

Alkusanat

Oikomishoidosta on Suomessa keskusteltu vilkkaasti jo kolme vuosikymmentä. Vaikka se on osa lasten ja nuorten suun terveydenhuoltoa kaikissa terveystieteissä, on kuntien välillä suuria eroja käytännön toteutuksessa. Oikomiskäyntien osuus kaikista kouluikäisten hammashoitokäynneistä vaihtelee kolmesta 48 prosenttiin, ja oikomishoidossa olevien lasten osuus ikäluokasta vaihtelee samoin yli kymmenkertaisesti. Näin suuren vaihtelun perusteita on todella syytä selvittää, etenkin kun eduskunnan apulaisoikeusasiamies on tehnyt esityksen lasten ja nuorten oikomishoidon sääntelytarpeesta ja toivonut oikomishoidon valtakunnallisia hoitosuosituksia. Vaihtelu on selvästi myös tasa-arvokysymys.

Stakesin Palvelujen laatu -ryhmässä on kehittämispäällikkö Anne Nordblad vastannut useiden vuosien ajan suun terveydenhuollon laatuhankeiden toteutuksesta. Suun terveydenhuollon seuranta, arviointia ja johtamista kehittävä pilottiliiketoiminta SUHAT on tuottanut paljon tietoa toimintojen vaihtelusta, ja sen tiedot ovat olleet pohjana oikomishoitohankkeen käynnistymiselle.

Oikomishoidon osalta on tavoitteena kokonaisselvitys, johon kuuluvat sekä toimintakäytäntöjen kartoitus että hoitojen vaikuttavuutta kuvaava kirjallisuuskatsaus. Nyt käsillä olevan kartoituksen tuotti työryhmä, jonka jäsenet koottiin yliopistoista, Hammaslääkärisseura Apolloniasta ja käytännön oikomishoidosta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus puolestaan on toteutuksessa yhteistyössä Apollonian sekä Suomen ja Ruotsin terveydenhuollon menetelmien arviointiyksiköiden FinOHTAn ja SBU:n kanssa. Laajan katsauksen odotetaan valmistuvan aikaisintaan parin vuoden kuluttua.

Työryhmä on paneutunut asiaan huolellisesti keräten tietoja kattavasti koko maasta ja paneutuen myös vaihtelua selittäviin tekijöihin. Oikomishoidossa työskentelevät ja järjestelyistä vastaavat hammaslääkärit ovat vastanneet kyselyyn kiittävästi. Tilastotiedot ja kokemukset muista maista valottavat kokonaiskuvaava hyvin. Monipuolisesti asiaa pohdittuaan työryhmä on tehnyt selkeän yhteenvedon nykytilanteesta. On ilahduttavaa, että oikomishoidossa työskentelevät ammattilaiset itse pitävät tärkeänä oikomishoidon järjestelyjen kehittämistä ja yhtenäistämistä ja että oikomishoitoa koskevia suosituksia myös toivotaan.

Raportti muodostaa hyvän pohjan käytäntöjen yhtenäistämiseksi. Sen tiedot ovat varmasti hyödyksi, kun kunnat tekevät päätöksiä oikomishoidon järjestelyistä. Työryhmää voi lämpimästi kiittää loppuun saatetusta raportista ja toivoa, että vaativan aiheen edelleen työstäminen sujuu samassa myönteisessä hengessä.

Marjukka Mäkelä
FinOHTAn päällikkö
Tutkimusprofessori

Tiivistelmä

Terttu Pietilä, Pentti Alanen, Anne Nordblad, Johanna Kotilainen, Ilpo Pietilä, Pertti Pirttiniemi, Juha Varrela: Hampaiden oikomishoito terveyskeskuksissa. Stakes, Raportteja 279. Helsinki 2004. ISBN 951-33-1550-9

Lasten ja nuorten oikomishoidosta on tullut tärkeä osa suomalaista suun terveydenhuoltoa. Terveyskeskukset tarjoavat oikomishoidon palveluita kuitenkin eri laajuudessa, ja näkemykset siitä, missä määrin hampaiston oikomishoito kuuluu suun terveyden perusterveydenhuoltoon, vaihtelevat eri kunnissa. Tämän vaihtelun vähentämiseksi eduskunnan apulaisoikeusasiamies teki 19.4.2001 esityksen lasten ja nuorten oikomishoidon sääntelytarpeesta ja katsoi, että oikomishoidon valtakunnalliset hoitosuosituksen ovat vähimmäisvaatimus asian korjaamiseksi.

Tämän kyselyn tavoitteena oli koota laadittavien suositusten pohjaksi ajankohtainen kuva terveyskeskusten toteuttamasta oikomishoidosta, oikomishoidon toteuttamiseen liittyvistä hoitopäätöksistä ja oikomishoitoon liittyvien päätösten perusteista. Keväällä 2002 lähetettiin vuoden 2001 oikomishoitotietoja koskeva kysely kaikkien terveyskeskusten lääkäri- ja hammashuollon johdolle sekä kaikille työkäisille hampaiston oikomishoidon erikoishammaslääkäreille. Lähes puolet lääkärijohdon edustajista (45 %), kolme neljästä hammashuollon johdon edustajasta (76 %) ja yli puolet erikoishammaslääkäreistä (57 %) vastasi kyselyyn.

Kaikki terveyskeskukset tarjosivat oikomishoitopalveluja jossain määrin, mutta aiempaan vuoden 1992 kartoitukseen verrattuna oikomishoidon laajuus oli kasvanut. Vuonna 2001 0–18-vuotiaista lapsista ja nuorista oli oikomishoidossa keskimäärin 11,4 prosenttia. Määrä oli 3,8 prosenttiyksikköä enemmän kuin vuonna 1992. Oikomishoidossa olevien osuus vaihteli eri terveyskeskuksissa 2,4–43 prosenttia (vuonna 1992 1–19 %).

Lähes 60 prosenttia lapsista ja nuorista asui sellaisten terveyskeskusten alueella, jossa toimi vähintään yksi oikomishoidon erikoishammaslääkäri, mutta suurin osa (74 %) – varsinkin pienemmistä terveyskeskuksista – osti erikoishammaslääkärin asiantuntemuksen ulkopuoliselta konsultilta. Varsinaisia ostopalveluja käytti joka kolmas terveyskeskus. Peruskoulutetut hammaslääkärit osallistuivat oikomishoidon käytännön suorittamiseen lähes kaikissa (94 %) terveyskeskuksissa. Hoitohenkilökunnan osallistuminen oikomishoidon toimenpiteiden suorittamiseen oli kolminkertaistunut vuoden 1992 tilanteeseen verrattuna.

Vaikka yli puolet terveyskeskuksista käytti samaa hoitoonvalinta-asteikkoa, hoitoon pääsyn kynnys vaihteli huomattavasti. Vuoteen 1992 verrattuna hoidon ajoitus oli muuttunut varhaisemmaksi, mutta hoidon ajoituksessa oli selvää vaih-

telua. Valtaosassa (90 %) terveyskeskuksia hoito saatettiin kuitenkin aloittaa jo maitohampaistossa. Myös suuri osa erikoishammaslääkäreistä korosti varhaisen seulonnan ja arvioinnin merkitystä. Hoitokäytännöissä korostui lähes kaikkien ikäryhmien osalta kasvua ohjaavien hoitokojeiden osuus. Ainoa selkeä muutos kojeikäytännöissä vuoteen 1992 verrattuna oli purenna ohjainten käytön yleistyminen. Oikomishoidon toiminnan ja kustannusten seurantaikäytännöt olivat kirjat ja usein puutteelliset: esimerkiksi kaikki ostopalvelujen käyttäjät eivät seuranneet edes ostopalvelujen määrää tai kustannuskertymää.

Lähes kaikki (96 %) lääkärijohdon vastaajat pitivät oikomishoidon järjestämistä välttämättömänä tai tarpeellisena. Valtaosa lääkärivastaajista oli tyytyväisiä oman terveyskeskuksensa oikomishoitotoimintaan. Joka viides toivoi niihin muutoksia, puolet näistä resurssien vähentämistä ja puolet niiden lisäämistä tai uudelleen suuntaamista. Oikomishoidon erikoishammaslääkärit olivat huolissaan oikomishoitoon pääsyssä ilmenevästä alueellisesta eriarvoisuudesta, ja he korostivat yhteisten menettelytapojen tärkeyttä. Erikoishammaslääkärit, samoin kuin hammasuillon johdon vastaajat, olivat huolissaan lähivuosisien oikojavoimavaroista, kun nykyinen jatkokoulutus ei ehdi korvaamaan eläkkeelle siirtyvien määrää. Kaikkien ryhmien vastaajat toivoivat lisää tutkimustietoa oikomishoidon pitkän aikavälin hyödyistä ja oikomishoidon indikaatioista ja ajoituksesta.

Tämä kyselytutkimus on oikomishoidon kokonaisselvityksen ensimmäinen vaihe. Kyselyssä kootun tiedon lisäksi tullaan keräämään tietoa myös muiden maiden hoitokäytännöistä ja -suosituksista. Seuraavaksi selvityshanke etenee kirjallisuuskatsaukseen, jonka avulla kartoitetaan, mitä näyttöasteeltaan hyvää tutkimustietoa oikomishoidon eri kysymyksistä on jo olemassa. Tästä kyselystä ja kirjallisuuskatsauksesta saadun tiedon perusteella tullaan tekemään johtopäätökset, joiden avulla laaditaan suosituksia terveyskeskusten oikomishoitojärjestelyjen yhtenäistämiseksi.

Avainsanat: oikomishoitopalvelut, palvelujen saatavuus, priorisointi, oikomishoidon syyt, hoitokojeet, työvoima, suositukset

Sammandrag

Terttu Pietilä, Pentti Alanen, Anne Nordblad, Johanna Kotilainen, Ilpo Pietilä, Pertti Pirttiniemi, Juha Varrela: Hampaiden oikomishoito terveystakesuksissa. [Tandreglering i hälsovårdscentralerna]. Stakes, Rapporter 279. Helsingfors 2004. ISBN 951-33-1550-9

Tandreglering för barn och ungdomar har blivit en viktig del av den finländska munhälsovården. Hälsovårdscentralerna tillhandahåller emellertid tandregleringstjänster i olika omfattning och synen på i vilken utsträckning tandreglering hör till primärvård av munhälsa varierar i olika kommuner. För att minska denna variation gjorde riksdagens biträdande justitieombudsman en framställning den 19 april 2001 om behovet att reglera tandreglering för barn och ungdomar och ansåg att nationella vådrekommandationer om tandreglering är det minsta man kan göra för att hjälpa upp situationen.

Syftet med denna enkät var att som grund för rekommendationerna ge en aktuell bild av hälsovårdscentralernas tandreglering, vårdbesluten i anslutning till genomförande av tandreglering och grunderna för besluten. Under våren 2002 sändes en enkät om tandregleringen 2001 till alla hälsovårdscentralers ledning för allmän hälso- och tandvård samt till alla tandläkare i arbetsför ålder som specialiserat sig på tandreglering. Nästan hälften av företrädarna för läkarledningen (45 %), tre av fyra företrädare för tandvårdens ledning (76 %) och över hälften av specialtandläkarna (57 %) svarade på enkäten.

Alla hälsovårdscentraler tillhandahöll tandregleringstjänster i viss utsträckning, men i jämförelse med enkäten 1992 hade omfattningen av tandreglering ökat. Av barn och ungdomar i åldern 0–18 år fick i snitt 11,4 % tandreglering 2001. Andelen var 3,8 procentenheter större än 1992. Andelen av barn och ungdomar som fick tandreglering varierade i olika hälsovårdscentraler från 2,4 till 43 % (1–19 % 1992).

Nästan 60 % av barnen och ungdomarna var bosatta inom hälsocentralsdistrikt där det fanns minst en specialtandläkare i tandreglering, men majoriteten av hälsocentralerna (74 %) – särskilt små hälsovårdscentraler – köpte specialtandläkares sakkunskap av en extern konsult. Var tredje hälsovårdscentral köpte tjänster. I praktiken deltog allmäntandläkare i tandreglering i nästan alla (94 %) hälsovårdscentraler. Vårdpersonalen deltog tre gånger mer än 1992 i tandreglerande åtgärder.

Trots att över hälften av hälsovårdscentralerna hade samma kriterier för vem som får behandling, var det stora skillnader mellan hur lätt eller svårt det var att få behandling. I jämförelse med 1992 genomfördes behandlingen i ett tidigare skede, men även detta varierade. I majoriteten (90 %) av hälsovårdscentralerna kunde

behandlingen inledas medan barnet ännu hade mjölkttänder. Även en stor del av specialtandläkarna betonade betydelsen av att urvalet och bedömningen sker i ett tidigt skede. En ökning av andelen ortopedisk apparatur var tydlig i nästan alla åldersklasser när det gäller vådrutiner. I fråga om behandlingsrutiner är den enda tydliga förändringen jämfört med 1992 att användningen av bettguide har blivit allmännare. Rutinerna för uppföljning av tandreglering och dess kostnader varierar mycket och är ofta bristfälliga. Alla som köper tjänster följer till exempel inte upp antalet tjänster eller kostnaderna för dem.

Nästan alla (96 %) svarande i hälsovårdsledningen ansåg att det är nödvändigt eller behövt att anordna tandreglering. Majoriteten av läkarvarandena var nöjda med sin egen hälsovårdscentrals tandregleringsverksamhet. Var femte ville förändra den: hälften av dem ville minska resurserna och de övriga öka resurserna eller omfokusera dem. De tandläkare som är specialister i tandreglering (eller ortodontisterna) var oroade över de regionala skillnaderna när det gäller att få tandreglering och de betonade betydelsen av gemensamma tillvägagångssätt. Specialtandläkarna samt de svarande inom tandvårdens ledning var oroade över personalresurserna för tandreglering under de närmaste åren, eftersom man genom den nuvarande utbildningen inte hinner ersätta dem som går i pension. De svarande i alla grupper efterlyste mer forskningsinformation om nyttan av tandreglering på lång sikt och om behandlingsindikationer för tandreglering och dess tidsmässiga förläggning.

Denna enkät är det första steget i en helhetsutredning om tandreglering. Utöver de uppgifter som samlats in genom enkäten kommer man också att samla in information om andra länders vårdpraxis och vårdrekommendationer. Nästa steg i utredningsprojektet är en litteraturöversikt, genom vilken man kartlägger vad det finns för tillförlitlig forskningsinformation om olika frågor i anslutning till tandreglering att tillgå. På grundval av informationen från denna enkät och litteraturöversikten kommer man att dra slutsatser. Dessa kommer att ligga som grund för utarbetandet av rekommendationer, vars syfte är att göra hälsovårdcentralernas tandregleringsverksamhet mer enhetlig.

Nyckelord: tandregleringstjänster, tillgång till tjänster, prioritering, behandlingsindikationer, apparatur, personalresurser, rekommendationer

Abstract

Terttu Pietilä, Pentti Alanen, Anne Nordblad, Johanna Kotilainen, Ilpo Pietilä, Pertti Pirttiniemi, Juha Varrela: *Hampaiden oikomishoito terveystieteiden keskuksissa*. [Orthodontic treatment at health care centres]. National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Reports 279. Helsinki 2004. ISBN 951-33-1550-9

Orthodontic treatment of children and adolescents is an important part of today's oral health care in Finland. The extent of the orthodontic services provided, however, varies considerably between different health care centres, as do municipalities' views on how much orthodontic treatment can be regarded as basic oral health care. On April 19, 2001, the Deputy Parliamentary Ombudsman issued his opinion on the necessity of new legislation on orthodontic treatment of children and adolescents and proposed that a set of related national recommendations should be drafted to eliminate the disparities in access to orthodontic services.

The purpose of the survey presented in this paper was to create a basis for the recommendations by compiling an up-to-date overview of orthodontic treatment carried out by health care centres, the decisions concerning orthodontic treatment and the grounds for these decisions. In spring 2002, a questionnaire on orthodontic treatment carried out in 2001 was sent to the medical directors in charge of health or dental care at all health care centres and to all orthodontists; nearly half (45%) the medical directors, three out four (76%) local chief dental officers and more than half (57%) the orthodontists responded.

All health care centres provided at least some orthodontic services, but the range of these services had certainly grown since the previous survey done in 1992. In 2001, an average of 11.4% of all children and adolescents up to the age of 18 received orthodontic treatment, which was 3.8 percentage points more than in 1992. Depending on the health care centre, the percentage varied between 2.4% and 43% (in 1992: between 1% and 19%).

Nearly 60% of children and adolescents lived in areas where there was at least one orthodontist at the local health care centre. Most health care centres (74%), however, particularly the smaller ones, bought specialist services from external consultants. One in three health care centres had in fact outsourced at least a part of these services. At virtually all health care centres (94%), non-specialist dentists took part in practical orthodontic treatment, and the participation of dental auxiliaries and assistants in orthodontic treatment had tripled since 1992.

Although more than half the health care centres used the same scale of criteria for referrals, there was great variation in patients' access to treatment. Compared with 1992, treatment now began at an earlier age, which, however, varied distinctly

at different health care centres. At a majority of health care centres (90%), treatment could be started on deciduous teeth. Most orthodontists also stressed the importance of early screening and assessment. With regard to treatment practices, there was a marked growth in the percentage of orthopaedic appliances in all age groups, but the only distinct change in appliance practices from 1992 was the increase in using eruption guidance appliances. Monitoring procedures for orthodontic treatment, however, varied considerably and were often inadequate; for instance, all users of outsourced services were not even aware of the amount of the services they had bought or the amount of costs accrued from using these services.

Nearly all (96%) those medical directors that responded to the survey considered the provision of orthodontic services necessary. Most of them were satisfied with the orthodontic treatment provided at their health care centres. One in five would have liked to see some changes, though: half of them suggested reducing the orthodontic resources, while half felt that the resources should be increased or reallocated. Orthodontists expressed their concern for the regional disparity in access to orthodontic treatment and stressed the importance of common procedures. Both orthodontists and medical directors in charge of dental care were concerned about a possible shortage of professional resources in the near future: the current volume of postgraduate education given to dentists will not be enough as the older generation of dentists retires. Respondents in all groups would have liked to see more research on the long-term benefits of orthodontic treatment and on the indications for and timing of orthodontic treatment.

The survey presented here comprised the first stage of the overall report on orthodontic treatment. Other information that will be gathered will consist of treatment practices and recommendations adopted by other countries. The next stage will be a review of research literature to identify existing proven research results related to various orthodontic issues. Finally, the data from the survey and the review will serve as the basis for draft recommendations for harmonizing the orthodontic services provided by health care centres.

Key words: orthodontic services, accessibility of services, priority setting, treatment indications, appliances, workforce, guidelines

Sisällys

Alkusanat
Tiivistelmä
Sammandrag
Abstract

Taustaa	13
Priorisointi terveydenhuollossa	13
Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen kannanotto	13
Oikomishoitopalvelut Suomessa ja muissa maissa	14
Oikomishoidon työvoima ja työnjako Suomessa	16
Oikomishoidon tarpeen arviointi ja hoidon indikaatiot	18
Oikomishoidon ajoitus	19
Oikomishoidon kustannukset	21
Hoidon vaikuttavuus	21
Tutkimuksen tarkoitus	23
Aineisto ja menetelmät	24
Oikomishoitojärjestelmään liittyvät käsitteet ja määritteet	25
Tulokset	26
Oikomishoitopalvelut	26
Oikomishoidossa olevien lasten ja nuorten osuus	26
Oikomishoitokäyntien osuus	26
Koettu oikomishoitopalvelujen riittävyys	27
Palvelujen tarjonnassa tapahtuneet muutokset	28
Oikomishoidon työvoima ja työnjako	29
Lääkärijohtoon mielipiteet ostopalveluista ja yhteistoiminnasta	30
Oikomishoitoon valinta	30
Käytetyt valintakriteerit	30
Oikomishoidon indikaatiot	31
Oikomishoidon ajoitus	31
Oikomishoidon ajoitus terveyskeskuksissa	31
Erikoishammaslääkäreiden näkemykset seulonnan ja hoidon optimaalisesta ajoituksesta	32
Oikomiskojekäytännöt	34
Terveyskeskuksen ilmoittamat kojekäytännöt	34
Erikoishammaslääkäreiden ilmoittamat kojekäytännöt	37
Hoitokäytännöissä tapahtuneet muutokset	37
Oikomishoidon kustannukset	39
Muita tuloksia	39
Oikomishoitoon liittyvät valitukset ja muistutukset	39
Hammashuollon priorisointipäätökset	40
Oikomishoidon tilastointi	40

Esitetyt mielipiteet ja muutostoiveet	40
Lääkäri- ja hammaslääkärijohdon mielipiteet omasta toiminnasta	40
Käsitykset oikomishoidon merkityksestä	41
Erikoishammaslääkäreiden käsitykset hyvästä työajaosta	41
Erikoishammaslääkäreiden mainitsevat ongelmat ja ratkaisuehdotukset	42
Tutkimustiedon tarve	42
Pohdinta	43
Kyselyyn vastaaminen	43
Oikomishoitopalvelut	44
Oikomishoidon työnjako ja porrastus	45
Oikomishoitoon valinta	46
Oikomishoidon indikaatiot	47
Oikomishoidon ajoitus	48
Oikomishoidon kojekäytännöt	49
Oikomishoidon kustannusten ja toiminnan arviointi	51
Oikomishoidon vaikuttavuus	51
Yhteenveto ja johtopäätökset	54
Suunnitelma selvityshankkeen jatkosta – eteneminen suosituksiin	55
Lähteet	56
Liitteet:	
Liite 1. Terveyskeskusten oikomishoitotoimintaa koskeva kysely (terveysjohtaja, ylilääkäri tai johtava lääkäri)	59
Liite 2. Terveyskeskusten oikomishoitotoimintaa koskeva kysely (ylihammaslääkäri, johtava tai vastaava hammaslääkäri)	64
Liite 3. Valtakunnallinen oikomishoittoa koskeva kysely oikomishoidon erikoishammaslääkäreille	74

Taustaa

Priorisointi terveydenhuollossa

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ETENE on todennut (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1), että oikeudenmukaisuuden kannalta tärkeimpiä asioita yhteiskunnassa ovat kansalaisten yhdenvertainen kohtelu, syrjimättömyys ja ihmisarvon kunnioittaminen. Kansalaisten näkökulmasta katsottuna terveydenhuollon yhdenvertaisuus ja syrjimättömyys näkyvät selvimmin yksittäisissä hoitopäätöksissä, joihin vaikuttavat monet sekä hoidon määrään että laatuun liittyvät tekijät. Terveyspalvelujen priorisointia on tarjottu keinoksi palvelujen saannissa ilmenevän epäoikeudenmukaisuuden vähentämiseksi. Terveydenhuollon tutkijat Ryynänen ja Myllykangas (2000) ovat määritelleet priorisoinnin toiminnaksi, jonka tavoitteena on asettaa etusijalle terveyden kannalta tärkeät asiat ja siirtää niiden hoitamiseksi voimavaroja syrjäyttämällä vähemmän tärkeitä toimintoja. Käytännössä priorisointi on tarkoittanut palvelujen tärkeysjärjestyksen määrittelyä ja hoitomenetelmien vaikuttavuuden selvittämistä.

Suomalaista terveydenhuoltoa koskeva priorisointikeskustelu on ollut aktiivista 1990-luvun alkupuolelta lähtien, ja sitä on siivittänyt tarve hillitä julkisia menoja. Samaan aikaan uusien hoitoteknologioiden ja hoitomuotojen käyttöönotto on herättänyt odotuksia hoitotoiminnan tehostamisesta. Uudet hoitoteknologiat ovat kuitenkin myös saattaneet lisätä kustannuspaineita (Kantola ja Kautto 2002). Priorisoinnin tavoitteena ei kuitenkaan ole vain kustannusten leikkaus. Tarkoituksena on myös karsia hoitokäytäntöjä ja -menetelmiä, joiden käytöstä on potilaalle vain vähäistä hyötyä tai joiden käyttöön sisältyy hoidosta saatavan hyödyn ylittäviä riskejä.

Priorisointikeskustelua on käyty myös sekä hammashuollon että oikomishoidon käytäntöjen osalta (Järvinen 1999, Pietilä ym. 2001). Viime vuosina voimistunut ajatus hampaiston oikomishoidossa käytettävien tutkimus- ja hoitomenetelmien arvioimisesta herättää toiveita siitä, että oikomishoitoon suunnattavia voimavaroja opittaisiin kohdentamaan järkevämmiin ja oikeudenmukaisemmin.

Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen kannanotto

Eduskunnan oikeusasiamies on 25.3.2003 antamassaan lasten oikomishoidon järjestämistä koskevassa päätöksessä ottanut kantaa hampaiston oikomishoidon järjestämisvastuuseen. Oikeusasiamiehen kannanoton mukaan terveydellisin perustein suoritettava hampaiston oikomishoito on osa suun perusterveydenhuoltoa

samalla tavoin kuin hampaiden kovakudosten ja tukikudosten hoito. Hampaiston purentavirheiden laajuuden ja vaikeusasteen mukaan oikomishoito voi olla perusterveydenhuoltoa tai erikoissairaanhoidon hoitoa. Kysymys on oikeusasiamiehen näkemyksen mukaan kunnan järjestämisvelvollisuuteen kuuluvasta lakisääteisestä tehtävästä. Kunnallisten terveyspalvelujen järjestämistä koskeva lainsäädäntö on yleensä puitelainsäädäntöä, joka jättää kunnille mahdollisuuden harkintaan palvelujen järjestämisessä. Tätä harkintaa on kuitenkin käytettävä niin, että kiireellisen hoidon tarpeessa olevien potilaiden lisäksi hoidetaan ainakin kaikki potilaan terveydentilaa pysyvästi uhkaavat tai selvästi heikentävät sairaudet, vammat ja toiminnalliset häiriöt.

Perustuslain yhdenvertaisuussäännöksestä johtuu, että kunnan asukkaiden tulee saada hammashuollon palveluja yhtenäisten perusteiden mukaan ja mahdolliset palvelujen rajaamisen perusteet tulee olla hyväksyttävät, ennalta tiedossa ja niitä tulee soveltaa kaikille samalla tavoin. Oikeusasiamiehen käsityksen mukaan lasten hampaiston oikomishoidon alueellisesti nykyistä yhdenvertaisempaan toteutumiseen voidaan vaikuttaa osin ottamalla huomioon väestön terveyttä edistävä näkökohdat muun muassa taloudellisia voimavaroja koskevassa päätöksenteossa sekä toisaalta täsmällisellä ja selkeällä lainsäädännöllä. Tässä tarkoituksessa oikeusasiamies teki 19.4.2001 esityksen lasten ja nuorten hampaiden oikomishoidon sääntelytarpeesta. Esityksessä on todettu, että olisi perusteltua tarvetta asetukselle, jossa säädettäisiin erityisesti lasten ja nuorten hyvän hammashoidon kannalta tarpeellisista toimenpiteistä mukaan lukien oikomishoito. Vähimmäisvaatimuksena ovat oikomishoidon valtakunnalliset hoitosuosituksat. (Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 2001.)

Oikomishoitopalvelut Suomessa ja muissa maissa

Suomalaisten lasten ja nuorten hampaiston terveystilanne oli kansanterveyslain tullessa voimaan 1972 vielä monin paikoin huono, joten 1980-luvulle saakka keskushallinnon ohjauksessa asetettiin pääpaino kariuksen vähentämiseen. Kahdeksankymmentäluvulla kariuksen ennaltaehkäisy ja hoito oli saatu hallintaan ja useimmissa terveyskeskuksissa pystyttiin lisäämään oikomishoidon voimavaroja. Ensimmäinen varsinaisesti oikomishoidon järjestelyä koskeva ohjaustoimenpide oli vuonna 1988 julkaistu lääkintöhallituksen ohjekirje 6/1988 "Hampaiston oikomishoidon järjestäminen". Terveyskeskusten oikomishoidon käytännöt olivat kuitenkin edelleen hyvin epäyhtenäiset 1990-luvun alussa, jolloin keskushallinnon suora ohjaus väheni. Informaatio-ohjaus jatkui 1990-luvulla: keväällä 1993 Stake-sin asiantuntijaryhmä julkaisi erikoissairaanhoidon tapahtuvaa oikomishoitoa koskevan ohjeistuksen, ja keväällä 1999 Suomen Hammaslääkärilehden liitteenä ilmestyi julkisen terveydenhuollon tarpeisiin koottu Oikomishoitotyöryhmä -98:n kokoama asiantuntijaraportti. Oikomishoidon asema vakiintui 1990-luvulla. So-

siaali- ja terveysministeri Terttu Huttu-Juntunen totesi vuonna 1998 vastaukseen eduskunnassa esitettyyn kirjalliseen kysymykseen, että lasten ja nuorten hampaiston oikomishoito on osa lasten ja nuorten suun perusterveydenhuoltoa, jota annetaan kaikissa terveyskeskuksissa. Julkisin varoin oikomishoitoa tulee antaa vain lääketieteellisesti perustelluista syistä. Hoitomenetelmien tulee olla sellaisia, joista on tieteellisesti tutkittua näyttöä hoidon vaikuttavuudesta ja kustannuksista.

Terveyskeskusten oikomishoidossa olleiden 0–18-vuotiaiden määrissä ei ole 1990-luvun loppupuolella tapahtunut suuria muutoksia. Oikomishoidossa oli vuonna 1994 noin 106 000, vuonna 1997 noin 112 000 ja vuonna 2000 noin 117 000 0–18-vuotiaista lasta ja nuorta. Hoidon laajuus ja hoitokäytännöt vaihtelevat kuitenkin eri kunnissa (Pietilä 1998). Ikäryhmittäin tarkasteltuna oikomishoidossa oli vuonna 2000 eniten 12-vuotiaita. Heistä oli oikomishoidossa tällöin 26 prosenttia. Alueellisesti suurin oikomishoidossa olevien 6–18-vuotiaiden osuus oli Vaasan sairaanhoitopiirissä.

Niissä 25 terveyskeskuksessa, jotka vuonna 2001 osallistuivat valtakunnalliseen suun terveydenhuollon seurantaan, arviointia ja johtamista kehittävään SUHAT-pilottihankkeeseen, oli 6–18-vuotiaista oikomishoidossa keskimäärin 11,8 prosenttia, ja vaihteluväli oli 1,5 prosentista 23 prosenttiin. Oikomiskäyntien osuus kaikista kyseisen ikäluokan käynneistä oli keskimäärin 28 prosenttia, ja vaihteluväli oli 3–48 prosenttia (Nordblad ym. 2002).

Hoitopalveluiden tarjonnassa ilmeneviin eroihin on monia syitä. Osa vaihtelusta johtunee eroista, joita ilmenee sekä viranhaltijoiden että kunnallisten päättäjiä näkemyksissä siitä, mikä merkitys oikomishoidolla on suun terveydenhuollon osa-alueena. Joissain kunnissa syy vähäiseen tarjontaan saattaa olla se, että kunnalla on vaikeuksia löytää hammaslääkärin virkoihin pysyviä viranhaltijoita. Lisäksi osassa terveyskeskuksia ei ole lainkaan saatavilla oikomishoidon erikoishammaslääkäritasoisista asiantuntemusta, ja tämä heijastuu sekä taitotiedon että palvelujen puutteena.

Oikomishoidon järjestämistavat ja niihin liittyvät ongelmat ovat samansuuntaiset kaikissa Pohjoismaissa. Ruotsissa hampaiden oikomishoito on myös osa julkista lasten ja nuorten suun terveydenhoitoa ja se on maksutonta 19. ikävuoteen saakka. Julkisen terveydenhuollon oikomishoitopalvelujen tarjonta on Ruotsissa perinteisesti ollut runsaampaa kuin Suomessa. Erikoishammaslääkärien tarpeen perustana on pidetty 1970-luvulla asetettua tavoitetta: yksi oikoja kutakin 4 000 7–16-vuotiaista lasta kohden (Kurol ym. 1983). Vielä 1990-luvun puolivälissä julkisen terveydenhuollon viroissa työskenteli noin 280 oikomishoidon erikoishammaslääkärinä. Tosin palvelut jakautuivat epätasaisesti ja oikomishoitoa saaneiden lasten osuus vaihteli eri alueilla 17 ja 57 prosentin välillä (Bergström 1996). Taloudellisen tilanteen kiristyessä 1990-luvulla on erikoishammaslääkäreiden määrää pyritty vähentämään esimerkiksi jättämällä virka täyttämättä, kun oikoja siirtyy eläkkeelle. Yksityissektorilla toimivien oikojien määrä onkin alkanut viime vuosi-

na kasvaa Ruotsin suurimmissa kaupungeissa, varsinkin kun terveydenhuollon maakäräjäpiirit ovat alkaneet hankkia oikomishoitoa myös ostopalveluina.

Tanskassa oikomishoito on myös osa julkisen sektorin suun terveydenhoitoa, ja se on maksutonta 18. ikävuoteen saakka. Valtaosa oikojista työskentelee julkisen sektorin viroissa, mutta yksityissektorin osuus on selvästi Ruotsia laajempi. Norjassa valtaosa oikojista työskentelee sen sijaan pelkästään yksityissektorilla ja kansallinen terveysvakuutus korvaa hoidosta koituvat kustannukset potilaalle purenan poikkeaman vaikeusasteen mukaan. Norjassa on jo vuosia pystytty pitämään oikoja-väestösuhde lähes optimaalisena kouluttamalla tarpeellinen määrä oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä ja oikojien lukumäärä suhteutettuna lasten ja nuorten määrään onkin selvästi suurempi kuin muissa Pohjoismaissa. (Njio ym. 2002.)

Muissa Euroopan maissa oikomishoidon järjestelyt ja rahoitustavat vaihtelevat selvästi. Useimmissa maissa oikomishoidon kustannukset katetaan kansallisen sairausvakuutuksen ja potilaan oman rahoituksen yhdistelmänä. Yhteiskunnan osallistuminen hoidon kustannuksiin on pohjoisessa Euroopassa selvästi suurempaa kuin Euroopan eteläosassa. Hollannissa sairausvakuutus ei kuitenkaan korvaa lainkaan oikomishoidon kustannuksia, kun taas Saksassa, Belgiassa ja Ranskassa potilaan omaksi maksusuudeksi jää kustannuksista vain 20–30 prosenttia. (Njio ym. 2002.)

Oikomishoidon erikoistumiskoulutus vaihtelee myös selvästi eri maissa. Kaikissa Euroopan maissa on koulutusta järjestetty jossain määrin, mutta sen sisältö, laajuus ja järjestämistapa ovat kirjavat. Vaikka ortodontia on suukirurgian ohella toinen EU:n tunnustama hammaslääketieteen erikoisala, ei oikomishoitoa ole kaikissa Euroopan maissa määritelty viralliseksi spesialiteetiksi eikä ammattilaisten määräästä pidetä kaikissa maissa yhtenäistä rekisteriä. (Njio ym. 2002.)

Oikomishoidon työvoima ja työnjako Suomessa

Suomen 146 työikäisestä oikomishoidon erikoishammaslääkäristä noin puolet työskentelee joko osa- tai kokopäiväisesti terveyskeskusviroissa, noin 40 prosenttia yksityissektorilla ja loput opetus- ja sairaalaviroissa. Erikoishammaslääkärit ovat kuitenkin jakautuneet epätasaisesti maan eri alueille keskittyen suurimpiin kaupunkeihin, joissa tosin suuri osa väestöstäkin asuu. Paras erikoishammaslääkäritilanne on Etelä-Suomen läänissä ja Oulun läänissä ja heikoin Lapin läänissä (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Vuonna 2001 Suomessa asuneet alle 65-vuotiaat oikomishoidon erikoishammaslääkärit jaoteltuna asuinläänin mukaan sekä 0–18-vuotiaan väestön määrä yhtä oikomishoidon erikoishammaslääkäriä kohden lääneittäin

Lääni	Etelä-Suomi	Länsi-Suomi	Itä-Suomi	Oulu	Lappi	Yht.
EHL-määrä	65	49	15	16	1	146
0–18-v./EHL	7 320	8 570	8 470	7 400	43 390	8 109

Niissä terveyskeskuksissa, joissa on omaa erikoishammaslääkäriä, oikomishoidon järjestämiseen on yleensä monipuolisemmat mahdollisuudet. Eräät kunnat ovat hankkineet oikomishoidon palveluja ostopalveluna yksityisiltä oikomishoidon erikoishammaslääkäreiltä. Tällöin hoitopalvelujen laajuutta saatetaan joutua rajoittamaan ja kohdistamaan hoidot etupäässä vaikeimpiin purentavirheisiin.

Suurin osa erikoishoidoksi katsottavasta oikomishoidosta annetaan terveyskeskuksissa. Keskussairaaloiden vastuualueeksi jää pääasiassa erikoissairaanhoidoksi luokiteltava hoito. Keskussairaaloiden oikomishoidon palvelujen tarjonta vaihtelee kuitenkin eri sairaanhoitopiireissä sekä määrältään että laajuudeltaan. Osa sairaaloista pystyy tarjoamaan erikoissairaanhoidona annettavan oikomishoidon lisäksi muutakin vaativaa erikoishoitoa sekä konsultaatio- ja koulutuspalveluja.

Muissa Pohjoismaissa oikomishoidon erikoishammaslääkärit suorittavat suuremman osuuden hoidoista, esimerkiksi Norjassa lähes kaiken oikomishoidon. Suomen erikoishammaslääkärivoimavarojen vähäisyyden, harvan asutuksen ja pitkien välimatkojen vuoksi peruskoulutetut hammaslääkärit suorittavat kokonaan tai valtaosan oikomishoidoista useassa terveyskeskuksessa. Myös Etelä-Suomen väkirikkaalla alueella peruskoulutettujen hammaslääkärien suorittama oikomishoito on edellytys riittävien oikomishoidon palvelujen tuottamiseksi. Peruskoulutettujen hammaslääkäreiden valmiudet hoitaa erityyppisiä oikomishoitoja vaihtelevat saadun täydennyskoulutuksen ja hankitun työkokemuksen mukaan. Osa hammaslääkäreistä suoriutuu jopa erikoishoidon tasoista hoidoista, kun taas osa keskittyy yksinkertaisiin perustehtäviin. Joissain terveyskeskuksissa hammaslääkäreiden oikomishoidon taitotietoa on lisätty työpaikkakoulutuksen avulla. Peruskoulutetuista hammaslääkäreistä valtaosa toimiikin yleensä erikoishammaslääkäriin ohjauksessa tukeutumalla tarvittaessa terveyskeskuksen oman tai konsultoivan erikoishammaslääkäriin asiantuntemukseen.

Oikomishoitoon liittyvien rutiinitehtävien delegointia hoitohenkilökunnalle – erityisesti hammashuoltajille tai suuhygienisteille – on tarjottu erääksi tavaksi

lisätä oikomishoidon voimavarojen ja vähentää hoitokustannuksia (O'Brien ja Shaw 1988, Utriainen ym. 1993). Toisaalta on myös havaittu, että delegointi ei sellaisenaan lisää hammashuollon kustannustehokkuutta (Linna ym. 2003). Laajaan oikomishoidon rutiinitoimenpiteiden delegointiin perustuva työskentelymalli on Yhdysvalloissa erittäin yleinen (Gottlieb ym. 1987), ja se on yleistymässä myös Euroopassa (Njio ym. 2002). Oikomishoidon tehtävien laaja delegointi on yleisesti käytetty työtapa seitsemässä Euroopan maassa: kaikissa Pohjoismaissa, Itävallassa ja Hollannissa. Joidenkin yksittäisten oikomishoidon tukitoimenpiteiden delegointi on lisäksi luvallista joissain muissa Euroopan maissa, kuten röntgenkuvien otto Isossa-Britanniassa ja Belgiassa ja jäljennösten otto Sveitsissä. Oikomishoidon tehtävien siirto hoitohenkilökunnalle on täysin kiellettyä vain kahdeksassa Euroopan 26 maasta, esimerkkinä EU-maat Ranska, Italia ja Kreikka.

Oikomishoidon tarpeen arviointi ja hoidon indikaatiot

Päätöksen oikomishoidon tarpeen arviointiin tai oikomishoitoon lähettämisestä tekee yleensä lapsen oma hammaslääkäri suun perustutkimuskäynnin yhteydessä (Pietilä 1998). Tällöin poikkeaman havaitsemisen lisäksi tarvitaan arvio purenan kehityssuhteesta, poikkeaman mahdollisesta haitta-asteesta ja sopivasta hoidon ajoituksesta. Voimavarojen niukkuuden vuoksi joudutaan useimmiten myös arvioimaan poikkeaman haitta-aste verrattuna muun lapsi-ikäluokan tilanteeseen. Tämän päätöksenteon helpottamiseksi ja oikomishoidon tasapuolisuuden ja oikean kohdentamisen turvaamiseksi on kehitelty erilaisia luokituksia ja indeksejä, joilla on pyritty standardoimaan hoidon tarpeen arviointia. Suomalainen oikomishoidon tarpeen arvioinnin priorisointiasteikko julkaistiin lääkintöhallituksen ohjekirjeessä 6/1988. Ohjekirjeen ja siinä julkaistun 10-kohtaisen asteikon tarkoituksena oli lisätä oikomishoitoon valinnan osuvuutta ja oikeudenmukaisuutta ja vähentää eri terveyskeskusten arviointikäytännössä havaittuja eroavaisuuksia. Asteikko kehitettiin Jyväskylässä HLT Kaisa Heikinheimon väitöskirjatyön yhteydessä (Heikinheimo 1989), ja sen tavoitteena on luokitella purenan poikkeamat niiden vaikeusasteen ja hoitamattomuuden aiheuttaman haitan mukaisesti. Asteikon pohjana on käytetty Graingerin (1967) Yhdysvaltojen tarpeisiin kehittämää luokittelua. Graingerin luokittelun numeeriset mittaukset, esimerkiksi ylipurenan mittaus millimetreinä, on korvattu suomalaisessa versiossa purenan poikkeamisen sanallisella kuvailulla. Numeerisista mittauksista luopuminen on kuitenkin vähentänyt asteikon toistettavuutta. Monissa terveyskeskuksissa, joissa asteikkoa soveltaa useampi hammaslääkäri, on tehty poikkeamien tarkempi kuvaus tai numeeristen rajojen määrittely.

Kansainvälisiä oikomishoidon tarpeen arviointi-indeksejä on 1960-luvulta lähtien julkaistu kymmeniä. Ruotsin sosiaalhallitus julkaisi 1967 hoidon tarpeen arviointia varten viisikohtaisen luokittelun. Lundström (1977) julkaisi kymme-

nen vuotta myöhemmin indeksin, joka edellä mainittua paremmin otti huomioon purentavirheen hoitamattomuuden seuraukset. Bergström (1996) kehitti väitös-kirjatyössään indeksiä edelleen täydentämällä sitä purennan ennusteen ja hoidon laajuuden ja vaikeusasteen määrittelyllä. Minkään indeksin käyttöön ei Ruotsissa nykyisin kuitenkaan ole norminomaista velvoitetta.

Ruotsalaisten käyttämä luokittelu on myös ollut pohjana kehitettäessä brittiläistä tarpeenarvointi-indeksiä, IOTN:ää (Brook ja Shaw 1989), jossa oikomishoidon tarpeen arvioinnissa otetaan huomioon sekä purennan rakenne (DHC, Dental Health Component) että hampaiston ulkonäkö (AC, Aesthetic Component). Hoidon tarve jaetaan välttämättömään, keskivaikeaan ja vähäiseen. IOTN on hyväksytty viralliseen käyttöön julkisen sektorin oikomishoidon tarpeen arvioinnissa ainakin Isossa-Britanniassa ja Irlannissa, ja sitä käytetään jossain määrin myös muun muassa Ruotsissa ja eräissä Keski-Euroopan maissa.

Norjassa kehitetty NOTI-indeksi (Espeland ym. 1992) muistuttaa rakenteeltaan ja erottelutavaltaan brittiläistä indeksiä. Sen avulla määritelty purennan poikkeaman vaikeusaste heijastuu myös potilaan hoidosta saamaan korvaukseen. Täyden korvauksen potilas saa vain vaikeaksi luokitellun poikkeaman hoidosta. IOTN- ja NOTI-indeksien sopivuutta suomalaiseen käyttöön on tutkittu oikojille ja hammaslääkäreille tehdyllä kyselytutkimuksella, mutta niiden soveltuvuutta sellaiseen Suomen oloihin ei ole pidetty riittävänä (Svedström-Oristo ym. 2000).

Edellä mainitut indeksit tarkastelevat purennan poikkeamia tarkasteluhetkellä ilman että samalla arvioitaisiin purennan ennustetta. Tanskassa 1990-luvulla käyttöön otettu oikomishoidon tarpeen luokitus perustuu puolestaan ennusteeseen siitä, mitä seurauksia purennan poikkeaman hoitamatta jättäminen aiheuttaisi pitkällä aikavälillä (Solow 1995).

Oikomishoidon ajoitus

Suomessa hampaiston oikomishoito aloitetaan usein jo maitohammasvaiheessa tai ensimmäisten pysyvien hampaiden puhjetessa. Vuonna 1997 keskimääräinen oikomishoidon aloitusikä terveyskeskuksissa oli 8,5 vuotta ja joka neljännessä terveyskeskuksessa se oli alle 8 vuotta. Hoidon aloitusikä vaihteli kuitenkin selvästi, sillä samaan aikaan noin joka neljännessä terveyskeskuksessa oikomishoito aloitettiin keskimäärin vasta 10–13 vuoden iässä (Widström ym. 1998).

Varhaisen hoidon aloituksen tavoitteeksi on katsottu epäsuotuisan, esimerkiksi epäsymmetriseen tilanteeseen johtavan kasvun ehkäiseminen (Varrela ja Alanen 1995, Pirttiniemi ym. 1990). On myös havaittu, että nuorempien lasten hoito-omyyntyvyys on parempi kuin teini-ikäisten. Koska valtaosa suomalaislapsista on järjestelmällisen hammashuollon piirissä syntymästään saakka, voidaan oikomishoidossakin niin haluttaessa soveltaa kasvua ohjaavaa hoitoa ja ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä. Eräs syy varhaisen hoidon suosioon on se, että varhain suoritettut

oikomishoidon toimenpiteet ja kojeistukset ovat useimmiten yksinkertaisempia ja halvempia kuin myöhemmin, pysyvässä hampaistovaiheessa aloitetuissa hoidoissa. Tämä seikka lienee ohjannut osaltaan suomalaisia hoitokäytäntöjä, varsinkin kun suuren osan hoidoista toteuttavat hammaslääkärit, jotka eivät ole saaneet oikomishoidon erikoiskoulutusta.

Oikomishoidon ajoitus on herättänyt tiivistä keskustelua vuosikymmenien ajan. Vilkkaasta ajatustenvaihdosta huolimatta yksiselitteistä käsitystä oikomishoidon oikeasta ajoituksesta ei ole muodostunut (Kloehn 1950, Gianelly 1994, Moorrees 1998, Kluemper ym. 2000, DiBiase 2002). Useissa maissa oikomishoito aloitetaan perinteisesti vasta toisen vaihduntavaiheen lopulla tai pysyvässä hampaistossa. Syinä tähän käytäntöön ovat toisaalta oikomishoitoa koskevat ”biologiset” näkemykset, toisaalta hallinnollinen ohjaus. Norjassa potilaan oikomishoidon kustannuksista saama korvaus on sidottu poikkeaman vaikeusasteeseen ja purentavirheen vaikeutumista ennalta ehkäisevä hoito saattaisi siis vähentää potilaan saaman korvauksen prosenttiosuutta. Monista länsimaista poiketen USA:ssa puutuu koko lapsiväestöä koskeva suun terveydenhuollon järjestelmä ja oikomishoito rahoitetaan yleensä yksityisten sairaskassojen avulla. Tällöin hoitoon hakeutuminen ja siitä seuraava hoidon ajoitus on pääasiallisesti perheiden oman aloitteen varassa, toisin kuin esimerkiksi Pohjoismaissa, joissa hoitoaloitteen tekee useimmiten hammaslääkäri.

Sekä Pohjois-Amerikan että Saksan oikojärjestöt (American Association of Orthodontists ja Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie) ovat julkaisseet omat suosituksensa varhaisen purentaan arvioinnin ja oikomishoidon tekemiseksi. Niissä korostetaan varhaisen hoidon selviä myönteisiä vaikutuksia. Esimerkiksi normaalia kasvua estävät poikkeamat suositellaan korjattavaksi ennen kuin suurin osa kasvusta on tapahtunut. Varhaisen hoidon etuna pidetään myös sitä, että pysyvien hampaiden poistoja tarvitaan harvemmin, etuhampaisiin kohdistuva tapaturmariski vähenee, hampaista johtuva kiusaaminen vähenee ja hoidon hyväksyttävyyden on parempi.

Ajoitusta ei kuitenkaan ole syytä tarkastella erillään muusta oikomishoidon kokonaisuudesta, koska esimerkiksi oikomishoidon järjestämisvastuu, työnjako ja hoitomenetelmät sekä näkemykset oikomishoidon merkityksestä vaihtelevat eri maissa ja eri kulttuureissa. Esimerkiksi saksalaisten ja englantilaisten ortodonttien tekemissä optimaalisen hoitoajankohdan määrittelyssä näyttää olevan selviä eroavaisuuksia – saksalaiset suosivat hoidon varhaista aloitusta useammin kuin englantilaiset ammattiveljensä (Richmond ym. 2001).

Oikomishoidon kustannukset

Kuten muissakin terveyskeskusten suun terveydenhuoltoa kuvaavissa muuttujissa myös tuottavuudessa ja vaikuttavuudessa on havaittu suurta terveyskeskusten välistä vaihtelua (Linna ym. 2003). Terveyskeskusten oikomishoitoon liittyvien kustannusten arviointia vaikeuttaa kustannustietojen kirjaamisen ja seurannan puutteellisuus (Pietilä ym. 1994, Järvinen ja Widström 2002). Eniten ongelmia tuottaa oikomishoitoon kuluvan työajan ja sitä kautta merkittävimmän menoerän, palkkakustannusten, arviointi. Esimerkiksi osa peruskoulutetun hammaslääkärin suorittamista oikomishoitotoimenpiteistä tehdään perushoitokäynneillä, jolloin tehdään myös muita toimenpiteitä, ja tällöin varsinaisen oikomishoidon työaikakustannuksen arviointi on vaikeaa.

Vaikka suun terveydenhuoltoon liittyvien kustannusten seuranta koetaan tärkeäksi, on vertailukelpoisten ja yhdenmukaisten seurantatietojen kerääminen työlästä (Nordblad ym. 2002). Kartoitettaessa oikomishoitoon liittyviä toimintatietoja poikkileikkauskyselynä päästään lähinnä arvioimaan, missä määrin kustannuksiin liittyviä tietoja yleensä on pystytty tai onnistuttu seuraamaan. Esimerkiksi jo tuottavuuden arviointiin tarvittaisiin sekä kattavat ja luotettavat tiedot toiminnan kokonaiskustannuksista että tiedot suoritteista, kuten valmiiksi hoidettujen potilaiden lukumäärästä. Kun valmiiksi hoidetun potilaan määrittelyäkään ei ole pystytty tekemään koko maassa yhteneväisesti, voidaan olettaa että terveysvaikutusten mittaamistapojen yhtenäistäminen tuottaa vielä enemmän ongelmia.

Hoidon vaikuttavuus

Viime vuosien keskustelu terveydenhuollon voimavarojen riittävydestä on lisännyt kiinnostusta hoidon vaikuttavuuden ja kustannus-hyöty-suhteen tutkimiseen (Ireland ym. 2003). Eräs työtapo hoidon vaikuttavuuden etsimiseksi on näyttöön perustuva lääketiede ja hammaslääketiede, evidence based medicine ja evidence based dentistry. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, joka kantaa päävastuun suomalaisista Käypä hoito -suosituksista, luokittelee lääketieteellisen näytön neljään ryhmään:

- A = vahva tutkimusnäyttö, jonka perustana on useita tuloksiltaan samansuuntaisia, menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia
- B = kohtalainen tutkimusnäyttö, jonka perustana on ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia
- C = niukka tutkimusnäyttö, jonka perustana on ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus
- D = ei tutkimusnäyttöä, asiantuntijoiden tulkinta, joka perustuu tietoon, joka ei täytä tieteelliseen tutkimukseen perustuvan näytön vaatimuksia.

Paras tutkimusnäyttö on katsottu saatavan kaksoissokkotutkimuksissa, joissa sokkoutetut tutkijat vertaavat hoitomenetelmän tehoa satunnaisesti valituissa mutta keskenään vertailukelpoisiksi tehdyissä koe- ja kontrolliryhmissä tai kahta eri hoitoa saavien potilaiden ryhmissä.

Tutkimuksista saatavaa näyttöä voidaan lisätä yhdistämällä aikaisemmin saatuja tutkimustuloksia systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tai meta-analyysin avulla. Esimerkkinä oikomishoidon näyttöön perustuvasta kirjallisuudesta voidaan mainita kaksi selvitystä sivualueen ristipurennan hoidosta: Cochrane-tietokantaan perustuva systemoitu katsaus (Harrison ja Ashby 2001) ja Medline-tietokantaan tehdyn haun pohjalta tehty meta-analyysi (Schiffman ja Tuncay 2001).

Asiantuntijoiden ilmaisema tai julkaisema mielipide on myös käytetty ja hyväksytty tapa lisätä tietoa. Yksittäisen asiantuntijan mielipide on harvoin sellaisenaan käyttökelpoinen, varsinkin jos pohditaan laajoja asiakokonaisuuksia tai esimerkiksi kokonaisia hoitokäytäntöjä. Parempi asiantuntemus on löydettävissä, jos useampi, mieluiten erilaisia näkökantoja esittävä asiantuntija laatii suosituksia yhteistyönä. Hyvin laaditut raportoidut potilastapaukset lisäävät myös osaltaan tietoa, vaikka niiden tulokset eivät olisikaan suoraan yleistettävissä.

Lasten ja nuorten oikomishoidosta on viime vuosikymmeninä tullut tärkeä osa suomalaista suun terveydenhuoltoa, vaikka oikomishoidon käytännöt ja pannotukset vaihtelevatkin eri terveyskeskuksissa. Yhdenvertaisuutta rajoittavaa vaihtelua voidaan vähentää jo olemassa olevaa tietämystä kartoittamalla. Järjestelmällisesti koottu ja arvioitu tieto helpottaa sekä koko hammashuollon voimavarojen järkevää suuntaamista että lasten ja nuorten purennan terveyteen liittyvien tarpeiden parempaa ymmärtämistä. Tällaisen kartoituksen lähtökohdaksi tarvitaan hyvä tietämys oikomishoitotoiminnan nykytilasta.

Tutkimuksen tarkoitus

Jotta saataisiin ajankohtainen kuva sekä oikomishoidon toteutuksesta että oikomishoidon toteuttamiseen liittyvistä hoitopäätöksistä ja oikomishoitoon liittyvien päätösten perusteista, kysely kohdistettiin eri toimijatahoille.

Terveyskeskuksen hammashuollon johtaville viranhaltijoille suunnatun kyselyn tarkoituksena oli selvittää terveyskeskusten oikomishoidon järjestelyjä vuonna 2001: hoitoon valintaa ja peittävyttä, hoidon ajoitusta, hoidon kustannuksia, sovellettuja hoitokäytäntöjä ja toiminnassa viime vuosina tapahtuneita muutoksia.

Terveyskeskusten lääkärijohdolle suunnatun kyselyn tarkoituksena oli luoda ajankohtainen kuva oikomishoitoon liittyvien päätösten yleisistä perusteista.

Työikäisille oikomishoidon erikoishammaslääkäreille suunnatun kyselyn avulla haluttiin kartoittaa terveyskeskusten oikomishoidon järjestelyjä ohjaavan ammattikunnan käsityksiä ja mielipiteitä ja oikomishoidon toteuttamiseen liittyviä hoitopäätöksiä.

Aineisto ja menetelmät

Vuoden 2001 tietoja koskeva kysely lähetettiin maaliskuussa 2002 kaikille alle 64-vuotiaille oikomishoidon erikoishammaslääkäreille (n = 146) ja kaikille terveyskeskuksille (n = 276): niissä erikseen oma kyselylomake sekä niin sanotulle lääkärijohdolle eli terveysjohtajalle tai yli- tai johtavalle lääkärille että hammashuollon johdolle eli johtavalle, yli- tai vastaavalle hammaslääkärille. Niille hammashuollon johdon vastaajille, jotka eivät palauttaneet vastaustaan määräaikaan mennessä, lähetettiin muistutuskirje toukokuussa 2002.

Terveyskeskusten lääkärijohdolle suunnattu lomake oli 13-kohtainen, osa kysymyksistä oli strukturoituja ja osa avoimia. Kysymyksissä pyydettiin arvioimaan oikomishoidon merkitystä yleensä, oman terveyskeskuksen oikomishoidon tarjontaa ja sen riittävyttä, hammashuollon priorisointikäytäntöjä, mielipidettä ostopalvelujen ja kuntien välisen yhteistyön käytöstä ja toivomuksia oikomishoitota koskevan tutkimuksen suuntaamisesta. Terveyskeskusten lääkärijohdolle suunnatun kyselyn palautti 150 vastaajaa (54 %). Osa lomakkeen vastaanottajista oli kuitenkin delegoinut lomakkeen täyden hammashuollon johtajalle. Muun kuin lääkärijohdon täyttämät lomakkeet jätettiin aineiston käsittelyssä huomioimatta ja vastauksista otettiin huomioon 123 lääkärijohdon itsensä täyttämää vastausta (45 % lähetetyistä). Terveyskeskusten lääkärijohdolle suunnattu kyselylomake on *liitteenä 1*.

Terveyskeskuksen hammashuollon johtaville viranhaltijoille suunnattu lomake oli 90-kohtainen, osa kysymyksistä oli strukturoituja ja osa avoimia. Vastaajista 207 (76 %) palautti lomakkeen. Terveyskeskuksen hammashuollon johtaville viranhaltijoille suunnattu kysely koski terveyskeskuksen väestö- ja henkilökuntatietoja, oikomishoidon laajuutta, voimavaroja ja kohdentamista; oikomishoidon valintatapaa ja ajoitusta; käytettyä työnjakoa ja sovellettuja hoitomenetelmiä; toiminnassa viime vuosina tapahtuneita muutoksia ja niihin johtaneita syitä; hammashuollon priorisointipäätöksiä sekä oikomishoidon tilastointikäytäntöjä. Kokonaiskustannuksia laskettaessa erikoishammaslääkärin kuukausipalkaksi määriteltiin 25 384,43 mk, terveyskeskushammaslääkärin kuukausipalkaksi 23 320,03 mk, hammashuoltajan/suuhygienistin kuukausipalkaksi 10 267,73 mk ja hammashoitajan kuukausipalkaksi 9 499,09 mk. Palkkakustannuksiin lisättiin sosiaaliturvamenojen osuus, joka vuonna 2001 oli 30,2 prosenttia. Hammashuollon johdolle suunnattu kyselylomake on *liitteenä 2*.

Työikäisille oikomishoidon erikoishammaslääkäreille suunnattu lomake oli 52-kohtainen, osa kysymyksistä oli strukturoituja ja osa avoimia. Erikoishammaslääkäreistä 83 (57 %) palautti lomakkeen. Vastanneista 77 toimi vuonna 2001 kliinisessä potilastyössä: 51 työskenteli terveyskeskuksissa, 38 yksityisoikojana, 18 sai-

raalaoikojana, 14 opettajana tai tutkijana. Yhden tai useamman terveystieteiden konsultoivana oikojana toimi 37 vastaajaa ja terveystieteiden ostopalvelupotilaita hoiti 11 vastaajaa. Moni vastaaja toimi useammassa edellä mainituista tehtävistä. Erikoishammaslääkäreille suunnattu kysely koski vastaajan työnkuvaa ja toiminnan laajuutta; oikomishoidon ajoitusta ja hoitokäytäntöjä koskevia työskentelytapoja ja mielipiteitä; käsityksiä työnjaon kehittämisestä ja ehdotuksia koko oikomishoitotoiminnan ja erityisesti terveystieteiden oikomishoitajärjestelyjen kehittämiseksi. Oikomishoidon erikoishammaslääkäreille suunnattu kyselylomake on liitteenä 3.

Oikomishoitajärjestelmään liittyvät käsitteet ja määritteet

<i>ortodontia</i> =	hampaiston oikomishoito
<i>oikoja tai ortodontti</i> =	hampaiston oikomishoidon erikoishammaslääkäri
<i>konsultoiva oikoja</i> =	ulkopuolinen hampaiston oikomishoidon erikoishammaslääkäri, jonka kanssa terveystietokeskus on tehnyt sopimuksen peruskoulutettujen hammaslääkäreiden oikomishoitotoiminnan ohjaamisesta; sopimukseen saattaa sisältyä myös varsinaisten potilashoitojen suorittamista
<i>ostopalveluna hankittu oikomishoito</i> =	terveystietokeskus ostaa oikomishoitojen suoritusta ulkopuoliselta hampaiston oikomishoidon erikoishammaslääkäriltä
<i>”apuoikoja”</i> =	oikomiseen perehtynyt terveystietekeskushammaslääkäri, joka toimii erikoishammaslääkärin ohjauksessa
<i>oikomishoidon seulonta</i> =	oikomishoitoa mahdollisesti tarvitsevien lasten valinta terveystietokeskuksessa
<i>oikomishoidossa oleva potilas</i> =	0–18-vuotias lapsi tai nuori, jolla on vuonna 2001 ollut meneillään diagnoosiin perustuva joko kiinteällä tai irrotettavalla oikomiskojeella suoritettava oikomishoito
<i>retentiovaihe</i> =	hoitovaihe, jossa erilaisilla laitteilla tuetaan hampaita, etteivät ne palautuisi entisiin asentoihinsa
<i>seuranta</i> =	hoitovaihe, jossa seurataan purennan kehittymistä tai hoitotuloksen pysyvyyttä
<i>ortognaattinen hoito</i> =	hoito, johon liittyy sekä hampaiston oikomista että kirurgiaa

Tulokset

Oikomishoitopalvelut

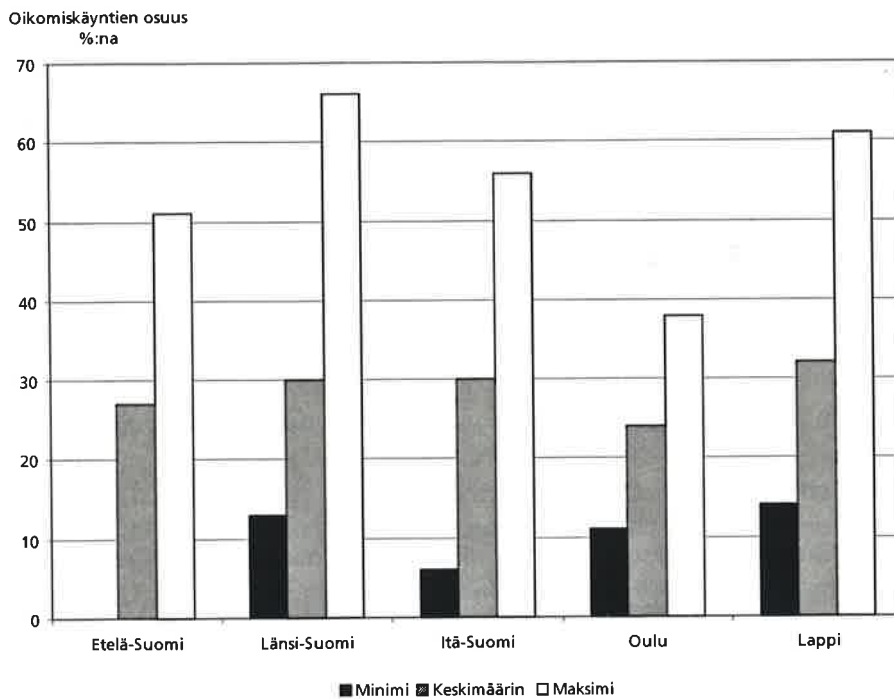
Oikomishoidossa olevien lasten ja nuorten osuus

Vuonna 2001 kaikki terveyskeskukset tarjosivat lasten ja nuorten oikomishoitopalveluja jossain määrin joko omana toimintana tai ostopalveluina. Oikomishoidossa olevien lasten ja nuorten määrä vaihteli sekä terveyskeskuksen koon että oikomishoitoon panostamisen mukaisesti. Hampaiston oikomishoidossa olevien lasten prosenttiosuus 0–18-vuotiaiden ryhmässä oli keskimäärin 11,4 prosenttia ja prosenttiosuus eri terveyskeskuksissa vaihteli 2,4:n ja 43 prosentin välillä.

Omana toimintana järjestetyn oikomishoidon potilasmäärä oli keskimäärin 571, vaihtelua oli 21:stä 6 224:ään. Uusia oikomishoitoja aloitettiin vuosittain keskimäärin 147, vaihtelu oli 2–2 847. Oikomishoidon ostopalveluja käytti 69 terveyskeskusta (34 %), ja ostopalveluna hoidettujen potilaiden lukumäärä oli keskimäärin 20 ja vaihteluväli 6–100.

Oikomishoitokäyntien osuus

Oikomishoidon käynneiksi kirjattiin keskimäärin 29 prosenttia kaikista 0–18-vuotiaiden hammashoitokäynneistä, ja vaihteluväli oli 2–66 prosenttia. Keskimääräinen prosenttiosuus oli suurin Lapin ja Länsi-Suomen lääneissä, 32 prosenttia ja 30 prosenttia (maksimiprosentit 62 % ja 66 %), ja pienin Oulun läänissä, 24 prosenttia (maksimi 38 %) (kuva 1).



KUVA 1. Oikomiskäyntien keskimääräinen osuus ja vaihteluväli kaikista 0–18-vuotiaiden käynneistä lääneittäin

Koettu oikomishoitopalvelujen riittävyys

Valtaosa (84 %) sekä terveyskeskuksen lääkärijohdon että hammashuollon johdon vastaajista koki oman terveyskeskuksensa oikomishoitotoiminnan olevan laajuudeltaan sopiva. Liian niukaksi tarjonnan arvioi kahdeksan prosenttia ja samoin liian laajaksi kahdeksan prosenttia vastaajista kummassakin vastaajaryhmässä. Hammashuollon johdon vastaukset eivät olleet aina johdonmukaisessa yhteydessä oman terveyskeskuksen todelliseen tilanteeseen (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Hammashuollon johdon mielipide oman terveyskeskuksen oikomishoidon tarjonnan laajuudesta verrattuna toteutuneeseen palvelutarjontaan

Vastaajan mielipide palvelujen riittävydestä omassa terveyskeskuksessa (osuus vastanneista)	Toteutunut hoidon laajuus eli v. 2001 oikomishoidossa olleiden osuus terveyskeskuksen 0–18-vuotiaista	
	keskimäärin	vaihteluväli
Tarjonta koettu sopivaksi (84 %)	14 %	(2,4–43 %)
Tarjonta koettu liian niukaksi (8 %)	10 %	(4,9–18 %)
Tarjonta koettu liian laajaksi (8 %)	13 %	(3,8–34 %)

Palvelujen tarjonnassa tapahtuneet muutokset

Joka kolmas terveyskeskus (n = 68) ilmoitti, että sen oikomishoidon tarjonnassa tai hoidon laajuudessa oli tapahtunut muutoksia vuosina 1992–1996. Lähes puolet (n = 33) näistä ilmoitti, että toimintaa oli laajennettu tai hoidettujen oikomispotilaiden määrä oli kasvanut. Viisi vastaajaa ilmoitti toiminnan vähentyneen tai hoitopääsyn kiristyneen. Erikoishammaslääkärivoimavarojen lisääntymisestä raportoi 21 vastaajaa ja vähentymisestä kuusi vastaajaa. Yhdeksän terveyskeskusta ilmoitti suunnitelmallisuuden parantuneen.

Useampi kuin joka kolmas terveyskeskus (n = 74) ilmoitti, että sen oikomishoidon tarjonnassa tai hoidon laajuudessa oli tapahtunut muutoksia viimeisen viiden vuoden aikana eli vuosina 1997–2001. Useimmat vastaukset koskivat erikoishammaslääkäripalveluissa tapahtuneita muutoksia: 27 terveyskeskusta raportoi voimavarojen lisääntyneen ja seitsemän terveyskeskusta voimavarojen vähentyneen. Yleisin toimintaa supistanut muutos (n = 12) oli oikomishoidon aloittamiskriteerien kiristäminen. Kymmenen vastaajaa ilmoitti hoitojärjestelyjen suunnitelmallisuuden parantuneen.

Aloite oikomishoitojärjestelyihin tehtyihin muutoksiin oli useimmiten (n = 70) lähtenyt liikkeelle terveyskeskuksen hammashuollon omasta päätöksestä. Muina aloitteen tekijöinä mainittiin lasten vanhemmat (n = 10), luottamusmiehet (n = 8) tai muut kuntalaiset (n = 5). Syyksi muutoksen tarpeeseen mainittiin useimmin taloudellisen tilanteen kiristyminen (n = 25) tai aikuishammashuollon laajentamisesta johtuneet paineet (n = 20). Virike muutostarpeeseen oli saatu Oikomishoitotyöryhmä -98:n raportista 14 tapauksessa ja oikomishoitoa koskevasta yleisestä keskustelusta neljässä tapauksessa. Eduskunnan apulaisoikeusasiamiehen kannanotot mainittiin muutostarpeen syyksi yhdessä terveyskeskuksessa. Muina syinä muutostarpeeseen mainittiin muutokset oikomishoidon asiantuntemuksessa ja työvoimassa (n = 14) tai oikomishoitoa koskevissa näkemyksissä (n = 7).

Oikomishoidon työvoima ja työnjako

Omaa oikomishoidon erikoishammaslääkärityövoimaa oli joka viidennellä (21 %) terveyskeskuksella. Valtaosa erikoishammaslääkäreistä oli palkattu Etelä-Suomen suurimpiin kaupunkeihin, joskin vuonna 2001 ilman omaa erikoishammaslääkäriä oli myös useita väkirikkaita terveyskeskuksia, kuten Lahti, Kotka, Kouvola-Valkeala ja Riihimäki. Niiden terveyskeskusten yhteenlaskettu väestöpohja, jotka olivat palkanneet oman erikoishammaslääkärin, oli 2,6 miljoonaa, ja yksittäisissä terveyskeskuksissa väestön määrä vaihteli 8 190:n ja 555 470:n välillä. Erikoishammaslääkäreiden työpanos oli terveyskeskuksittain 0,1–10,3 kokopäiväisen viran (kpv) työajan verran, ja se oli keskimäärin 0,3 kpv. Väestömäärään suhteutettuna erikoishammaslääkäripanostus oli suurin lapsirikkaassa Oulunsalossa, 100 000 asukasta kohden 7,9, ja pienin Vantaalla, 100 000 asukasta kohden 0,4. Kun Vantaalla siis oli yhtä laskennallista erikoishammaslääkäriä kohti asukkaita 255 000, vastaava luku oli Helsingissä 54 000, Espoossa 47 400, Tampereella 48 900, Turussa 49 700 ja Oulussa 34 500.

Suurin osa terveyskeskuksista (74 %) hankki erikoistason asiantuntemusta konsulttisopimuksin. Valtaosa (86 %) näistä terveyskeskuksista oli väestöpohjaltaan alle 20 000 asukasta. Mukana oli kuitenkin myös yhdeksän (6 % kaikista konsultaatiota käyttävistä terveyskeskuksista), joiden väestöpohja oli yli 30 000 asukasta.

Erikoishammaslääkäritason asiantuntemus puuttui kokonaan kymmeneltä terveyskeskukselta (5 %). Näiden yhteenlaskettu väestöpohja oli 164 000. Tässä joukossa oli yksi lähes 100 000 asukkaan terveyskeskus (Lahti), joten muut terveyskeskukset olivat yleensä pieniä, väestöpohjaltaan pääosin alle 10 000 asukkaan terveyskeskuksia.

Yli puolet kaikista alle 19-vuotiaista asui sellaisten terveyskeskusten alueella, jotka olivat palkanneet oman oikomishoidon erikoishammaslääkärin, yli kolmannes asui konsulttipalveluja käyttävien terveyskeskusten alueella ja vain vähäinen osa lapsista ja nuorista asui sellaisten terveyskeskusten alueilla, joista erikoishammaslääkärin asiantuntemus puuttui kokonaan (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Alle 19-vuotiaiden lasten ja nuorten jakautuminen terveyskeskuksen erikoishammaslääkäritasoisien asiantuntemuksen hankkimistavan mukaan

Erikoishammaslääkäritason asiantuntemus	0–18-vuotias väestö	%
Oma oikoja	603 990	59 %
Konsultoiva oikoja	385 615	37 %
Ei kyseistä asiantuntemusta	41 316	4 %
Yhteensä	1 030 921	100 %

Peruskoulutetut hammaslääkärit osallistuivat oikomishoitojen suorittamiseen lähes kaikissa (94 %) terveyskeskuksissa. Heidän oikomishoidon työpanoksensa jäi käyttämättä vain niissä terveyskeskuksissa, joissa koko oikomishoitotoiminta ostettiin ulkopuoliselta erikoishammaslääkäriltä tai joissa oma erikoishammaslääkäri vastasi kaikesta oikomishoidon suorittamisesta. Hammashuoltajat/suuhygienistit tekivät oikomistoimenpiteitä valtaosassa terveyskeskuksia (61 %). Harvinaisempaa oli se, että niitä suorittivat itsenäisesti hammashoitajat (17 %).

Kaikkien henkilöstöryhmien yhteenlaskettu oikomishoitoon suunnattu tuhatta 0–18-vuotiasta kohden laskettu työpanos oli keskimäärin 0,3 kpv (vaihtelu 0,05–0,66).

Lääkärijohdon mielipiteet ostopalveluista ja yhteistoiminnasta

Valtaosa terveyskeskusten lääkärijohdosta (81 %) suhtautui myönteisesti oikomishoidon ostopalvelujen käyttöön. Vastaajien mielestä ostopalvelut soveltuivat hyvin oikomishoidon konsultoinnin ostoon, jotkut vastaajat pitivät niitä välttämättöminä oikomishoidon järjestämiselle. Kuusi vastaajaa raportoi myönteisistä ostokokemuksista, yksi myönteisestä myyntikokemuksesta. Pienempi osa vastaajista (14 %) suhtautui ostopalveluihin pääasiassa kielteisesti, ja kahdella vastaajalla oli kielteisiä kokemuksia ostopalvelujen käytöstä. Yhdeksän vastaajaa moitti ostopalveluja kalliiksi, ja kaksi vastaajaa olisi halunnut mieluummin palkata oman erikoishammaslääkärin. Yksi vastaaja kommentoi, että ostopalvelutilanteessa vastuukysymykset saattavat olla ongelmallisia.

Valtaosa vastaajista (80 %) suhtautui kuntien ja kuntayhtymien yhteistyöhön pääasiallisesti myönteisesti ja kuusi prosenttia kielteisesti; 14 prosenttia ei osannut ottaa kantaa asiaan, koska ei tuntenut tarvetta yhteistyöhön tai ei katsonut tuntevansa asiaa riittävästi. Kaksi vastaajaa katsoi yhteistyön sopivan hyvin koulutuksen järjestämiseen ja yhdellä vastaajalla oli jo hyviä kokemuksia yhteistyöstä. Kolmen vastaajan mielestä yhteistyöstä ei ole riittävästi hyötyä.

Oikomishoitoon valinta

Käytetyt valintakriteerit

Vuonna 2001 terveyskeskuksista 74 prosentilla oli käytössään jonkinlainen kirjallinen ohjeisto oikomishoidon tarpeen arviointia varten. Yleisimmin käytetty kriteeristö oli lääkintöhallituksen ohjekirjeessä 6/1988 julkaistu 10-portainen arviointitaulukko. Sitä sovelsi 110 terveyskeskusta (53 %). Oikomishoitoon oikeuttava alin pisterajan vaihteluväli oli 2–8 pistettä. Yleisimmin käytetty alaraja (54 %) oli seitsemän pistettä, alarajaa 2–4 pistettä käytti yhdeksän prosenttia, viittä pistettä 9

prosenttia, kuutta pistettä 17 prosenttia ja kahdeksaa pistettä 11 prosenttia asteikkoa soveltavista terveyskeskuksista.

Pisteytyksen teki lähes joka kolmannessa terveyskeskuksessa (29 %) lapsen oma hammaslääkäri perushoidon tutkimus- tai hoitokäynnin yhteydessä. Terveyskeskuksen oma erikoishammaslääkäri pisteytti lapsen purennan 19 prosentissa ja konsultoiva erikoishammaslääkäri 18 prosentissa terveyskeskuksia. Noin 13 prosentissa terveyskeskuksia pisteytys oli keskitetty yhdelle eniten oikomishoitoon perehtyneelle peruskoulutetulle hammaslääkärille.

Muun tyyppisiä kirjallisia hoidontarpeen arviointiluokituksia käytti 29 terveyskeskusta (14 %). Pienellä osalla terveyskeskuksia (7 %) oli lisäksi käytössään jokin muu karkea luokitus tai suullinen sopimus yhteisistä pelisäännöistä.

Oikomishoidon indikaatiot

Oikomishoidon erikoishammaslääkäreiltä kysyttiin, mitkä ovat yleisimmät diagnoosit, joita he nykyisessä työtilanteessaan tekivät suunnitellessaan oikomishoitoa peruskoulutettujen hammaslääkäreiden suoritettavaksi tai aloittaessaan itse erikäisten lasten hampaiden oikomishoidon. Maitohampaistovaiheessa, 3–6 vuoden iässä, hoidon yleisimmät indikaatiot olivat etu- ja sivualueen ristipurenta ja traumaattinen syväpurenta. Ensimmäisessä vaihduntavaiheessa, 7–9 vuoden iässä, yleisimmät hoidon indikaatiot olivat vaikeat Angle II -luokan 1-divisioonan purentavirheet, sivualueen ristipurenta ja etuhammasalueen ahtaus. Toisen vaihduntavaiheen aikana 10–13 vuoden iässä yleisimmät hoidon indikaatiot olivat voimakas ahtaus ja sekä vaikeat että keskivaikeat Angle II -luokan purentavirheet. Pysyvässä hampaistossa yleisimmät hoidon indikaatiot olivat keskivaikea ahtaus, kulmahampaiden puhkeamishäiriöt, voimakas ahtaus ja keskivaikeat Angle II -luokan purentavirheet.

Oikomishoidon ajoitus

Oikomishoidon ajoitus terveyskeskuksissa

Maitohammasvaiheessa aloitetun hoidon yleisyys ja laajuus vaihtelivat selvästi. Joka kymmenennessä terveyskeskuksessa ($n = 19$) ei ollut hoidossa lainkaan alle 7-vuotiaita oikomispotilaita. Muissa alle 7-vuotiaiden oikomispotilaiden määrä oli keskimäärin 20 (vaihteluväli 1–174). Noin puolessa terveyskeskuksia tämän ikäisiä oikomispotilaita oli hoidossa vähintään seitsemän.

Kahdessa terveyskeskuksessa, joissa varhaishoitoa ei sovellettu, ei ollut lainkaan hoidossa 7–9-vuotiaita oikomispotilaita. Muissa potilasmäärä oli keskimää-

rin 132 (vaihteluväli 2–1 324). Noin puolessa terveyskeskuksia tämän ikäisiä oikomispotilaita oli hoidossa vähintään 70.

Kahdessa varhaishoitoon panostavassa terveyskeskuksessa ei ollut enää lainkaan hoidossa 10–13-vuotiaita oikomispotilaita. Muissa potilasmäärä oli keskimäärin 258 (vaihteluväli 10–2 546). Noin puolessa terveyskeskuksia tämän ikäisiä oikomispotilaita oli hoidossa vähintään 150.

Neljässä terveyskeskuksessa ei ollut enää lainkaan hoidossa 14–18-vuotiaita oikomispotilaita. Muissa potilasmäärä oli keskimäärin 118 (vaihteluväli 2–1 690). Noin puolessa terveyskeskuksia tämän ikäisiä oikomispotilaita oli hoidossa vähintään 50.

Joka kahdeksannessa terveyskeskuksessa yli puolet oikomispotilaista oli alle 10-vuotiaita. Verrattaessa terveyskeskukseittain 4–9-vuotiaiden ja 10–18-vuotiaiden oikomispotilaiden lukumäärien suhdetta havaitaan, että suhde vaihtelee 1/100:sta kolminkertaiseen. Toisin sanoen eniten varhaiseen hoitoon painottavassa terveyskeskuksessa alle 10-vuotiaiden potilaiden määrä on kolminkertainen verrattuna 10–18-vuotiaiden määrään, kun taas eniten myöhäiseen hoitoon painottavassa terveyskeskuksessa jokaista alle 10-vuotiaista potilasta kohden hoidossa on sata 10–18-vuotiasta potilasta.

Erikoishammaslääkäreiden näkemykset seulonnan ja hoidon optimaalisesta ajoituksesta

Vastaajia pyydettiin tarkastelemaan seulonnan ja hoidon ajoitusta niin sanotussa ihannetilanteessa eli ilman, että mahdolliset nykyisen työtilanteen rajoittavat tekijät olisivat vaikuttamassa asiaan. Valtaosa oikomishoidon erikoishammaslääkäreistä halusi arvioida purentaa ensimmäisen kerran, kun lapsi on 5–6-vuotias (keskiarvo 5,5-v., vaihteluväli 3–10-v.). Toisen arviointijankohdan määrittelyssä mielipiteet hajaantuivat enemmän (keskiarvo 8,2-v., vaihteluväli 6–12-v.): kaksi viidestä halusi arvioida purentaa toisen kerran 6–7 vuoden ikäisille, kaksi viidestä 8–9-vuotiaille ja yksi viidestä 10–12-vuotiaille. Mahdollisen kolmannen arvioinnin valtaosa vastaajista haluaisi tehdä, kun lapsi on 10–12-vuotias (keskiarvo 11,2-v., vaihteluväli 9–16-v.).

Arvioidessaan, minkä purenta poikkeamien hoidon he aloittaisivat kussakin hampaiston kehitysvaiheessa, vastaajat mainitsivat useimmin sekä maitohampaistossa että I vaihduntavaiheen alussa etu- ja sivualueen ristipurennat, I vaihduntavaiheen lopussa ja II vaihduntavaiheessa A II div.1 -tyypin purentavirheet, pysyvässä hampaistossa hammaskaarten ahtauden ja kulmahampaan puhkeamis-häiriöt ja kasvun päätyttyä sekä oikomishoitoa että leukakirurgista hoitoa vaativat vaikeimmat luustolliset purentavirheet. Useimmin mainitut aloitusindikaatiot on esitetty taulukossa 4.

TAULUKKO 4. Oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden mielipiteet eri purennan poikkeamien hoidon aloituksen sopivimmasta ajankohdasta

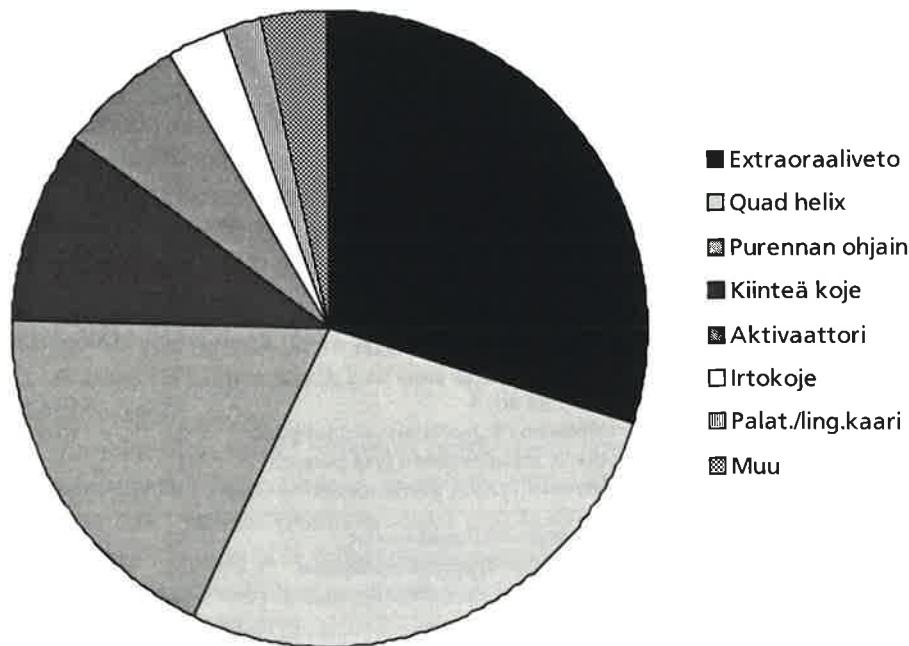
Hampaiston kehitysvaihe	Aloitettavan hoidon indikaatio	Vast. (n = 93)	% vastan- neista
<i>Maitohampaistovaihe</i>	sivalueen ristipurenta	73	88
	etualueen ristipurenta	65	78
	maitomolarien / 1. molarien saksipurenta	28	34
	toiminnan aiheuttama avopurenta	24	29
	puuttuvat hampaat	24	29
	iso HYP, vaikea All div.1	24	29
	traumaattinen syväpurenta	16	19
	A III/maksillan hypoplasia/progenia	13	16
<i>I vaihduntavaiheen alku</i>	etualueen ristipurenta	61	73
	sivalueen ristipurenta	56	67
	iso HYP, vaikea All div.1	44	53
	All div. 2, traumaattinen syväpurenta	43	52
	etualueen ahtaus, etuhampaiden	37	45
	maitomolarien / 1. molarien saksipurenta	25	30
	hampaiden puhkeamishäiriöt	22	27
	A III / maksillan hypoplasia/progenia	22	27
<i>I vaihduntavaiheen loppu</i>	iso HYP, All div. 1	36	43
	etualueen ahtaus, etuhampaiden	29	34
	All div. 2, traumaattinen syvä purenta	26	31
	sivalueen ristipurenta	25	30
	etualueen ristipurenta	23	28
	voimakas ahtaus	14	17
<i>II vaihduntavaiheen alku</i>	iso HYP, All div. 1	35	42
	voimakas ahtaus	33	40
	All div. 2, traumaattinen syvä purenta	33	40
	lievempi ahtaus	25	30
	retinoituneet kulmahampaat	19	23
	luustoperäinen avopurenta	13	16
<i>Pysyvä hampaisto</i>	lievempi ahtaus	23	28
	retinoituneet kulmahampaat	18	22
	voimakas ahtaus	16	19
	iso HYP, All div. 1	13	16
	premolarrien / 2. molarien saksipurenta	11	13
	All div. 2, traumaattinen syvä purenta	10	12
	hoitamatta jääneet, pahentuneet	9	11
<i>Kasvun päätyttyä</i>	ortognaattis-kirurgiset hoidot	62	75
	A III/maksillan hypoplasia/progenia	14	17
	luustoperäinen avopurenta	10	12

Oikomiskojekäytännöt

Terveyskeskuksen ilmoittamat kojekäytännöt

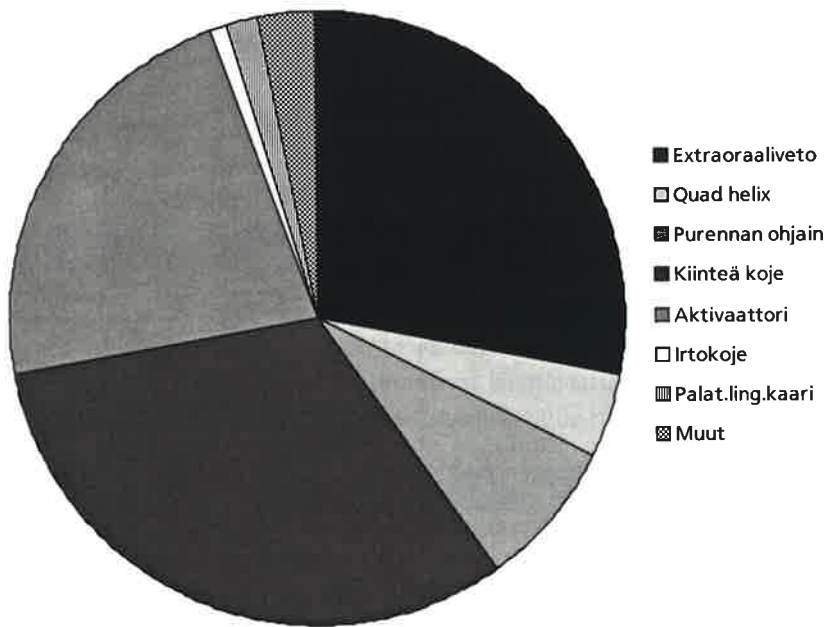
Yleisimmin käytetty koje 4–6 vuoden iässä eli maitohammasvaiheessa oli lähinnä sivualueen ristipurennan korjaamiseksi käytettävä quad helix. Toiseksi yleisimmin käytetty koje oli purennan ohjain, jolla korjataan hammasvallien vertikaalista, transversaalista ja sagittaalista epäsuhtaa. Kolmanneksi yleisimmin käytetty koje oli aktiivinen irtokoje, joka soveltuu muun muassa etu- ja sivualueen ristipurennan hoitoon. Ortopedinen niskaveto, jota käytetään Anglen II -luokan purentavirheiden hoitoon, oli yleisimmin käytetty koje muutamassa terveyskeskuksessa.

Ensimmäisessä vaihduntavaiheessa eli 7–9 vuoden iässä yleisimmin käytetyksi kojeeksi mainittiin extraoraaliveto, joka tarkoittaa tässä iässä voittopuolisesti ortopedistä niskavetoa. Toiseksi yleisin koje oli quad helix, jota tässä vaiheessa voidaan käyttää aiemmin mainittujen käyttöindikaatioiden lisäksi myös etualueen ahtauden hoitoon. Kolmanneksi yleisin koje oli purennan ohjain, jota aiemmin mainitun käyttö-indikaation lisäksi voidaan tässä vaiheessa käyttää myös etualueen ahtauden hoitoon. Muita kojeita mainittiin harvemmin; 7–9 vuoden iässä käytettyjen hoitokojeiden jakautuma on esitetty graafisesti kuvassa 2.



KUVA 2. Yleisimmin käytetty oikomiskoje 7–9-vuotiaiden ikäryhmässä

Toisessa vaihduntavaiheessa, 10–13 vuoden iässä, extraoraaliveto oli edelleen yleisimmin käytetty koje, tosin nyt ortodonttisen niskavedon sekä kombi- tai okkipitaalivedon osuus oli kasvanut. Toiseksi yleisimmin mainittu koje oli hampaiden kaarella siirtämisen mahdollistava kiinteä oikomiskoje. Kolmanneksi yleisin koje oli A II -tyypin purentavirheiden korjaamiseen käytettävä aktivaattori ja seuraavaksi yleisimmin mainitut kojeet olivat purennan ohjain ja quad helix. 10–13 vuoden iässä käytettyjen hoitokojeiden jakautuma on esitetty graafisesti kuvassa 3.



KUVA 3. Yleisimmin käytetty oikomiskoje 10–13-vuotiaiden ikäryhmässä

Pysyvässä hampaistossa, 14–18 vuoden iässä, kiinteä koje oli selvästi yleisimmin käytetty koje. Lähes joka kolmas vastaaja mainitsi aktivaattorin toiseksi yleisimpänä kojeena. Selvästi harvemmin mainittiin extraoraaliveto, purennan ohjain ja yksittäisen hammasparin risti- tai saksipurennan korjaukseen käytettävä ristikumiveto. Hampaiston eri kehitysvaiheissa käytettyjen hoitokojeiden yleisyys on esitetty taulukossa 5.

TAULUKKO 5. Terveyskeskusten hoitokojekäytännöt: oikomiskojeiden yleisyysmaininnat eri ikäryhmissä.

4–6-vuotiailla käytettyjen kojeiden yleisyys (n = 193)			
Oikomiskoje	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin
Quad helix	105	54	7
Purennan ohjain	56	64	20
Aktiivinen irtokoje	18	13	26
Ortopedinen niskaveto	4	20	19
7–9-vuotiailla käytettyjen kojeiden yleisyys (n = 205)			
Oikomiskoje	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin
Ekstraoraaliveto	91	59	32
Quad helix	64	64	32
Purennan ohjain	34	35	41
Aktiivinen irtokoje	6	4	8
Aktivaattori	3	16	18
10–13-vuotiailla käytettyjen kojeiden yleisyys (n = 204)			
Oikomiskoje	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin
Ekstraoraaliveto	91	43	27
Kiinteä koje	71	69	44
Aktivaattori	16	58	54
Purennan ohjain	13	12	20
Quad helix	12	7	7
14–18-vuotiailla käytettyjen kojeiden yleisyys (n = 185)			
Oikomiskoje	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin
Kiinteä koje	163	17	3
Ekstraoraaliveto	6	19	15
Purennan ohjain	6	11	11
Aktivaattori	5	52	8
Ristikumiveto	2	8	3

Erikoishammaslääkäreiden ilmoittamat kojekäytännöt

Oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä pyydettiin ilmoittamaan, mitkä ovat kolme yleisimmin käytettävää kojetta niissä hoidoissa, jotka he suorittavat itse ja niissä hoidoissa, joita he suunnittelevat peruskoulutettujen hammaslääkäreiden suoritettaviksi. Maitohammasvaiheessa, 4–6-vuotiaiden hoidoissa, he itse ilmoittivat käyttävänsä useimmin quad helixiä, purennan ohjainta, aktiivista irtokojetta ja extraoraalivetoa ja yläleuan eteenpäintuontia varten käytettävää kasvomaskia. Peruskoulutetuille hammaslääkäreille suunnitelluissa maitohammasvaiheen hoidoissa kojeiden yleisyysjärjestys oli sama, mutta mainintojen määrissä oli eroja.

Ensimmäisessä vaihduntavaiheessa, 7–9 vuoden iässä, erikoishammaslääkärit itse ilmoittivat käyttävänsä useimmin extraoraalivetoa ja seuraavaksi quad helixiä, aktivaattoria, kiinteää kojetta ja purennan ohjainta. Peruskoulutetuille hammaslääkäreille suunnitelluissa maitohammasvaiheen hoidoissa kaksi yleisimmin käytettyä kojetta olivat samat, mutta purennan ohjainten käyttö oli runsaampaa.

Toisessa vaihduntavaiheessa, 10–13 vuoden iässä, erikoishammaslääkärit itse ilmoittivat käyttävänsä useimmin kiinteää kojetta, extraoraalivetoa ja aktivaattoria. Peruskoulutetuille hammaslääkäreille suunnitelluissa hoidoissa käytettiin useammin extraoraalivetoa ja ristikumivetoa ja harvemmin kiinteitä kojeita.

Pysyvässä hampaistossa, 14–18 vuoden iässä, kojeiden valikoima oli suppeampi. Erikoishammaslääkärit itse ilmoittivat käyttävänsä useimmin kiinteää kojetta ja toisena kojeena aktivaattoria. Peruskoulutetuille hammaslääkäreille suunnitelluissa hoidoissa käytettiin näiden lisäksi ristikumivetoa. Oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden ilmoittamat kojekäytännöt eri ikäryhmissä sekä heidän itsensä suorittamissa että peruskoulutetuille hammaslääkäreille suunnittelemissaan hoidoissa on esitetty taulukossa 6.

Hoitokäytännöissä tapahtuneet muutokset

Vuosina 1992–1996 oli 87 terveyskeskuksessa (42 %) tehty oikomiskojekäytäntöihin muutoksia. Yleisin muutos oli varhaisempaan hoidon aloitukseen siirtyminen ($n = 28$). Kiinteiden kojeiden käyttö oli vähentynyt 17:ssä ja lisääntynyt seitsemässä terveyskeskuksessa. Quad helixin käyttö oli alkanut tai lisääntynyt 16 terveyskeskuksessa. Seuraavaksi yleisimmät muutokset olivat niskavedon ja purennan ohjainten käytön aloittaminen ($n = 13$) tai lisääminen ($n = 13$) ja aktivaattorihoidon aloittaminen tai lisääminen ($n = 9$).

Lähes kaksi kolmesta terveyskeskuksesta ($n = 128$, 62 %) ilmoitti oikomiskojekäytännöissä tapahtuneen muutoksia viimeisen viiden vuoden aikana eli vuosina 1997–2001. Yleisin muutos ($n = 90$) koski purennan ohjainten käytön aloittamista tai niiden käytön lisäämistä. Aiempaa varhaisempaan hoitoon oli siirrytty 43 terveyskeskuksessa. Kiinteiden kojeiden käyttö oli vähentynyt 13:ssa ja lisää-

tynyt 8 terveyskeskuksessa. Seuraavaksi yleisimmät muutokset olivat aktivaattori-hoidon lisääminen (n = 9) ja niskavedon käytön lisääminen (n = 5).

TAULUKKO 6. Oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden ilmoittamat hoitokojekäytännöt: käytettyjen kojeiden yleisyys heidän itsensä suorittamissa ja peruskoulutetuille hammaslääkäreille suunnittelemissaan hoidoissa

4-6-vuotiailla käytettyjen kojeiden yleisyys (n = 64)

Oikomiskoje	Itse suoritettut hoidot			Delegoidut hoidot		
	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin
Quad helix	44	12	1	45	9	1
Purennan ohjain	6	17	20	4	21	19
Aktiivinen irtokoje	5	2	2	3	6	1
Ekstraoraaliveto	4	5	2	2	6	6
Kasvomaski	1	13	10	1	2	6

7-9-vuotiailla käytettyjen kojeiden yleisyys (n = 74)

Oikomiskoje	Itse suoritettut hoidot			Delegoidut hoidot		
	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin
Ekstraoraaliveto	33	14	15	33	14	7
Quad helix	20	18	7	22	23	7
Aktivaattori	5	18	12	-	7	10
Kiinteä koje	5	9	16	1	3	3
Purennan ohjain	4	7	9	5	7	23

10-13-vuotiailla käytettyjen kojeiden yleisyys (n = 75)

Oikomiskoje	Itse suoritettut hoidot			Delegoidut hoidot		
	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin
Kiinteä koje	37	26	11	10	15	15
Ekstraoraaliveto	29	15	11	34	15	5
Aktivaattori	7	26	30	12	20	18
Ristikumiveto	-	-	-	3	3	3

14-18-vuotiailla käytettyjen kojeiden yleisyys (n = 74)

Oikomiskoje	Itse suoritettut hoidot			Delegoidut hoidot		
	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin	1. yleisin	2. yleisin	3. yleisin
Kiinteä koje	72	1	0	26	2	4
Aktivaattori	2	18	8	4	6	2
Ristikumiveto	-	-	-	8	4	0

Oikomishoidon kustannukset

Oikomishoidossa olevaa potilasta kohden laskettujen kokonaiskustannusten tarkastelua vaikeutti se, että vain 124 vastaajaa (60 %) pystyi antamaan kustannustietojaan kattavasti. Useimmin (n = 48) puuttuivat peruskoulutettujen hammaslääkäreiden työaikaa koskevat tiedot, laboratoriokustannusten suuruus (n = 22) tai oikomispotilaiden (n = 17) tai ostopalvelupotilaiden (n = 17) määrä. Hoidossa olevaa potilasta kohden lasketut vuotuiset kokonaiskustannukset vaihtelivat 6 eurosta 200 euroon ja ne olivat keskimäärin 50 euroa. Potilaskohtaiset kustannukset jäivät alle 17 euron noin 10 prosentissa, alle 34 euron 37 prosentissa, alle 70 euron 78 prosentissa kustannustietoja antaneista terveyskeskuksista ja yli 170 euron kustannukset nousivat vain neljässä (3 %) terveyskeskuksessa. Hammashuollon käyntihinnat ja oikomishoitoon liittyvät erilliskustannukset esitetään taulukossa 7.

TAULUKKO 7. Hammashoidon hoitokäynnin hinnat ja oikomishoitoon liittyvät kustannukset euroina vuonna 2001

Käyntikerran hinta	Keskimäärin	Vaihteluväli
Hammashoitokäynnin bruttohinta	55	15–80
Hammashoitokäynnin nettohinta	42	13–68

Terveyskeskuskohtaiset oikomishoidon kustannukset	Keskimäärin	Vaihteluväli
Laboratoriokustannukset	14 430	25–685 860
Konsultaatiokustannukset	4 600	250–51 020
Ostopalvelukustannukset	6 010	62–40 000

Muita tuloksia

Oikomishoitoon liittyvät valitukset ja muistutukset

Terveyskeskuksen hammashuollon johdolle, terveyslautakunnalle tai hallitukselle osoitettuja asiakasvalituksia tai muistutuksia oli tehty 28 terveyskeskuksessa (14 %). Yleisimmin oli tehty 1–5 valitusta tai muistutusta (24 vastaajaa), kahdessa tapauksessa niitä oli tehty 6. Yksi vastaaja ilmoitti muistutuksia ja valituksia tehdyn 15 ja yksi 20.

Ylemmille hallintoviranomaisille tehdyistä kanteluista raportoi 13 vastaajaa (6 %). Seitsemän vastaajaa kertoi kanteluja olleen yksi, kolme vastaajaa kaksi ja kolme vastaajaa 3–5.

Hammashuollon priorisointipäätökset

Joka kolmannessa terveyskeskuksessa (32 %) oli tehty päätöksiä hammashuollon priorisoinnin periaatteista. Puolessa niistä (n = 33) päätöksen olivat tehneet luottamusmiehet ja vajaassa puolessa (n = 28) virkamiehet. Lisäksi seitsemässä prosentissa terveyskeskuksia priorisointipäätös oli suunnitteilla tai valmisteilla. Yleisimmin mainittiin priorisoitavan lasten ja nuorten ja seuraavaksi niin sanottujen erityisryhmien suun terveydenhoitopalveluja. Kaksikymmentäkaksi terveyskeskusta ilmoitti priorisoivansa maksavien aikuisten suun terveydenhoitopalveluja.

Oikomishoidon tilastointi

Neljä vastaajaa ilmoitti, ettei heidän terveyskeskuksessaan tilastoitu mitään oikomishoitoon liittyviä tietoja, ja 28 vastaajaa ei eritellyt seurattavia tietoja yksityiskohtaisesti. Yleisimmin, eli 144 vastaajaa, mainitsi, että vuosittain tilastoidaan oikomishoidossa olevien potilaiden määrä, seuraavaksi yleisimmin mainittuja toimintatietoja olivat oikomiskäyntien määrä (n = 129 mainintaa), valmiiksi hoidettujen potilaiden määrä (n = 86), aloitettujen hoitojen määrä (n = 74) ja keskeytettyjen hoitojen määrä (n = 39). Kustannustiedoista seurattiin useimmin laboratoriotulosten määrää (n = 45), konsultin palkkiokuluja (n = 30) ja materiaalikuluja (n = 20). Kaikista oikomishoidon ostopalveluja käyttävistä 69 terveyskeskuksesta 11 ilmoitti tässä kohdassa seuraavansa vuosittaisia ostopalvelukustannuksia ja kuusi ostopalvelun volyyymiä.

Esitetyt mielipiteet ja muutostoiveet

Lääkäri- ja hammaslääkärijohdon mielipiteet omasta toiminnasta

Joka viides (21 %) terveyskeskuksen lääkärijohdon vastaajista katsoi, että heidän yksikkönsä oikomishoitotoimintaan tulisi tehdä muutoksia. Ensisijaisena muutostarpeena 11 vastaajaa mainitsi oman oikomistoiminnan tai ostopalvelujen vähentämisen tai oikomishoidon pääsykriteerien tarkentamisen. Toisaalta oman oikomistoiminnan, konsultin työpanoksen tai ostopalvelujen lisäämistä toivoi kahdeksan vastaajaa. Kaksi vastaajaa halusi oikomishoidon työnjakoon parannusta. Terveyskeskuksen lääkärijohto evästi toiminnan kehittämistä toivomalla yhteisiä indikaatio- ja hoitosuosituksia (n = 5) ja korostamalla, ettei ”kosmeettista” oikomishoitoa tulisi antaa julkisin varoin (n = 3).

Myös hammashuollon johto mainitsi useimmin kehittämisehdotukseksi yhteisten suositusten laatimisen (n = 9). Huolenaiheenaan he varoittivat tulossa ole-

vasta erikoishammaslääkäripulasta ($n = 9$), joka pahenee eläkkeelle siirtymisen kiihtyessä ja koulutusmäärien pysyessä ennallaan.

Käsitykset oikomishoidon merkityksestä

Terveyskeskusten lääkärijohdon antamien vastausten valossa oikomishoidon asema vaikuttaa vakiintuneelta. Kun heiltä kysyttiin, minkälaisena he näkivät hampaiston oikomishoidon merkityksen terveyskeskuksen toiminnan kokonaisuudessa, kolmannes (34 %) koki oikomishoitotoiminnan välttämättömäksi ja lähes kaksi kolmannesta (62 %) tarpeelliseksi. Vain muutama vastaaja (4 %) piti oikomishoitoa mahdollisesti tarpeellisena, eikä yksikään tarpeettomana.

Joka kymmenes (11 %) kyselyyn vastannut oikomishoidon erikoishammaslääkäri oli huolissaan oikomishoidon nykyisin saamasta arvostuksesta ja mainitsi oikomishoidon aseman parantamisen ja selkeyttämisen tärkeimmäksi korjausta vaativaksi asiaksi koko maan oikomishoitojärjestelyjen osalta.

Erikoishammaslääkäreiden käsitykset hyvästä työnjaosta

Oikomishoidon erikoishammaslääkärit halusivat muuttaa nykyistä työpajoa niin, että he joissakin tehtäväkokonaisuuksissa halusivat lisätä (62 %) ja toisissa vähentää (42 %) erikoishammaslääkäreiden työn osuutta. Erikoishammaslääkäriin työpajasta haluttiin suunnata nykyistä enemmän hoitojen suunnitteluun, muiden hammaslääkäreiden työn ohjaamiseen ja kouluttamiseen ja vaativimpien hoitojen tekemiseen. Erikoishammaslääkäriin tehtäviä haluttiin vähentää yksinkertaisten hoitojen ja toimenpiteiden suorittamisesta.

Yli puolet vastaajista (54 %) halusi lisätä ja 28 prosenttia halusi vähentää peruskoulutettujen hammaslääkäreiden osuutta oikomishoidon suorittamisessa. Eniten työpajan lisäämistä toivottiin yksinkertaisten hoitojen suorittamiseen ja kasvun ja kehityksen seurantaan. Peruskoulutettujen hammaslääkäreiden työtehtäviä haluttiin vähentää ja supistaa liian vaikeiden ja omatoimisesti aloitettujen hoitojen osuudesta. Toisaalta haluttiin myös vähentää liian rutiininomaisten tehtävien suorittamista.

Selvä enemmistö vastaajista halusi lisätä hoitohenkilökunnan osuutta oikomishoidon tehtävänjaossa: tehtävien siirtoa hammashuoltajille/suuhygienisteille kannatti 88 prosenttia ja hammashoitajille 59 prosenttia vastaajista. Hammashuoltajan/suuhygienistin työpajasta halusi vähentää vain yksi ja hammashoitajan työpajasta ei yksikään vastaaja. Hammashuoltajalle/suuhygienistille ehdotettiin siirrettäväksi erilaisia rutiininomaisia tehtäviä, kuten jäljennöksen ottoa, kojeiden purkua, puhdistusopetusta ja renkaiden sovitusta ja sementointia. Hammashoitajan toivottiin ottavan suuremman osuuden muun muassa puhdistusopetuksesta

ja vastaanoton ja potilasliikenteen rutiinien hoidosta. Joka kymmenes vastaaja oli sitä mieltä, että kaikki samat tehtävät, jotka voidaan delegoida hammashuoltajalle/suuhygienistille, voidaan siirtää myös työpaikkakoulutetulle hammashoitajalle.

Erikoishammaslääkäreiden mainitsemat ongelmat ja ratkaisuehdotukset

Pahimpana ongelmana erikoishammaslääkärit pitivät koko maan osalta oikomishoitoon pääsyssä ilmenevää alueellista epätasa-arvoa. Myös oikomishoidon asema ja arvostus sinänsä koettiin liian heikoksi. Ratkaisuksi ongelmiin toivottiin yhteisiä suosituksia esimerkiksi priorisointiin ja hoidon tarpeen arviointiin ja kyseisten suositusten soveltamisen seurantaan. Terveyskeskuksiin toivottiin kattavammin erikoishammaslääkäriasiantuntemusta sekä lisäämällä erikoishammaslääkäreiden koulutuspaikkoja, virkoja ja konsultaatiopäiviä että perustamalla yhteisiä erikoishammaslääkäriin virkoja pienten terveyskeskusten yhteiskäyttöön. Peruskoulutetuille hammaslääkäreille suunnattua oikomishoidon koulutusta haluttiin lisättävän. Useampi vastaaja ehdotti SV-korvausten ulottamista oikomishoitoon. Terveyskeskusten ongelmien ratkaisuna ehdotettiin parempaa panostusta työnjaon kehittämiseen, ja useimmin mainittu ratkaisu oli oikomishoitoon suunnatun hoitohenkilökunnan, hammashuoltajien/suuhygienistien ja hammashoitajien virkojen lisääminen.

Tutkimustiedon tarve

Kaikilta vastaajaryhmiltä kysyttiin, mistä asioista he katsoivat tarvittavan lisää tutkimustietoa. Sekä terveyskeskusten hammashuollon johto että oikomishoidon erikoishammaslääkärit mainitsivat useimmin tutkimustiedon oikomishoidosta saatavasta pitkän aikavälin hyödyistä ja ajoituksen vaikutuksesta hoitotuloksiin. Terveyskeskusten lääkärijohto puolestaan mainitsi useimmin oikomishoidon indikaatioiden tai tarpeen selvittämisen (taulukko 8).

TAULUKKO 8. Toivottujen tutkimusaiheiden maininnat eri vastaajaryhmissä

Tutkimusaihe	Hammashuollon johto (n = 207)	Lääkärijohto (n = 123)	Erikoishammaslääkärit (n = 83)
Hoitotuloksen pysyvyys / pitkän aikavälin hyöty	38 (18 %)	9 (7 %)	25 (30 %)
Ajoituksen vaikutus hoitotuloksiin	37 (18 %)	13 (11 %)	21 (25 %)
Eri hoitomenetelmien vertailu	25 (12 %)	5 (4 %)	8 (10 %)
Kustannus-vaikutusanalyysi	24 (12 %)	5 (4 %)	19 (23 %)
Oikomishoidon tarve/indikaatiot	12 (6 %)	21 (17 %)	4 (5 %)
Purenanohjainhoitojen vaikuttavuus	10 (5 %)	-	6 (7 %)
Oikomishoitojen vaikuttavuus	10 (5 %)	13 (11 %)	6 (7 %)
Hoitosuositukset	8 (4 %)	2 (2 %)	-

Pohdinta

Kyselyyn vastaaminen

Vain alle puolet kyselylomakkeen saaneista lääkärijohdon edustajista vastasi itse kyselyyn, vaikka heille osoitettu kyselylomake oli selvästi muille ryhmille osoitettuja kyselyjä suppeampi ja siten vähemmän täyttöaikaa vaativa. Heikko vastausprosentti saattaa olla merkki siitä, että lääkärijohdolla ei ole kylliksi tietoa hammashuollon toiminnasta. On myös mahdollista, etteivät vastaamatta jättäneet pitäneet hammashuollon merkitystä kovin tärkeänä. Toisaalta se, että osa lääkäri-vastaajista oli delegoinut lomakkeen täytön hammashuollon johdolle, voi myös kertoa siitä, että hammashuollon johdolle on ominaista hoitaa oman sektorinsa asiat itsenäisesti. Alhainen vastausprosentti vaikuttaa kuitenkin siihen, ettei lääkärijohdon mielipiteitä voi yksiselitteisesti yleistää koskemaan koko maan tilannetta.

Kyselyn avulla koottujen hammashuollon tietojen voidaan katsoa antavan melko luotettavan kuvan terveyskeskusten oikomishoidon nykytilasta, joskin joka neljäs hammashuollon johdon edustaja jätti vastaamatta kyselyyn. Vastaamattomien joukossa ei kuitenkaan ollut kuin jokin yksittäinen suuri terveyskeskus, ja vastauksia saatiin tasaisesti maan eri alueilta. Kyselylomakkeessa tiedusteltujen toimintatietojen kokoaminen jälkikäteen lienee ollut joidenkin terveyskeskusten osalta ylivoimaista, varsinkin jos käytettävissä ei ollut tietokonepohjaista seuranta-järjestelmää. Voidaan myös olettaa, että osa vastaamatta jättäneistä terveyskeskuksista ei ole halunnutkaan antaa oikomishoitotoimintaansa koskevia tietoja esimerkiksi totutuista poikkeavien toimintatapojensa vuoksi tai mahdollisesti syntyvän kritiikin pelossa.

Oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden vastausprosenttia (57 %) voidaan pitää kohtuullisena, vaikka se jäikin selvästi terveyskeskusten hammashuollon johdon vastausprosenttia alhaisemmaksi. Erikoishammaslääkäreille suunnattu kyselylomake oli laaja, ja sen täyttö vaati todennäköisesti runsaasti aikaa. Kyselylomakkeen saaneiden joukossa oli myös monia erikoishammaslääkäreitä, jotka eivät omassa työssään juuri joudu pohtimaan julkisen terveydenhuollon ongelmia – esimerkiksi osa yliopistojen tutkijoista tai ne yksityishammaslääkärit, jotka eivät toimi yhteistyössä terveyskeskusten kanssa. Voidaan olettaa, että heille ei sen vuoksi ole muodostunut vastaamiseen kannustavia omia käsityksiä väestötason oikomishoidon järjestämisestä.