupa Tieto Oyj:ltä.



Kuva 3.1 Hampaiston graafisessa statusnäytössä statustiedot voidaan näyttää havainnollisesti. Vasemmalla esitetään hampaiston pintakohtaisia kovakudosmuutoksia, oikealla ienmuutoksia.



Kuva 3.2 Hampaiston graafisessa statusnäytössä sivukuva esittää hampaiston hammaskohtaisia muutoksia

3.4 Suun terveydenhuollon indeksit

Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset muodostavat yhden rakenteisen kokonaisuuden. Potilastietojärjestelmä tuottaa automaattisesti indeksit tehtyjen merkintöjen perusteella. Kustakin indeksistä ja mittauksesta näytetään aina viimeisin arvo. Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmä tallentaa alla kuvatut suun terveydenhuollon indeksit Potilastiedon arkistoon:

- Angle-luokat (kuutoset, kulmahampaat, yleinen)
- DMF/dmf (Decayed Missing Filled)
 - Laskee yhteen hampaiden määrän, joissa on kariesta tai jotka on paikattu tai poistettu kariksen takia.
 - Koska DMF on lähtökohtaisesti kariesindeksi, M-komponentti sisältää vain kariuksen takia poistetut hampaat. Poiston syy ilmoitetaan STH2A-luokituksella, jonka arvon 714 (Kariuksen takia poistettu hammas) mukaisen kirjaukset sisältyvät M-komponenttiin. Jos poiston syytä ei ole tiedossa, käytännössä kaikki poistosyyt sisältyvät M-komponenttiin.
 - Ilmoitetaan erikseen pysyvistä hampaista (DMF) ja maitohampaista (dmf). dmf ilmoitetaan 0-5 -vuotiaista ja DMF kuusivuotiaista ja sitä vanhemmista. Molemmista indekseistä koostettu tieto tuotetaan vaihduntavaiheessa, jolloin tieto lasketaan sekä pysyvistä että maitohampaista. Esimerkiksi 10 vuotiaan reikiin-

tyneiden hampaiden lukumäärä (d+D), jonka potilastietojärjestelmä näyttää käyttäjälle.

- Potilastietojärjestelmä laskee ja tallentaa tuloksen hammaskohtaisen statuksen perusteella hampaiston kokonaistarkastuksen yhteydessä. Potilastietojärjestelmä laskee tuloksen vain 32 hampaasta, ylilukuisia hampaita ei lasketa mukaan. Tulos lasketaan 5 pinnalta, inkisiivien ja kulmahampaiden osalta 4 pinnalta (koska 1 pintaa (okklusaalipintaa) näissä hampaissa ei varsinaisesti ole). Jos hampaassa ei ole muuten kariesta, mutta tehdään juurihoito, potilastietojärjestelmä laskee yhden pinnan (ja enemmän pintoja, jos niillä on kariesta). Puuttuvan hampaan pinnoiksi lasketaan inkisiiveille tai kulmahampaille 4 pintaa, muille hampaille 5 pintaa. Sama hammas lasketaan vain kerran ja sen pinnat lasketaan vain kerran, vaikka siinä olisi paljon löydöksiä. Karioksen rajana on dentiinikaries, kiillekariesta ei lasketa indekseihin.
- DMFS/dmfs (Decayed Missing Filled Surfaces)
 - Ilmoittaa hammaspintojen määrän, joissa on kariesta tai jotka on paikattu tai poistettu. Jos hammas on poistettu, lasketaan pintojen määräksi 5 paitsi inkisiiveihin ja kulmahampaisiin 4.
 - Ilmoitetaan erikseen pysyvistä hampaista (DMFS) ja maitohampaista (dmfs).
 - Potilastietojärjestelmä laskee ja tallentaa tuloksen hammaskohtaisen statuksen perusteella hampaiston kokonaistarkastuksen yhteydessä.
- CPI (Community Periodontal Index)
 - CPI kuvaa potilaan ikenien tilaa. Mittaus tehdään ientaskumittarilla. Jokaisen sekstantin huonoin tulos kirjataan seuraavasti: 0 = terve ien, 1 = ientulehdusta, 2 = hammaskiveä, 3 = syventynyt ientasku, 4 = 6mm tai sitä syvempi ientasku ja X jos sekstantissa ei ole riittävästi hampaita mittauksen suorittamiseen.)
 - Kirjaaja merkitsee sekstanteittain, kunkin sekstantin osalta tuloksen X, 0, 1, 2, 3 tai 4. Tieto tallennetaan kunkin sekstantin osalta erikseen.
- GI (Gingival index)
 - 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. Vaihtoehtoisesti kirjaaja voi laskea tuloksen itse ja merkintä tuloksen GI-arvoksi.
- 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. Vaihtoehtoisesti kirjaaja voi laskea tuloksen itse ja merkintä tuloksen PI-arvoksi.
- BOP (Bleeding on Probing)

- Prosenttiluku, joka kuvaa kuinka suuri osuus ientaskuista vuotaa, kun ientaskut tutkitaan ientaskumittarilla.
- Potilastietojärjestelmä tuottaa prosenttiluvun automaattisesti hammaskohtaisen kirjausten perusteella, mutta luku on käyttäjän muutettavissa.
- Kariesindeksi ICDAS (International Caries Detection and Assessment System)
 - Kuvaa kariesvaurion syvyyttä näönvaraiseen tutkimukseen perustuen hammaskohtaisesti asteikolla 0=Terve, 1=Vaurio näkyy 5 s kuivauksen jälkeen, 2=Näkyvä kiillevaurio, 3=Kiilteen pinta rikki, 4=Vaurio kuultaa kiilteen alla, 5=Kavitaatio, 6=Laaja kavitaatio (yli puolet pinta-alasta).

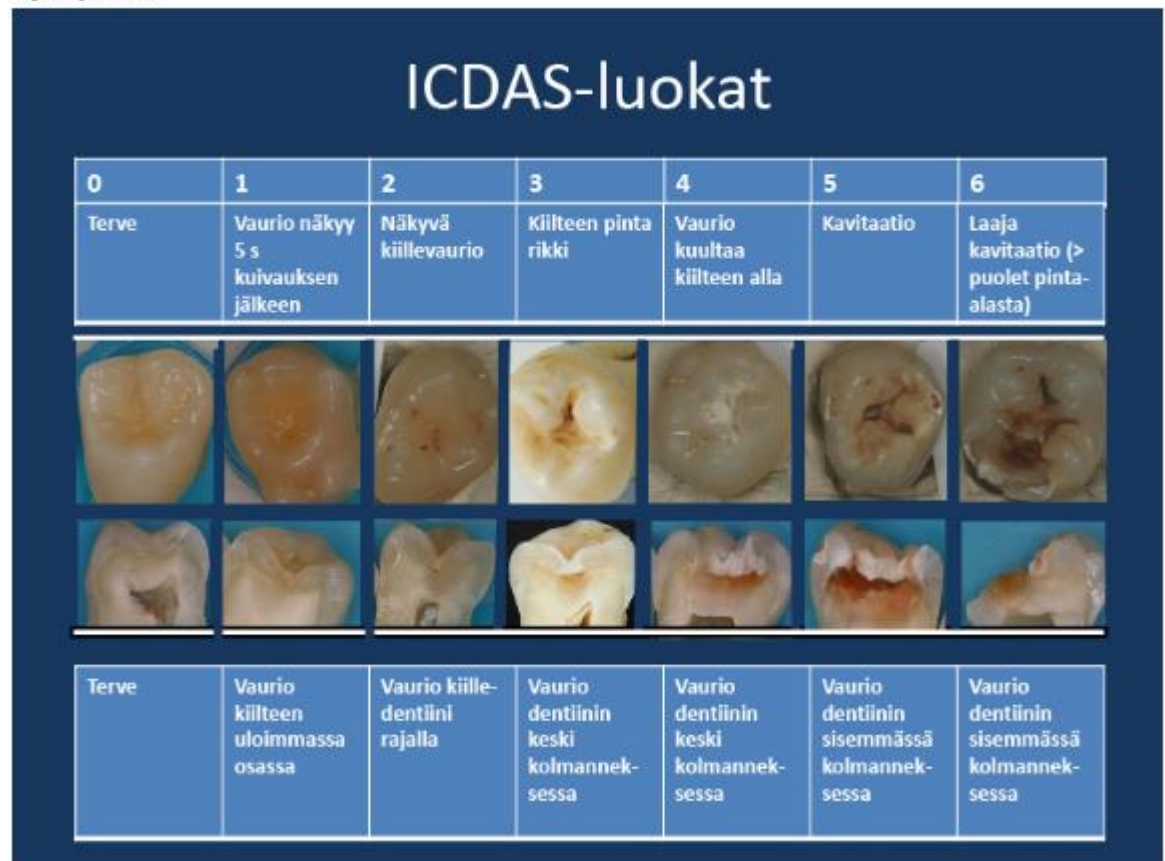
Kirjaaja kirjaa arvot tai järjestelmä päättelee tiedot arvojen perusteella ja käyttäjä hyväksyy päätellyt tiedot. Alla kuvassa 3.3 on ICDAS-luokkien malli sekä taulukossa on vastaavuudet ICDAS asteikon ja STH4 luokituksen välillä.

Kariesvaurion syvyyttä kuvaava ICDAS luokittelu

Käypä hoito -kuvat

13.8.2014

Työryhmä



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

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

Kuva 3.3. Kariesvaurion syvyyttä kuvaava ICDAS-luokka

3.5 Suun terveydenhuollon mittaukset

Suun terveydenhuollossa tehdään syljen mittauksia potilaan vierimittauksina, joista käyttäjä kirjaa itse tuloksen potilaskertomukseen. Näytteistä kirjaaja voi kirjata näytteen tyyppin sekä niiden tutkimusten tulokset, joita näytteestä on tutkittu. Tulokset tulee kirjata tietosisällössä fysiologisina arvoina tai tietosisällössä kuvatun sisäisen luokituksen mukaisesti. Lisäksi kuskakin näytteestä voi kirjata tekstimuotoista lisätietoa.

Toimintakyky

Otsikon alle kirjataan tietoa henkilön kyvystä ja edellytyksistä selviytyä arjen toimintojen fyysisistä, psyykkisistä, sosiaalisista ja kognitiivisista vaatimuksista sekä näihin liittyvä kehitys tai muutokset. Toistaiseksi tiedot kirjataan tekstimuotoisesti. Toimintakyky-otsikon alle kirjattavat tiedot voivat pohjautua myös erilaisin toimintakykymittarein tuotettuun tietoon. Toimintakyvyn ylläpitoon tai parantamiseen liittyvät toimet kirjataan kuntoutus-otsikon alle. Tietojen kirjaamisessa suositellaan käytettäväksi Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainväliseen luokituksen (ICF) viitekehystä ([toimintakyky tietojärjestelmissä](#)).

- Kirjataan vapaana tekstinä heikentynyt purentaelimen toimintakyky sekä muun heikentyneen toimintakyvyn vaikutukset hammashoitotoimenpiteiden toteuttamiseen tai potilaan mahdollisuuteen toteuttaa omahoitoa.

”Potilas hampaaton, kokoproteesit eivät ole olleet käytössä useaan vuoteen eikä uusien proteesien valmistaminen ole mahdollista yleisilasta johtuen. Soseutettu ja nestemäinen ravinto.”

Kansallisella koodistopalvelimella on julkaistu tietosisältö Toimintakyky (merkintä ja arvio). Toteutuksien aikataulu tietojärjestelmiin on avoin, todennäköisesti vuoden 2021 aikana.

Tutkimukset

Laboratorio- (käsittäen kaikki laboratorion erikoisalut myös kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian) ja kuvantamistutkimusten pyyntöjen ja vastausten, läheteiden ja lausuntojen merkinnät kirjataan rakenteisesti LAB- tai RTG-näkymälle. Jatkuvassa potilaskertomuksessa otsikon alle kirjataan laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista tehdyt huomiot ja löydökset, jotka erityisesti tulee huomioida hoidossa.

Laboratorio- ja kuvantamistutkimusten pyynnöt ja vastaukset, lähetteet ja lausunnot kirjataan LAB- tai RTG-näkymälle

- Tieto kirjataan rakenteisesti radiologista tutkimusnimikkeistöä (kuvantamistutkimukset) ja Kuntaliiton nimikkeistöä (laboratoriotutkimukset) käyttäen.

Jatkuvassa potilaskertomuksessa otsikon alle kirjataan laboratorio- ja kuvantamistutkimuksista tehdyt huomiot ja löydökset, jotka erityisesti tulee huomioida suun terveydenhuollossa, esimerkiksi *”Potilaan P-TT-INR 4,5”*.

- Suun terveydenhuollossa tutkimukseen liittyvät havainnot (status-tiedot) näytetään Nykytila-otsikon alla.
- Oikomishoidon määrittelyluonnoksessa on oikomishoitoon liittyvä röntgenanalyysi. Ennen kuin se on käytettävissä, kefalometrisen analyysin tulos kirjataan Tutkimukset-otsikon alle vapaana tekstinä.

Fysiologiset mittaukset

Otsikon alle kirjataan henkilön terveydentilaan liittyviä fysiologisia suureita, kuten pituus, paino ja verenpaine. [FinLOINC-luokituksessa](#) määritellyt tutkimukset kirjataan Fysiologisten tietojen rakenteen mukaisesti rakenteisina tietoina. Jos fysiologisille mittauksille on potilas-tietojärjestelmässä oma rakenteinen osionsa, ei kirjaajan tarvitse käyttää Fysiologiset mittaukset -otsikkoa.

Jos fysiologisille mittaukselle ei ole FinLOINC-koodia, kirjataan mittaukset Fysiologiset mittaukset -otsikkoa käyttäen tekstin joukkoon.

- Otsikon alla näytetään FinLOINC-koodistolla kirjatut indeksit ja mittaukset, esim. pituus ja paino. Mikäli fysiologisille mittauksille on oma, rakenteinen osionsa, ei kirjaajan tarvitse käyttää ko. otsikkoa. FinLOINC-luokituksella kirjatut mittaukset siirtyvät koosteisiin
- Mikäli mittaukselle ei ole FinLOINC-koodia, kirjataan mittaus ko. otsikon alle vapaana tekstinä. Tällaisten mittausten tulokset eivät siirry koosteisiin.
- Rakenteisesti kirjatut sylkitestien tulokset näytetään Nykytila (Status) -otsikon alla.

3.6 Hoidon suunnittelu

Hoidon tarve

Otsikon alle kirjataan kuvaus potilaan terveydentilaan liittyvistä olemassa olevista tai tulevaisuudessa mahdollisesti ilmenevistä ongelmista, jotka voidaan poistaa tai joita voidaan lievittää hoidon ja ohjauksen avulla. Kirjataan myös voimavarat, jotka tukevat potilasta omahoidon hallinnassa.

- Kirjataan vapaana tekstinä.
- Suun- ja yleisterveyden kannalta keskeiset asiat esitetään tiivistetysti.
- Otsikkoa käytetään tilanteissa, joissa on erityisen suuri moniammatillisen yhteistyön tarve, mutta myös hammashoidollisen ongelman kiteyttämisessä.

”Runsaasti paikattu hampaisto ja kova purentarasitus johtaneet paikkojen uusimiskiarteeseen, johon saatava kestävämpi ratkaisu. Omahoito toimii, hoitomotiivaatio OK. Hoitovaihtoehtoja ei liene käyty riittävästi potilaan kanssa yhdessä läpi”

”Potilaalla runsaasti sairauksia (ks. esitiedot, diagnoosit) ja lääkkeitä. Erilaisten ongelmien kasautuminen näkyy myös suun tilanteessa: heikosta taloudellisesta tilanteesta johtuen hammashoito on viime vuosina rajoittunut ensiapuluontoiseen hoitoon. Hoidon tarvetta on runsaasti, ja hoitamattomuuden taustalla on myös hammashoitopelkoa”

Hoidon tavoitteet

Otsikon alle kirjataan hoidon suunnittelussa potilaan kannalta oleelliset tavoitteet. Hoidon tavoitteiden toteutuminen tulee olla arvioitavissa.

- Kirjataan vapaana tekstinä.
- Potilaan pääasiallisen hoidollisen ongelman tunnistaminen, ja tavoitteiden asettaminen hoidolle. Tehdään yhteisymmärryksessä potilaan kanssa.

- Otsikkoa käytetään (erityisesti silloin), kun hoitoa jaksotetaan tai hoidon toteuttamisessa joudutaan tekemään ”kompromisseja” tosiasiallisista mahdollisuuksista johtuen. Tavoitteena on realistinen, toteutettavissa oleva hoitosuunnitelma huomioiden potilaan kokonaistilanne.

”Tavoitteena oireettomuus ja infektiovapaa suu sekä sellaiset olosuhteet, että hoitohenkilöstö pystyy huolehtimaan riittävästä suuhygieniasta. Purentakyky jää puutteelliseksi, mikä on huomioitava ravinnossa”

”Ensimmäisessä vaiheessa varmistetaan omahoidon toteuttaminen. Kun saadaan arvio hoitovasteesta (omahoito), tehdään korjaavan ja proteettisen hoidon suunnitelma”

Suunnitelma

Otsikon alla kuvataan potilaan terveydentilaa, tutkimusta, hoitoa ja/tai hoidon järjestämistä tai jatkohoitoa käsittelevä suunnitelma tai pohdinta hoitojakson alkuvaiheessa. Hoitojaksojen välinen (avohoidon) potilaan ja terveydenhuollon eri toimijoiden yhteinen hoitosuunnitelma kirjataan ensisijaisesti erilliselle rakenteiselle ylläpidettävälle Terveys- ja hoitosuunnitelma asiakirjalle.

- Potilaan terveydentilaa, tutkimusta, hoitoa ja/tai hoidon järjestämistä käsittelevä suunnitelma hoitojakson alkuvaiheessa.
- Hyvän ja riittävän pitkälle ajalle tehdyn hoitosuunnitelman merkitys tulee entistä tärkeämmäksi potilaiden liikkuvuuden lisääntyessä ja erilaisissa ostopalvelutilanteissa, jossa hoidon toteutus hajautuu eri palveluntuottajille.

”Pääpaino omahoidon tukemisessa, tehostettu preventio-ohjelma”

”Poistetaan jäännösjuuret 32 - 42 sekä 47. Pohjataan (keittopohjaus) yläleuan kokoproteesi, hoidetaan suulaen hiivasieni-infektio, suulaessa liikakasvua. Reikiintyneet 35, 33 ja 43 paikataan yhdistelmämuovilla

”Poistetaan hampaat XX, hammaskiven poisto ja ientaskujen puhdistus, avointen kariespesäkkeiden kaavinta ja väliaikaiset täytteet hampaisiin XX. Arvioidaan omahoidon toimivuus, jonka perusteella suunnitellaan jatko”

- Potilaalle suunniteltu jatkohoito tai kuntoutus toisessa yksikössä, silloin kun terveys- ja hoitosuunnitelmaa tai Kelaa tai vakuutusyhtiötä varten laadittavaa varsinaista kuntoutussuunnitelmaa ei tehdä. Tiedot käsittävät jatkohoidon syyn, jatkohoitopaikan ja tiedot palvelusta. Otsikon alle kirjataan vapaata tekstiä

”Seuraava hammaslääkärin tutkimus neljän vuoden kuluttua (tehdään kutsu). Paron kontrolli ja hoitosuunnitelman toteutumisen väliarvio suuhygienistille kahden vuoden kuluttua (tehdään kutsu)”

”Ensiapuhoidon jatko yksityissektorilla, jossa potilaalla vakiintunut hoitosuhde”

3.7 Hoidon toteutus

Toimenpiteet

Otsikon alle kirjataan potilaalle tehdyt tai suunnitellut invasiiviset toimenpiteet, joilla on merkitystä potilaan hoidon kannalta. Toimenpiteiden kirjaamisessa käytetään [THL - Suun terveydenhuollon toimenpideluokitusta](#).

Tehdyt toimenpiteet kirjataan rakenteisina tietoina toimenpiteiden rakenteiden mukaisesti. Otsikon alle kirjataan vapaana tekstinä toimenpiteisiin liittyvät muut tarvittavat, tiedot, kuten toimenpiteen perustelut, toimenpidetekortomus ja mahdolliset toimenpiteeseen liittyvät komplikaatiot. Toimenpidetekortomuksessa kuvataan oleellisilta osin toimenpiteen kulku, toimenpiteessä todetut löydökset sekä saavutettu lopputulos. Toimenpiteen jälkeinen jatkohoitosuunnitelma sen sijaan kirjataan Suunnitelma-otsikon alle.

Tietyillä toimenpiteillä on vaikutusta suoraan suun statukseen (ts. toimenpide muuttaa hampaan tilaa pysyvästi). Potilastietojärjestelmä tekee tiedon päivittämisen automaattisesti silloin, kun järjestelmä voi päätellä sen yksiselitteisesti, mutta jättää kirjaajalle tarvittaessa mahdollisuuden muokata statusmerkintää ennen tallentamista. Muissa tilanteissa potilastietojärjestelmä muistuttaa kirjaajaa, että statusta pitää päivittää. Kirjaaja voi joko tehdä toimenpiteen edellyttämän statuskirjauksen tai jättää ehdotuksen huomioimatta.

- Otsikon alla näytetään potilastietojärjestelmän rakenteisessa osiossa kirjatut Suun terveydenhuollon toimenpideluokituksen mukaiset toimenpiteet ja vapaana tekstinä kirjatut lisätiedot (materiaalit, neulamitat, leikkauskertomus, oikomiskojeen tyyppi jne.).
- Toimenpiteen jälkeinen jatkohoitosuunnitelma kirjataan Suunnitelma-otsikon alle.

Toimenpiteessä ilmenevät komplikaatiot kuvataan sanallisesti ja komplikaation diagnoosi ICD-10 -luokituksella. Myöhemmin havaittavat komplikaatiot/haittavaikutukset kirjataan kopioimalla vanha tmp-tieto uudeksi merkinnäksi (jolla sama tmp-yksilöivä tunniste) ja lisäämällä siihen haittavaikutustiedot.

”Toimenpiteen komplikaation kuvaus: *Infektio*”

”Komplikaation koodi: *T81.4, muu toimenpiteen jälkeinen infektio*”

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.

Lääkehoidon merkinnöistä

Lääkityksen määräys- ja antomerkinnät kirjataan SUU -näkyhälle vapaana tekstinä Lääkehoito-otsikon alle.

- Lääkkeestä kirjataan aina nimi, määrä, lääkemuoto
- Kerta- ja vuorokausiannos sekä annostelutapa
- Otsikon alle kirjataan vapaana tekstinä lääkehoitoon liittyviä arviointeja, kommentteja ja perusteluita tehdyille ratkaisuille

Valtakunnallisen Lääkityslistan kehitystyö on käynnissä. Tavoite käyttöönnotolle v. 2024.

Ennaltaehkäisy (Preventio)

Otsikon alle kirjataan rokotuksiin ja muuhun terveyskasvatukseen ja ennalta ehkäisevään terveydenhuoltoon liittyvää tietoa. Rokotustiedot kirjataan rakenteisena tietona. Muun terveyskasvatukseen, terveyden edistämisen ohjaukseen ja ennaltaehkäisevän terveydenhuol-

toon liittyvä tieto kirjataan pääsääntöisesti vapaamuotoisena tekstinä tai mahdollisuuksien mukaisesti esimerkiksi hoito- ja terapiatyön luokitusten mukaisesti omille näkymilleen.

- Kirjataan vapaana tekstinä. Kaikki suun terveydenhuollon ammattihenkilöt käyttävät samoja näkymiä ja otsikoita.

”Omahoito toimii hyvin (F-tahna kahdesti päivässä). Ei toimenpiteitä”

”Tehostettu preventio-ohjelma:...”

- Harjaukertojen määrä kirjataan rakenteen luokituksen mukaisesti.

Apuvälineet ja hoitotarvikkeet

Otsikon alle kirjataan tietoa (esimerkiksi lista tai luettelo) toimintakykyrajoitteisen henkilön käytössä olevista, arjen selviytymistä ja osallistumista tukevista apuvälineistä sekä (pitkäaikaisten) sairauksien hoidon kannalta keskeisimmistä hoitotarvikkeista. Otsikon alle voidaan kirjata myös muuta tarpeelliseksi katsottavaa tietoa apuvälineistä ja hoitotarvikkeista, kuten esimerkiksi käyttöön luovutettavien tai käytössä olevien apuvälineiden ja hoitotarvikkeiden määrä, tuotemerkki ja mallitehdyt modifioinnit tai muutostyöt ja muut itse välineisiin tai tarvikkeisiin liittyvät oleelliset tiedot.

Kirjaus voidaan tehdä vapaamuotoisesti tai esimerkiksi apuvälineiden osalta *SFS/THL – Apuvälineluokitusta* apuna käyttäen. Myös muut kuin kuntoutus- ja erityistyöntekijät kirjaavat potilaan apuvälineisiin liittyvä tietoa Apuvälineet ja hoitotarvikkeet otsikon alle.

- Kirjataan vapaana tekstinä.
- Kirjataan potilaan käytössä olevat apuvälineet.
- Kirjataan pitkäaikaisten sairauksien hoidon kannalta keskeisimmät apuvälineet.
- Tiedolla voi olla merkitystä myös hammashoidon toteutuksessa (esim. potilas käyttää pyörätuolia).
- Oikomiskojeet kirjataan tulevaisuudessa oikomishoidon tietosisältöön mutta ennen kuin se on mahdollista, kirjataan toimenpiteen lisätietona (SUU-näkymälle).
- Rakenteisesti kirjatut hammasproteesit näytetään Nykytila-otsikon alla.
- Muut kuin suun terveydenhuollon ammattihenkilöt voivat kirjata otsikon alle potilaan irrotettavia hammasproteeseja koskevaa tietoa.

3.8 Hoidon arviointi

Diagnoosi

Diagnoosit tai käyntisyöt kirjataan käyntien ja hoitjaksojen yhteydessä kuvaamaan niitä terveysongelmia, joita käynnin tai hoitjakson yhteydessä kulloinkin hoidetaan.

Lääkäri kirjaa otsikon alle potilaalla todetut diagnoosit rakenteisesti diagnoosi-luokituksen mukaisesti. Suun alueen diagnooseissa käytetään ICD10- tautiluokitusta ja siellä yleisimmin K00-K14 diagnoosikoodeja: suuontelon, sylkirauhasten ja leukojen sairauksien diagnoosikoodeja. Diagnooseihin kirjataan käynnillä tai hoitajaksolla todetut tai hoidetut diagnoosit sekä muut potilaan käynnillä tai hoitajaksolla hoitoon oleellisesti vaikuttaneet diagnoosit. Potilaan pitkäaikaisdiagnooseja, joilla ei ollut hoidon kannalta mitään merkitystä, ei tarvitse kirjata.

- Hammaslääkärin määrittämä diagnoosi kirjataan rakenteisesti ICD10-koodistolla
- Diagnoosista on kirjattava tyyppi (pää- / sivudg), kesto (määräaikainen / pysyvä) ja varmuus (epäily / todennäköinen / varma).

Diagnoosikoodeja käytetään kahdessa, jossakin määrin toisistaan poikkeavassa merkityksessä. [Tiedonhallintapalvelussa](#), joka on osa Kanta-palvelut-kokonaisuutta, vaihtoehdot erotetaan toisistaan käsitteellisesti ja toiminnallisesti.

1. *potilaan terveysongelmat, joita hoidetaan kulloisenkin kontaktin yhteydessä (käyntien ja hoitjaksojen diagnoosit ja käyntisyöt)*
2. *potilaan terveysongelmat, jotka voidaan ymmärtää potilaan, pitkäkestoiseksi tai pysyväisluonteiksi terveysominaisuuksiksi ja joilla on väistyttyäänkin laaja-alaista merkitystä potilaan terveydentilan, hyvinvoinnin tai muiden terveysongelmien hoidon kannalta (pitkäaikaisdiagnoosit)*

Hoidon syy

Muut terveydenhuollon ammattilaiset kuin lääkärit kirjaavat oman käsityksensä hoitoon hakeutumisen syystä rakenteisesti Hoidon syy -otsikon alle ICPC-luokituksella. Silloin, kun käynti perustuu aiemmin tehtyyn diagnoosiin, otsikon alle voidaan kirjata käyntisyyksi potilaalle aiemmin diagnosoitu ICD-koodi.

- Muut terveydenhuollon ammattihenkilöt kuin lääkäri kirjaavat hoitoon hakeutumisen syyn aina käyntisyyntä. Käyntisyöt kirjataan ICPC-luokituksella tai potilaalle aiemmin diagnosoidut ICD-koodeja käyttäen.
- Lääkärit eivät kirjaa käyntisyytä vaan he kirjaavat hoidon syyt aina diagnooseina Diagnoosi-otsikon alle. Kirjattavalla diagnoosilla tulee olla yhteys kyseisen käynnin syyhyn tai sisältöön. Jos on kyse taudin määrittämisestä, hammaslääkäri voi kirjata diagnooseja vain oman koulutuksensa ja osaamisensa puitteissa.

Diagnoosien ja käyntisyiden käsittelystä

Diagnooseiksi tai käyntisyiksi kirjataan potilaan käynnin tai hoitajakson aikana hoidetut sekä hoitoon olennaisesti vaikuttaneet potilaan diagnoosit, riippumatta siitä ovatko ne akuutteja ja lyhytkestoisia, esimerkiksi tavallinen flunssa, tai kroonisia ja pitkäkestoisia diagnooseja, esimerkiksi diabetes. Kirjattavalla diagnoosilla tulee olla yhteys kyseisen käynnin syyhyn tai sisältöön. Jos on kyse taudin määräytyksestä, hammaslääkäri voi kirjata diagnooseja vain oman koulutuksensa ja osaamisensa puitteissa.

Tiedonhallintapalveluun (THP) tuotetaan kooste käyntien ja hoitajaksojen yhteydessä kirjatusta diagnooseista ja käyntisyistä. Käyntisyöt ovat siten rinnastettavissa diagnooseihin ja niitä käsitellään diagnoosilistoilla samanarvoisesti diagnoosien kanssa. THP mahdollistaa kuitenkin niiden erottelun tilanteissa, joissa halutaan katsoa vain lääkärin kirjaamia diagnooseja tai muiden ammattiryhmien kirjaamia käyntisyitä. Diagnoosien ja käyntisyiden sorteeraaminen listauksiksi tulee toteuttaa tietojärjestelmässä paikallisesti.

Hoidon tulokset

Otsikon alle kirjataan potilaan tilassa hoidon seurauksena tapahtuneet muutokset. Tuloksia arvioidaan suhteessa hoidon tarpeeseen, päätavoitteisiin ja/tai toteutuneeseen hoitoon.

- Kirjataan vapaana tekstinä.
- Arvioidaan hoidon tavoitteiden toteutumista.
- Otsikkoa käytetään, kun hoidon tavoitteet on asetettu.

”Potilas kykenee syömään pehmeää ravintoa, ei oireita, ei merkkejä infektiosta hampaissa, leukaluussa (OPTG) eikä suulaessa. Pohjattu yläkokoproteesi istuu ja pysyy hyvin. Potilaan yleistila huomioiden ei voida lähteä paikkaamaan todettuja dentiinikarieksia, tehostetaan suuhygieniää (kerrataan toimenpiteet omahoitajan kanssa)”

”Kotihoito näyttää nyt toimivan hyvin, voidaan ryhtyä suunnittelemaan paikkaus- ja proteettista hoitoa”

4 Muut otsikot

4.1 Luokittelemattomat otsikot (määrittelemätön)

Muu merkintä

Otsikkoa käytetään kun on kirjattava tietoja, jotka eivät sovellu muiden otsikoiden alle.

- Kirjataan vapaana tekstinä.
- tiedot, jotka eivät sovellu muiden otsikoiden alle
- esimerkiksi epikriisin jakelu ja jakelun toteutuminen, yhteystiedot

4.2 Otsikot joille ei ole suun terveydenhuollossa vakiintunutta sisältöä

Esimerkiksi hoitotyötä ei tunnisteta suun terveydenhuollon avohoidossa sellaiseksi itsenäiseksi toiminnoksi, joka edellyttäisi kirjaamisen tästä näkökulmasta. Kaikki suun terveydenhuollon ammattihenkilöt käyttävät samoja toimenpidekoodeja, näkymiä ja otsikoita. Alla olevia otsikoita käyttäen voidaan kuitenkin välittää potilastietoa muille terveydenhuollon ammattilaisille tilanteissa, joihin edellä olevat otsikot eivät jostakin syystä sovellu.

Päivittäismerkintä (decursus)

Otsikkoa käytetään pääasiassa potilaan osastohoidon tai sen kaltaisen hoidon aikaisten päivittäismerkintöjen (Decursus-merkintöjen) otsikkona. Otsikkoa voi käyttää myös avohoidossa lyhyiden hoidon tai sairauden kulun merkintöjen tekemiseen. Merkinnät ovat yleensä lyhyitä, eikä niissä ole tarpeen käyttää muita otsikoita. Muita otsikoita voi kuitenkin käyttää tarvittaessa tekstin jäsentämiseen.

Hoitotoimet (Hoidon toteutus)

Otsikon alle kirjataan potilaan toteutunut hoito, jolla terveydenhuollon ammattihenkilö vastaa potilaan hoidon tarpeisiin ja asetettuihin tavoitteisiin ja joita ei kirjata muiden hoidon toteutuksen otsikoiden, esimerkiksi Toimenpiteiden, Kuntoutuksen tai Lääkehoidon alle. Myös potilasohjaus kirjataan otsikolla Hoitotoimet. Kirjataan vapaana tekstinä ja/tai erilaisia luokituksia hyödyntäen.

Hoitoisuus (Hoidon arviointi)

Otsikkoa käytetään, kun kuvataan potilaan tarvitseman hoidon määrä ja vaativuus esim. hoitopaikan vaihtuessa toiseen laitokseen tai kotihoitoon. Hoitoisuus kirjataan rakenteisesti hoitoisuusluokitusta käyttäen.

Kuntoutus (Hoidon toteutus)

Kuntoutus-otsikon alle kirjataan potilaan kuntoutuksen suunnitteluun, toteutukseen, seurantaan ja arviointiin liittyvä dokumentaatio.

- kattaa myös päivittäismerkinnät, menettelyohjeet tai informaation muille potilasta hoitaville työntekijöille sekä potilaan kuntoutukseen, terapiaan tai ohjaukseen liittyvää päivittäistä tietoa
- Kuntoutus- ja erityistyöntekijöiden tekemä apuvälineohjaus kirjataan alan nimikkeistöllä Kuntoutus-otsikon alle joko palvelukohtaiselle tai ammatilliselle näkymälle.

Terveystarkastus

Terveystarkastuksiin liittyvää tietoa ovat tarkastuksessa ilmenneet tai vaikuttaneet ongelmat, jatkotoimien tavoitteet ja tarve sekä ohjeet. Hoitohenkilöstö kirjaa terveystarkastukseen liittyvät tiedot soveltuvin osin hoitotyön luokitusten mukaisesti.

- Neuvola-asetuksen mukaiset ja muut terveystarkastukset kirjataan rakenteisesti ja näytetään muiden otsikoiden alla (toimenpiteet, nykytila).

Testaus- ja arviointitulokset (Tulotilanne, havainnot ja tutkimukset)

Otsikon alle kirjataan sellaiset tutkimukset tai arvioinnit, joiden tulokset ilmaistaan yleensä sanallisena kuvauksena, eivätkä ne ole selkeästi mitattavina arvoina ilmaistavia. Tällaisia tutkimuksia ovat, muun muassa erityistyöntekijöiden, esimerkiksi psykologien, tekemät, erilaiset tutkimukset, testaukset, kyselyt ja haastattelut, esimerkiksi muistitestit. Otsikon alle kirjataan sekä tutkimusten suorittamiseen liittyvät tiedot että niihin perustuvat johtopäätökset.

5 Luokitusten käytöstä ja jatkokehityksestä

Suun terveydenhuollon toimenpideluokituksessa määritellään koodien käyttöedellytykset. Niiden käytössä tiedetään olevan vaihtelua organisaatioiden sisällä ja välillä. Oman lisänsä kirjaamiseen ja koodien käyttöön tuo toimenpidepalkkioiden, sairausvakuutuskorvausten ja asiakasmaksujen määräytyminen toimenpiteiden perusteella. Näihin tarkoituksiin on osin omat luokituksensa (esim. kunnalliseen lääkärisopimukseen sisältyvä luokitus, Kuntaliitto), joiden sisältämät koodit pyritään ohjelmallisesti päättelemään suun terveydenhuollon toimenpideluokituksen koodien perusteella. Luokitusten eroavaisuuksista johtuen tämä ei aina ole mahdollista, ja asioita joudutaan kirjaamaan erikseen eri tarkoituksia varten.

5.1 Kirjaamisen rakenteiden kehittäminen

Vaikka tutkimukselle ja ehkäisevälle hoidolle on omat koodinsa, terveydenhuollon kirjaaminen painottuu sairauden hoitoon. Hoitosuunnitelma nähdään usein sen hetkisen hoidontarpeen toteuttamissuunnitelmana, jolloin pitkäaikainen kokonaishoitosuunnitelma ja siihen liittyvä kirjaaminen (tutkimusväli, ylläpitohoitoväli ja omahoitosuunnitelma) jäävät vähemmälle huomiolle. Potilastiedon arkiston tiedonhallintapalveluun toteutettu terveys- ja hoitosuunnitelma parantaa tilannetta, kun kyse on potilaista, joilla on monia terveysongelmia. Kyseinen suunnitelma on hoitoa koordinoiva terveydenhuollon yhteinen näkemys potilaan tilanteesta ja tarkoitettu ensisijaisesti tueksi hoitajaksojen väliin kokonaistilanteen hallintaan. Se ei korvaa yksittäisen käynnin/hoitajakson hoitosuunnitelmaa akuutin terveysongelman kohdalla.

Suun terveydenhuollon kirjaamista pyritään kehittämään lähemmäksi yleisiä terveydenhuollon käytäntöjä. Tämä on myös edellytys suun terveydenhuollon ja muun terveydenhuollon ammattihenkilöiden väliselle tietojen yhteiskäytölle. Käytännössä tämä tarkoittaa kansallisten otsikoiden kirjattavan sisällön lisäämistä; erityisesti niissä tilanteissa, joissa tiedon yhteiskäytön tarve eri terveydenhuollon ammattihenkilöiden välillä on suuri.

Edellä oleva kuvaa erityisesti perusterveydenhuollon tilannetta. Erikoissairaanhoidossa suun terveydenhuollon kirjaaminen ei poikkea muiden erikoisalojen kirjaamiskäytännöistä, ja suun terveydenhuollon ammattihenkilöt käyttävät samoja potilastietojärjestelmiä. Ne eivät kuitenkaan toistaiseksi mahdollista suun terveydenhuollon rakenteisten tietojen kirjaamista.

Julkisen ja yksityisen sektorin kirjaaminen voi osin poiketa toisistaan. Yksityisen ja julkisen hammashoidon kirjaamiskäytäntöjen eroihin vaikuttavat käytännössä viranomaisvaatimukset (esim. AvoHILMO, asiakasmaksuasetus, Kelan ohjeet) sekä erot toiminnan tavoitteissa ja ohjausmekanismeissa.

Yhdenmukaisten rakenteisten potilaskertomusten tavoitteena on yhdenmukaistaa kirjaamiskäytäntöjä sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa organisaatiosta ja potilastietojärjestelmästä riippumatta. Tätä helpottaa tietojen hyödyntämistä ja vertailua eri palvelutuottajien välillä. Lisäksi tiedot siirtyvät yhtenäisenä rakenteena Omakantaan asiakkaan nähtäväksi. Toimenpidekoodien ja rakenteisen kirjaamisen kehittäminen toteutetaan yhteensovittaen, tavoitteena yksiselitteiset toimenpidekoodit. Tarvittavat tiedot saadaan suoraan potilaskertomusmerkinnöistä, eikä erillisiä kirjauksia muihin järjestelmiin tarvita.

Tulevaisuudessa tavoitteena on, että potilas osallistuu mahdollisuuksiensa mukaan aktiivisemmin oman suun terveytensä edistämiseen ja ylläpitämiseen. Tämä edellyttää, että suun

terveydenhuollossa kirjataan pitkäaikainen hoitosuunnitelma yhdenmukaisilla rakenteilla sisältäen suusairauksien ehkäisyn ja potilaan omat tavoitteet hoidolle.

Lähteet ja viitteet

Aalto, Satu Annika; Virkkunen, Heikki; Turunen, Seppo; Saarela, Hanna-Leena; Rätty Tarja (toim.). Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toiminnalliset määrittelyt 2020. Sähköinen julkaisu. <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/STTMJULK> haettu 16.11.2020

Jokinen, Taina; Virkkunen, Heikki (toim.). Potilastiedon rakenteisen kirjaamisen opas, osa 1 2018
https://thl.fi/documents/920442/2902744/Kirjaamisopas+osa+1++final+2018_.pdf/5395585e-324f-4ac5-86d6-106e27979e77 haettu 16.11.2020

Rätty, Tarja (toim.) Potilastiedon arkiston toimintamallit (2020) (valmisteilla)

Virkkunen, Heikki; Mäkelä-Bengs, Päivi; Suhonen, Jari; Vuokko, Riikka. Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely 2020 (valmisteilla)

STM 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle.
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3337-8> haettu 16.11.2020

STM 2013. Suun terveyttä koko väestölle 2013 - Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän loppuraportti <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3643-0> haettu 16.11.2020

STM 2013. Strateginen suunnitelma suun terveydenhuollon tietosisältöjen liittämiseksi osaksi kansallista terveysarkistoa, Suunta-projektin loppuraportti versio 1.1 27.8.2013

[Sote-sanastot.fi-verkkopalvelu](http://sote-sanastot.fi-verkkopalvelu)

[THL, Kansallinen koodistopalvelu](http://thl.fi)

[THL, Sosiaali- ja terveydenhuollon luokituksista thl.fi-sivustolla](http://thl.fi)