



Strukturerad dokumentation inom munhälsovården

Ulla Harjunmaa, HVD, specialisttandläkare, MIH,
sakkunnigtandläkare, THL

17.3.2021

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Presentationens innehåll

- Dokumentationens grunder inom munhälsovården
- Patientdataarkivet
- Strukturerad dokumentation och dess nyttor
- Uppgifter som dokumenteras inom munhälsovården
- Uppgifter som visas på Mina Kanta-sidorna
- Patientjournalens datastrukturer, vyer och nationella rubriker inom munhälsovården

Grunderna för dokumentationen finns i lagstiftningen

- Lagstiftningen styr dokumentationen och behandlingen av patient- och vårduppgifter
 - SHM:s förordning om journalhandlingar (298/2009)
 - Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992, patientlagen)
 - SHM:s förordning om förskrivning av läkemedel (1088/2010)
 - *EU:s allmänna dataskyddsförordning (2016/679, GDPR) och dataskyddslagen (1050/2018)*
 - Lagen om offentlighet i myndigheternas verksamhet (621/1999, offentlighetslagen)
- Syftet med journalhandlingarna är att de ska betjäna
 - planeringen, genomförandet och uppföljningen av patientens vård samt främja kontinuiteten i vården
 - patientens rätt till information och rättsskydd
 - rättssäkerheten för yrkesutbildade personer inom hälso- och sjukvården
 - trygga hälso- och sjukvårdstjänster och kvalitetskontrollen av dem
 - planeringen och utvärderingen av verksamheten samt forskning och undervisning

Patientdataarkivet 1/2

- Patientdataarkivet är en del av hälso- och sjukvårdens riksomfattande datasystemtjänsterna eller Kanta-tjänsterna.
- Patientdataarkivet innehåller arkiveringstjänsten och informationshanteringstjänsten för patientdata samt förfrågnings- och förmedlingstjänsten för intyg/utlåtanden.
- När en yrkesutbildad person dokumenterar patientens vårduppgifter i patientjournalen, sparar patientdatasystemet uppgifterna lokalt i det egna systemet och i Patientdataarkivet.
- Elektroniska recept sparas i Kanta-tjänsternas databas Receptcentret.
- Informationshanteringstjänsten plockar sammanställningar av centrala hälsouppgifter, bl.a. diagnoser och åtgärder. Plockningen från alla uppgifter kräver ett genomförande av patientdatasystemet enligt definitionerna från 2016. Inget av patientdatasystemen inom munhälsovården kan ännu använda sammanställningar, framtiden!

Patientdataarkivet 2/2

- Arkiveringen av handlingar i Patientdataarkivet förutsätter inte informering eller samtycke av patienten. Klienten kan INTE förbjuda arkiveringen av sina handlingar i Kanta-tjänsterna.
- Överlåtelse av uppgifter från patientdataarkivet till andra verksamhetsenheter inom hälso- och sjukvården förutsätter patientens samtycke.
- Patientdataarkivet har inget eget användargränssnitt, utan yrkesutbildade inom hälso- och sjukvården använder patientdataarkivet genom sitt eget patientdatasystem.
- Medborgarna har tillgång till sina egna sparade patientdata via Mina Kanta-sidorna. Detta ställer nya krav på dokumentationen
- De yrkesutbildades gemensamma användning av patientdata via Kanta-tjänsterna förutsätter ibruktagande av nya, enhetliga verksamhetsmodeller inom munhälsovården.

Vad är strukturerad dokumentation?

- Strukturerad dokumentation innebär dokumentation och sparande av information i patientdatasystem med hjälp av gemensamma, på förhand överenskomna strukturer.
- Samma data dokumenteras i patientuppgifterna i samma ordning och i samma punkter med gemensamma märkningar oberoende av vem som behandlat patienten, var patienten behandlats och vem som utfört dokumentationen.
- Informationens struktur effektiviserar den maskinella databehandlingen och utbytet av information mellan olika organisationer och system.
- Vid strukturerad dokumentation förs den väsentligaste informationen i en kompakt och lättläslig form.
- Inom hälso- och sjukvården har journalstrukturerna strukturerats på flera sätt. Patientuppgifter som dokumenteras som fritt formulerad text kan struktureras genom att dela in texten i olika vyer och under olika rubriker. Vid dokumentationen kan man ta hjälp av gemensamt överenskomna kodlistor, klassifikationer och termer.
- De centrala uppgifterna som behövs i vården av patienten har i sin helhet specificerats som strukturerade datainnehåll. Detta innebär att varje uppgift som ska antecknas om patienten dokumenteras i avsett datafält. I datafältet används den valda kodlistan eller klassifikationen

Fördelar med strukturerad dokumentation

1/2

- Patient- och vårduppgifterna är enhetliga och jämförbara
- Det är lättare att söka efter och utnyttja uppgifter i realtid mellan organisationer
- Kopiering och överlappande dokumentation av uppgifter minskar
- Strukturerade data som dokumenterats en gång kan lättare användas på nytt jämfört med fritt formulerad text
- Centrala strukturerade vårduppgifter kan i fortsättningen hämtas i form av sammanställningar med hjälp av Informationshanteringstjänsten och utnyttjas i patientsystemen
- Strukturerade data kan sammanställas, kombineras och utnyttjas lokalt, regionalt eller nationellt för olika informationsbehov (rapporter, statistik)



Fördelar med strukturerad dokumentation 2/2

- Minskar oklarheter i tolkningen av information.
- Stöder efterlevnaden av vårdrekommendationer och genomförandet av vårdens kontinuitet, varvid vårdens kvalitet förbättras.
- Förenhetligar verksamhetsmodeller och främjar inläringen av ny praxis
- Genom patientdataarkivet kan uppgifterna användas i realtid oberoende av organisation och datasystem, vilket möjliggör fungerande vårdkedjor
- När vårdbesluten grundar sig på aktuell information i Patientdataarkivet
 - Förbättras patientsäkerheten och minskar felbehandlingar
 - Undviks överlappade vårdåtgärder och undersökningar
 - Ökar arbetets effektivitet
- Förstärker klientens delaktighet i sin egen vård (Mina Kanta)

Dokumentation av uppgifter inom munhälsovården 1/2

- Journalhandlingarnas främsta uppgift och syfte är planeringen, genomförandet och uppföljningen av patientens vård samt tryggheten av vårdens kontinuitet
- Med strukturerad information inom munhälsovården förmedlas detaljerad information om munnens och tändernas skick till andra enheter och yrkesutbildade inom munhälsovården, samt delvis också till patienten själv.
- Av anteckningarna i journalhandlingarna ska det framgå
 - vad som gjorts och varför
 - hur undersökningen eller behandlingen har getts eller genomförts
 - hurdana vårdbeslut som fattats under vården
 - motiveringarna för besluten
 - vem eller vilka som fattat vårdbesluten
 - information om huruvida det framgått någonting särskilt under vården

Dokumentation av uppgifter inom munhälsovården 2/2

Handlingarna inom munhälsovården består av riksomfattande definierade strukturerade uppgifter:

- Åtgärder (THL:s åtgärdsklassifikation för munhälsovård)
- Statusanteckningar (tändernas nuvarande skick)
- Diagnoser och orsaker till besök (ICD10, ICPC2)
- Fri text som skrivs under de nationella rubrikerna (t.ex. orsak till att söka vård, anamnes, mål för vården, osv.)

Alla uppgifter i Patientdataarkivet kan användas inom munhälsovården inom de gränser som patienten tillåter. Likaså kan mun- och tandvårdsuppgifter användas av andra enheter inom hälso- och sjukvården.

Kodtjänsten

- Enligt förordningen om journalhandlingar (SHM, 298/2009)
I fråga om strukturen och anteckningarna i de elektroniska journalhandlingarna som ska **lagras i arkiveringstjänsten** ska man använda **strukturen och anteckningarna hos de förpliktande kodsyst**em som THL godkänt och som omfattas av den riksomfattande kodtjänsten.
- Från den nationella kodtjänsten som upprätthålls av THL distribueras de datastrukturer som man använder i klient- och patientdatasystemen för att behandla journalhandlingar.
- Kodtjänsten innehåller också åtgärdskoderna som upprätthålls av THL.
- Åtgärdsklassifikationen för munhälsovård uppdateras en gång per år. Förslag om ändringar måste göras före slutet av april. Laddning till tjänsten i augusti/september.
- Kan sökas till datasystemen genast efter laddningen.
- Träder i kraft i början av januari nästa år.

<https://91.202.112.142/codeserver/pages/classification-list-page.xhtml>



Munhälsövärd på Mina Kanta-sidorna

17.3.2021

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Uppgifter om munhälsovård på Mina Kanta-sidorna

- Besöken syns både på förstasidan för Hälso- och sjukvårdsuppgifter och i den egna Munhälsovård-delen
- Av uppgifterna som dokumenterats inom munhälsovården visas fullständig tandkontroll och uppgifter som antecknats i SUU-vyn (besöksuppgifter)
- Av riskuppgifterna visas de kritiska riskuppgifterna. Även övriga riskuppgifter samt risker i anslutning till beteendet är snart på kommande.
- Tandkarta (status) visas inte grafiskt på Mina Kanta-sidorna. Patientdatasystemet producerar statusuppgifterna automatiskt under SUU-vyns Nuvarande tillstånd-rubrik som text som visas på Mina Kanta-sidorna.
- Handlingarna visas till medborgarna på Mina Kanta-sidorna genast när handlingen har lagrats i Patientdataarkivet. Visandet av handlingen kan dock i fördröjas i undantagsfall.

Uppgifter om tandkontroll på Mina Kanta-sidorna

Tandundersökning

På Mina Kanta-sidor visas de uppgifter om vård och behandling som sparats i Kanta-tjänsterna. Uppgifterna arkiveras i Kanta-tjänsterna med en viss fördröjning. Hur lång fördröjningen är varierar beroende på organisation. Om uppgifterna om ett besök inte visas inom skölig tid kan du be om närmare information från hälso- och sjukvården.

Tidpunkten för besöket	9.9.2018 - 12.9.2018
Serviceenhet	Testi Yksityinen 1 Testi Vuokralainen 1 Vuokralainen-palveluyksikkö
Antal tänder i munnen	3
Tänder med begynnande karies, vars utveckling kan hejdas genom de åtgärder som rekommenderas av en yrkesutbildad person	1
Antal hål som ska lagas	2
Antal tänder som ska rotbehandlas eller tas bort på grund av karies	2
Tänder med fördjupade tandfickor	0
Tänder med fördjupade tandfickor som kräver behandling	0
Tänder med mycket djupa tandfickor (behandlingen är oftast tanduttagning)	0
Vårdbehov	Höger överkäke: Fördjupade tandfickor Överkäkens frontsegment: Tandsten Vänster överkäke: Tandköttinflammation Vänster underkäke: Betydligt fördjupade tandfickor Underkäkens frontsegment: Inget behov av vård Höger underkäke: Inget behov av vård Tandkötet blöder inte
Blödning	

En medborgare kan från listan på Munhälsovård-sidan välja antingen

- Fullständiga tandkontroller = Tandkontrollens (HAMK-vyn) uppgifter.
- Övriga besök = Besök, i vilka uppgifter har antecknats i SUU-vyn.

Patienten visas de väsentligaste uppgifterna om fullständig tandkontroll i textform på Mina Kanta-sidorna ("sammmandrag" av statusuppgifter)

Tand-, mun- och käksjukdomar-vyns uppgifter på Mina Kanta-sidorna

Inloggssida > Hälso- och sjukvårdsuppgifter > Mun- och tandvård > Mun- och tandvård	
Inloggssida	Mun- och tandvård
Uppge...	>
Hälso- och sjukvårdsuppgifter	>
Laddagnostiska undersökningar	På Mina Kanta-sidor visas de uppgifter om vård och behandling som sparats i Kanta-tjänsterna. Uppgifterna arkiveras i Kanta-tjänsterna med en viss fördröjning. Hur lång fördröjningen är varierar beroende på organisationer. Om uppgifterna om ett besök inte visas inom skälig tid kan du be om närmare information från hälso- och sjukvården.
Diagnoser	Tidpunkten för besöket 9.9.2018 - 12.9.2018 Serviceenhet Testi Yksityinen 1 Testi Vuokralainen 1 Vuokralainen-palveluyksikkö
Hälso- och vårdplan	Patientjournal
Utgångs- och utlåtanden	TAND-, MUN- OCH KÄKSJUKDOMAR Konsi, Testi-Aili Avdelningsläkare Testi yksityislaboratorio 16.10.2018
Medicinsk riskinformation	Genomförande av vård Diagnos Dg: Z01.2 Tandundersökning Diagnos Dg: S02.50 Tandfraktur endast till emalj Avslutad 18.10.2016
Laboratorieundersökningar	Status Tonsillernas status; Vänster sida; Förstorade Tonsillernas status; Höger sida; Förstorade Tand; d 11;
Mun- och tandvård	Förebyggande vård (prevention) Fluorbehandlingar ofta
Ätningar	Fysiologiska mätningar Janis egna fysiologiska mätningar Mera egna fysiologiska mätningar Mera: Mätning 1; Mätning 2;
Ämnen	Åtgärder Åtgärd (25.10.2016): SAA02; Grundundersökning av munnen Åtgärd (11.10.2016): SGA02; Öppnande och utvidgande av tandens rotkanaler d21; Åtgärd (11.10.2016): SAA02; Grundundersökning av munnen d21; Åtgärd (11.10.2016): WX110; Infiltrationsanestesi d21; Åtgärd (11.10.2016): DHC00; Avlägsnande av främmande kropp från näshålan
Utlämnande av hälso- och sjukvårdsuppgifter	Plan (Vård- och rehabiliteringsplan) Behandlingen börjar med besök hos tandhygienist
Vaccinationer	Ankomstorsak test v3 + ham ändring
Utgärder	Annan anteckning Dokumentet har korrigerats Orsaken som uppgetts är: stavfel
Uppgifter om vårdservice	Undersökningar Spottkörtelhypertrofi vid höger öronspottkörtel. Utsöndring av vilosliv 0.5 ml/min, pH 6,6, buffertkapacitet ?
Uppgifter om vårdinnehåll	Orsak till vård Plack orsakar karies och ofta hindrar borttagning av plack att det uppstår hål i tänderna.
Antycke och förbud	Utlåtande Suspekt skivepitelcancer
Antycksvilja	Anamnes (Ankomstsituation) Uppgifter om patientens tidigare tandstatus
Testamente	Vårdresultat

- SUU-vyn (tand-, mun- och käksjukdomar) innehåller annat än tandkartans (status)uppgifter
- I SUU-vyn kan man också anteckna från andra ställen än munhälsovården (t.ex. sjukhusets vårdavdelning)



Den strukturerade patientjournalens datastrukturer– vyer och nationella rubriker inom munhälsovården

De centrala datastrukturerna i patientjournalen är desamma för alla som utför dokumentation



Vad är vyer?

- Anteckningar i en elektronisk patientjournal görs i olika vyer
 - **Vy** avser en informationshelhet eller ett sammanhang inom hälso- och sjukvården som kan binda samman uppgifter som hör till **en viss innehålls- och vårdhelhet**.
 - Den fortlöpande patientjournalens vyer är specialitetsspecifika, tjänstespecifika och yrkesspecifika vyer samt en del av de allmänna vyerna
- Vyerna kan användas som huvudvy, tilläggsvy eller bådadera

Personuppgiftsvyn

RIS - Riskuppgifter

PHAL - Patientadministrativa anteckningar

ERAS - Separat handling: Känsliga uppgifter som patienten själv berättat (inte på Mina Kanta-sidor)

Tjänstespecifika vyer:

RTG – Radiologi: Radiologiska bildundersökningar

LAB - Laboratorium Begäran och svar

Användningen av tilläggsvyer

- Med hjälp av tilläggsvyer
 - Kan en anteckning kopplas till flera vyer samtidigt
 - Vissa vyer kan endast användas som tilläggsvyer, bl.a. SMÄRT, ÅTG, SAMF, SÄRD
 - Även lokala vyer kan användas som tilläggsvyer, anteckningen måste dock länkas till en nationell huvudvy för att uppgiften ska kunna lagras i Patientdataarkivet
- När den som gör anteckningen vill att informationen ska synas i flera vyer, anger han eller hon sin egen vy som huvudvy och övriga nödvändiga vyer som tilläggsvyer
 - Om man t.ex. vill att *en konsultationsbegäran och ett konsultationssvar* ska synas i vyerna för båda parter ska *den som begär* konsultationen ange sin egen vy som huvudvy och svarspersonens vy som tilläggsvy, (t.ex. MED+KIR). *Den som svarar* gör tvärtom (t.ex.KIR+MED).
- När man tittar på uppgifterna skiljer de sig inte från varandra i huvud- och tilläggsvyerna; anteckningarna ser likadana ut i alla vyer där de är dokumenterade.

Munhälsovård, specialitetsspecifika vyer

HAM - Tandstatus

- Helt strukturerad
- Tändernas nuvarande skick (STH01) och protetiska konstruktioner som omfattar mer än en tand (STH02)
- Från HAM-vyn produceras också automatiskt en anteckning för SUU-vyn under rubriken Nuvarande tillstånd
- Används endast i patientdatasystem inom munhälsovården

HAMK - teknisk tilläggsvy

- Kontrolluppgiften för den totala tandstatusen som är knuten till vyn för tändernas status (HAM) dokumenteras tekniskt med hjälp av HAMK-vyn som tilläggsvy

SUU - Tand-, mun- och käksjukdomar

- Fri text och strukturerade data
- Munhälsovårdsindex och -mätningar (STH05), Munhälsovårdens egenvård (STH06) (antal tandborstningar), bettstatus (STH03) och Observation angående mjuk- och hårdvävnad (STH04)
- Anteckningarna i vyn kan läsas och anteckningar kan göras också i andra patientdatasystem än munhälsovårdens datasystem

SUU VYN

Pontus Patient
111111-1111

Tage Tandläkare
01.03.2021

Fas i vårdprocessen: Genomförande av vård

Orsak till att söka vård: Tandvärk

Anamnes: En allmänfrisk patient med tidigare friska tänder. Nu, under flera dagar, molande värk på vänstra sidan i underkäken.
xx-årig man, blodtrycksmedicinering, inga andra mediciner eller diagnostiserade sjukdomar eller allergier. För ungefär en vecka sedan började kindtanden på vänstra sidan i nedre käken ömma när han åt. Nu kontinuerlig, molande smärta i tanden och det går inte att tugga med den. Patienten berättar att tanden har rotfyllets på x - hälsocentral för ungefär tre år sedan.

Anamnes: [Anamnes och egenvård](#)
antal tandborstningar: 1/dygn

Diagnos: [K08.80 Tandvärk UNS](#)
Åtgärder: [SFA20 Fyllning på två ytor](#)
[SDA02 Parodontologisk behandling, begränsad](#)

d 34 och d 35 visade djupa hål... tänderna blommeras med en plastkombination.
Samtidigt konstateras rikligt med tandsten i 2 sekvensen, och samtidigt avlägsnades tandsten.

(Nuläge) Status: [tändernas nuläge](#) (uppgifter i HAM -vyn)

Undersökningar: [Index och mätningar](#)

DMF=13
DMFS=67
CPI= Övrekäke 1,2,2 Underkäke 1,2,3
GI=2,0
PI=1,5
BOP=50%

- I den fortlöpande journalens SUU-vy antecknas strukturerade data i textform med hjälp av rubriker.
- Rubrikerna kan specificeras t.ex. med tilläggsrubriker enligt den strukturerade informationen.
- I vyn visas endast information som är väsentlig för vården, t.ex. koden av och namnet på diagnosen.

SUU VYN

Pontus Patient
111111-1111

Tage Tandläkare
1.3.21

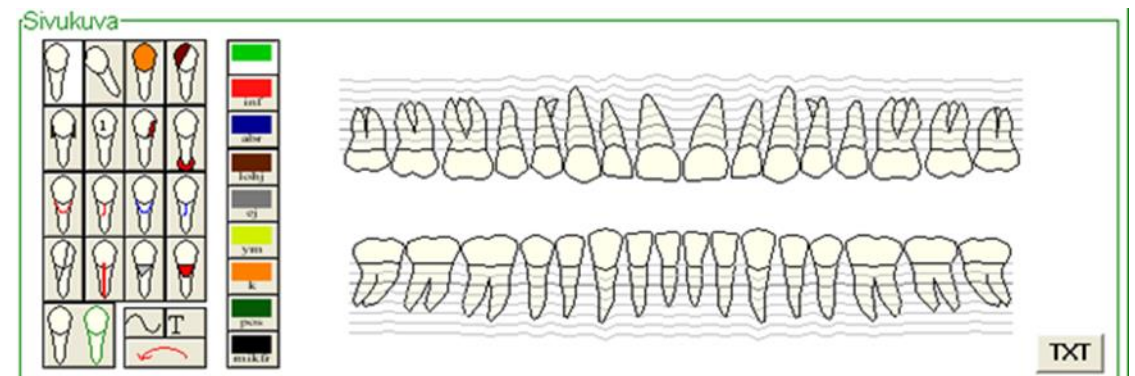
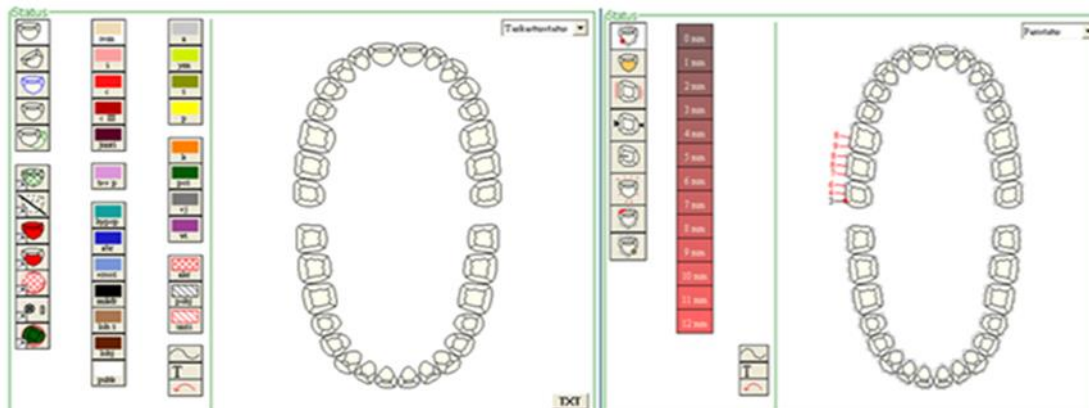
Fas i vårdprocessen: Genomförande av vård

(Nuläge) Status: [tändernas nuläge](#) (uppgifter i HAM -vyn)

Om man gör anteckningar i HAM-vyn utan att göra anteckningar i SUU-vyn, gör patientdatasystemet automatiskt en besöksanteckning i den fortlöpande berättelsen i SUU-vyn.

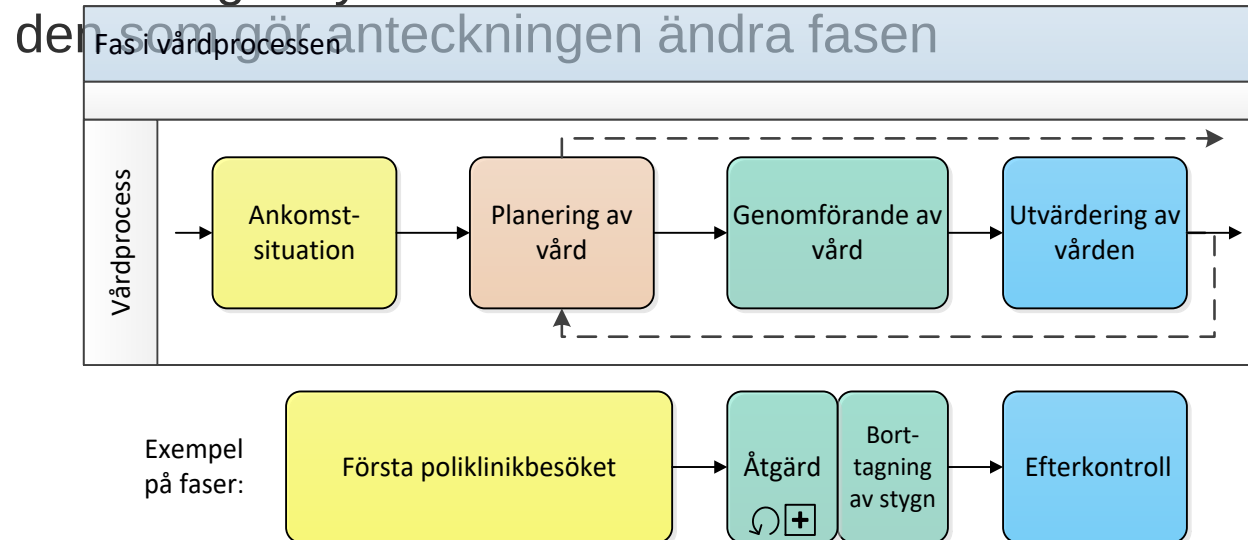
Statusuppgifter (tändernas nuvarande skick)

- En central del av data som antecknas i samband med undersökning av munnen.
- Dokumentation av observationer är inte en diagnos → Statusuppgifter kan dokumenteras av alla MHV-yrkespersoner, antingen i samband med undersökning (tandläkare) eller hälsokontroll (munhygienist och tandskötare).
- Ingen enhetlig modell, patientdatasystemen använder sina egna symboler.
- Vissa åtgärds-koder uppdaterar statusarna automatiskt, t.ex. lappning.
- Systemet erbjuder valmöjligheter för dokumentationen i rätt tid.
- Informationen överförs automatiskt under rätt rubrik som en del av texten av den fortlöpande dokumentationen.
- Uppgiften är dokumentation av observationer, bedömning av sjukdomens framskridande eller botande, rättsodontologiska orsaker.



Faser i vårdprocessen

- I en anteckning ska det alltid finnas information om faser i vårdprocessen
 - Ankomstsituation – Planering av vård – Genomförande av vård – Utvärdering av vården – Ospecificerad
- Med hjälp av faser i vårdprocessen kan man följa hur vården av patienten har genomförts
- I anteckningen kan man använda en eller flera faser enligt behov
 - oftast avgör systemet vårdfasen t.ex. utifrån anteckningens rubrik, men vid behov kan



(Handbok för strukturerad dokumentation av patientuppgifter, 2018, THL)

Nationella rubriker

Rubriker för hela anteckningen

Distanskontakt
Konsultation/Remiss
Utlåtande
Hälsoundersökning

Daglig anteckning
Mellanbedömning
Slututvärdering

Oklassificerade rubriker

Övrig anteckning

Orsak till att söka vård och anamnes

Orsak till att söka vård
Anamnes
Faktorer som påverkar hälsan
Riskuppgifter

Observationer och undersökningar

Nuvarande tillstånd (status)
Funktionsförmåga
Undersökningar
Fysiologiska mätningar
Test- och bedömningsresultat

Planering av vård

Behovet av vård
Mål för vården
Plan

Genomförande av vård

Åtgärder
Vårdåtgärder
Rehabilitering
Läkemedelsterapi
Förebyggande (prevention)
Hjälpmedel och vårdtillbehör

Utvärdering av vården

Diagnos
Orsak till vård
Vårdtyngd
Resultat av vården

(Handbok för strukturerad dokumentation av patientuppgifter, 2018, THL)

Rubrikerna kan grupperas logiskt i sex grupper enligt fasen i vårdprocessen.

En del av rubrikerna passar bättre som **rubriker för hela texten** och de används i allmänhet som **första** rubrik för en anteckning.

En anteckning ska ha **åtminstone en** rubrik.

Utöver struktureringen kan rubrikerna användas bl.a. **som sökfaktorer**.

Nationella rubriker, användning

- Grupperingen av rubrikerna är riktgivande, de flesta kan användas i flera olika skeden av vårdprocessen
- Tekniskt sett är alla rubriker på samma nivå och det slutliga valet av rubrik görs av den som dokumenterar
- Användning av organisationsspecifika/patientdatasystemspecifika tilläggsrubriker är möjlig under den nationella rubriken för att gruppera märkningen
- T.ex. Under rubriken Åtgärder kan man inkludera en fras om en operationsberättelse för en visdomstand
- Datasystemet styr dokumentation enligt anvisningen med beaktande av arbetsskeden
- Med tilläggsrubriker kan man specificera de nationella rubrikerna, men de kan inte användas ensamma utan en nationell rubrik



Exempel på de vanligaste rubrikerna inom munhälsovården enligt vårdprocessens skeden

1. Orsak till att söka vård och anamnes (Ankomstsituation) 1/3

Besöksorsak

- Orsaken till att patienten sökt vård dokumenteras som fri text enligt patientens egen berättelse, i den form som patienten anger den.
- *"Molande värk på högra sidan i underkäken, svullen haka."*

Anamnes

- En kort sammanfattning av orsaken till vården, patientens problem (inkl. subjektiva symtom) och den allmänna situationen (sjukdomar, medicinering) dokumenteras som fri text.
 - Uppgiftskällan är bra att nämna (t.ex. patienten själv, patientens anhöriga, journalhandlingar)
 - Närmare uppgifter (t.ex. diagnoser och åtgärder) fås via egen rubrik eller vy
- "50-årig man, blodtrycksmedicinering, inga diagnostiserade sjukdomar eller allergier. För en vecka sedan började kindtanden på högra sidan i nedre käken ömma när han åt. Nu kontinuerlig, molande smärta i tanden och det går inte att tugga med den. Patienten berättar att tanden har rotfyllts på X hälsocentral för ungefär tre år sedan."*

1. Orsak till att söka vård och anamnes (ankomstsituation) 2/3

Faktorer som påverkar hälsan

- Dokumenteras som fri text, med undantag av antalet tandborstningar som ska dokumenteras strukturerat.
- Levnadsvanor och livssituationer förknippade med personens sjukdom och hälsa (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 Prevention)

"Patienten uppger att han borstar tänderna två gånger om dagen, röker sporadiskt särskilt i stressituationer, kolhydrathaltiga mellanmål ofta, oregelbundna måltider."

1. Orsak till att söka vård och anamnes (ankomstsituation) 3/3

Uppgifter om risker

- Strukturerad vy och nationell rubrik
- Under rubriken dokumenteras uppgifter, som ifall de inte uppmärksammas kan orsaka en risk för patientens eller personalens hälsa
- Åtminstone riskens namn eller beskrivning av risken samt graden av risk dokumenteras
- Organisationsspecifika anvisningar om anteckning/avförande av riskuppgifter

Kritiska risker

- Livshotande allergiska eller läkemedelsorsakade reaktioner, avvikande blodgruppsantikroppar, pacemaker, osv.

Risker som ska beaktas i vården

- Lindrigare allergier, graviditet, risksjukdomar, specialbehov, våldsam patient osv.



2. Observationer och undersökningar (ankomstsituation) 1/2

Nuvarande tillstånd (status)

- Beskriver tändernas och munnens skick och/eller sjukdomar. Fynd som konstaterats i en klinisk undersökning eller andra undersökningar.
- Består av fri patientjournaltext och strukturerade statusuppgifter som produceras och visas på en separat grafisk statusskärm.
- Uppdelad i fyra informationshelheter: Tändernas nuvarande status, Protetiska konstruktioner större än en tand, Bettstatus och Observationer av mjuk- och hårdvävnader.

Undersökningar

- Anteckningar om begäran och svar på laboratorie- och bilddiagnostiska undersökningar, remisser och utlåtanden dokumenteras strukturerat i LAB- eller RTG-vyn.
- I den fortlöpande patientjournalen dokumenteras under rubriken de observationer och fynd som gjorts vid laboratorie- och bildundersökningar och som särskilt ska beaktas i vården

"Patientens P-TT-INR 4,5."

2. Observationer och undersökningar (ankomstsituation) 2/2

Index och mätningar

- Utgör en strukturerad helhet.
- Patientdatasystemet producerar automatiskt index utifrån gjorda anteckningar. Dessa kan vid behov ändras av den som gör anteckningen.
- I Patientdataarkivet sparas:
 - Angle-klasser (sexor, hörntänder, allmän)
 - DMF/dmf (karierade, tänder som dragits ut eller lappats på grund av karies)
 - DMFS/dmfs (antalet karierade, utdragna eller lappade tandytor)
 - CPI (Community periodontal index). Värden 0–4 (eller X) för varje sextant
 - GI (Gingival index). Tandköttens status på skalan 0–3, medeltal för sextantvärden
 - PI (Plaque index). Mängden plack på skalan 0–3, medeltal för sextantvärden
 - BOP (Bleeding on probing). % tandköttsfickor som blöder, när tandköttsfickorna undersöks med tandköttsfickmätare.
 - Kariesindex ICDAS (International Caries Detection and Assessment System). Beskriver djupet av kariesskadan per tand utifrån en visuell undersökning på skalan 0–6. Se God medicinsk praxis-rekommendationen

3. Planering av vård 1/3

Behov av vård

- Sammanfattad beskrivning av problem förknippade med patientens hälsotillstånd, som kan lösas eller lindras genom vård och vägledning.
- Också resurserna som stöder patienten i hanteringen av sin egenvård dokumenteras.
- Används för att sammanfatta tandvårdsproblemet, särskilt i situationer där det finns ett stort behov av multiprofessionellt samarbete

”Rikligt med fyllningar och stor bettbelastning har lett till en fyllningsspiral som man måste hitta en mera hållbar lösning på. Egenvården fungerar, vårdmotivationen är OK. Vårdalternativen torde inte ha gått igenom tillräckligt med patienten.”

3. Planering av vård 2/3

Mål för vården

- Dokumenteras som fri text
- Identifiering av patientens huvudsakliga vårdproblem och sättande av mål för vården. Görs i samförstånd med patienten
- Rubriken används särskilt då 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 totala situation

"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 man får en bedömning av vårdresponser (egenvård) uppgörs en plan för korrigerande och protetisk vård."

3. Planering av vård 3/3

Plan

- En plan som behandlar patientens hälsotillstånd samt undersökning, vård och/eller ordnande av vård i början av vårdperioden.
- Planerad fortsatt vård av patienten på en annan enhet.
- Betydelsen av en bra vårdplan som gjorts upp för tillräckligt lång tid blir allt större när patienternas rörlighet ökar och i olika situationer med köpta tjänster, där genomförandet av vården sprids ut på olika tjänsteproducenter.
- *"Extraktion av radix 32–42 samt 47. Rebasering av överkäkens helprotes, jästsvampinfektion i gommen behandlas. Hål i 35, 33 och 43 som fylls med kombinationsplast."*
- *"Följande tandläkarundersökning görs efter två år (kallelse). Parodontalkontroll och mellanbedömning av hur vårdplanen utfallit hos munhygienist efter ett år (kallelse)."*

4. Genomförande av vård 1/2

Åtgärder

- Under rubriken dokumenteras åtgärder strukturerat enligt THL:s Åtgärdsklassifikation för munhälsovård
- Vissa åtgärder påverkar munnens status direkt
- Tilläggsuppgifter dokumenteras som fri text (material, endometer, operationsjournal, osv.)
- Väsentliga delar av åtgärdens förlopp, fynd som konstaterats vid åtgärden och det uppnådda slutresultatet beskrivs.
- Planen för fortsatt vård efter en åtgärd dokumenteras under rubriken Plan.
- Komplikationer som uppstår under en åtgärd beskrivs verbalt och dokumenteras med klassifikationen DG ICD-10.

4. Genomförande av vård 2/2

Förebyggande (Prevention)

- Information om hälsofostran, vägledning i hälsofrämjande och förebyggande hälsovård dokumenteras som fri text

"Egenvården fungerar bra, F-tandkräm två gånger om dagen, användning av tandtråd dagligen. Inga åtgärder."

"Effektiviserat preventionsprogram:..."

Läkemedelsbehandling

- Information om de läkemedel som förskrivits till patienten (namn, mängd, läkemedelsform, engångs- och dygnsdos samt administreringssätt), uppföljning av effekterna och biverkningarna av medicineringen, uppgifter om utbytbarheten av läkemedlet.

5. Utvärdering av vården 1/2

Diagnos

- Diagnosen dokumenteras strukturerat med ICD10-koder.
- I fråga om diagnosen ska dokumenteras typ (huvud-/ bidiagnos), beständighet (tidsbegränsad/varaktig) och sannolikhetsgrad (misstänkt/sannolik/säker).
- Den dokumenterade diagnosen ska vara förknippad med orsaken till eller innehållet i besöket i fråga. Varaktiga diagnoser som inte har betydelse för vården dokumenteras inte.
- Om det är fråga om *konstaterande av en sjukdom* kan en tandläkare endast dokumentera diagnoser utifrån sin egen utbildning och kompetens.

Orsak till vård

- Andra yrkesutbildade personer inom hälso-och sjukvården än läkare dokumenterar orsaken till att vård söktes. Besöksorsaken dokumenteras med ICPC-klassifikation eller med de ICD-koder som tidigare har diagnostiserats hos patienten

5. Utvärdering av vården 2/2

Resultat av vården

- Under rubriken dokumenteras de förändringar som skett i patientens tillstånd till följd av vården.
- Uppnåendet av målen för vården bedöms
- Rubriken används då mål har satts för vården

”Hemvården tycks nu fungera bra, fyllningar och protetisk vård kan börja planeras.”

Rubriker för hela anteckningen 1/3

Distanskontakt

- Rubriken används för elektroniska (t.ex. e-post) anteckningar, anteckningar brevledes, per telefonkontakt och utan patientkontakt i patientjournalen.
- Med en av organisationen definierad tilläggsrubrik kan man precisera vilken slags distanskontakt det är fråga om

Konsultation

- Begäran om konsultation och konsultationssvar eller plan för intern och extern konsultation med olika experter
- Man ska anteckna tillräckliga uppgifter om patientens anamnes, om de undersökningar som gjorts och den vård som tillhandahållits, om patientens status, den aktuella sjukdomens gång och frågeställningen.
- Texten bör också grupperas med hjälp av andra rubriker.

”Konsulterat den behandlande läkaren, enligt vilken det inte finns något hinder för att visdomstanden på vänstra sidan i underkäken avlägsnas genom operation som planerat.”

Rubriker för hela anteckningen 2/3

Utlåtande

- Om utlåtandet görs som en del av en delvis fortlöpande patientjournalanteckning och det inte behöver skickas till utomstående enheter kan det dokumenteras som fritt formulerad text under rubriken Utlåtande.
- En uppgift om ett separat utlåtande kan dokumenteras i journaltexten i vyn för den fortlöpande journalen under rubriken Utlåtande. Likaså anteckningar om eller länkar till anmälningar och utlåtanden till myndigheter eller försäkringsbolag, till exempel barnskyddsanmälningar eller meddelande om utlämnande av patientuppgifter
 - Själva utlåtanden eller anmälningar överlämnas till den berörda myndigheten som svarar för arkiveringen
 - Befintliga standardiserade blanketter används

Rubriker för hela anteckningen 3/3

Mellanbedömning

- Mellanbedömning dokumenteras t.ex. för en patient i helhetsvård när en delvårdshelhet (parodontologisk, kariologisk, protetisk vård) avslutas, epikris dokumenteras när helhetsvården avslutas.

Slututvärdering (epikris)

- Ett sammandrag av förloppet av vården, slutresultatet och eventuella avvikelser
- Dokumenteras som fri text, som vid behov kan förtydligas ytterligare med andra nationella rubriker / organisationsspecifika underrubriker
- Dokumenteras då patienten överförs till en annan vårdenhet, uteblir från kallelsesystemet (t.ex. 17-åringar) eller på separat begäran
- Dokumentation rekommenderas alltid i samband med mun-och tandvårdskontrollen för elever på åttonde klassen

Slututvärdering (epikris)

Orsak till att söka vård: En 45-årig kvinna som kommer med remiss från Kantasuu sjukhus. Problemet är blödande tandkött och dålig andedräkt. Insjuknat i hjärninfarkt 4.9.2014, fibromyalgi, subakut infektion i vänst. basala ganglierna

Faktorer som påverkar hälsan: Patienten uppger sig borsta tänderna två gånger om dagen, försämrad motorik i handen. Äter regelbundet och hälsosamt.

Nuläge: Ingen karies som kräver fyllningar i tänderna. Inget som tyder på inflammationer i rotområdena. Tandsten och gingivit vid tandköttsgränsen och under tandköttet, som gör att tandköttet lätt blöder. [SEP]

Vårdplan: Efter en hjärninfarkt försöker man under minst ett halvt år undvika tandåtgärder under tandköttet (så som avlägsnande av tandsten från fördjupade tandköttsfickor). Av denna orsak behandlas det blödande tandköttet och dåliga andedräkten tills vidare med omsorgsfull munhygien. Vid behov klorhexidinhaltigt munvatten två gånger om dagen, en kur på 2–3 veckor åt gången. De fördjupade tandköttsfickorna putsas efter att patienten återhämtat sig från infarkten, efter ca ½ år.

Diagnos: K05.3 Långvarig paradontit

Annan anteckning: Distribution LL XXXXX, Kantasuu sjukhus

Mer information

THL Handbok för dokumentation inom munhälsovården 2021

<https://yhteistyotilat.fi/wiki08/display/JULSUTE>

Anvisningar för dokumentation inom hälsovården (uppdatering på kommande under våren)

<https://thl.fi/sv/web/informationshantering-inom-social-och-halsovarden/dokumentation/dokumentationsanvisningar-for-halso-och-sjukvarden>

Alla THL:s dokumentationshandböcker har också publicerats på svenska

Frågor: sotetiedonhallinta@thl.fi