

Kirjaamisopas

Kirjaamisopas: Suun terveydenhuolto

Hanna-Leena Saarela, Riitta Nieminen

2.0

2/2024



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

Sisällys

VERSIONHALLINTA	3
LUKIJALLE	4
1 JOHDANTO	5
2 KIRJAAMISEN YLEISET PERIAATTEET	6
2.1 RAKENTEISET TIEDOT SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA	6
2.2 PALVELUTAPAHTUMA	7
2.3 RAKENTEISEN KIRJAAMISEN TOTEUTUS JA HYÖDYNTÄMINEN POTILASTIETOJÄRJESTELMISSÄ	7
2.4 SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA KÄYTETTÄVÄT NÄKYMÄT JA LISÄNÄKYMÄT	7
2.5 HOITOPROSESSIN VAIHEET	9
2.6 OTSIKOT	9
2.7 SUUN ALUEEN NYKYTILA	9
2.8 INDEKSIT JA MITTAUKSET	11
2.9 MITTAUKSET	13
2.10 ESITIEDOT JA OMAHOITO	13
2.11 OIKOMISHOITO	13
2.12 TOIMENPITEET	14
2.13 TERVEYS- JA HOITOSUUNNITELMA	14
3 KANSALLISET OTSIKOT SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA	15
3.1 KOKO MERKINNÄN OTSIKOT	15
3.2 TULOTILANNE	17
3.3 HOIDON SUUNNITTELU	20
3.4 HOIDON TOTEUTUS	22
3.5 HOIDON ARVIOINTI	23
4 MUUT OTSIKOT	25
4.1 LUOKITTELEMATTOMAT OTSIKOT (MÄÄRITTÄMÄTÖN HOITOPROSESSIN VAIHE)	25
4.2 OTSIKOT JOILLE EI OLE SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA VAKIINTUNUTTA SISÄLTÖÄ	25
5 LUOKITUSTEN KÄYTÖSTÄ JA JATKOKEHITYKSESTÄ	27
5.1 KIRJAAMISEN RAKENTEIDEN KEHITTÄMINEN	27
LÄHTEET	28

Versiohallinta

Versio	Päiväys	Kuvaus tehdyistä muutoksista	Tekijät
0.9	2.11.2015	Verkkojulkaisuksi muokkaaminen; Terveystieteiden kirjallisuuden opas, täydennettynä suun terveydenhuollon osuuksilla	SuunTa-pilotit, Seppo Turunen, Hanna-Leena Saarela
0.95	9.11.2015	Täsmennyksiä; mm. viittauksia toiminnallisiin määrittelyihin poistettu	Maria Pohjanvuori, Seppo Turunen
1.0	24.11.2015	Lisätty otsikko ”Rakenteisen kirjallisuuden toteutus ja hyödyntäminen potilastietojärjestelmissä”. 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 kirjalliskäytäntöjä 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
2.0	02/2024	Oppaan teksti on päivitetty laajasti kauttaaltaan, sekä siihen on lisätty tarkennuksia ja ohjeita suun terveydenhuollon ammattilaisten kirjallisuudesta. Linkit ja lähteet on päivitetty.	Hanna-Leena Saarela, Riitta Nieminen

Lukijalle

Suun terveydenhuollon kirjaamisopas kuuluu THL:n kirjaamisoppaiden sarjaan, jonka tarkoitus on ohjata sosi-aali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöitä kansallisesti potilastiedon yhdenmukaisten rakenteiden käyttöön sekä yhdenmukaisiin kirjaamiskäytäntöihin. Tavoitteena on parantaa tietojen käytettävyyttä eri organisaatioi-den ja ammattihenkilöiden välillä sekä mahdollistaa tietojen hyödyntämistä myös tiedon toissijaisessa käy-tössä.

[Potilastiedon kirjaamisen yleisopas](#) on tarkoitettu kaikille Potilastiedon arkistoa käyttäville terveydenhuol-lon ammattihenkilöille. Sen avulla voidaan tuottaa potilaan hoidosta arkistokäyttöön vaaditut perustiedot. Opassarjaa laajennetaan erikoisala- ja palvelukohtaisilla kirjaamisoppailla, joilla tarkennetaan yleisiä kirjaa-misohjeita erikoisala- ja palvelukohtaisiin erityistarpeisiin.

Suun terveydenhuollon rakenteisen kirjaamisen opas julkaistiin ensimmäisen kerran vuonna 2016. Vuoden 2024 opas on päivitetty vastaamaan tarkentuneita Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toi-minnallisia määräytyksiä.

1 Johdanto

Suun terveydenhuolto on osa Suomen terveydenhuoltojärjestelmää ja sitä säätelee sama lainsäädäntö kuin terveydenhuoltoa yleisesti. Suun terveydenhuollon kirjaamista säätelevät samat normit ja ohjeet kuin muuta terveydenhuollon kirjaamista (muun muassa [Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä \(703/2023\)](#), [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista \(785/1992\)](#), STM:n opas terveydenhuollolle: Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely (päivitettävänä)). Kirjaamisessa noudatetaan [Kirjaamisopas: Potilastiedon kirjaamisen yleisopas](#) dokumentin yleisiä periaatteita.

Suun terveydenhuollon asiakirjat koostuvat otsikoin jäsennetystä vapaasta tekstistä sekä valtakunnallisesti määritellyistä keskeisistä rakenteisista tiedoista että suun terveydenhuollon keskeisistä rakenteisista tiedoista. Keskeisiä rakenteisia tietoja ovat muun muassa diagnoosit ja toimenpiteet. Suun terveydenhuollossa lisäksi rakenteisia tietoja ovat muun muassa tiedot hampaiden ja suun alueen nykytilasta (statustiedot) sekä niihin liittyvät tutkimukset, indeksit ja mittaukset.

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 käyntisyyt (ICD-10, ICPC-2)

Luokitusten käyttö on vakiintunutta, mutta osin epäyhtenäistä. Toimenpideluokituksen suuri merkitys kirjaamisessa näkyy siten, että potilaalle tehtävät toimenpiteet kuvataan hyvin yksityiskohtaisesti toimenpidekoodien avulla. Kirjaajan on muistettava, että kaikelle tekemiselle ei ole toimenpidekoodia. Potilaskertomusmerkinnät tulee kuitenkin tällaisissakin tilanteissa tehdä riittävällä tarkkuudella.

Potilastiedon yhteiskäyttö on edellyttänyt uusien [toimintamallien](#) käyttöönottoa myös suun terveydenhuollossa.

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

Tässä oppaassa on käytetty termiä "tarkastus" sekä hammaslääkärin tekemästä tutkimuksesta että muiden suun terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemistä suun terveystarkastuksista.

2 Kirjaamisen yleiset periaatteet

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 aina kunkin rakenteisen tiedon uusinta, ajantasaisinta 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 erikoisalakohtaisella rakenteisella tiedolla välitetään yksityiskohtaista tietoa suun ja hampaiston tilasta muille suun terveydenhuollon yksiköille ja ammattihenkilöille. Suun terveydenhuollon rakenteisten tietojen kirjaamista varten potilastietojärjestelmissä on erillinen näkymä, jota kautta kirjattu sisältö näytetään kansallisten otsikoiden alla, ts. tiedot kirjataan vain kerran.

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
- Kariuksen, tukikudossairauksien ja muiden tautitilojen aiheuttamien vaurioiden etenemisen (tai paranemisen) arviointi
- Oikeushammaslääketieteelliset syyt

Statustietoja voivat kirjata kaikki suun terveydenhuollon ammattihenkilöt joko tutkimuksen (hammaslääkäri) tai suun terveystarkastuksen (suuhygienisti ja hammashoitaja) yhteydessä. Löydösten ja havaintojen kirjaaminen ei ole taudinmäärittystä eikä sisällä hoitopäätöstä, vaan niistä hammaslääkäri päättää erikseen. Suuhygienisti/hammashoitaja voi merkitä käyntisyynä diagnoosin, jos hammaslääkäri on sen potilaalle aiemmin hoitajakson aikana asettanut.

Statustietojen näyttämiseksi potilastietojärjestelmissä ei ole yhtenäistä mallia, ja tietojärjestelmät käyttävät omia symbolejaan kuvamaan suun ja hampaiston tilaa.

2.2 Palvelutapahtuma

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

Käynnin kirjaus monihuonemallissa

Ns. monihuonemallissa, jossa yhden potilaan hoitoon osallistuu samalla potilaan käynnillä useampi ammattihenkilö, jokainen ammattihenkilö tekee kirjaukset potilasasiakirjoihin ja kirjaa käynnistä seuraavasti:

Yhteystapa: Käynti vastaanotolla, Kävijäryhmä: Ryhmävastaanotto.

Yhteystapa ja kävijäryhmä ovat Avohilmo/Hilmo-tilastoinnin käsitteitä ([Hoitoilmoitusopas terveydenhuollolle 2023 1.2](#)).

Ryhmävastaanotto

Yhden identifioidun potilaan ja vähintään kahden ammattihenkilön välinen palvelutilanne.

Avohilmo-tietue lähetetään jokaisen ryhmävastaanottoon osallistuneen ammattihenkilön kirjauksesta. Tämä tarkoittaa, että potilaan ja jokaisen ammattilaisen kontaktista tallennetaan erillinen käynti.

2.3 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 tai järjestelmän tarjoamia valintamahdollisuuksia kirjaamisen kannalta oikea-aikaisesti. Toivottavaa myös on, että järjestelmiin toteutetaan päättelyominaisuuksia hyödyntämällä järjestelmän jo sisältämää tietoa, jolloin vältetään päällekkäiseltä kirjaamiselta.

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.

Tavoitteena on, että kertomustiedon lisäksi kirjattava tilastotieto (Hoitoilmoitusrekisteritieto eli Avohilmo-/Hilmo-tieto) syntyisi mahdollisimman pitkälle automaattisesti ilman erillistä kirjaamista myös suun terveydenhuollossa.

2.4 Suun terveydenhuollossa käytettävät näkymät ja lisänäkymät

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. Erikoisalakohdaiset näkymät suun terveydenhuollossa ovat jatkuvan kertomuksen SUU-näkymä (Hammas-, suu- ja leukasairaudet) ja suun terveydenhuollon rakenteisten tietojen HAM-näkymä

(Hampaiston nykytila, hammasstatus). Lisäksi on erityisnäkyymiä, kuten ajanvaraustietojen kirjaamiseen käytettävä Potilashallinnollisten merkintöjen näkymä (PHAL) ja toisen henkilön kuin potilaan itsestään kertomien arkaluonteisten tietojen Erillinen asiakirja (ERAS). Kansalliset näkymät voivat toimia pää- ja/tai lisänäkyminä.

Suun terveydenhuollon jatkuvan kertomuksen 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 erikoisalakohtaisilta näkymiltä käyttöoikeuksien mukaan.

Yleensä potilaskertomusmerkinnät on kirjattu aina yhdelle näkymälle. Jos sama tieto on haluttu useammalle näkymälle, tieto on kopioitu muille näkymille. Tätä tarkoitusta varten on olemassa lisänäkyymiä, 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.

Hammaslääkärin kirjatessa tietoa SUU-näkymälle, hän voi valita lisänäkymäksi esimerkiksi 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 tallentuu identtisenä YLE-näkymälle.

HAM-näkymä on ainoa erikoisalakohtainen 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 näkyymiä (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 ja linkki HAM-näkymän tiedot sisältävään asiakirjaan. Jos SUU-näkymälle tehdään samalla muita kirjauksia, tuotetaan linkki HAM-näkymälle samaan merkintään muiden SUU-näkymän kirjausten yhteyteen (Kuva 2.1).

<p>SUU NÄKYMÄ</p> <p>Hannu Hammaslääkäri, HLL 1.2.2024</p> <p>Hoidon toteutus Nykytila (status): D 35: Ylilukuinen hammas Hampaan okklusaalipinta, Hampaassa oleva täyte Yhdistelmämuovi Hampaan mesiaalipinta, Hampaassa oleva täyte Yhdistelmämuovi</p>

Kuva 2.1 Jos HAM-näkymälle tehdään merkintöjä ilman, että SUU-näkymälle tehdään merkintöjä, tuottaa potilastietojärjestelmä automaattisesti SUU-näkymälle käyntiä koskevan merkinnän.

Erillinen asiakirja -näkyymiä (ERAS) käytetään lisänäkymänä, jos potilaan hoidon kannalta on välttämätöntä kirjata toisen henkilön itsestään kertomia tai muita muun henkilön yksityiskohtaisia arkaluonteisia tietoja. Nämä tiedot kirjataan potilaan palvelutapahtuman asiakirjoihin kuuluvaan erilliseen asiakirjaan. 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 henkilöturvattuun. 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.

Suun kokonaishammastarkastus

Kokonaishammastarkastuksen yhteydessä järjestelmä hakee Potilastiedon arkistosta edellisen kokonaishammastarkastuksen tiedot sekä kaikki sen jälkeiset HAM-näkymälle tehdyt merkinnät ja koostaa rakenteisten kirjausten ja tarkastuksen pohjaksi graafiseen esitystapaan 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 tai käyttäjä voi tehdä merkinnän manuaalisesti. Kokonaishammastarkastuksen yhteydessä voi kirjata myös muita rakenteisia tietoja SUU-näkymälle.

Hoitoon osallistuvien 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. Asiakastietolain (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä 703/2023) 28 § mukaan potilaan hoitotiedoista pitää käydä selville ketkä ovat osallistuneet potilaan hoitoon, mutta tätä tietoa ei tässä vaiheessa ole suunniteltu tallennettavan Potilastiedon arkistoon. Tieto hoitoon osallistuvista kirjataan suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä eri tavoin.

2.5 Hoitoprosessin vaiheet

Hoitoprosessin vaiheita ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, hoidon toteutus, hoidon arviointi ja määrittämätön hoitoprosessin vaihe (ei vaihetta). Hoitoprosessin vaihe kuvaa hoidon pääasiallista vaihetta potilaan näkökulmasta. Merkinnässä tulee olla aina tieto hoitoprosessin vaiheesta, ja yleensä tämä tieto tulee potilastietojärjestelmissä automaattisesti. 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 hakua rajata esimerkiksi tulotilanteeseen liittyviin tietoihin.

2.6 Otsikot

Suun terveydenhuollossa käytetään samoja kansallisia otsikoita kuin muualla terveydenhuollossa. On muistettava, että kirjausten tulee olla potilaan hoidon kannalta riittäviä ja ensisijaisesti terveydenhuollon ammattihenkilöille ymmärrettäviä. Potilaan tiedot tulisi kirjoittaa sen otsikon alle, johon teksti parhaiten sopii, jolloin myös muut terveydenhuollon ammattihenkilöt löytävät helposti tekstin oikeasta kohdasta. Otsikoiden määrää ei ole rajattu, vaan niitä voidaan käyttää sen mukaan mitä potilaan osalta käynniltä kirjataan. Luvussa 3 Kansallisten otsikkojen käyttäminen suun terveydenhuollossa kerrotaan laajemmin otsikoiden käytöstä.

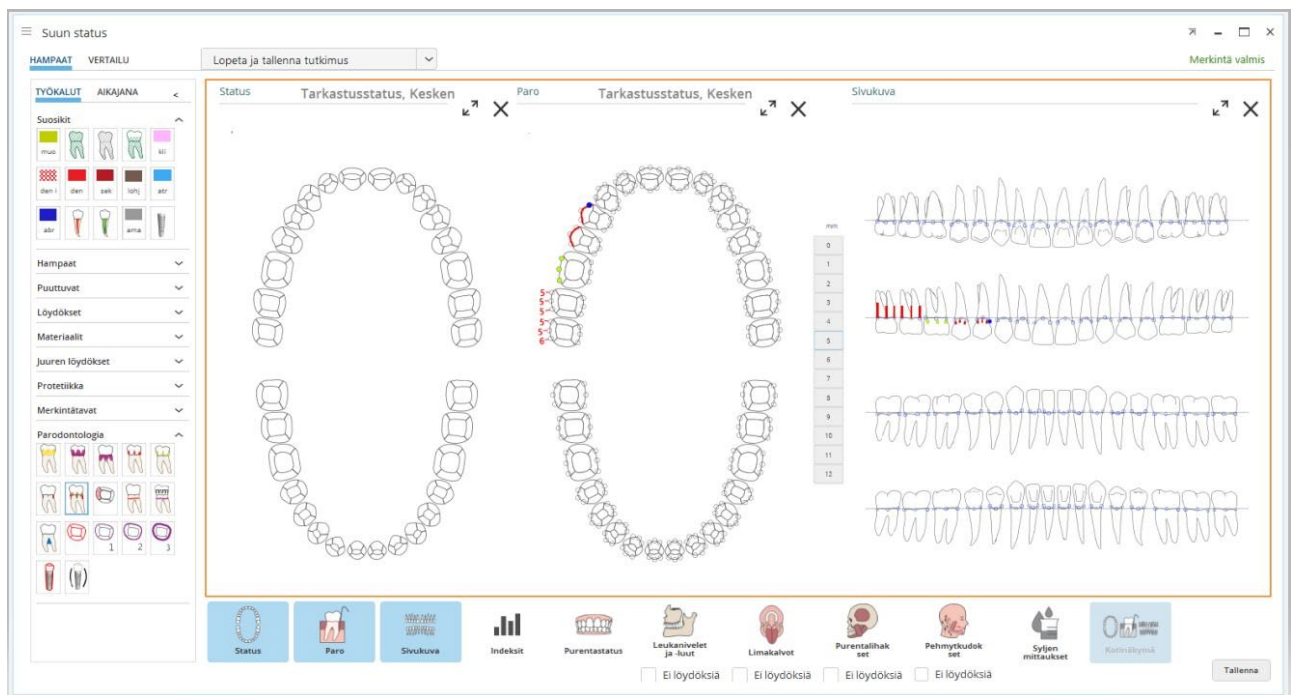
2.7 Suun alueen nykytila

Suun alueen nykytila- eli statustiedot on jaettu neljään osa-alueeseen: Hampaiston nykytila, Suuremmat kuin yhden hampaan proteettinen rakenne, Purentastatus sekä Pehmeä- ja kovakudoshavainnot.

Hampaiston statusnäkyvä luodaan ensimmäisen kerran, kun potilas tulee ensimmäiseen suun kokonaistarkastukseen. Kun potilaalle tehdään seuraava kokonaistarkastus, potilastietojärjestelmä hakee Potilastiedon arkistosta viimeisen kokonaistarkastuksen ja sen jälkeen tehdyt merkinnät ja näyttää tiedot statusnäkyvässä. Tarkastuksessa merkitään uudet havainnot sekä poistetaan havainnot, jotka eivät ole enää ajankohtaisia.

Statusnäkyvästä voi puuttua tai siinä voi näkyä jokin vanha merkintä, vaikka suussa on havaittavissa esimerkiksi puuttuva hammas. Tällainen tilanne voi olla, jos potilas on kieltänyt joidenkin organisaatioiden tai palvelupahtumien tietojen luovuttamisen. Oman organisaation sisällä tiedot näkyvät, vaikka olisi tehty luovutuskielto (esimerkkinä potilaan oma hyvinvointialue).

Potilastietojärjestelmän rakenteisessa osiossa kirjatut statustiedot (suun ja hampaiston nykytila) näytetään kuvassa 2.2. Kuvassa on esitetty esimerkki hammaskartan toteutustavasta. Kuvan käyttöön tässä julkaisussa on saatu lupa Tietoevry Care:lta.



Kuva 2.2 Hampaiston graafisessa statusnäytössä statustiedot voidaan näyttää havainnollisesti. Vasemmalla on Suun status, keskellä Paron status ja oikealla hampaiston sivukuva. Kuvan käyttöön tässä julkaisussa on saatu lupa Tietoevry Care:lta.

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 päättelemään muutokset proteesikirjauksen tiedoista. Muissa tapauksissa kirjaajan tulee itse käydä päivittämässä myös hammaskohtainen status.

Poistettaessa useampaa kuin yhtä hammasta koskevat proteettiset rakenteet, proteettisen rakenteen tietosäilytys 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 toimenpideluokituksessa 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 hampaista jätetään tarkoituksellisesti proteesin alle (peittoproteesi), tulee kirjaajan merkitä ne statukseen manuaalisesti. Jos poikkeuksellisesti tehdään proteesi ennen kuin kaikki poistettaviksi tarkoitetut hampaan juuret on poistettu, on kirjaajan vastuulla merkitä myös tällaiset hampaat statukseen.

ICDAS

Käypä hoito-työryhmä Karies (hallinta) 27.8.2020:

"Hampaiden reikiintyminen on jatkumo hyvin varhaisesta kiilteen demineralisaatiomuutoksesta kiilteen läpäisseeseen ja lopulta laajastikin dentiiniäkin tuhonneeseen vaurioon. International Caries Detection and ASsessment System (ICDAS) auttaa kliinikkoa arvioimaan kariesvaurion (kiillekaries/dentiinikaries) eri asteita ja aktiivisuutta. Tämä auttaa suunnittelemaan hoitoimenpiteitä.

ICDAS on kansainvälisten asiantuntijoiden laatima luokittelujärjestelmä. Se luokittelee kariesvauriot kuuteen luokkaan alkaen varhaisvaiheen alkavasta kiillevauriosta (ICDAS 1) laajaan, yli puolet hammaspinnasta tuhonneeseen dentiinivaurioon (ICDAS 6). Terve hammaspinta saa arvon ICDAS 0."

Parodontologinen status

Parodontologisen statuksen merkinnät kuuluvat Hampaiston nykytila-statukseen, vaikka potilastietojärjestelmässä olisikin erillinen graafinen kirjausnäkyvä parodontologisia statusmerkintöjä varten. Potilastiedon arkistoin määrittelyissä ei ole tällä hetkellä ominaisuutta, jolla saataisiin selville tehtyjen parodontologisten statussen lukumäärä.

Osittainen hammas

Osittaisella hampaalla tarkoitetaan hammasta, josta on poistettu yksi tai useampi juuri.

2.8 Indeksit ja mittaukset

Suun terveydenhuollon indeksit ja mittaukset muodostavat yhden rakenteisen kokonaisuuden.

Indeksit

Suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmä tallentaa alla kuvatut suun terveydenhuollon indeksit Potilastiedon arkistoon. Indeksit ovat oma erillinen tietosisältö, mutta niiden näyttämistä ja kirjaamista suositellaan toteuttamaan samaan näkymään mihin kirjataan Hampaiston nykytila-merkinnät.

Tarkastuksessa minkään itse kirjattavan indeksin kirjaaminen ei ole potilastietojärjestelmän kannalta pakollista, vaikka sen kirjaaminen kuuluu tarkastuksen toimenpidekoodin sisältöön. Kirjaaja kirjaa arvot tai järjestelmä päättelee tiedot arvojen perusteella ja käyttäjä hyväksyy päätellyt tiedot.

Kirjattavat indeksit ovat:

- Angle-luokat
 - Angle-luokat (kuutoset ja kulmahampaat)
 - Merkitään erikseen vasemmalta ja oikealta: AI, AII, AIII tai Kuspittainen
 - Merkitään erikseen kuutosista ja kulmahampaista
 - Angle-luokka yleinen (kokonaissuhde)
 - Merkitään AI, AII, AII1, AII2, AIII tai Kuspittainen

- Angle-luokista merkitään ne, joista on tehty havainto
- dmf/DMF
 - DMF on lähtökohtaisesti kariesindeksi, M-komponentti sisältää vain kariksen takia poistetut hampaat. Jos poiston syy ei ole tiedossa, sisältyy poistettu hammas M-komponenttiin.
 - dmf ilmoitetaan Potilastiedon arkistoon 0-17 -vuotiaista ja DMF kuusivuotiaista ja vanhemmista
 - d+D arvo voidaan näyttää potilastietojärjestelmässä mutta tietoa ei tallenneta Potilastiedon arkistoon
- dmfs/DMFS
 - Luku ilmoittaa hammaspintojen määrän, joissa on kariesta tai jotka on paikattu tai poistettu. Jos hammas on poistettu, lasketaan hammaspintojen määräksi viisi (5) paitsi inkisiiveissä ja kulmahampaissa neljä (4). Potilastietojärjestelmä tekee laskennan automaattisesti.
- CPI
 - CPI kuvaa 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
 - X= jos sekstantissa ei ole riittävästi hampaita mittauksen suorittamiseen. Potilastietojärjestelmä voi merkitä X:n automaattisesti.
- GI (Gingival-indeksi)
 - Kuvaa ikenien tilaa suhteellisella asteikolla, jossa 0 = terve ien ja 3 = erittäin tulehtunut ien (huomattavan punainen, hypertrofinen ja vuotaa spontaanisti)
 - Arvo merkitään sekstanteittain 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 tai vaihtoehtoisesti kirjaaja voi laskea tuloksen itse ja merkitä sen GI-arvoksi. Kirjattujen arvojen keskiarvona saatava tulos tallennetaan.
- PI (Plakki-indeksi)
 - Kuvaa plakin määrää hampaistossa asteikolla 0 - 3 (0 = ei lainkaan, 3 = erittäin paljon)
 - Merkitään sekstanteittain, kunkin sekstantin osalta tulos 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 tuloksen voi laskea itse ja merkitä tuloksen PI-arvoksi.
- BOP (Bleeding on Probing)
 - Prosenttiluku, joka kuvaa kuinka suuri osuus ientaskuista vuotaa, kun ientaskut tutkitaan ientaskumittarilla.

- Potilastietojärjestelmä tuottaa prosenttiluvun automaattisesti hammaskohtaisten kirjausten perusteella, mutta luku on kirjaajan muutettavissa.

2.9 Mittaukset

Suun terveydenhuollossa tehdään syljen mittauksia potilaan vierimittauksina, joista käyttäjä kirjaa tuloksen potilaskertomukseen. Näytteistä voidaan kirjata näytteen tyyppi ja niiden tutkimusten tulokset, joita näytteestä on tutkittu. Tulokset tulee kirjata fysiologisina arvoina, lisäksi kustakin näytteestä voi kirjata tekstimuotoista lisätietoa. Sylkinäytteitä voidaan ottaa samalla kertaa useampia, joten kullakin kerralla kirjatut näytteet tulee numeroida juoksevilla järjestysnumerolla. Potilastietojärjestelmä huolehtii numeroinnista.

2.10 Esitiedot ja omahoito

Suun terveydenhuollossa potilaan esitiedot ja omahoito muodostavat oman rakenteisen kokonaisuuden. Tällä hetkellä tästä esitiedot ja omahoito-osuudesta tallennetaan rakenteisesti vain harjauskertojen määrä. Tätä tietosisältöä tullaan laajentamaan tulevina vuosina.

2.11 Oikomishoito

Oikomishoidon määrittelyt valmistuivat vuoden 2023 aikana. Tämän dokumentin kirjoitushetkellä ei ole vielä varmistunut milloin viimeistään Potilastiedon arkiston mukaiset määrittelyt otetaan potilastietojärjestelmissä käyttöön.

Oikomishoidolla tarkoitetaan diagnoosiin ja hoitosuunnitelmaan perustuvaa hoitoa, joka toteutetaan joko kiinteällä tai irrotettavalla oikomiskojeella. Myös risti- ja saksikumivedot lasketaan oikomishoidoksi. Kiinteää retentiolankaa tai hoitotulosta ylläpitävää retentoivaa kojetta ei lasketa aktiiviseksi oikomishoidoksi.

Oikomishoito katsotaan alkaneeksi sillä käynnillä, jolloin kojehoito aloitetaan. Potilastietojärjestelmissä voi olla erilaisia tapoja oikomispotilaiden ja oikomiskäyntien merkitsemiseen. Oikomishoidon käynneiksi ei merkitä oikomishoidon erikoishammaslääkärin läheteellä tehtyjä hampaiden poistoja eikä röntgenkuvauskäyntejä.

Oikomishoito merkitään keskeytyneeksi, kun hoito on päättynyt muusta syystä kuin paikkakunnalta muuton vuoksi.

Oikomishoidon päättymispäivämäärään ei lasketa retentiovaihetta.

Oikomishoidon rakenteiset kirjaukset sisältävät oikomishoitoon liittyvän anamneesin, oikomishoidon röntgenanalyysin, diagnoosin asettamisen ja oikomishoidon toteutuksen rakenteisia tietoja. Näitä tietoja tuotetaan oikomishoidon tarvetta arvioitaessa ja oikomishoidon toteutuksen yhteydessä.

Käytetty oikomishoidon tarveluokitus on kaksiportainen. Toiseen kenttään valitaan oikomishoidon tarve (pisteytettyinä portaisiin 1-10) ja toiseen valitaan oikomishoidon tarpeen peruste toistuvana tietona.

Oikomishoitokäynnillä kirjataan oikomishoitoon liittyvät tiedot kansallisen tietosisällön mukaan. Mikäli hammaslääkäri kirjaa samalla kerralla oikomishoitoon liittyvän anamneesin ja oikomishoidon röntgenanalyysin, hän ottaa kantaa vain näihin tietoihin. Muilta osin Potilastiedon arkistossa olevat aiemmin kirjatut tiedot jäävät edelleen voimassa oleviksi, ajantasaisiksi tiedoiksi.

Koska potilaalla voi olla useita oikomishoitoja, samaan oikomishoitoon liittyviksi merkinnöiksi tunnistetaan merkinnät, joissa oikomishoidon yksilöintitunnus on sama. Potilastietojärjestelmä luo tämän tunnuksen. Mikäli potilaan oikomishoito siirtyy toiselle/uudelle palveluntuottajalle, siirtyy Potilastiedon arkistosta myös

aiemman palveluntuottajan/organisaation potilastietojärjestelmässä luotu yksilöintitunnus, jolloin oikomis-hoidon merkinnät kytkeytyvät samaan oikomishoitoon.

Potilastietojärjestelmään voidaan tallentaa myös muita tietoja kuin Potilastiedon arkiston mukaisia määritte-lyjä, jotka liittyvät oikomishoitoon, mutta niitä ei tallenneta Potilastiedon arkistoon. Kirjaajan olisi hyvä tietää mikä tieto ei tallennu Potilastiedon arkistoon.

2.12 Toimenpiteet

Suun terveydenhuollossa toimenpiteiden kirjaamiseen käytetään THL:n Suun terveydenhuollon toimenpide-luokitusta. Osa toimenpiteistä kirjataan hammaskohtaisesti tai hampaan pintakohtaisesti. Kun hammaskoh-tainen toimenpidekoodi koskee useampaa kuin yhtä hammasta, kirjataan toimenpide kohdistuvaksi useam-paan hampaaseen. Pakollisia tietoja hammaskohtaisissa koodeissa ovat hampaan numeron merkitseminen ja paikkauskoodeissa hampaan, hampaan pinnan ja paikkausmateriaalin merkitseminen. Toimenpidekoodin ja hampaan merkitseminen poikkeavat eri potilastietojärjestelmissä.

Suun terveydenhuollon toimenpideluokituksessa määritellään koodien käyttöedellytykset. Toimenpidekoo-dien käyttö on vakiintunutta, mutta epäyhtenäistä. Koodien käytössä on vaihtelua sekä organisaatioiden sisällä että niiden välillä. Oman lisänsä kirjaamiseen ja toimenpidekoodien käyttöön tuo toimenpidepalkkioiden, sai-rausvakuutuskorvausten ja asiakasmaksujen määräytyminen toimenpiteiden perusteella. Näihin tarkoituksiin on omat luokituksensa, joiden sisältämät koodit pyritään ohjelmallisesti päättelemään suun terveydenhuollon toimenpideluokituksen koodien perusteella. Luokituksen eroavaisuuksista johtuen tämä ei ole aina mahdol-lista, ja asioita joudutaan kirjamaan erikseen eri tarkoituksia varten.

Jos tehdylle hoitotoimenpiteelle ei ole toimenpidekoodia tai tehty työ on sisällynyt jo aikaisemmin kirjattuun toimenpidekoodiin, voi tiedon kirjoittaa hoitokertomukseen.

Purennan korotustoimenpidekoodit

Purennan korottamiseen käytetään toimenpidekoodeja SHC01 - SHC03 sekä SHD01. Näiden toimenpidekoo-dien lisäksi ei voida merkitä paikkaustoimenpidekoodeja, niin että merkintä statukseen on "Täyte". Potilasta laskutetaan vain purennan korottamisen toimenpidekoodien mukaisella hinnalla.

Saneerauskoodit

Saneerauskoodeja käytetään, kun samalla käynnillä poistetaan saneerauskoodin mukainen määrä hampaita tai juuria. Eri hoitokäyntien hampaiden poistoja ei voi laskea mukaan saneerauskoodiin.

Bitewing-kuvien tulkinta

Kun Bw-kuvat otetaan molemmilta puolilta, kirjataan kaksi EB1SA/EB4VA-toimenpidekoodia.

2.13 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Suun terveydenhuollossa ei ole omaa erillistä terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Tarvittaessa käytetään Potilastie-don arkiston yhteistä Terveys- ja hoitosuunnitelmaa. Terveys- ja hoitosuunnitelma on potilaan kokonaisvaltai-sen hoidon suunnitteluun tarkoitettu väline. Terveys- ja hoitosuunnitelma tehdään aina omalle Terveys- ja hoi-tosuunnitelma- näkymälle. Hoitosuunnitelmat, jotka koskevat ainoastaan suun terveydenhuoltoa, kirjataan tekstinä jatkuvan kertomuksen muotoon SUU-näkymälle Suunnitelma-otsikon alle.

3 Kansalliset otsikot suun terveydenhuollossa

Tähän lukuun on kirjattu suun terveydenhuollon ammattilaisille tarkoitettuja ohjeita ja esimerkkejä kansallisten otsikoiden käytöstä (ks. myös [Potilastiedon kirjaamisen yleisopas](#)). Suun terveydenhuollon kirjaamisesimerkit on sisennettyä 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 hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti. Vaiheet ovat: Tulotilanne, Hoidon suunnittelu, Hoidon toteutus, Hoidon arviointi ja Määrittämätön hoitoprosessin vaihe (ei vaihetta). 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, vakio- tai muotoisia tekstejä tai fraaseja, joilla edelleen jäsennetään tekstiä. Esimerkiksi oikomisneuvontaan voidaan Konsultaatio-otsikon alle tehdä vakio- tai muotoinen 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 fraasien luontimahdollisuutta, eikä toiminnallisuus ole vaatimuksena kansallisissa määrittelyissä.

3.1 Koko merkinnän otsikot

Etäkontakti

Otsikkoa käytetään digitaalisten (esimerkiksi sähköposti, digitaalinen 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
- Digitaalisten ja puhelinkontaktien tiedot
- Videoneuvottelut, esimerkiksi videokonsultaatiot
- Organisaation määrittelemällä lisäotsikolla voidaan tarkentaa, millaisesta etäkontaktista on kyse

Konsultaatio / Lähetä

Otsikkoa käytetään sisäisten läheteiden, konsultaatiopyyntöjen ja konsultaativastauksien otsikkona. Tekstiä kannattaa jäsentää myös muita otsikoita käyttäen. Lähetteelle ja konsultaatiopyynnölle tulee kirjata riittävät tiedot potilaan esitiedoista, tehdyistä tutkimuksista ja annetuista hoidoista, potilaan statuksesta, ongelmana olevan taudin kulusta ja kysymyksen asetelusta. 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 konsultaatiovastaus
 - ”Konsultoitu oikojaa, lähetetään oikomiseseulontaan”
 - ”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](#)). Sähköisessä potilas-tietojärjestelmässä 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 lain [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista \(785/1992 13 §\)](#) perusteella. 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
 - ”Tehty lausunto”
 - ”Tehty lausunto viranomaiselle”
 - ”Tehty lausunto vakuutusyhtiötä varten”
- 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 muutos 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 kokonaishoidon 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 yhteenveto asioista 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 yhteenveto, mutta rakenteinen ajantasainen lääkitystieto ylläpidetään lääkitysosiassa.

- 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

Nykytila: Hampaistossa ei ole paikkausta vaativaa kariesta. Ei juurialueiden tulehduksiin viittavaa. 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-luustosuhte 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

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 lääkehoidoista, samoin kuin sairauteen tai hoitoon mahdollisesti vaikuttavat tiedot elinympäristöstä ja elämäntilanteesta.

- Kirjataan vapaana tekstinä

- Lyhyt tiivistys hoidon syystä, potilaan ongelmasta (mukaan lukien potilaan kertomat subjektiiviset oireet) ja yleistilanteesta
- 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)
- Tiedot kirjataan vapaana tekstinä, lukuun ottamatta rakenteisesti kirjattavaa harjauskertojen lukumäärää

”Potilas ilmoittaa harjaavansa hampaansa kahdesti päivässä, tupakoi satunnaisesti (pikkusikareja) erityisesti stressitilanteissa, hiilihydraattipitoisia välipaloja usein, ruokailu epäsäännöllistä. Pienyrittäjä (ks. esitiedot)”

Riskitiedot

Otsikon alle kirjataan tietoja esimerkiksi aikaisemmasta sairaudesta, taudista tai muusta tekijästä, joiden huomiotta jättäminen voi aiheuttaa riskin potilaan tai henkilökunnan terveydelle tai turvallisuudelle. Riskitietoja käytetään huomauttamaan potilasta hoitavia henkilöitä siitä, että hoitoa täytyy mahdollisesti toteuttaa tavanomaisesta poikkeavalla tavalla. Potilaalle OmaKannan kautta näkyvät kaikki suun terveydenhuollossa kirjatut riskitiedot (kriittiset sekä hoidossa huomioitavat). Poikkeuksena käyttäymiseen liittyvät riskit, joita ei OmaKannassa 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, tahdistimet jne.

Hoidossa huomioitavat riskit

- Lievemmat allergiat, raskaus, riskitaudit, varotoimet, rokotussuojan puuttuminen
- Käyttäytymiseen liittyvät huomiot, mm. potilaan väkivaltaisuus hoitotilanteissa

Riskitiedon tyyppi-luokituksen olevan Riskin_pysyvyys- ja Riskin aste-tiedon saa muuttaa oletuksena olevasta.

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 tekstistä ja rakenteisista tiedoista, 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, Purentastatus ja Pehmyt- ja kovakudosten havainnot. Näistä kukin muodostaa oman rakenteisen tietokokonaisuuden. Hampaiston statustiedot kirjataan suun terveydenhuollon potilastietojärjestelmissä käyttäen erillistä graafista käyttöliittymää, statusnäyttöä eli hammaskarttaa (HAM-näkymän tiedot).

Hampaiston tarkastusstatus luodaan ensimmäisen kerran, kun potilas tulee ensimmäiseen tarkastukseen. 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 kirjattu 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.

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 suun terveydenhuollossa tekstimuotoisesti. Toimintakyvyn ylläpitoon tai parantamiseen liittyvät toimet kirjataan kuntoutus-otsikon alle.

- 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 yleistilasta johtuen. Soseutettu ja nestemäinen ravinto.”

Tutkimukset

Laboratorio- (käsittäen kaikki laboratorion erikoisalut myös kliinisen fysiologian ja kliinisen neurofysiologian) ja kuvantamistutkimusten pyyntöjen ja vastausten, lähetteen ja lausunnon 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, lähetteen ja lausunnot kirjataan LAB- tai RTG-näkymälle

- Tieto kirjataan rakenteisesti [radiologista tutkimusnimikkeistöä](#) (kuvantamistutkimukset) ja [laboratoriotutkimusnimikkeistöä](#) 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 määrittelyissä on oikomishoitoon liittyvä röntgenanalyysi. Ennen kuin oikomisosio on käytettävissä, kefalometrisen analyysin tulos kirjataan Tutkimukset-otsikon alle vapaana tekstinä.

Suun terveydenhuollon kuvantamistutkimuksiin liittyvät vaatimukset

- Suun terveydenhuollossa tehtävistä kuvantamistutkimuksista tulee tuottaa erillinen tutkimusmerkintä Potilastiedon arkistoon, merkinnässä käytetään THL Suun terveydenhuollon toimenpideluokituksessa olevia kuvantamisen toimenpidekoodeja.
- Yksittäisen hampaan intraoraalikuvausta (hammaskuvasta) tulee tuottaa erillinen tutkimusmerkintä (toimenpidekoodi), minkä yhteyteen kirjataan hampaan numero.
- Usean hampaan ns. bitewing-tutkimuksesta tulee tuottaa erillinen tutkimusmerkintä (toimenpidekoodi), minkä yhteyteen kirjataan puolisuus ja/tai hampaan numerotieto. Kun otetaan bitewing-kuvat sekä oikealta että vasemmalta puolelta, kirjataan toimenpidekoodit ja puolisuus/hampaan numero molemmilta puolilta erikseen.

Hampaan numero ja muut tunnistetiedot (puolisuus ja alue) tulisi tuottaa myös kuvan metatietoihin, jos kuvauslaite sisältää tarvittavat toiminnallisuudet ja mahdollistaa tämän.

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 potilastietojärjestelmässä 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 Tiedonhallintapalvelun koostamiin koosteisiin
- Mikäli mittaukselle ei ole FinLOINC-koodia, kirjataan mittaus ko. otsikon alle vapaana tekstinä. Tällaisten mittausten tulokset eivät siirry koosteisiin.
- Rakenteisesti kirjatut sylkitekstien tulokset näytetään Nykytila (Status) -otsikon alla

3.3 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, hoitomotivaatio OK. Hoitovaihtoehtoja ei liene käyty riittävästi potilaan kanssa yhdessä läpi”

”Potilaalla runsaasti sairauksia (ks. esitiedot, diagnoosit) ja lääkkeitä. Erilaisten ongelmien kasaantumisen 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 infektiotapaa suu sekä sellaiset olosuhteet, että hoitohenkilöstö pystyy huolehtimaan riittävästä suuhygieniasta. Purentakyky jää puutteelliseksi, mikä on huomiotava 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 hoitajakson alkuvaiheessa. Hoitajaksojen 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 hoitajakson 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 dd 32 - 42 sekä d 47. Pohjataan (keittopohjaus) yläleuan kokoproteesi, hoidetaan suulaen hiivasieni-infektio, suulaessa liikakasvua. Reikiintyneet dd 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”

- Potilaille 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”

3.4 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, toimenpidekertomus ja mahdolliset toimenpiteeseen liittyvät komplikaatiot. Toimenpidekertomuksessa 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 toimenpiteen 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 -näkymlle 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. Kanta-lääkityslistan käyttöönoton takaraja on 1.10.2027.

Lääkehoidon kirjaamisohjeet päivitetään Potilastiedon kirjaamisen yleisoppaaseen kevään 2024 aikana.

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 ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon liittyvä tieto kirjataan pääsääntöisesti vapaamuotoisena tekstinä tai mahdollisuuksien mukaisesti esimerkiksi hoito- ja terapiatyön luokitusten mukaisesti omille näkymlle.

- Kirjataan vapaana tekstinä. Kaikki suun terveydenhuollon ammattihenkilöt käyttävät samoja näkymiä ja otsikoita.
 ”Omahoito toimii hyvin (F-tahna kahdesti päivässä). Ei toimenpiteitä”
 ”Tehostettu preventio-ohjelma:...”
- Harjauskertojen 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

3.5 Hoidon arviointi

Diagnoosi

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

Lääkäri kirjaa otsikon alle potilaalla todetut diagnoosit rakenteisesti diagnoosi-luokituksen mukaisesti. Suun alueen diagnooseissa käytetään ICD-10- tautiluokitusta ja siellä yleisimmin K00-K14 diagnoosikoodeja: suuontelon, sylkirauhasten ja leukojen sairauksien diagnoosikoodeja. Diagnooseihin kirjataan käynnillä tai hoitajaksoilla todetut tai hoidetut diagnoosit sekä muut potilaan käynnillä tai hoitajaksoilla hoitoon oleellisesti vaikuttaneet diagnoosit. Potilaan pitkäaikaisdiagnooseja, joilla ei ollut hoidon kannalta mitään merkitystä, ei tarvitse kirjata.

- Hammaslääkärin määrittämä diagnoosi kirjataan rakenteisesti ICD-10-koodistolla
- Diagnoosista on kirjattava tyyppi (pää- / sivudiagnoosi), 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 hoitojaksojen diagnoosit ja käyntisyöt)
2. potilaan terveysongelmat, jotka voidaan ymmärtää potilaan, pitkäkestoisiksi 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 syytä 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. Käyntisyy kirjataan ICPC-luokituksella tai potilaalle aiemmin diagnosoiduista ICD-koodeista käyttäen.
- Lääkärit eivät kirjaa käyntisyytä vaan he kirjaavat hoidon syyt aina diagnoosina 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 käyntisyyden käsittelystä

Diagnooseiksi tai käyntisyyksi kirjataan potilaan käynnin tai hoitojakson aikana hoidetut sekä hoitoon olennaisesti vaikuttaneet potilaan diagnoosit, riippumatta siitä ovatko ne akuutteja ja lyhytkestoisia, esimerkiksi tavanomainen flunssa, tai kroonisia ja pitkäkestoisia diagnooseja, esimerkiksi diabetes. 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.

Tiedonhallintapalveluun (THP) tuotetaan kooste käyntien ja hoitojaksojen yhteydessä kirjatusta diagnooseista ja käyntisyyistä. Käyntisyyt ovat siten rinnastettavissa diagnooseihin ja niitä käsitellään diagnoosilistoilla samantyyppisesti diagnoosien kanssa. THP mahdollistaa kuitenkin niiden erottelun tilanteissa, joissa halutaan katsoa vain lääkärin kirjaamia diagnooseja tai muiden ammattiryhmien kirjaamia käyntisyyitä. Diagnoosien ja käyntisyyiden listaus 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 (määrittämätön hoitoprosessin vaihe)

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 luvussa 3 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 ohjaus ja neuvonta kirjataan alan nimikkeistöillä Kuntoutus-otsikon alle joko palvelukohtaiselle tai ammatilliselle näkymälle.

Terveystarkastus

Terveystarkastuksiin liittyvää tietoa ovat tarkastuksessa ilmenneet tai vaikuttaneet ongelmat, jatkotoimien tavoitteet ja tarve sekä ohjeet. Suun terveydenhuollossa Terveystarkastus-otsikolle ei ole vakiintunutta käyttö-tarkoitusta.

- Lastenneuvolan, kouluterveydenhuollon ja opiskeluhoollon terveystarkastuksiin liittyvät rakenteiset tiedot kirjataan kyseisiä rakenteita käyttäen ja tietoja näytetään useiden eri otsikoiden alla.

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 sekä 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, joiden sisältämät koodit pyritään ohjelmallisesti päättelemään suun terveydenhuollon toimenpideluokituksen koodien perusteella. Luokitusten eroavaisuudesta 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 kokonaisuhoitosuunnitelma 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 avohoidon tueksi 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/Hilmo, 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. Tämä helpottaa tietojen hyödyntämistä ja vertailua eri palvelutuottajien välillä. Lisäksi tiedot siirtyvät yhtenäisenä rakenteena OmaKantaan potilaan nähtäväksi. Toimenpidekoodien ja rakenteisen kirjaamisen kehittäminen toteutetaan yhteensovittaen, tavoitteena yksiselitteiset toimenpidekoodit. Tarvittavat tiedot saadaan suoraan potilaskertomusmerkinnöistä, eikä erillisiä kirjauksia muihin järjestelmiin tarvita.

Kansallisena tavoitetilana on pyrkimys vähentää erillisiä tilasto- ja rekisterikeruita terveydenhuollossa ja edistää myös tältä osin tiedon kertakirjaamista. Suun terveydenhuollon laaturekisterityössä verrataan Hilmo-tietosisältöjä Kanta-tietoaltaasta saatavaan tietoon sekä harmonisoidaan suun terveydenhuollon tietosisältöjä tiedon ensisijaisen ja toissijaisen käytön näkökulmista yhteensopiviksi. Näin mahdollistetaan tulevaisuudessa myös tilasto- ja rekisteritietojen kerääminen kattavasti Kanta-kirjauksista.

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 ehkäisyyn ja potilaan omat tavoitteet hoidolle.

Lähteet

Asiakastietolaki, [Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä](#)

Duodecim, Käypä hoito, [Käypä hoito](#)

Kauvo, Taina; Virkkunen, Heikki (toim.) Potilastiedon kirjaamisen yleisopas <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY>

Mölläri, Kaisa; Hauhio, Nora; Tuominen, Pia; Järvelin, Jutta (2023) Hoitoilmoitusopas terveydenhuollolle 2023_1.2 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-998-6>

Potilaslaki, [Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 13 §:n 3 momentti](#)

Räty, Tarja (toim.) Potilastiedon arkiston toimintamallit 4.0 (12/2023), [Potilastiedon arkiston toimintamallit 4.1](#)

Saarela, Hanna-Leena; Harjunmaa, Ulla; Bäckman, Arto; Nieminen, Riitta. Suun terveydenhuollon potilaskertomusmerkintöjen toiminnalliset määrittelyt 2.0 <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULSTPO>

Virkkunen, Heikki; Eklund, Marjut; Salmijärvi, Sole; Heinonen, Tatu; Valjus, Laura. Tiedonhallintapalvelun periaatteet ja toiminnallinen määrittely v1.4 <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/pages/viewpage.action?pageId=77236524>