

# Handbok om dokumentation

## Handbok om dokumentation: Mun- och tandvården

Hanna-Leena Saarela, Riitta Nieminen

2.0

8/2024



Terveyden ja  
hyvinvoinnin laitos

# Innehåll

<b>VERSIONSHANTERING .....</b>	<b>3</b>
<b>TILL LÄSAREN.....</b>	<b>4</b>
<b>1 INLEDNING .....</b>	<b>5</b>
<b>2 ALLMÄNNA PRINCIPER FÖR DOKUMENTATIONEN .....</b>	<b>6</b>
2.1 STRUKTURERADE UPPGIFTER INOM MUN- OCH TANDVÅRDEN.....	6
2.2 SERVICEHÄNDELSE .....	7
2.3 UTFÖRANDE OCH UTNYTTJANDE AV STRUKTURERAD DOKUMENTATION I PATIENTDATASYSTEMEN.....	7
2.4 VYER OCH TILLÄGGSVYER SOM ANVÄNDS INOM MUN- OCH TANDVÅRDEN.....	7
2.5 FASER I VÅRDPROCESSEN .....	9
2.6 RUBRIKER.....	9
2.7 NUVARANDE STATUS I MUNNENS OMRÅDE .....	10
2.8 INDEX OCH MÄTNINGAR .....	11
2.9 MÄTNINGAR.....	13
2.10 ANAMNES OCH EGENVÅRD .....	13
2.11 ORTODONTI.....	13
2.12 ÅTGÄRD.....	14
2.13 HÄLSO- OCH VÅRDPLAN .....	15
<b>3 NATIONELLA RUBRIKER INOM MUN- OCH TANDVÅRDEN .....</b>	<b>16</b>
3.1 RUBRIKER FÖR HELA ANTECKNINGEN.....	16
3.2 ANKOMSTSITUATION .....	18
3.3 PLANERING AV VÅRDEN.....	22
3.4 GENOMFÖRANDE AV VÅRDEN.....	23
3.5 UTVÄRDERING AV VÅRDEN.....	25
<b>4 ÖVRIGA RUBRIKER .....</b>	<b>27</b>
4.1 OKLASSIFICERADE RUBRIKER (OSPECIFICERAD FAS I VÅRDPROCESSEN) .....	27
4.2 RUBRIKER SOM SAKNAR ETABLERAT INNEHÅLL INOM MUNHÄLSOVÅRDEN .....	27
<b>5 ANVÄNDNING OCH VIDAREUTVECKLING AV KLASSIFICERINGAR .....</b>	<b>29</b>
5.1 UTVECKLING AV DOKUMENTATIONSSTRUKTURERNA.....	29
<b>KÄLLOR.....</b>	<b>31</b>

# Versionshantering

Version	Datum	Beskrivning av ändringarna som gjorts	Författare
0.9	2.11.2015	Redigering till nätpublikation; Handbok för strukturerad dokumentering inom hälsovården, kompletterad med avsnitten om mun- och tandvård.	SuunTa-pilotprojektet, Seppo Turunen, Hanna-Leena Saarela
0.95	9.11.2015	Preciseringar; bl.a. hänvisningar till funktionella definitioner har tagits bort.	Maria Pohjanvuori, Seppo Turunen
1.0	24.11.2015	Rubriken Genomförande och utnyttjande av strukturerad dokumentation i patientdatasystemen har lagts till. Rubriken Hilmo, AvoHILMO har tagits bort.	Seppo Turunen
1.0	18.12.2015	Redigering till publikation	Maria Pohjanvuori
1.1	21.3.2016	Bilaga 2 och punkt 1.5 Servicehändelse har lagts till, precisering av det inledande stycket under punkt 3.2.	Maria Pohjanvuori, Seppo Turunen
1.2	20.10.2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rutinerna för dokumentationen av Riskuppgifter och Läkemedelsbehandling har preciserats.</li> <li>• Texten i handboken har preciserats och texten i hela dokumentet har stiliserats.</li> <li>• Följande kapitel har genomgått mer omfattande uppdatering: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 2.3 Vyer som används inom mun- och tandvården</li> <li>○ 3.3 Ankomstsituation – observationer och undersökningar</li> <li>○ 4.2 Munhälsovårdens index</li> <li>○ 3.6 Utvärdering av vården</li> </ul> </li> <li>• Föräldrade länkar har tagits bort och källhänvisningar har uppdaterats.</li> </ul>	Ulla Harjunmaa, Tarja Rätty
2.0	02/2024	Texten i handboken har uppdaterats genomgående och preciseringar och anvisningar om dokumentation som görs av yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården har lagts till. Länkar och källor har uppdaterats.	Hanna-Leena Saarela, Riitta Nieminen

# Till läsaren

Handboken om dokumentation inom mun- och tandvården ingår i THL:s serie med dokumentationshandböcker, vars syfte är att vägleda yrkesutbildade personer inom social- och hälsovården till att använda enhetliga strukturer och enhetlig dokumentationspraxis. Målet är att förbättra användbarheten av uppgifterna mellan olika organisationer och yrkesutbildade personer samt att göra det möjligt att utnyttja uppgifterna även för sekundär användning.

[Den allmänna handboken för dokumentation av patientuppgifter](#) är avsedd för alla yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården som använder Patientdataarkivet. Med hjälp av den kan man producera de grundläggande uppgifterna om patientens vård som krävs för arkivbruk. Handboksserien utvidgas med handböcker för olika specialiteter och tjänster som preciserar de allmänna dokumentationsanvisningarna med beaktande av de särskilda behoven inom olika specialiteter och tjänster.

Handboken om strukturerad dokumentation inom mun- och tandvården publicerades första gången 2016. 2024 års version av handboken har uppdaterats så att den motsvarar de funktionella definitionerna av patientjournalanteckningar inom mun- och tandvården som preciserats.

# 1 Inledning

Mun- och tandvården är en del av hälso- och sjukvårdssystemet i Finland och regleras av samma lagstiftning som hälso- och sjukvården överlag. Dokumentationen inom mun- och tandvården styrs av samma normer och anvisningar som den övriga dokumentationen inom hälso- och sjukvården (bl.a. [lag om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården \(703/2023\)](#), [lag om patientens ställning och rättigheter \(785/1992\)](#), SHM:s handbok för hälso- och sjukvården: Upprättande och hantering av journalhandlingar (uppdatering på gång). I dokumentationen följs de allmänna principerna enligt [Handbok om dokumentation: Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter](#).

Mun- och tandhälsovårdens handlingar består av fri text som struktureras med rubriker samt av nationellt definierade centrala strukturerade uppgifter och av mun- och tandvårdens centrala strukturerade uppgifter. Centrala strukturerade uppgifter är bland annat diagnoser och åtgärder. Inom mun- och tandvården är strukturerade uppgifter dessutom bland annat uppgifter om tändernas och munnens nuvarande tillstånd (statusuppgifter) samt tillhörande undersökningar, index och mätningar.

## **Bra att veta om mun- och tandvården**

På grund av verksamhetens karaktär inom mun- och tandvården är en stor del av innehållet som ska dokumenteras strukturerat:

- Åtgärder (THL – Åtgärdsklassifikation för munhälsovård)
- Statusanteckningar (tändernas nuvarande status)
- Diagnoser och orsaker till besök (ICD-10, ICPC-2)

Användningen av klassifikationerna är etablerad, men delvis oenhetlig. Den stora betydelse som åtgärdsklassifikationen har för dokumentationen syns på så sätt att de åtgärder som görs på patienten beskrivs mycket detaljerat med hjälp av åtgärdskoderna. Dokumenteraren bör hålla i åtanke att det inte finns en åtgärdskod för alla åtgärder. Även i dessa situationer ska anteckningarna i patientjournalen ändå göras med tillräcklig noggrannhet.

På grund av sam användningen av patientuppgifter har nya [verksamhetsmodeller](#) behövts även inom mun- och tandvården.

Källorna som använts för denna dokumentationshandbok och en samling länkar som är användbara med tanke på strukturerad dokumentation har samlats till slutet av dokumentet.

I denna handbok används termen ”undersökning” både om en undersökning som görs av en tandläkare och om munhälsokontroller som utförs av andra yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården.

## 2 Allmänna principer för dokumentationen

### 2.1 Strukturerade uppgifter inom mun- och tandvården

Mun- och tandvårdens patientjournaler ingår i de patientjournaler som lagras i Patientdataarkivet. Handlingarnas struktur och principer följer i regel den allmänna strukturen och principerna för patientjournaler. När strukturerade uppgifter används i en patientjournal visas alltid den senaste informationen i varje strukturerad uppgift. Tidigare uppgifter sparas i Patientdataarkivet och de sparade uppgifterna kan vid behov hämtas för visning.

Inom mun- och tandvården behövs dels strukturerade uppgifter som är gemensamma för alla specialiteter och centrala med tanke på vården, vilka sammanställs av [Informationshanteringstjänsten](#), dels strukturerade uppgifter som hör till mun- och tandvårdens specialitet och som sammanställs i patientdatasystemet utifrån information i dokument. Alla uppgifter som finns i Patientdataarkivet kan användas inom mun- och tandvården inom ramen för funktionerna i hanteringen av utlämnande av uppgifter. Likaså kan uppgifterna om mun- och tandvården användas vid andra enheter inom hälso- och sjukvården med beaktande av patientens förbud.

Syftet med de mest centrala strukturerade uppgifterna är att trygga kontinuiteten i vården genom att den information som är mest väsentlig sammanfattas kortfattat och lättläst med hjälp av klassificeringar, nomenklaturer, terminologier och ordlistor. Centrala strukturerade uppgifter är diagnos/besöksorsak (ICD-10 och ICPC-2), åtgärder (THL – Suun terveydenhuollon toimenpideluokitus /THL – Åtgärdsklassifikation för munhälsovård.), begäran och utlåtanden om bilddiagnostiska undersökningar (Radiologinen tutkimus- ja toimenpideluokitus/Klassifikation av radiologiska undersökningar och åtgärder), begäran om och svar på laboratorieundersökningar (Laboratoriotutkimusnimikeistö/Nomenklatur för laboratorieundersökningar), läkemedelsbehandling, riskuppgifter och vaccinationer. Av dessa visas läkemedelsbehandlingen och riskuppgifterna som separata vyer.

Utöver de centrala strukturerade uppgifterna har det på riksnivå definierats strukturerade uppgifter som är specifika för enskilda specialiteter och tjänster. Dessa definitioner innehåller viktig information om en viss specialitet eller funktion. Med de strukturerade uppgifterna som hör till mun- och tandvårdens specialitet förmedlas detaljerad information om mun- och tandstatusen till andra enheter och yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården. För dokumentation av strukturerade uppgifter inom mun- och tandvården finns i patientdatasystemen en separat vy, där det dokumenterade innehållet visas under nationella rubriker. Med andra ord dokumenteras uppgifterna endast en gång.

En väsentlig del av det datainnehåll som dokumenteras i samband med undersökning av mun och tänder uppkommer via statusuppgifterna (tändernas nuvarande status). Statusuppgifterna kan anses ha åtminstone följande syften:

- Dokumentation av fynd och observationer.
- Bedömning av hur skador orsakade av karies, sjukdomar i stödvävnad och andra sjukdomstillstånd framskrider (eller läker).
- Rättsodontologiska orsaker.

Statusuppgifter kan antecknas av alla yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården antingen i samband med en undersökning (tandläkare) eller en munhälsokontroll (munhygienist och tandskötare). Dokumentationen av fynd och observationer är inte diagnostisering och i den ingår inget vårdbeslut, utan dessa fastställer tandläkaren separat. En munhygienist/tandskötare kan anteckna en diagnos som besöksorsak, om tandläkaren har ställt en diagnos till patienten tidigare under vårdperioden.

Det finns ingen enhetlig mall för visningen av statusuppgifterna i patientdatasystemen och i olika datasystem används olika symboler för att beskriva mun- och tandstatusen.

## 2.2 Servicehändelse

Med hjälp av begreppet servicehändelse sammanlänkas enskilda patientuppgifter samt anteckningar och handlingar som hör till samma kontext. Begreppet servicehändelse bildar en helhet, med hjälp av vilken man hanterar patientens samtycke för utlämnande av uppgifter och förbud. I praktiken innebär detta att patienten har möjlighet att förbjuda visning av uppgifter om en specifik servicehändelse i en annan organisation. Även om servicehelheter som består av flera besök (t.ex. protetik) kan identifieras även inom mun- och tandvården, tillämpas ett förfarande där varje besök utgör en egen servicehändelse.

### Dokumentation av besök i flerrumsmodellen

I den så kallade flerrumsmodellen, där flera yrkesutbildade personer deltar i vården av en patient under samma besök, gör varje yrkesutbildad person anteckningar i journalhandlingarna och antecknar följande om besöket:

Kontaktsätt: Besök på mottagningen, Besökargrupp: Grupp-mottagning.

Kontaktsätt och besökargrupp är begrepp som används i Avohilmo/Hilmo-statistiken ([Hoitoilmoitusopas terveydenhuollolle 2023 1.2](#), endast på finska).

### Grupp-mottagning

En servicesituation mellan en identifierad patient och minst två yrkesutbildade personer.

Om anteckningarna som gjorts av de yrkesutbildade personerna som deltagit i grupp-mottagningen sänds en Avohilmo-post per person. Detta innebär att kontakten mellan patienten och varje yrkesutbildad person sparas som ett separat besök.

## 2.3 Utförande och utnyttjande av strukturerad dokumentation i patientdata-systemen

Datainnehållet i patientdataarkivet och hur anteckningar om åtgärder inom mun- och tandvården påverkar statusen har definierats i detalj. Däremot har utförandet på användargränssnittets nivå (sättet på vilket detta har utförts i patientdatasystemet) inte definierats på motsvarande sätt. Som mål har man dock angett att utförandet ska stödja inskrivningsprocessen. Detta kan till exempel innebära att en uppgift flyttas automatiskt från vyn för strukturerad dokumentation under rätt rubrik i den löpande journaltexten eller att systemet erbjuder val-möjligheter i rätt tid med tanke på dokumentationen. Det är också önskvärt att det skapas slutledningsegen-skaper i systemen genom att utnyttja uppgifter som redan finns i systemet för att undvika överlappande dokumentationsarbete.

Strukturerade uppgifter kan också utnyttjas för att förbättra patientsäkerheten. Till exempel ska läkemedlets ATC-kod antecknas i riskuppgifterna i anslutning till läkemedelsreaktioner och -allergier. Systemet borde larma automatiskt om man är i färd att utfärda ett recept på ett läkemedel som patienten har reagerat på.

Målet är att de statistiska uppgifter som ska dokumenteras utöver journaluppgifterna (Uppgift i vårdanmälningsregistret, dvs. Avohilmo-/Hilmo-uppgift) skapas även inom mun- och tandvården automatiskt i så stor utsträckning som möjligt, så att de inte behöver antecknas separat.

## 2.4 Vyer och tilläggsvyer som används inom mun- och tandvården

Med en vy avses en informationshelhet eller ett sammanhang inom hälso- och sjukvården med vilket uppgifter som hör till ett visst innehålls- eller vårdkomplex, såsom en medicinsk specialitet, ett yrkesområde eller en tjänst, kan länkas samman. Inom mun- och tandvården används allmänna vyer av blanketttyp som är oberoende av den medicinska specialiteten (t.ex. personuppgiftsvy, REM-vy, VÅRDR-vy). Av de tjänstespecifika vyerna används LAB- och RTG-vyerna. De vyer som är specifika för mun- och tandvårdens specialitet är MUN-vyn med den

löpande journalen (Tand-, mun- och käksjukdomar) och TAND-vyn med strukturerade uppgifter om mun- och tandvården (Tändernas nuvarande status, tandstatus). Dessutom finns det särskilda vyer, såsom vyn Anteckningar om behandling (PAADM) som används för att dokumentera uppgifter om tidsbokning och vyn Separat dokument (SÄRD) som innehåller känsliga uppgifter som en annan person än patienten själv har uppgett. Nationella vyer kan fungera som huvud- och/eller tilläggsvyer.

Även andra än yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården (t.ex. allmänläkare) kan göra de anteckningar som de anser vara nödvändiga i vyn för den löpande journalen inom mun- och tandvården (MUN). I den här vyn syns anteckningarna vid behov även för andra personer som har en vårdrelation till patienten, förutom yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården. Yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården i sin tur ser anteckningar gjorda av andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i sin egna yrkes- eller specialitetsspecifika vyer enligt sina användarbehörigheter.

Vanligtvis har anteckningarna i patientjournalen alltid dokumenterats i en vy. Om man har velat ha samma information i flera vyer har man kopierat den till de andra vyerna. För detta ändamål finns tilläggsvyer som används för tre olika ändamål. Med hjälp av dem kan man lägga till en anteckning samtidigt i flera vyer eller gruppera anteckningar som hör till en huvudvy i snävare delhelheter. Dessutom har vissa tekniska lösningar genomförts med en tilläggsvystruktur.

När en tandläkare dokumenterar en uppgift i MUN-vyn kan hen som tilläggsvy välja till exempel ALLMED-vyn, om uppgiften om mun- och tandvård är viktig med tanke på patientens allmänna hälsa och tandläkaren vill att uppgiften ska synas direkt även för patientens behandlande läkare. Då sparas texten som antecknats i MUN-vyn i identisk form i ALLMED-vyn.

TAND-vyn är den enda specialitetsspecifika vyn som är helt strukturerad. Denna vy kan endast användas som huvudvy och genomförande av definitioner i anslutning till denna förutsätts endast av mun- och tandvårdens datasystem. TAND-vyn kan inte anslutas till en annan vy och det är inte heller möjligt att lägga till andra vyer (tilläggsvyer) till den, med undantag för FTAND-vyn, som till sin karaktär är teknisk och uttrycker en fullständig undersökning.

Om uppgifter dokumenteras i TAND-vyn utan att användaren dokumenterar uppgifter i MUN-vyn, skapar patientdatasystemet automatiskt en anteckning i MUN-vyn. I dess innehållsdel visas endast rubriken Nuvarande tillstånd (status) och under den skärmformaten för uppgifterna i TAND-vyn och en länk till ett dokument som innehåller uppgifterna i TAND-vyn. Om det samtidigt görs andra anteckningar i MUN-vyn skapas en länk till TAND-vyn till samma anteckning i anslutning till de övriga anteckningarna i MUN-vyn (bild 2.1).

<p><b>MUN-vyn</b></p> <p>Hans Tandläkare, OL</p> <p>1.2.2024</p> <p>Genomförande av vården</p> <p><b>Nuvarande tillstånd (status):</b></p> <p>D 35: Övertalig tand</p> <p>Tandens ocklusalyta, Fyllning i tanden Komposit</p> <p>Tandens mesialyta, Fyllning i tanden Komposit</p>
--

**Bild 2.1 Om man gör anteckningar i TAND-vyn utan att göra anteckningar i MUN-vyn, skapar patientdatasystemet automatiskt en besöksanteckning i MUN-vyn.**



Vyn Separat dokument (SÄRD) används som tilläggsvy om det med tanke på vården av patienten är nödvändigt att dokumentera känsliga uppgifter som en annan person har berättat om sig själv eller andra detaljerade, känsliga uppgifter om en annan person. Dessa uppgifter antecknas i en separat handling som ingår i handlingarna om patientens servicehändelse. Uppgifterna visas för den yrkesutbildade personalen inom hälso- och sjukvården på samma sätt som de övriga uppgifterna, men inte för patienten när hen tittar på sina uppgifter via Mina Kanta-sidorna. Endast den person som lämnat uppgifterna har rätt att kontrollera uppgifterna och uppgifterna identifieras med uppgiftslämnarens personbeteckning. Ett exempel på användningen av SÄRD-vyn inom mun- och tandvården kunde vara en ung person som har anorexi och vars mamma berättar att även hon hade anorexi när hon var ung. Uppgifterna antecknas i den ungas servicehändelse i SÄRD-vyn, eftersom uppgiften är känslig och viktig med tanke på vården av den unga. Om mamman inte upplever att informationen är känslig, kan uppgiften också antecknas i den ungas anamnes.

### **Fullständig tandundersökning**

När man gör en fullständig tandundersökning hämtar systemet från Patientdataarkivet uppgifterna om den föregående totala tandstatusen och alla anteckningar som gjorts i TAND-vyn efter den. Systemet sammanställer de senaste uppgifterna i en grafisk presentation som grund för den strukturerade dokumentationen och tandundersökningen. Status för varje tand kontrolleras och observationerna sparas i TAND-vyn. Samtidigt dokumenteras den aktuella statusen för alla protetiska konstruktioner i munnen. Patientdatasystemet producerar automatiskt index utifrån gjorda anteckningar eller så kan användaren göra anteckningen manuellt. I samband med den fullständiga tandundersökningen kan man också anteckna andra strukturerade uppgifter i MUN-vyn.

### **Uppgifter om dem som deltar i vården**

Patientdatasystemet producerar automatiskt uppgifter som identifierar antecknaren och patienten samt tidpunkten för dokumentation. Antecknaren är i regel en tandläkare, munhygienist eller tandskötare. I vissa situationer, till exempel på en begäran om konsultation, kan antecknaren också vara någon annan yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Enligt 28 § i kunduppgiftslagen (lagen om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården 703/2023) ska det av uppgifterna om patientens vård framgå vilka personer som har deltagit i tillhandahållandet av vården. I detta skede finns dock det inte planer på att lagra denna information i Patientdataarkivet. Uppgiften om de personer som deltar i vården dokumenteras på olika sätt i mun- och tandvårdens patientdatasystem.

## **2.5 Faser i vårdprocessen**

Vårdprocessens faser är ankomstsituation, planering, genomförande och utvärdering av vården samt en odefinierad fas i vårdprocessen (ingen fas). Fasen i vårdprocessen beskriver den huvudsakliga fasen i vården ur patientens synvinkel. I anteckningen ska alltid fasen i vårdprocessen anges. Vanligtvis kommer denna uppgift automatiskt i patientdatasystemen. Vårdprocessen är ett kontinuum från planering till utvärdering av vården och vid behov till planering av ny vård. Alla faser i vårdprocessen kan sammanfalla under ett besök. Då behöver man inte särskilja de olika faserna i dokumentationen, utan anteckningen kan göras så att man använder en enda fas i processen (t.ex. genomförande av vården). Genom att vårdprocessens fas dokumenteras kan man vid hämtning av patientuppgifter avgränsa sökningen till exempelvis uppgifter om ankomstsituationen.

## **2.6 Rubriker**

Inom mun- och tandvården används samma nationella rubriker som inom den övriga hälso- och sjukvården. Man bör komma ihåg att anteckningarna ska vara tillräckliga med tanke på patientens vård och i första hand begripliga för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. Uppgifterna om patienten ska skrivas under den rubrik där texten passar bäst, varvid även andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården lätt

hittar texten på rätt ställe. Antalet rubriker har inte begränsats, utan rubriker kan användas i enlighet med besöksanteckningarna. Användningen av rubriker beskrivs mer ingående i kapitel 3 Användning av nationella rubriker inom mun- och tandvården.

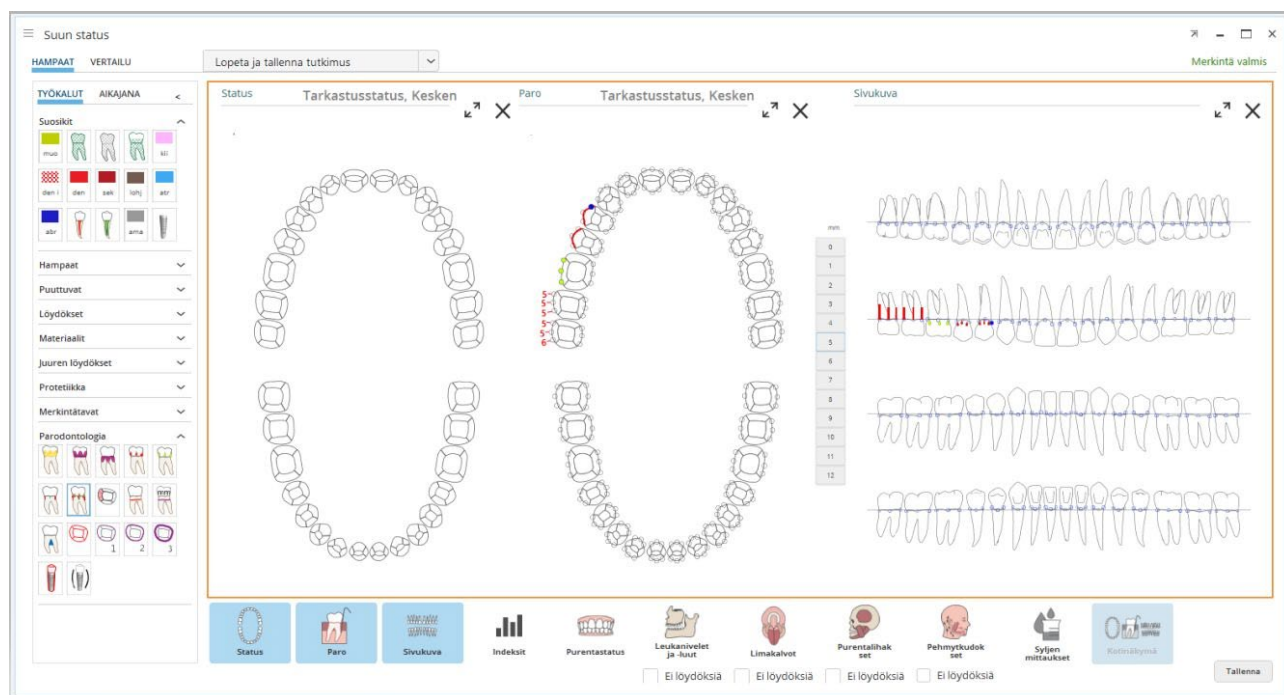
## 2.7 Nuvarande status i munnens område

Uppgifterna om det aktuella tillståndet eller statusen i munnens område har delats in i fyra delområden: Tändernas nuvarande status, Protetiska konstruktioner som omfattar mer än en tand, Bettstatus samt Observationer och fynd i de mjuka och hårda vävnaderna.

Statusvyn för tänderna skapas för första gången när patienten kommer till den första fullständiga munundersökningen. Vid patientens följande fullständiga munundersökning hämtar patientdatasystemet från Patientdataarkivet anteckningarna om den senaste fullständiga munundersökningen och anteckningar som gjorts därefter och visar uppgifterna i statusvyn. Under undersökningen antecknas nya observationer och raderas observationer som inte längre är aktuella.

I statusen kan någon anteckning fattas eller det kan finnas någon gammal anteckning, även om patienten till exempel saknar en tand. En sådan situation kan uppstå om patienten har förbjudit utlämnande av uppgifter från vissa organisationer eller om vissa servicehändelser. Uppgifterna syns inom den egna organisationen (t.ex. patientens välfärdsområde) även om patienten förbjudit utlämnande.

De statusuppgifter som antecknats i den strukturerade delen av patientdatasystemet (mun- och tandstatus) visas i bild 2.2. Bilden visar ett exempel på tandkartans utförande. Tietoevry Care har gett tillstånd till användning av bilden i publikationen.



**Bild 2.2** I den grafiska visningen av tandstatus kan statusuppgifterna visas åskådligt. Under knappen på vänster sida finns Munnens status, i mitten Parodontal status och till höger en sidbild av tänderna. Tieto-evry Care har gett tillstånd till användning av bilden i publikationen.

### Protesanteckning och statusanteckning

I anteckningen om fullständig tandstatus sparas också den aktuella situationen för proteserna. Om det inte har skett några förändringar i protesuppgifterna kopieras de gamla protesanteckningarna automatiskt till statusen.

När tandstatusen förändras på grund av en protes, uppdateras tandstatusen automatiskt, om systemet kan slutleda förändringarna från uppgifterna i protesdokumentationen. I annat fall ska dokumenteraren själv uppdatera även den tandspecifika statusen.

När protetiska konstruktioner som gäller fler än en tand avlägsnas uppdateras den protetiska konstruktionens datainnehåll med uppgiften Protesen har tagits bort. Konstruktioner som eventuellt sätts in i stället för den borttagna protesen dokumenteras på samma sätt som en ny motsvarande konstruktion. Om ingen ny konstruktion sätts in i stället för den borttagna protesen, ska systemet eller användaren vid behov uppdatera statusen för de tänder på vilka protesen var installerad. Detta gäller alla proteser; det finns ingen separat kod för borttagning av protes i THL - Åtgärdsklassifikation för munhälsovård.

### **Protesanteckningarnas inverkan på den tandspecifika statusen**

När patienten får en helprotes har i allmänhet alla tänder avlägsnats före det. När man dokumenterar en helproteskod tar patientdatasystemet automatiskt bort uppgifterna om alla tänder i den aktuella käken. Om tänder avsiktligt lämnas under protesen (täckprotes) ska dokumenteraren anteckna dem manuellt i statusen. Om man undantagsvis tillverkar protesen innan alla tandrötter som ska extraheras har extraherats, ansvarar dokumenteraren för att anteckna även sådana tänder i statusen.

### **ICDAS**

God medicinsk praxis-arbetsgruppen Karies (hantering) 27.8.2020:

”Hål i tänderna är en utveckling som går från en mycket tidig demineralisering av tandemaljen till en skada som tränger igenom tandemaljen och slutligen förstör till och med stora delar av dentinet. International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) hjälper klinikern att bedöma olika kariesskadans grad (emaljkaries/dentinkaries) och dess aktivitet. Detta hjälper i planeringen av vårdåtgärder.

ICDAS är ett klassificeringssystem som utarbetats av internationella experter. I systemet kategoriseras kariesskadorna i sex klasser från tidig, begynnande emaljskada (ICDAS 1) till en omfattande dentinskada som förstört över hälften av tandytan (ICDAS 6). Frisk tandyta får värdet ICDAS 0.”

### **Parodontal status**

Anteckningarna om parodontal status hör till Tändernas nuvarande status även om patientdatasystemet skulle ha en separat grafisk dokumentationsvy för anteckningar om parodontal status. I Patientdataarkivets definitioner finns för närvarande ingen egenskap med vilken man kan få reda på antalet parodontala statusar.

### **Partiell tand**

Med partiell tand avses en tand på vilken en eller flera rötter har extraherats.

## **2.8 Index och mätningar**

Munhälsovårdens index och mätningar utgör en strukturerad helhet.

### **Index (Publikationstyp)**

Mun- och tandvårdens patientdatasystem sparar nedan beskrivna index för munhälsovården i Patientdataarkivet. Indexen är sitt eget separat datainnehåll, men det rekommenderas att de visas och dokumenteras i samma vy där man gör anteckningarna om tändernas nuvarande status.

Med tanke på patientdatasystemet är det inte obligatoriskt att under en undersökning dokumentera något index som antecknaren själv ska dokumentera, även om dokumentation av indexet hör till innehållet i åtgärds-koden för undersökningen. Dokumenteraren anger värdena eller så antar systemet uppgifterna på basis av värdena och dokumenteraren godkänner de uppskattade uppgifterna.

Följande index ska dokumenteras:

- Angle-klasser
  - Angle-klasser (sexor och hörntänder)
    - Antecknas separat för vänster och höger sida: AI, AII, AIII eller Kusp
    - Antecknas separat för sexor och hörntänder
  - Angle-klass allmän (totalt förhållande)
    - Antecknas AI, AII, AII1, AII2, AIII eller Kusp
  - Av Angle-klasserna antecknas de om vilka en observation har gjorts
- dmf/DMF
  - DMF är i princip ett kariesindex, i M-komponenten ingår endast tänder som extraherats på grund av karies. Om orsaken till extraktion inte är känd ingår den extraherade tanden i M-komponenten.
  - Till Patientdataarkivet meddelas dmf om 0–17-åringar och DMF om sexåringar och äldre patienter.
  - d+D-värdet kan visas i patientdatasystemet, men uppgiften sparas inte i Patientdataarkivet.
- dmfs/DMFS
  - Siffran anger antalet tandytor med karies, tänder som har lagningar eller tänder som har extraherats. Om en tand har extraherats, räknas som antal ytor fem (5), förutom för incisiver och hörntänder, för vilka antalet ytor räknas som fyra (4). Patientdatasystemet gör beräkningen automatiskt.
- CPI
  - CPI beskriver tandköttsstatus. Mätningen görs med en mätsticka för tandköttsfickor.
  - Det sämsta resultatet för varje sextant antecknas enligt följande:
    - 0 = friskt tandkött
    - 1 = tandköttsinflammation
    - 2 = tandsten
    - 3 = fördjupad tandköttsficka
    - 4 = 6 mm djup eller djupare tandköttsficka
    - X = antalet tänder i sextanten är otillräckligt för att göra mätningen. Patientdatasystemet kan anteckna X automatiskt.
- GI (Gingival-index)
  - Beskriver tandköttets status på en relativ skala där 0 = friskt tandkött och 3 = mycket inflammerat tandkött (anmärkningsvärt röd, hypertrofisk och blöder spontant).
  - Värdet anges per sextant som 0, 1, 2 eller 3. Ett värde ska anges för varje sextant. Om det inte finns några tänder i sextanten är värdet 0.
  - Patientdatasystemet räknar ut medeltalet av de dokumenterade värdena som det GI-värde som ska sparas, eller så kan dokumenteraren själv beräkna resultatet och anteckna det som GI-värde. Medelvärdet av de dokumenterade värdena sparas.
- PI (Plackindex)
  - Beskriver mängden plack i tanduppsättningen på skalan 0–3 (0 = inte alls, 3 = mycket).

- Antecknas per sextant, så att man för varje sextant antecknar resultatet 0, 1, 2, eller 3. Varje sextant måste anges ett värde. Om det inte finns några tänder i sextanten, är värdet 0.
- Patientdatasystemet räknar ut medeltalet av de värden som dokumenterats som PI-värde. Värdena för enskilda sextanter sparas inte. Alternativt kan man själv räkna ut resultatet och anteckna det som PI-värde.
- BOP (Bleeding on Probing)
  - Procenttal som beskriver en hur stor andel av tandköttsfickorna som blöder när tandköttsfickorna undersöks med mätsticka för tandköttsfickor.
  - Patientdatasystemet bildar procenttalet automatiskt utifrån de tandspecifika anteckningarna, men dokumenteraren kan ändra talet.

## 2.9 Mätningar

Inom mun- och tandvården görs salivmätningar som patientnära mätningar och användaren antecknar resultatet i patientjournalen. Som uppgifter om proven kan man ange provtyp samt analysvaren för provet. Resultaten ska dokumenteras som fysiologiska värden och dessutom kan man anteckna tilläggsuppgifter i textform om varje prov. På samma gång kan det tas flera salivprover, så prover som dokumenterats samtidigt ska numreras med ett löpande ordningsnummer. Patientdatasystemet sköter numreringen.

### 2.10 Anamnes och egenvård

Inom mun- och tandvården bildar patientens anamnes och egenvård en egen strukturerad helhet. För närvarande sparas endast antalet borstningar strukturerat från anamnes- och egenvårdsdelen. Detta datainnehåll kommer att utvidgas under de kommande åren.

### 2.11 Ortodonti

Definitionerna för ortodonti färdigställdes under 2023. När detta dokument skrivs har det ännu inte bekräftats när definitionerna enligt Patientdataarkivet kommer att börja användas i patientdatasystemen.

Med ortodontisk behandling avses vård som grundar sig på en diagnos och en vårdplan och som genomförs antingen med en fast eller avtagbar tandställning. Även gummiband för kors- och saxbett räknas som ortodontisk behandling. En fast retentionstråd eller retentionsapparat som upprätthåller behandlingsresultatet räknas inte som aktiv ortodontisk behandling.

Den ortodontiska behandlingen anses ha inletts under det besök då behandlingen med ortodontisk apparatur inleds. I patientdatasystemen kan det finnas olika sätt att anteckna patienter och besök inom ortodonti. Som besök inom ortodonti antecknas inte tandextraktioner eller röntgenundersökningar som gjorts med remiss av en specialist inom ortodonti.

Den ortodontiska behandlingen antecknas som avbruten när vården har avslutats av någon annan orsak än flytt från orten.

Retentionsfasen räknas inte in i slutdatumet för den ortodontiska behandlingen.

De strukturerade anteckningarna om ortodontisk behandling innehåller strukturerade uppgifter om anamnes, ortodontisk röntgenanalys, ortodontisk diagnos och genomförande av den ortodontiska behandlingen. Dessa uppgifter produceras när behovet av ortodontisk behandling bedöms och bär den ortodontiska behandlingen genomförs.

Behovsklassifikationen för ortodontisk behandling har två nivåer. I det ena fältet väljs behovet av ortodontisk behandling (poängsatt på skalan 1–10) och i det andra grunden för behovet av ortodontisk behandling som en återkommande uppgift.

Under besöket inom ortodonti dokumenteras uppgifterna om den ortodontiska behandlingen enligt det nationella datainnehållet. Om tandläkaren dokumenterar en anamnes i anslutning till den ortodontiska behandlingen och en ortodontisk röntgenanalys under samma besök, tar hen endast ställning till dessa uppgifter. I övrigt förblir de uppgifter i Patientdataarkivet som dokumenterats tidigare gällande, aktuella uppgifter.

Eftersom patienten kan ha flera ortodontiska behandlingar identifieras anteckningar med samma identifikationskod som anteckningar om samma ortodontiska behandling. Patientdatasystemet skapar koden. Om den ortodontiska behandlingen flyttas till en annan/ny serviceproducent, överförs från Patientdataarkivet också identifikationskoden som skapats i den tidigare serviceproducentens/organisationens patientdatasystem. På så sätt länkas anteckningarna till samma ortodontiska behandling.

I patientdatasystemet kan man också spara andra uppgifter än definitioner enligt Patientdataarkivet om den ortodontiska behandlingen, men dessa sparas inte i Patientdataarkivet. Det är bra om dokumenteraren vet vilken uppgift som inte sparas i Patientdataarkivet.

## 2.12 Åtgärd

Inom mun- och tandvården används THL - Åtgärdsklassifikation för munhälsovård för dokumentation av åtgärder. En del av åtgärderna antecknas per tand eller per tandyta. När en tandspecifik åtgärdskod gäller flera tänder, antecknas att åtgärden gäller flera tänder. Obligatoriska uppgifter under de tandspecifika koderna är tandnummer, under koderna för fyllningsterapi tand, tandyta och lagningsmaterial. Åtgärds-koden och tanden antecknas på olika sätt i olika patientdatasystem.

THL - Åtgärdsklassifikation för munhälsovård fastställs förutsättningarna för användningen av koderna. Användningen av åtgärds-koder är etablerad, men oenhetlig. Användningen av koderna varierar både inom och mellan organisationerna. Också det att åtgärdsarvoden, sjukförsäkringsersättningar och klientavgifter fastställs utifrån åtgärderna har betydelse med tanke på dokumentationen och användningen av åtgärds-koderna. För dessa ändamål finns egna klassifikationer, vars koder man försöker slutleda programmässigt utifrån koderna i Klassifikationen av åtgärder i mun och käkar. På grund av skillnaderna i klassifikationen är detta inte alltid möjligt och vissa uppgifter måste dokumenteras separat för olika ändamål.

Om det inte finns någon åtgärds-kod för en vårdåtgärd som utförts eller om arbetet som utförts har ingått i en åtgärds-kod som dokumenterats redan tidigare, kan uppgift om detta antecknas i journalen.

### Åtgärds-koder för betthöjning

För betthöjning används åtgärds-koderna SHC01–SHC03 samt SHD01. Utöver dessa åtgärds-koder kan koderna för fyllningsåtgärder inte antecknas så att anteckningen i statusen är ”Fyllning”. Av patienten faktureras endast priset enligt åtgärds-koderna för betthöjning.

### Sanerings-koder

Sanerings-koderna används när man under samma besök extraherar ett antal tänder eller rötter enligt sanerings-koden. Extraktion av tänder under olika vårdbesök kan inte räknas med i sanerings-koden.

### Tolkning av Bite-Wing-bilder

När Bite-Wing-bilder tas på båda sidorna, antecknas två EB1SA/EB4VA-åtgärds-koder.

## 2.13 Hälso- och vårdplan

Mun- och tandvården har ingen egen separat hälso- och vårdplan. Vid behov används Patientdataarkivets gemensamma Hälso- och vårdplan. Hälso- och vårdplanen är ett verktyg avsett för planering av holistisk vård av patienten. Hälso- och vårdplanen upprättas alltid vxn Hälso- och vårdplan, som är avsedd för detta. Vårdplaner som endast gäller mun- och tandvården dokumenteras i textform i form av en löpande journal i MUN-vyn under rubriken Plan.

## 3 Nationella rubriker inom mun- och tandvården

Detta kapitel innehåller anvisningar om användningen av de nationella rubrikerna för yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården och exempel på användningen (se även [Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter](#)). Exempelen på dokumentation inom mun- och tandvården finns indragna i texten. Rubrikerna har grupperats enligt vårdprocessfasen. Under rubrikerna dokumenteras uppgifter som hör till sammanhanget både som fri text och strukturerade uppgifter.

En anteckning ska alltid ha åtminstone en nationell rubrik. De nationella rubrikerna kan grupperas enligt vårdprocessfaserna. Faserna är Ankomstsituation, Planering av vård, Genomförande av vård, Utvärdering av vård och Odefinierad (ingen fas). Dessutom passar en del av rubrikerna bättre som rubriker för hela anteckningen och de används i allmänhet som första/enda rubrik för en anteckning. Grupperingen av de nationella rubrikerna är riktgivande, eftersom rubrikerna inte kategoriskt hör till bara en fas utan de flesta kan användas i flera faser av vårdprocessen. Det är önskvärt att patientdatasystemen styr dokumentationen enligt anvisningen med beaktande av arbetsgången.

Patienternas möjlighet att titta på sina egna hälsouppgifter via MittKanta främjar genomförandet av egenvården, men ställer också krav på dokumentationens innehåll och begriplighet. Organisationer eller leverantörer av patientdatasystem kan om de så önskar definiera under de nationella rubrikerna egna tilläggsrubriker, standardtexter eller fraser som ytterligare strukturerar texten. Till exempel för ortodontisk screening kan man under rubriken Konsultation skapa en standardfras om sådant som avtalats lokalt. På motsvarande sätt kan man under rubriken Åtgärder skapa en fras om operation av visdomstand. Möjligheten att skapa och använda fraser underlättar slutanvändarens arbete. För närvarande finns möjligheten att skapa fraser dock inte i alla system, och denna funktion är inget krav i de nationella definitionerna.

### 3.1 Rubriker för hela anteckningen

#### Distanskontakt

Denna rubrik används som rubrik för journalanteckningar om digitala kontakter (t.ex. e-post, digital distansmottagning) och kontakter per brev och per telefon samt för andra anteckningar som görs utan patientkontakt. Med en tilläggsrubrik kan man precisera vilket slag av distanskontakt det är fråga om. I allmänhet är anteckningarna korta och i dem behövs inga andra rubriker. Om det behövs kan andra rubriker dock användas för att strukturera texten.

- Dokumenteras som fri text.
- Uppgifter om digitala kontakter och telefonkontakter.
- Videosamtal, till exempel videokonsultationer.
- Med en tilläggsrubrik som organisationen definierat kan man precisera vilken slags distanskontakt det är fråga om.

#### Konsultation/Remiss

Denna rubrik används för interna remisser, begäran om konsultation och konsultationssvar. Texten bör struktureras också med hjälp av andra rubriker. I en remiss och en begäran om konsultation ska man anteckna tillräckliga uppgifter om patientens anamnes, om gjorda undersökningar och vård som tillhandahållits, om patientens status, förloppet för den aktuella sjukdomen och frågeställningen. I ett konsultationssvar ska man anteckna uppgifterna om de undersökningar och bedömningar som gjorts i samband med konsultationen eller en sammanfattning av dessa. För frågornas del ska man anteckna en bedömning av patientens tillstånd och vård samt planen för fortsatt vård.



- Dokumenteras som fri text.
- Begäran om konsultation och konsultationssvar eller en plan för vilka interna och externa konsultationer med olika experter som avses begäras.
- Med en tilläggsrubrik som organisationen definierat kan man precisera om det är fråga om en intern remiss, en begäran om konsultation eller ett konsultationssvar.

”Konsulterat ortodontist, remitteras till ortodontisk screeningundersökning för ortodontisk behandling”

”Konsulterat den behandlande läkaren, enligt vilken det inte finns något hinder för att avlägsna visdomstandan på vänstra sidan i underkäken genom operation enligt planen.”

### Utlåtande

Denna rubrik används för utlåtanden och intyg till utomstående aktörer eller för eget bruk inom organisationen. Utlåtanden dokumenteras med egna blankettstrukturer (se [AR/YDIN – Näkymät/ AR/YDIN - Vyer](#)). Dokument som upprättats i det elektroniska patientdatasystemet, såsom läkarutlåtanden, bifogas till besökets servicehändelse. Vid behov kan man i datasystemet under rubriken Utlåtande skapa en länk till det aktuella utlåtandet i journaltexten. För utlåtanden som skrivs som fri text är det tillrådligt att precisera vilken typ av utlåtande det är frågan om. Dessutom är det bra att strukturera texten i fritt formulerade utlåtanden med hjälp av andra lämpliga rubriker.

Under rubriken Utlåtande dokumenteras också uppgifter om separata utlåtanden som inte sparas som en del av patientjournalen. Anteckningar görs om anmälningar och utlåtanden till andra myndigheter eller försäkringsbolag, till exempel barnskyddsanmälningar, utlåtanden till polisen eller anmälan om utlämnande av patientens uppgifter med stöd av lagen ([Lag om patientens ställning och rättigheter \(785/1992, 13 §\)](#)). Själva utlåtandet eller anmälningen överlämnas i detta fall till den berörda myndigheten som svarar för arkiveringen.

- Uppgiften om ett separat utlåtande kan dokumenteras i journaltexten i vyn för den löpande journalen under rubriken Utlåtande.

”Skrivit utlåtande”

”Skrivit utlåtande till myndighet”

”Skrivit utlåtande för försäkringsbolag”

- Själva utlåtandet eller anmälningen överlämnas den berörda myndigheten som svarar för arkiveringen.

### Mellanvärdering

En mellanbedömning dokumenteras när vårdansvaret för en patient överförs från avdelningen eller tillfälligt från en specialitet till en annan inom samma organisation. I långvarig vård ska en mellanbedömning likaså antecknas alltid när det sker väsentliga förändringar i patientens situation. I mellanbedömningen dokumenteras en sammanfattning av den väsentliga utveckling som skett i patientens mående och behandling under vården, rehabiliteringen eller terapin samt förändringen i förhållande till anamnesen eller en tidigare mellanbedömning eller slutanteckning. (När vårdansvaret för en patient överförs till en annan organisation eller permanent från en specialitet till en annan görs en slutanteckning.)

- Dokumenteras som fri text.
- En mellanbedömning dokumenteras till exempel för en patient i helhetsvård när en delvårdshelhet (parodontologisk, kariologisk, protetisk vård) avslutas. En epikris dokumenteras när helhetsvården avslutas.

När man gör korta anteckningar om förloppet av en kortvarig behandling eller sjukdom används rubriken Daglig anteckning (decursus).

### Slutvärdering (epikris)

Slutanteckningen beskriver förloppet av vården, rehabiliteringen eller terapin, slutresultatet, eventuella avvikelser och patientens status när hen lämnar vårdenheten. I slutanteckningen dokumenteras inga detaljerade uppgifter eller enstaka strukturerade uppgifter, förutom i undantagsfall där detta är motiverat. I allmänhet är det tillräckligt med en sammanfattning. Strukturerade uppgifter som har dokumenterats en gång, exempelvis en åtgärd som utförts, dokumenteras inte som ny strukturerad uppgift. Om man vill kan uppgifter länkas och sammanfattas med hjälp av den ursprungliga anteckningen, om patientjournalssystemet möjliggör detta. Om den aktuella läkemedelsbehandlingen kan man kopiera en sammanfattning, men de strukturerade, tidsenliga uppgifterna om läkemedelsbehandlingen underhålls i avsnittet om läkemedelsbehandling.

- En sammanfattning av vårdförloppet, slutresultatet och eventuella avvikelser.
- Dokumenteras som fri text som vid behov kan struktureras ytterligare med underrubriker.
- Vid sammanställningen utnyttjas strukturerade uppgifter som redan dokumenterats en gång, om patientdatasystemet möjliggör detta.
- Dokumenteras då patienten överförs till en annan vårdenhet, tas bort från kallelsesystemet (t.ex. 17-åringar) eller på separat begäran.
- Rekommenderas alltid i samband med munhälsokontrollen för elever i årskurs åtta.

”Ankomstorsak: 45-årig kvinna som kommer med remiss från Kantasuu sjukhus. Problemet är blödande tandkött och dålig andedräkt. Hjärninfarkt 4.9.2014, fibromyalgi, subakut infektion i vänster basalkärnområde.

Nuvarande tillstånd: Ingen karies som kräver lagning. Inget som tyder på inflammationer i rotområdena. Tandsten och gingivit i tandköttskanten och under tandköttet, som gör att tandköttet lätt blöder.

Plan: Efter en hjärninfarkt försöker man under minst ett halvt år undvika tandåtgärder under tandköttet (så som borttagning av tandsten i fördjupade tandköttfickor). Av denna orsak behandlas det blödande tandköttet och dåliga andedräkten tills vidare med omsorgsfull munhygien. Vid behov munvatten som innehåller klorhexidin två gånger om dagen, som 2–3 veckor långa kurer. Fördjupade tandköttfickor putsas efter att patienten återhämtat sig från infarkten, om ungefär ett halvår.

I ankomstsituationen har det konstaterats skeletalt förhållande AI, normala vertikala förhållanden, bettrelation K/nAI, traumatiskt djupbett och proklinerade incisiver. Behandlingen inleddes med kombinationsdrag 3/10. Fast apparatur placerades på övre bågen 5/11 och på nedre bågen 10/11. Kombinationsdraget lämnades bort 6/11. Apparaturen upptill togs bort 5/12, nedtill 10/12, för retention satte man in retentionsbågar dd13–23, 33–43 och till en början för ytterligare retention en retentionsplatta, vars användning minskades gradvis och som lämnades bort helt 12/13. I slutläget bettrelation K/AI, HÖB 3 mm, VÖB 3 mm, tandburet stabilt bett och bra tandbågar. Munnen öppnas rakt och käklederna är smärtfria. Patienten meddelar under kontrollbesöket 10/14 att hon ska flytta tillbaka till sitt hemland. Har getts anvisningar om kontroll av retentionsbågar. Retentionsbågarna får förbli permanenta, åtminstone tills patienten fyller 20 år. Rekommenderar extraktion av visdomständerna, åtminstone innan retentionsbågarna tas bort. Rekommenderar OPG-undersökning när patienten är ung. 17–18 år gammal för bedömning av visdomständerna. Patienten får gipsmodellerna med sig.”

## 3.2 Ankomstsituation

### Ankomstorsak

Under denna rubrik dokumenteras kortfattat orsaken till att patienten söker vård. Orsaken till att patienten söker vård dokumenteras som fri text enligt patientens egen berättelse.

”Molande värk på högra sidan i underkäken.”

## Anamnes

Under denna rubrik dokumenteras uppgifter om patientens hälsa som fås av patienten, en anhörig eller en följeslagare eller som sammanställts från tidigare patientjournaler. Det viktigaste innehållet i anamnesen är förhandsuppgifterna om den aktuella sjukdomen eller det huvudsakliga problemet, såsom sjukdomens början och förlopp, patientens beskrivning av subjektiva symtom, eventuella tidigare stadier av sjukdomen samt tidigare behandlingar. I anamnesen dokumenteras också uppgifter om andra sjukdomar och sjukdomar i släkten, resultat av undersökningar, andra sjukdomar eller läkemedelsbehandlingar som bör beaktas i anslutning till problemet, liksom även uppgifter om livsmiljön och livssituationen som möjligtvis påverkar sjukdomen eller vården.

- Dokumenteras som fri text.
- Kort sammanfattning av orsaken till vården, patientens problem (inkl. subjektiva symtom såsom patienten beskriver dem) och den allmänna situationen.
- Uppgifterna kan komma från patienten, en anhörig till patienten, patientens ombud eller någon annan informationskälla – det är bra att nämna informationskällan.
- Närmare uppgifter (t.ex. diagnoser och åtgärder) fås via egen rubrik eller vy.

”50-årig man, blodtrycksmedicinering, ingen annan läkemedelsbehandling, inga diagnostiserade sjukdomar eller allergier. För ungefär en vecka sedan började kindtanden på höger sida i den nedre käken ömma i samband med ätande. Nu kontinuerlig, molande smärta i tanden och patienten kan inte alls tugga med den. Patienten berättar att tanden har rotfyllets på X hälsocentral för ungefär tre år sedan.

## Hälsopåverkande faktorer

Under denna rubrik beskrivs personens levnadsvanor och livssituationer som har koppling till hälsa och sjukdom (t.ex. alkohol, tobak, graviditet).

- Bland faktorerna som påverkar hälsan dokumenteras den konstaterade situationen – inte hur man avser rätta till situationen (t.ex. anvisningar/upplysning dokumenteras under rubriken Förebyggande vård (Prevention))
- Uppgifterna dokumenteras som fri text, med undantag av antalet tandborstningar som ska dokumenteras strukturerat.

”Patienten uppger att han borstar tänderna två gånger om dagen, röker sporadiskt (cigariller) särskilt i stressande situationer, äter ofta kolhydratrika mellanmål, måltiderna oregelbundna.”  
Småföretagare (se anamnes).”

## Riskuppgifter

Under denna rubrik dokumenteras uppgifter om till exempel en tidigare sjukdom, en sjukdom eller någon annan faktor som kan medföra en risk för patientens eller personalens hälsa eller säkerhet om den inte beaktas. Riskuppgifterna används för att göra de personer som vårdar en patient uppmärksamma på att vården eventuellt måste genomföras på ett sätt som avviker från det normala. Patienten ser i MittKanta alla riskuppgifter som dokumenterats inom mun- och tandvården (kritiska uppgifter och uppgifter som ska beaktas i vården). Ett undantag är beteenderelaterade risker som inte visas i MittKanta. På så sätt ser patienten i MittKanta till exempel inte en anteckning om patientens aggressivitet som en yrkesutbildad person har dokumenterat som en faktor som måste beaktas i vården.

- Man antecknar minst riskens namn eller en beskrivning av risken samt riskgraden.
- Riskuppgifterna dokumenteras strukturerat i vyn för riskuppgifter.
- Organisationsspecifika anvisningar om anteckning/avförande av riskuppgifter.

## Kritiska risker

- Livshotande allergiska reaktioner eller läkemedelsreaktioner, avvikande blodgruppsantikroppar, pacemaker och så vidare.

## Risker som ska beaktas i vården

- Lindrigare allergier, graviditet, risksjukdomar, försiktighetsåtgärder, avsaknad av vaccinationsskydd.
- Observationer om beteendet, bland annat patientens våldsamma beteende i vårdsituationer.

De förvalda uppgifterna under Riskens varaktighet och Riskuppgiftens grad i klassifikationen Typ av riskuppgift får ändras.

## Nuvarande tillstånd

Uppgifterna om tändernas och munområdets nuvarande tillstånd beskriver tillståndet för och/eller sjukdomar i tänder och mun. Här antecknas fynd som konstateras vid en klinisk eller annan undersökning som utförs av en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården. Kliniska undersökningar är till exempel undersökning av slemhinnor, palpation av tuggmuskler, karieskontroll och mätning av tandköttsfickor.

Uppgifterna om nuvarande tand- och munstatus består av fri text och strukturerade uppgifter, som produceras och visas på en separat statusskärm. Statusskärmen är ett gränssnitt där patientens samtliga tänder finns antecknade i statusen och där man antecknar observationer och fynd för varje tand enligt tand eller yta.

Uppgifterna om det aktuella tillståndet eller statusen i munnens område har delats in i fyra delområden: Tändernas nuvarande status, Protetiska konstruktioner som omfattar mer än en tand, Bettstatus och Observationer och fynd i de mjuka och hårda vävnaderna. Var och en av dessa bildar en egen strukturerad uppgiftshelhet. Uppgifterna om tanduppsättningens status dokumenteras i mun- och tandvårdens patientdatasystem med hjälp av ett separat grafiskt användargränssnitt, en statusskärm eller tandkarta (uppgifterna i TAND-vyn).

Kontrollstatus för tänderna skapas för första gången när patienten kommer till den första undersökningen. Tänderna antecknas antingen som mjölk tänder, permanenta tänder, övertaliga tänder, tänder som saknas, retinerade tänder eller implantattänder. Observationer eller fynd antecknas för tänderna.

Vid patientens nästa undersökning inleds en ny statusanteckning. Patientdatasystemet hämtar den gamla statusen för varje tand (som undersöks) som grund för en ny statusanteckning, i vilken nödvändiga ändringar kan göras. Om det inte finns någon tidigare statusanteckning för en enskild tand görs en helt ny anteckning. Om situationen är oförändrad kan den gamla statusuppgiften godkännas som ny statusuppgift som den är. Om ändringar har gjorts skrivs de nya uppgifterna ovanpå de gamla och de ändrade uppgifterna sparas. För de tänder för vilka inga nya uppgifter dokumenteras förblir den tidigare anteckningen som finns i Patientdataarkivet den gällande, tidsenliga uppgiften. På så sätt hålls statusen kontinuerligt uppdaterad. För varje tand finns uppgift om vid vilken enhet och när uppgifterna om tanden senast har uppdaterats.

## Funktionsförmåga

Under rubriken dokumenteras uppgifter om en persons förmåga och förutsättningar att klara av de fysiska, psykiska, sociala och kognitiva kraven i den dagliga livsföringen samt utvecklingen eller förändringarna av dessa. Inom mun- och tandvården dokumenteras uppgifterna tills vidare i textform. Åtgärder för att upprätthålla eller förbättra funktionsförmågan antecknas under rubriken rehabilitering.

- Som fri text antecknas bettorganets nedsatta funktionsförmåga samt hur någon annan nedsättning av funktionsförmågan påverkar genomförandet av tandvårdsåtgärder eller patientens möjligheter att genomföra egenvård.

”Patienten är tandlös, helproteserna har inte använts på flera år och på grund av allmäntillståndet är det inte möjligt att tillverka nya proteser. Puread och flytande kost.”

## Undersökningar

Beställning av och svar på laboratorieprov (omfattar alla laboratoriespecialiteter, även klinisk fysiologi och klinisk neurofysiologi) och bilddiagnostiska undersökningar samt om remisser och utlåtanden dokumenteras

strukturerat i LAB- eller RTG-vyn. I den löpande patientjournalen dokumenteras under denna rubrik sådana observationer och fynd från laboratorieprov och bilddiagnostiska undersökningar som särskilt måste beaktas i vården.

Beställning av och svar på laboratorieprov och bilddiagnostiska undersökningar samt remisser och utlåtanden dokumenteras i LAB- eller RTG-vyn.

- Uppgifterna dokumenteras strukturerat och man använder [Klassifikationen av radiologiska undersökningar och åtgärder](#) (bilddiagnostik) och [Nomenklaturen för laboratorieundersökningar](#).

I den löpande patientjournalen dokumenteras under denna rubrik observationer och fynd som gjorts baserat på laboratorieproven och de bilddiagnostiska undersökningarna och som särskilt måste beaktas inom mun- och tandvården, till exempel ”Patientens P-TT-INR 4,5”.

- Observationer i anslutning till undersökningen (statusuppgifter) visas inom mun- och tandvården under rubriken Nuvarande tillstånd.
- I definitionerna av ortodontisk behandling finns röntgenanalys i anslutning till ortodontisk behandling. Innan delen för ortodontisk behandling är tillgänglig antecknas resultatet av den cefalometrisk analysen som fri text under rubriken Undersökningar.

### **Krav på bilddiagnostiska undersökningar inom munhälsovården**

- Av de bilddiagnostiska undersökningarna som görs inom mun- och tandvården ska en separat undersökningsanteckning produceras till Patientdataarkivet. I anteckningen används åtgärdskoderna för diagnostisk radiologi enligt THL – Åtgärdsklassifikation för munhälsovård.
- En intraoral bild av en enskild tand (tandbild) ska förses med en separat anteckning om undersökningen (åtgärdskod), i anslutning till vilken man antecknar tandens nummer.
- Om en så kallad Bite-Wing-undersökning på flera tänder ska det produceras en separat anteckning om undersökningen (åtgärdskod), i anslutning till vilken man antecknar sida och/eller tandnummer. När Bite-Wing-bilder tas både på höger och vänster sida antecknas åtgärdskoderna och sida/tandnummer separat för båda sidorna.

Tandens nummer och andra identifikationsuppgifter (sida och område) ska också produceras i bildens metadata, om avbildningsapparaten har de nödvändiga funktionerna som möjliggör detta.

### **Fysiologiska mätningar**

Under denna rubrik dokumenteras fysiologiska storheter som har samband med en persons hälsotillstånd, såsom längd, vikt och blodtryck. De undersökningar som definieras i [klassifikationen FinLOINC](#) dokumenteras som strukturerade uppgifter enligt strukturen för fysiologiska uppgifterna. Om patientdatasystemet har en egen strukturerad modul för fysiologiska mätningar behöver dokumenteraren inte använda rubriken Fysiologiska mätningar.

Om det inte finns någon FinLOINC-kod för de fysiologiska mätningarna dokumenteras mätningarna i texten under rubriken Fysiologiska mätningar.

- Under rubriken visas de index och mätningar som dokumenterats med FinLOINC-koder, till exempel längd och vikt. Om patientdatasystemet har en egen strukturerad modul för fysiologiska mätningar behöver dokumenteraren inte använda denna rubrik. Mätningar som antecknats med FinLOINC-klassifikationen överförs till de sammanställningar som Informationshanteringstjänsten upprättar.
- Om det inte finns någon FinLOINC-kod för en mätning, antecknas mätningen under den aktuella rubriken som fri text. Resultaten av sådana mätningar överförs inte till sammanställningarna.
- Strukturerat dokumenterade resultat från salivprov visas under rubriken Nuvarande tillstånd (Status).

## 3.3 Planering av vården

### Vårdbehov

Under rubriken dokumenteras en beskrivning av befintliga eller eventuella framtida problem i anslutning till patientens hälsotillstånd som kan avhjälpas eller lindras med hjälp av vård och handledning. Också resurserna som stöder patienten i egenvården dokumenteras.

- Dokumenteras som fri text.
- Frågor som är centrala med tanke på munhälsan och den allmänna hälsan presenteras kortfattat.
- Rubriken används i situationer där det finns ett särskilt stort behov av mångprofessionellt samarbete, men också för att sammanfatta ett tandvårdsrelaterat problem.

”Ett stort antal fyllningar och en hög bettbelastning har lett till en fyllningsspiral som måste lösas på ett mer hållbart sätt. Egenvården fungerar, vårdmotivationen är OK. Vårdalternativen torde inte ha gått genom tillräckligt med patienten.”

”Patienten har flera sjukdomar (se anamnes, diagnoser) och läkemedel. Anhopningen av olika problem syns även i munnens situation: på grund av den svaga ekonomiska situationen har tandvården under de senaste åren begränsats till vård av akutvårdstyp. Vårdbehovet är stort. En bakomliggande orsak för att vården försumrats är också tandvårdsrädsla.”

### Vårdmål

Under denna rubrik dokumenteras vid planering av vården de mål som är viktigast för patienten. Det ska gå att utvärdera hur målen har uppfyllts.

- Dokumenteras som fri text.
- Identifiering av patientens huvudsakliga vårdproblem och målsättning för vården. Görs i samförstånd med patienten.
- Rubriken används (i synnerhet) när vården periodiseras eller man blir tvungen att ”kompromissa” med genomförandet av vården på grund av de faktiska möjligheterna. Målet är en realistisk, genomförbar vårdplan som beaktar patientens situation som helhet.

”Målet är symtomfrihet och en infektionsfri mun samt sådana förhållanden att vårdpersonalen kan ombesörja tillräcklig munhygien. Bettförmågan förblir bristfällig, vilket måste beaktas i födan.”

”I det första skedet säkerställs att egenvården genomförs. När vi får en bedömning av vårdresponsen (egenvård) upprättar vi en plan för korrigerande och protetisk vård.”

### Plan

Under denna rubrik beskrivs en plan eller reflektion över patientens hälsotillstånd, undersökning, vård och/eller ordnande av vård eller fortsatt vård i början av vårdperioden. Planen som upprättas gemensamt av patienten och olika aktörer inom hälso- och sjukvården och som gäller mellan vårdperioderna (öppenvården) dokumenteras i första hand i ett separat strukturerat dokument, Hälso- och vårdplan, som ska underhållas.

- En plan som behandlar patientens hälsotillstånd samt undersökning, vård och/eller ordnande av vård i början av vårdperioden.
- En bra vårdplan som utarbetats för en tillräckligt lång tid framåt får allt större betydelse när patienternas rörlighet ökar och i olika situationer med köpta tjänster, där genomförandet av vården splittras mellan olika tjänsteproducenter.

”Huvudvikten ligger på stöd för egenvård, intensifierat preventionsprogram.”

”Extraktion av efterlämnad rot dd 32–42 samt d 47. Rebasering av överkåkens helprotes, jästsvampinfektion i gommen behandlas. Hål i 35, 33 och 43 som fylls med plastkomposit.”

”Extraktion av tänderna XX, borttagning av tandsten och rengöring av tandköttfickor, skrapning av öppna karieshärddar och tillfälliga fyllningar i tänderna XX. Bedömning av hur egenvården fungerar, plan för fortsättningen utifrån detta.”

- Planen för patientens fortsatta vård eller rehabilitering vid en annan enhet, när man inte upprättar någon hälso- och vårdplan eller en egentlig rehabiliteringsplan för FPA eller försäkringsbolaget. Uppgifterna innefattar orsaken för fortsatt vård, enheten för fortsatt vård och information om tjänster. Under rubriken dokumenteras fri text.

”Nästa tandläkarundersökning om två år (kallelse). Parodontalkontroll och mellanbedömning av vårdplanens genomförande hos munhygienist om ett år (kallelse).”

”Fortsatt akutvård inom den privata sektorn, där patienten har en etablerad vårdrelation.”

### 3.4 Genomförande av vården

#### Åtgärder

Under denna rubrik dokumenteras de utförda eller planerade åtgärder som har betydelse med tanke på patientens vård. I dokumentationen av åtgärder används [THL - Åtgärdsklassifikation för munhälsövård](#)

De utförda åtgärderna dokumenteras som strukturerade uppgifter enligt strukturerna för åtgärderna. Under rubriken dokumenteras som fri text övrig nödvändig information om åtgärderna, såsom motivering av åtgärden, åtgärdsjournalen och eventuella komplikationer i samband med en åtgärd. I åtgärdsjournalen beskrivs i väsentliga delar åtgärdens förlopp, fynd i anslutning till åtgärden samt det uppnådda slutresultatet. Planen för fortsatt vård efter åtgärden dokumenteras däremot under rubriken Plan.

Vissa åtgärder påverkar direkt munnen (dvs. åtgärden ändrar tandstatusen permanent). Patientdatasystemet uppdaterar informationen automatiskt när systemet entydigt kan dra slutsatser, men det lämnar dokumenteraren möjlighet att vid behov ändra statusanteckningen innan den sparas. I övriga situationer påminner patientdatasystemet dokumenteraren om att statusen måste uppdateras. Dokumenteraren kan antingen göra den statusanteckning som åtgärden förutsätter eller lämna förslaget obeaktat.

- Under denna rubrik visas de åtgärder enligt Klassifikationen av åtgärder i mun och käkar som dokumenterats i patientdatasystemets strukturerade del och tilläggsuppgifter som dokumenterats som fri text (material, nålmått, operationsberättelse, typ av tandställning osv.)
- Planen för fortsatt vård efter en åtgärd dokumenteras under rubriken Plan.

Komplikationer vid en åtgärd beskrivs verbalt och komplikationens diagnos dokumenteras med en kod enligt DG ICD-10. Komplikationer eller skadeverkningar som upptäcks senare dokumenteras så att man kopierar den gamla åtg-uppgiften som en ny anteckning (som har samma identifierare som specificerar åtgärden) och lägger till uppgifterna om skadeverkningar.

”Beskrivning av komplikation vid åtgärd: Infektion”

”Kod för komplikation: T81.4, Infektion efter ingrepp.”

## Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandlingen omfattar information om de läkemedel som förskrivits till patienten, uppföljning av effekterna och biverkningarna av läkemedelsbehandlingen, avbruten läkemedelsbehandling och uppgifter om utbytbarheten av läkemedlet. Uppgifterna används för att studera läkemedelsbehandlingen och dess resultat samt komplikationer.

### Om anteckningarna om läkemedelsbehandlingen

Anteckningar om förskrivning och administrering av läkemedel antecknas i MUN-vyn som fri text under rubriken Läkemedelsbehandling.

- Om ett läkemedel antecknas alltid namn, styrka, läkemedelsform.
- Engångs- och dygnsdos samt doseringssätt.

Under rubriken dokumenteras som fri text utvärderingar av och kommentarer om läkemedelsbehandlingen samt motiveringar till de beslut som fattats.

Utveckling av den riksomfattande medicineringslistan pågår. Tidsfristen för ibruktagning av Kanta-medicineringslistan är 1.10.2027.

Anvisningarna om dokumentation av läkemedelsbehandling uppdateras i den allmänna handboken för dokumentation av patientuppgifter under våren 2024.

### Förebyggande vård (Prevention)

Under denna rubrik dokumenteras uppgifter om vaccinationer och annan hälsofostran och förebyggande hälsovård. Uppgifterna om vaccinationer dokumenteras som strukturerade uppgifter. Uppgifterna om annan hälsofostran samt handledning i hälsofrämjande och förebyggande hälsovård dokumenteras i regel som fri text eller om möjligt exempelvis i enlighet med klassifikationerna av vård- och terapiarbete i egna vyer.

- Dokumenteras som fri text. Alla yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården använder samma vyer och rubriker.

”Egenvården fungerar bra (F-tandkräm två gånger om dagen). Inga åtgärder.”

”Effektiviserat preventionsprogram: ...”

- Antalet borstningar antecknas enligt strukturens klassifikation.

### Hjälpmedel och sjukvårdsartiklar

Under denna rubrik dokumenteras uppgifter (t.ex. lista eller förteckning) om de hjälpmedel som en person med funktionsnedsättning använder för att klara den dagliga livsföringen och delta samt om de vårdartiklar som är viktigast med tanke på vården av (långvariga) sjukdomar. Under rubriken kan man också dokumentera annan information om hjälpmedel och vårdartiklar, som man anser vara behövlig, till exempel mängden hjälpmedel och vårdartiklar som överlämnas till patienten eller som patienten använder, varumärke och modellgjorda modifieringar eller ändringar och andra väsentliga uppgifter om själva hjälpmedlen eller vårdartiklarna.

Dokumentationen kan göras som fri text eller exempelvis för hjälpmedlens del med hjälp av klassifikationen [SFS/THL – Apuvälineluokitus](#). (SFS/THL – Hjälpmedelsklassifikation). Också andra än rehabiliteringspersonal och specialarbetare dokumenterar uppgifter om patientens hjälpmedel under rubriken Hjälpmedel och vårdartiklar.

- Dokumenteras som fri text.
- De hjälpmedel som patienten använder dokumenteras.
- De hjälpmedel som är viktigast med tanke på vården av långvariga sjukdomar dokumenteras.
- Informationen kan också ha betydelse för tandvården (t.ex. patienten använder rullstol).



- Ortodontisk apparatur kommer i framtiden att dokumenteras under datainnehållet om ortodontisk behandling, men innan detta är möjligt, dokumenteras den som en tilläggsuppgift om åtgärden (i MUN-vyn).
- Strukturerat dokumenterade tandproteser visas under rubriken Nuvarande tillstånd.
- Andra än yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården kan under rubriken dokumentera uppgifter om patientens avtagbara tandproteser.

### 3.5 Utvärdering av vården

#### Diagnos

Diagnoser eller besöksorsaker dokumenteras i samband med besök och vårdperioder för att beskriva de hälso- problem som behandlas i samband med besöket eller vårdperioden.

Under denna rubrik dokumenterar läkaren strukturerat patientens diagnoser enligt diagnosklassifikationen. I diagnoser för munnens område används sjukdomsklassifikationen ICD-10 och oftast diagnoskoderna K00-K14: diagnoskoder för sjukdomar i munhåla, spottkörtlar och käkar. I diagnoserna dokumenteras diagnoser som konstaterats eller behandlats under besöket eller vårdperioden samt andra diagnoser som väsentligt påverkat vården under patientens besök eller vårdperiod. Patientens kroniska diagnoser som inte har haft någon betydelse för vården behöver inte dokumenteras.

- Diagnos som fastställts av tandläkare dokumenteras strukturerat med ICD-10-kodsystemet.
- Om diagnosen dokumenteras diagnosens typ (huvud-/bidiagnos), varaktighet (temporär/av permanent karaktär) och tillförlitlighet (misstänkt/sannolik eller säker).

Diagnoskoderna används i två betydelser som i viss mån avviker från varandra. I informationshanteringstjänsten, som är en del av Kanta-tjänsterna, separeras alternativen begreppsmässigt och funktionellt.

1. Patientens hälsoproblem som behandlas i samband med respektive kontakt (diagnoser och besöksorsaker till besök och vårdperioder).
2. Patientens hälsoproblem som kan förstås som patientens långvariga eller bestående hälsoegenskaper och som även när de gett med sig har en bred inverkan på patientens hälsotillstånd, välbefinnande eller behandlingen av andra hälsoproblem (långtidsdiagnoser)

#### Orsak till vård

Andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än läkare dokumenterar sin egen uppfattning om orsaken till att patienten söker vård strukturerat under rubriken Orsak till vård med hjälp av ICPC-klassifikationen. När besöket grundar sig på en tidigare diagnos kan en ICD-kod som tidigare diagnostiserats för patienten dokumenteras som besöksorsak under denna rubrik.

- Andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården än läkaren dokumenterar anledningen till att patienten söker vård alltid som besöksorsak. Besöksorsaken dokumenteras med ICPC-klassifikationen eller med de ICD-koder som tidigare har diagnostiserats för patienten.
- Läkarna dokumenterar inte besöksorsaker, utan de dokumenterar orsakerna till vård alltid som diagnoser under rubriken Diagnos. Diagnosen som dokumenteras ska vara förknippad med orsaken till eller innehållet under besöket i fråga. Om det är fråga om konstaterande av en sjukdom kan en tandläkare endast dokumentera diagnoser inom ramen för sin utbildning och kompetens.

### **Om hantering av diagnoser och besöksorsaker**

Som diagnoser eller besöksorsaker dokumenteras de diagnoser som behandlats under patientens besök eller vårdperiod och som väsentligt påverkat vården, oavsett av om de är akuta och kortvariga, till exempel en vanlig förkylning, eller kroniska och långvariga diagnoser, till exempel diabetes. Diagnosen som dokumenteras ska vara förknippad med orsaken till eller innehållet under besöket i fråga. Om det är fråga om konstaterande av en sjukdom kan en tandläkare endast dokumentera diagnoser inom ramen för sin utbildning och kompetens.

I informationshanteringstjänsten produceras en sammanställning av de diagnoser och besöksorsaker som dokumenterats i samband med besök och vårdperioder. Besöksorsakerna kan således jämföras med diagnoser och behandlas likvärdigt med diagnoser i diagnosförteckningar. Informationshanteringstjänsten gör det dock möjligt att skilja åt dem i situationer där man endast vill se diagnoser som dokumenterats av läkare eller besöksorsaker som dokumenterats av andra yrkesgrupper. Listningen av diagnoser och besöksorsaker ska genomföras lokalt i datasystemet.

### **Vårdresultat**

Under rubriken dokumenteras de förändringar som skett i patientens tillstånd till följd av vården. Resultaten bedöms i förhållande till behovet av vård, målen för vården och/eller den genomförda vården.

- Dokumenteras som fri text.
- Uppnåendet av målen för vården bedöms
- Rubriken används då man har ställt upp mål för vården

”Patienten kan äta mjuk föda, symtomfri, inga tecken på infektion i tänderna, käkbenet (OPTG) eller gommen. Den baserade hela överkäksprotesen sitter bra och hålls på plats. Med beaktande av patientens allmäntillstånd kan konstaterade dentinkaries inte börja lagas, vi effektiverar munhygien (repeterar åtgärderna med den egna skötaren).”

”Hemvården tycks nu fungera bra, fyllningsterapi och protetik kan börja planeras.”

## 4 Övriga rubriker

### 4.1 Oklassificerade rubriker (ospecificerad fas i vårdprocessen)

#### **Annan anteckning**

Denna rubrik används när man ska dokumentera uppgifter som inte passar in under någon av de övriga rubrikerna.

- Dokumenteras som fri text.
- Uppgifter som inte passar in under de övriga rubrikerna.
- Till exempel distribution av epikris och genomförande av distributionen, kontaktuppgifter.

### 4.2 Rubriker som saknar etablerat innehåll inom munhälsovården

Till exempel vårdarbetet inom mun- och tandvårdens öppenvård identifieras inte som en sådan självständig funktion som ur detta perspektiv skulle förutsätta dokumentation. Alla yrkesutbildade personer inom mun- och tandvården använder samma åtgärds-koder, vyer och rubriker. Med hjälp av rubrikerna nedan kan man dock förmedla patientuppgifter till andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården i situationer där rubrikerna i kapitel 3 av någon anledning inte är lämpliga.

#### **Daglig anteckning (decursus)**

Rubriken används huvudsakligen för dagliga anteckningar (decursus-anteckningar) under avdelningsvård eller motsvarande vård. Rubriken kan också användas inom öppenvården exempelvis för anteckningar om kortvarig vård eller sjukdomsförlopp. Anteckningarna är vanligen korta och andra rubriker behövs inte. Andra rubriker kan dock vid behov användas för att strukturera texten.

#### **Vårdåtgärder (Genomförande av vård)**

Under rubriken dokumenteras den vård som patienten erhållit och med vilken en yrkesutbildad person inom hälso- och sjukvården svarar på patientens behov av vård och på de mål som satts och som inte dokumenteras under andra rubriker för genomförande av vård, exempelvis Åtgärder, Rehabilitering eller Läkemedelsbehandling. Även patientvägledning dokumenteras med rubriken Vårdåtgärder. Antecknas som fri text och/eller med hjälp av olika klassifikationer.

#### **Vårdtyngd (Utvärdering av vård)**

Rubriken används för att beskriva mängden vård som patienten behöver och hur krävande den är, till exempel när vårdplatsen byts till en annan anstalt eller till hemvården. Vårdtyngden dokumenteras strukturerat enligt vårdtyngdsklassifikationen.

#### **Rehabilitering (Genomförande av vård)**

Under rubriken Rehabilitering dokumenteras planering, genomförande, uppföljning och bedömning av patientens rehabilitering.

- Omfattar även dagliga anteckningar, anvisningar eller information till andra anställda som vårdar patienten samt daglig information om patientens rehabilitering, terapi eller handledning.
- Handledning och rådgivning av rehabiliteringspersonal och specialarbetare dokumenteras under rubriken Rehabilitering i den tjänste- eller yrkesspecifika vyn.

## **Hälsoundersökning**

Uppgifter i anslutning till hälsoundersökningar är problem som framkommit under hälsoundersökningen eller påverkat den, mål för och behov av fortsatta åtgärder samt anvisningar. Inom munhälsovården finns inget etablerat användningsändamål för rubriken Hälsoundersökning.

- Strukturerade uppgifter i anslutning till hälsoundersökningar inom barnrådgivningen, skolhälsovården och elevhälsan dokumenteras med hjälp av ifrågavarande strukturer och uppgifterna visas under flera olika rubriker.

## **Test- och utvärderingsresultat (ankomstsituation, observationer och undersökningar)**

Under denna rubrik dokumenteras sådana undersökningar eller bedömningar vilkas resultat i allmänhet beskrivs verbalt och som inte kan anges som tydligt mätbara värden. Sådana undersökningar är bland annat olika slags utredningar, tester, enkäter och intervjuer som utförs av specialarbetare, såsom psykologer, samt minnestester. Under rubriken dokumenteras både uppgifter om utförandet av undersökningarna och slutsatserna från dessa.

# 5 Användning och vidareutveckling av klassificeringar

I THL - Åtgärdsklassifikation för munhälsovård fastställs förutsättningarna för användningen av koderna. Man vet att användningen av dem varierar inom och mellan organisationerna. Också det att åtgärdsarvoden, sjukförsäkringsersättningar och klientavgifter fastställs utifrån åtgärderna har betydelse med tanke på dokumentationen och användningen av koderna. För dessa ändamål finns det delvis egna klassifikationer, vars koder man försöker slutleda programmässigt utifrån koderna i THL - Åtgärdsklassifikation för munhälsovård. På grund av skillnaderna i klassifikationerna är detta inte alltid möjligt och vissa uppgifter måste dokumenteras separat för olika ändamål.

## 5.1 Utveckling av dokumentationsstrukturerna

Även om det finns egna koder för forskning och förebyggande vård, fokuserar dokumentationen inom hälso- och sjukvården på behandling av sjukdom. Vårdplanen ses ofta som en genomförandeplan för det aktuella vårdbehovet, varvid den långsiktiga övergripande vårdplanen och dokumentationen i anslutning till den (undersökningsintervall, intervall för underhållvård och egenvårdsplan) får mindre uppmärksamhet. En hälso- och vårdplan som genomförts i Patientdataarkivets informationshanteringstjänst förbättrar situationen för patienter med många hälsoproblem. Denna plan är den vårdkoordinerande hälso- och sjukvårdens gemensamma syn på patientens situation och i första hand avsedd som stöd för öppenvården för hanteringen av helhetsituationen. Den ersätter inte behandlingsplanen för ett enskilt besök/en enskild vårdperiod i fråga om ett akut hälsoproblem.

Man strävar efter att utveckla dokumentationen av mun- och tandvården så att den kommer närmare den allmänna praxisen inom hälso- och sjukvården. Detta är också en förutsättning för sam användning av uppgifter mellan mun- och tandvården och andra yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården. I praktiken innebär detta att man utökar de innehåll som dokumenteras under nationella rubriker, i synnerhet i situationer där behovet av sam användning av information mellan olika yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården är stort.

Det ovanstående beskriver särskilt situationen inom primärvården. Inom den specialiserade sjukvården avviker dokumentationen inom mun- och tandvården inte från dokumentationspraxisen inom andra specialiteter och de yrkesutbildade personerna inom mun- och tandvården använder samma patientdatasystem. System tillåter dock tills vidare inte dokumentation av strukturerade uppgifter inom mun- och tandvården.

Dokumentationen inom den offentliga och privata sektorn kan delvis avvika från varandra. Skillnaderna i dokumentationspraxis mellan den privata och offentliga mun- och tandvården påverkas i praktiken av myndighetskraven (t.ex. Avohilmo/Hilmo, förordningen om klientavgifter, FPA:s anvisningar) samt skillnaderna i verksamhetens mål och styrmekanismer.

Syftet med enhetliga strukturerade patientjournaler är att förenhetliga dokumentationspraxisen i både den offentliga och den privata hälso- och sjukvården oberoende av organisation och patientdatasystem. Detta gör det enklare att utnyttja och jämföra uppgifterna mellan olika tjänsteproducenter. Dessutom överförs uppgifterna som en enhetlig struktur till MittKanta där patienten kan se dem. Utvecklingen av åtgärdskoderna och den strukturerade dokumentationen genomförs samordnat och med entydiga åtgärds-koder som mål. Nödvändiga uppgifter fås direkt från anteckningarna i patientjournalen och inga separata anteckningar behövs i andra system.

Det nationella målet är att minska antalet separata statistik- och registerinsamlingar inom hälso- och sjukvården och även i fråga om detta främja att uppgifter endast dokumenteras en gång. I mun- och tandvårdens kvalitetsregisterarbete jämförs Hilmo-datinnehållet med den information som fås från Kanta-datapoolen och mun- och tandvårdens datainnehåll harmoniseras så att de är kompatibla med tanke på den primära och sekundära användningen av informationen. På så sätt möjliggörs i framtiden också en omfattande insamling av statistik- och registeruppgifter från Kanta-registreringarna.

I framtiden är målet att patienten i mån av möjlighet ska delta mer aktivt i främjandet och upprätthållandet av sin munhälsa. Detta förutsätter att man inom munhälsovården dokumenterar en långsiktig vårdplan med enhetliga strukturer, inklusive förebyggande av munsjukdomar och patientens egna mål för vården.

# Källor

Kunduppgiftslagen, [Lag om behandling av kunduppgifter inom social- och hälsovården](#)

Duodecim, God medicinsk praxis, [God medicinsk praxis](#)

Kauvo, Taina; Virkkunen, Heikki (red.) Allmän handbok för dokumentation av patientuppgifter <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULPOKY>

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

Patientlagen, [Lag om patientens ställning och rättigheter. 13 § 3 mom. \(Finlex\)](#)

Räty, Tarja (red.) Verksamhetsmodeller för Patientdataarkivet 4.0 (12/2023), [Verksamhetsmodeller för Patientdataarkivet 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 v 1.4 <https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULTPTM>