

Oikomishoitopalvelut

Terveyskeskusten väliset erot oikomishoidon laajuudessa olivat kasvaneet verrattuna vuoden 1992 tilanteeseen (Pietilä ym. 1994). Oikomishoidossa olleiden 0–18-vuotiaiden prosenttiosuuden minimitaso, maksimitaso sekä prosenttiosuuden keskiarvo olivat kaksinkertaistuneet. Mielenpidettäviä, mitä laajuutta voitaisiin pitää sopivimpana hoidon volyyminä, näytti vaihtelevan riippumatta todellisesta palvelutarjonnasta, sillä hammashuollon johdon näkemykset oman terveyskeskuksen palvelutason riittävydestä eivät näyttäneet olevan johdonmukaisessa yhteydessä oman terveyskeskuksen toteutuneeseen palvelutarjontaan. On todennäköistä, että terveyskeskusten johdon näkemyksiä ovat pikemminkin ohjanneet 1990-luvun vaikeasta taloudellisesta tilanteesta ja aikuisten hammashoidon laajentamispaineista johtuva keskustelu kuin todelliset seurantatiedot oman yksikön toiminnasta tai vertailu muiden terveyskeskusten tilanteeseen.

Vaikka päätöksentekijöiden ja terveyskeskuksen johdon ohjauksella on ollut olennainen vaikutus tarjotun hoidon laajuuteen, voidaan kuitenkin olettaa, että eniten palvelujen tarjontaan on vaikuttanut oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden ja peruskoulutettujen hammaslääkäreiden oma ammatillinen näkemys soveltuvimmista hoitokäytännöistä. Aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että hoidon varhainen ajoitus on yhteydessä hoidon suurempaan volyymiin (Pietilä 1998). Tämä selittyy sillä, että varhaisissa hoidoissa käytettävät kojeet ovat yksinkertaisempia valmistaa ja niiden kontrollointi voidaan tehdä harvemmin kuin esimerkiksi myöhemmin käytettävien kiinteiden kojeiden. Onkin todennäköistä, että vain vähän niin sanottua tuoliaikaa vaativien purenna ohjainten käytön yleistymisen nuorimmissa ikäluokissa on ollut eräs suurimmista hoitovolyymien kasvua selittävä tekijöistä.

On epätodennäköistä, että oikomishoidon laajuudelle voidaan määritellä yhtä ”oikeaa” mitta. Joissain maissa on pyritty määrittelemään valtakunnallisia suosituksia siitä, kuinka monelle prosentille kustakin lapsi-ikäluokasta tulisi tarjota oikomishoitoa julkisin varoin. Esimerkiksi Tanskassa suositus on ollut 25 prosenttia (Solow 1995). Minkään prosenttiosuuden sopivuudelle ei kuitenkaan ole saatavissa johonkin tutkimusnäyttöön tai edes hyvään käytäntöön nojaavaa perustetta, vaan luku joudutaan valitsemaan mielivaltaisesti. On myös muistettava, että tarkasteltaessa oikomishoidon osuutta lasten ja nuorten suun terveydenhuollossa koko eliniäksi hyödyn antava hoito keskitetään useimmiten vain muutamaan lapsuus- ja nuoruusvuoteen. Tästä seuraa, että kun tarkastellaan pelkästään kasvuikäisten lasten käynti- ja potilastilastoja, oikomishoidon osuus korostuu. Oikomishoidon 20-kertaiset kattavuuserot antavat kuitenkin selvän perusteen olettaa, että matalimman osuuden kunnissa monet lapset, jotka ovat välttämättömän oikomishoidon tarpeessa, jäävät todellisuudessa hoidon ulkopuolelle ja toisaalta korkean osuuden kunnissa hoitoa annetaan myös lapsille, joilla hoidon tarve on vähäinen.

Oikomishoidon työnjako ja porrastus

Oikomishoidon työnjako vaihteli selvästi myös samankokoisissa ja aivan naapureina sijaitsevilla terveyskeskuksissa. Erittäin hyvin suuri vaihtelu näkyi pääkaupunkiseudulla, jossa suurimmat kaupungit olivat ratkaisseet työvoimakysymyksensä varsin eri tavoin. Helsinki ja Espoo olivat perustaneet useita erikoishammaslääkärin virkoja, ja niissä erikoishammaslääkäritasosta asiantuntemusta olikin käytettävissä lähes samassa mitassa kuin muissa suurissa kaupungeissa. Vantaalla sen sijaan lähes kaikesta oikomishoidosta vastasivat peruskoulutetut hammaslääkärit.

Yliopiston hammasklinikan ja varsinkin erikoistumiskoulutusyksikön läheisyys näytti vaikuttavan erikoishammaslääkärien sijoittumiseen. Esimerkiksi Oulun läänin oikojatilanne oli hyvä verrattuna muuhun Pohjois- tai Itä-Suomen tilanteeseen. Koko maan osalta voidaan pitää todennäköisenä, että ainakin osa niistä suurista terveyskeskuksista, jotka joutuivat toimimaan ilman omaa erikoishammaslääkärinä, oli pyrkinyt palkkaamaan oman viranhaltijan, mutta virka oli jäänyt hakijoiden puutteessa täyttämättä.

Tässä selvityksessä ei kartoitettu, mitä mahdollisuuksia terveyskeskuksilla oli saada erikoishammaslääkärin konsultaatio- ja hoitopalveluja oman alueensa keskussairaalaan. Kaikkiin keskussairaaloihin ei oikomishoidon virkaa tosin ole perustettu, ja lisäksi joillakin keskussairaaloilla on ollut vaikeuksia oikojan viran täytössä. On myös luultavaa, että kaikissa sairaanhoitopiireissä ei tehtävien ja vastuunjako keskussairaalan ja terveyskeskusten välillä ole muotoutunut täysin valmiiksi. Suurin osa sairaanhoitopiireistä pystynee kyllä huolehtimaan vaativasta erityistason oikomishoidosta, mutta tavanomaiset – vaativatkaan – erikoishammaslääkärin asiantuntemusta edellyttävät oikomishoidot eivät yleensä kuulu sairaalan tehtäviin.

Verratessaan kolmen alueen oikomishoitokäytäntöjä ja hoidon tuloksia ruotsalainen tutkija Bergström (1996) on suositellut parhaimpien tulosten saavuttamiseksi vaikeimpien hoitojen keskittämistä erikoishammaslääkäreille. Lisäksi peruskoulutetuille hammaslääkäreille tulee taata riittävä konsultaatioapu ja heille tulee keskittää lähinnä yksinkertaisimpien hoitojen suoritus. Tämän ohjeen soveltamista Suomessa estää selvästi muita Pohjoismaita niukempi erikoishammaslääkärityövoima. Samoin kuin vuonna 1992, pääosa oikomishoidon käytännön suorituksesta oli meillä edelleen peruskoulutettujen hammaslääkärien työpanoksen varassa. Kaikissa terveyskeskuksissa ei ollut minkäänlaista mahdollisuutta konsultointiin, ja todennäköisesti suurimmassa osassa niitäkin terveyskeskuksia, joissa konsultoiva erikoishammaslääkäri ohjasi toimintaa, hän ei kuitenkaan osallistunut varsinaisten hoitojen suorittamiseen. Vaikeimpien hoitojen vaatiman asiantuntemuksen turvaaminen lieneekin yksi hankalimmin hoidettavia käytännön ongelmia. Koska erikoishammaslääkäriskoulutuksen laajentaminen ei käy nopeas-

ti, on tärkeää, että myös peruskoulutetuille hammaslääkäreille tarkoitettua kliinistä täydennyskoulutusta kehitetään ja laajennetaan.

Suomi on ollut eräs Euroopan edelläkävijämaita oikomishoidon tehtävien jakamisessa ja työnjaon kehittämisessä, ja tämä näkyi myös tässä selvityksessä. Niiden terveyskeskusten osuus, joissa rutiininomaisia oikomishoitotehtäviä siirretään hoitohenkilökunnalle, oli lisääntynyt selvästi vuodesta 1992: 28 prosentista 61 prosenttiin (Pietilä ym. 1994). Rutiinitehtävien delegointi vähentää erikoishammaslääkäreiden ja peruskoulutettujen hammaslääkäreiden oikomishoidon suorittamiseen kuluva työaika, joten laajempi oikomishoidon rutiinitehtävien delegointi olisi hyvä apuväline esimerkiksi voimavarojen siirtämisessä laajenevaan aikuishoitoon. Tätä nykyä hoitohenkilökunnan harjaantuminen oikomishoidon tehtäviin tapahtuu lähes pelkästään työpaikkakoulutuksen avulla, mutta esimerkiksi Ruotsin mallin mukaan (Bergström 1996) järjestetty alueellinen oikomishoidon täydennyskoulutus hoitohenkilökunnalle olisi Suomessakin ilmeisen tarpeellinen.

Oikomishoitoon valinta

Oikomishoidon tarpeen arvioinnin käytetyin apuväline oli 10-portainen hoidontarveasteikko. Asteikon käytön yleisyys ja alimman hyväksymisrajan hajonta olivat vuonna 2001 lähes samat kuin vuonna 1992 (Pietilä ym. 1994). Yhtenevistä kriteereistä huolimatta asteikon käytön toistettavuuteen liittyvät vakavat ongelmat vähentävät arviointien vertailtavuutta. Asteikko kehitettiin alun perin 9–10-vuotiaiden lasten purentaluokitteluun. Asteikon kehittäjän Kaisa Heikinheimon mukaan sen käyttö sellaisenaan maitohampaisto- tai ensimmäisessä vaihduntavaiheessa onkin hankalaa (henkilökohtainen tiedonanto 2003). Ohjekirjeessä julkaistu alkuperäinen asteikko toimii kyllä luotettavasti yhden, hyvin sen käyttöön perehtyneen hammaslääkärin arvioinneissa, mutta tätä asteikkoa käyttäen eri arvioijien on vaikea tehdä yhteneviä arvioita samasta purentatilanteesta (Miotti ym. 1993). On tärkeää, ettei 10-portaisen asteikon määrittämissä tilanteissa pidetä normin tapaisena arviona esimerkiksi tehtäessä valtakunnan tason hallinnollisia päätöksiä, koska ei voida taata, että sama poikkeama pisteytetään eri terveyskeskuksissa samalla tavalla. Useissa terveyskeskuksissa on kehitetty paikallisia lisäselvennyksiä asteikon määrittelyyn. Tämä parantaa arviointien yhtenäisyyttä ja helpottaa varhaisen arvioinnin vertailtavuutta (Vinkka-Puhakka ym. 1999). Tarkasti selvennetty asteikko toimii melko hyvin käytännön arviointitilanteissa yhdessä terveyskeskuksessa, jos sen käyttäjät on kalibroitu huolellisesti. Asteikon käytön perusteena voidaan kuitenkin pitää sitä, että hoitopäätöksen teko helpottuu, kun vertailu muihin hoidon tarpeissa oleviin ikätovereihin voidaan tehdä järjestelmällisesti. Lisäksi on helpompaa selvittää hoidon tarpeen välttämättömyys ja suositeltavuus tai toisaalta terveyskeskushoidon epääminen lapselle tai nuorelle sekä hänen vanhemmilleen, kun tilannetta voidaan kuvata myös numeerisesti.

Laajasta käytöstä huolimatta 10-portaisen hoidontarveasteikon kriteerien osuvuutta tai seulontakäytäntöjä yleisemminkään ei ole tutkittu valtakunnan tasolla. Ei myöskään ole tutkittu, kuinka oikeudenmukaiseksi ja hyväksyttäväksi oikomishoidon tarpeen arviointiin osallistuneet lapset ja nuoret ja heidän vanhempansa pisteytyksen kokevat. Yhtenäisen purennan poikkeaman pisteytyksen avulla on haluttu lisätä hoitoon valinnan tasapuolisuutta. On kuitenkin syytä muistaa (Mohlin ja Kurol 2003a), että jokaisen lapsen ja nuoren oikeus on saada purentatilanteen arviointi oman yksilöllisen tarpeensa mukaisesti. Mohlin ja Kurol (2003b) tutkivat ruotsalaisten ja englantilaisten indeksien kykyä luokitella oikomishoidon tarpeessa olevia nuoria. Asiantuntijat valitsivat neljä kohtalaisessa ja neljä selvässä hoidon tarpeessa olevaa 12–18-vuotiasta nuorta niin, että he edustivat purennan poikkeaman vaikeusasteelta lähellä indeksin eri luokkien rajalinjaa olevia tapauksia. Potilaiden alkutarkastusdokumentit esitettiin 40:lle oikomishoidon ammattilaiselle, ja heitä pyydettiin asettamaan potilastapaukset hoidon tarpeen mukaiseen järjestykseen käyttäen kahta ruotsalaista ja kahta englantilaista indeksiä. Mikään indekseistä ei helpottanut yhtenäisen priorisointituloksen saavuttamista. Tutkijat korostavat, että erityisesti niillä potilailla, joiden purennan poikkeama on lähellä eri vaikeusasteluokkien rajapintoja, hoitoon valinnassa tulee purennan poikkeaman lisäksi ottaa huomioon hoitomotiivatio, tarvittavan hoidon laajuus, purennan ennuste ja hoidosta koituvat riskit.

Oikomishoidon indikaatiot

Huolimatta siitä, että oikomishoitoon liittyvää tutkimusta ja hoitokäytäntöjen kehittämistä on tehty jo yli sata vuotta, ei oikomishoidon indikaatioista ole saatu selvää yksimielisyyttä. Yksimielisyys vallinnee kuitenkin siitä, että oikomishoidon oleellisin tavoite on parantaa yksilön purentakykyä ja korjata ulkonäköllisesti selvästi leimaavia poikkeamia. Poikkeama ideaalitalanteesta ei välttämättä ole yksinään hoidon syy. Tärkeintä on arvioida, häiritseekö tai estääkö poikkeama normaalia kasvua ja kehitystä sekä minkälaisia vaikutuksia sen hoitamatta jättäminen todennäköisesti tulee aiheuttamaan purennan toiminnalle, kudosten terveydelle ja henkilön psykososiaaliselle hyvinvoinnille. On toisaalta tärkeää, että kaikki hoidon tarpeen arviointiin tulevat lapset arvioidaan samojen ennalta sovittujen kriteerien mukaisesti, mutta toisaalta varsinkin yksilön itsensä kokema psykososiaalinen haitta vaihtelee selvästi. Lisäksi sama henkilö kokee purennan näkyvät poikkeamat eri ikävaiheessa eri tavalla, muun muassa poikkeaman koettu haitta-aste on suurimmillaan noin 15–16 vuoden iässä (Cohen 1970).

Tutkimukset, joissa on seurattu oikomishoidon ulkopuolelle jääneiden purennan kehitystä aikuisikään saakka, eivät ole antaneet selvää näyttöä siitä, että karieksen, tukikudosmuutosten tai leukanivelvaivojen riskiä voitaisiin pitää oiko-

mishoidon pitkän aikavälin hyötyä antavana syynä (Helm 1990). Oikomishoidon avulla voidaan kyllä usein helpottaa jo syntyneitä leukanivelvaivoja. Ruotsalainen Bergström (1996) on esittänyt, että potilaan oma hoitohalukkuus on oleellisin syy oikomishoidon aloittamiseksi. Varttuneiden nuorten ja aikuisten osalta tätä voitaisiin ehkä pitääkin ohjenuorana. Lasten hampaiden oikomishoitopäätökset joudutaan kuitenkin tekemään sellaisessa vaiheessa, jossa poikkeama ei vielä ole selvästi maallikon havaittavissa. Hoitopäätös nojaa silloin pääasiallisesti ammattihenkilön tekemään purennan kehityksen ennusteeseen. Oikean päätöksen tekemiseksi on tärkeää, että lapselle ja hänen vanhemmilleen voidaan tarjota mahdollisimman osuva ennuste siitä, mikä hyöty mahdollisesta oikomishoidosta voidaan saada ja mikä ennuste purennalle voidaan hoitamattomana antaa. Tämän ennusteen tekemisessä on tarpeen sekä oma kliininen kokemus että ammattikirjallisuudesta saatava tutkimuksellinen tieto. Lapsuusiässä tehtyjen hoitopäätösten todellista osuvuutta voidaan arvioida vasta kymmenien vuosien seurannan jälkeen. Lyhyemmällä aikavälillä oikomishoitoon valinnan ja annetun hoidon onnistumista kannattaa silti arvioida jo nuorella aikuisiällä, kunhan valtaosa oikomishoidosta on tehty ja pysyvä hampaistovaihe on saavutettu (Svedström-Oristo ym. 2002).

Oikomishoidon ajoitus

Oikomishoidon ajoitus vaihtelee eri maissa lähinnä käyttöön vakiintuneiden hoitomenetelmien ohjaamana. Vaikka tässä tutkimuksessakin havaittiin melko suuria terveyskeskusten välisiä eroja hoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon aloituksen ajankohdissa, voidaan päätellä, että Suomessa oikomishoito aloitetaan voittopuolisesti aikaisemmin kuin useimmissa muissa Euroopan maissa. Oikomishoidon ajoitusta ei ole kuitenkaan syytä tarkastella muusta toiminnasta erillisenä piirteenä, koska hoidon sopivin ajoitus on selvästi kytköksissä muun muassa hoidon tavoitteisiin ja näkemyksiin oikomishoidon indikaatioista. Myös hoitotoiminnan käytännön järjestelyt, hoidon rahoitus ja käytettävissä oleva työvoima ohjaavat hoidon ajoitusta. Koska valtaosa suomalaisista lapsista on terveyskeskusten säännöllisen suun terveyden seurannan ja hoidon piirissä, päästään oikomishoito meillä helposti aloittamaan sopivimmaksi katsotussa iässä. Sen sijaan niissä maissa, joissa perhe joutuu itse tekemään aloitteen oikomishoidon aloittamiseksi, hoitoon hakeudutaan useimmiten vasta kun purennan poikkeama on jo maallikonkin selvästi havaittavissa.

Monissa maissa kaikki varhaiset oikomishoitotoimenpiteet katsotaan niin sanotuiksi interseptiivisiksi eli ennalta ehkäiseviksi toimenpiteiksi ja varsinaiseen oikomishoitoon lasketaan mukaan vain myöhemmässä vaiheessa tehty oikomiskojehoito. Meillä interseptiikkaan luetaan yleensä vain maitohampaiden ennakoivat hionnat ja poistot ja maitohammas- ja ensimmäisessä vaihduntavaiheessakin

tehty kojehoito katsotaan jo varsinaiseksi oikomishoidoksi. Rajanveto on melko epäolennainen, sillä käytännössä on havaittu, että hyvin suunniteltu ja suoritettu varhainen kojehoito tekee usein muun myöhemmän kojehoidon tarpeettomaksi, jolloin varhainen hoito siis myös ehkäisee purennan kehittymisen virheelliseen suuntaan.

Vaikka varhain aloitettua oikomishoitoa on sovellettu monessa terveyskeskuksessa jo pitkään ja kokemuseräistä tietoa on kertynyt runsaasti, ei selviä tutkimusnäyttöjä ole vielä saatavilla, sillä pitkäaikaisseurantaa hyödyntävät oikomishoidon tutkimushankkeet ovat vasta meneillään tai alkamassa.

Monissa maissa oikomishoito aloitetaan pääosin vasta pysyvässä hampaistossa. Tällöin suurin osa leukojen kasvusta on jo takana ja hoitomenetelmät perustuvat etupäässä hampaiden siirtämiseen hammasvallilla. Jäljellä oleva leukojen kasvun vähäisyys asettaa rajoituksia leukojen välisten suhteiden korjaamiselle, mutta toisaalta kasvun mukanaan tuomista epädullisista muutoksista ei myöskään ole yhtä suurta vaaraa.

Oikomishoidon kojekäytännöt

Oikomishoidon kojevalinnat ovat selvästi yhteydessä hoidettavan lapsen ikään ja hampaiston kehitysvaiheeseen. Suomessa varhain aloitetussa hoidossa käytetään kojeita, jotka pyrkivät ohjaamaan leukojen kasvua ja hampaiden puhkeamista. Esimerkkinä tällaisista kojeista ovat purennan ohjain ja ortopedinen niskaveto. Molemmat kojeet vaativat lapselta ja perheeltä hyvää hoitomyöntyvyyttä. Tämä on todennäköisesti osaltaan syynä siihen, että niiden käyttö ei ole yleistynyt muissa Euroopan maissa. Niskavedolle, jota voidaan käyttää kasvun ohjaamisen lisäksi ylätakahampaiden taakse siirtoon, on pyritty kehittämään ilman lapsen omaa vaivannäköä toimivia vaihtoehtoja. Niissä voima saadaan aikaan esimerkiksi magneettien ja jousien avulla, mutta vaihtoehdot ovat joko teknisesti vaikeita toteuttaa tai heikkotehoisia.

Terveyskeskusten oikomishoidossa sovellettava työpäätö on tärkeä varhaisten hoitojen suosiota selittävä tekijä. Suomessa on ollut välttämätöntä etsiä ja kehittää yksinkertaisia hoitomenetelmiä. Suurimman osan hoidoista suorittavat peruskoulutetut hammaslääkärit ja vain harvalla terveyskeskuksella on riittävästi erikoishammaslääkärityövoimaa. Tässä tutkimuksessa kävi muun muassa ilmi, että kaikki kolme yleisintä 7–9-vuotiaiden hoidossa käytettyä oikomiskojetta olivat rakenteeltaan sellaisia, että niiden avulla suoritettu hoito onnistuu jo peruskoulutuksen ja hyvän työpaikkakoulutuksen avulla.

Varhain aloitetussa hoidossa kojeet ovat usein potilaalle vaivattomampia, koska kojeet ovat yksinkertaisia ja voimat pienempiä. Esimerkiksi melko yleisen sivualueen ristipurennan korjaaminen käy puolta nopeammin quad helix -kojeella mai-

tohampaistovaiheessa kuin samalla kojeella tehtynä paria vuotta myöhemmin. Pysyvässä hampaistossa onnistunut hoitotulos vaatii jo järeämmät kojeet ja selvästi aiempaa pidemmän kojehoitoajan.

Varhaisoidossa käytettävien yksinkertaisen kojeiden käyttöä voidaan puoltaa myös taloudellisilla perusteilla, koska hoidon materiaalikulut eivät kasva suu-riksi ja kojehoidon vaatimia kontrollikäyntejä tarvitaan harvemmin ja ne ovat lyhyt-kestoisempia.

Eräs varhain aloitettavan oikomishoidon tavoite on vähentää oikomishoidon vuoksi tarvittavia hampaiden poistoja. Hammaslääkäreiden asenne oikomishoidon vuoksi tehtäviin poistoihin vaihteli koko 1900-luvun ajan. Esimerkiksi Yhdysvalloissa hampaiden poistot oikomishoidon yhteydessä yleistyivät 60-luvulla (Proffit 1994), koska poistojen arveltiin lisäävän hoitotuloksen pysyvyyttä. Poistojen määrä väheni kuitenkin 1980- ja 1990-luvuilla, kun havaittiin, etteivät poistot lisänneet tuloksen pysyvyyttä, ja toisaalta huoli poistojen epäedullisesta vaikutuksesta leukanivelten toimintaan ja kasvojen profiiliin lisääntyi. Nykyisillä kiinteäkojetekniikoilla voidaan kyllä välttää hampaiden poiston negatiiviset vaikutukset kasvojen profiiliin ja yhtä hyvä hoitotulos voidaan monissa tapauksissa saavuttaa sekä poistojen avulla että ilman niitä. Hyvän poistohoitotuloksen aikaansaaminen kiinteällä oikomiskojeella vaatii kuitenkin hyvää ammattitaitoa, koulutusta ja kokemusta, joten Suomen terveystieteiden henkilökuntarakenteen huomioon ottaen poistohoitojen vähentäminen on järkevää.

Pyrkimys leukojen kasvun ohjaamiseen näkyi varhaisoidon ohella siinä, että aktivaattori, jota käytetään alaleuan kasvun ohjaamiseen, oli eräs toisen vaihduntavaiheen ja pysyvän hampaistovaiheen käytetyimpiä kojeita. Siinä missä ortopedinen niskaveto on esimerkki amerikkalaisesta kasvua ohjaavasta kojeesta, erityyppiset aktivaattorit edustavat eurooppalaista hoitoperinnettä, jossa Anglen II -luokan purentasuhdetta ja syvää purentaa korjataan tehokkaasti ennen puberteetin kasvupyrähdystä ja sen aikana.

Tässä selvityksessä oikomishoidon erikoishammaslääkärit korostivat, että vaikka yksinkertaisia hoitoja pitäisi entistä enemmän siirtää peruskoulutettujen hammaslääkäreiden tehtäväksi, tulisi erikoishammaslääkärin lisätä panostaan hoitojen suunnittelussa. Nämä vastaukset antavat viitettä siitä, että erikoishammaslääkärit ovat kokeneet, että hoitopäätöksen ja diagnoosin teko ja hoitomenetelmän valinta ei nykyisellään aina tapahdu riittävällä ammattitaidolla. Yksinkertaisenkaan hoitomenetelmän käytöstä ei ole hyötyä, jos hoidon indikaatio on epäselvä ja hoitomenetelmän valinta ei ole osuva.

Oikomishoidon kustannusten ja toiminnan arviointi

Huolimatta siitä, että julkisen terveydenhuollon rahoitukseen on viime aikoina kohdistunut lisääntyneitä paineita, näytti oikomishoitoa koskevien kustannustietojen kerääminen olevan erittäin puutteellista. Vastaajien joukossa oli terveyskeskuksia, joissa koko oikomishoitotoiminta ostettiin ulkopuoliselta erikoishammaslääkäriltä ilman että ostopalvelun kustannuksista oli mitään tietoa. Myös oman toiminnan osalta tiedot olivat usein puutteelliset. Vaikka palkkakustannukset muodostavat toiminnan suurimman menoerän, eivät läheskään kaikki vastaajat pystyneet arvioimaan oikomishoitoon käytettyä kokonaistyöaikaa. Onkin selvää, että jos esimerkiksi hoitokäytäntöjä vertailevan arvioinnin yhteydessä halutaan tarkkoja kustannustietoja, vertailu on tehtävä etukäteen määriteltujen kustannustekijöiden ja tarkan työajan käytön seurannan avulla.

Oikomishoidossa olevaa potilasta kohden lasketut kokonaiskustannukset vaihtelivat selvästi, joskin hyvin alhaisia ja hyvin korkeita kustannuksia oli vain muutamissa terveyskeskuksissa. Näiden tietojen vertailtavuutta heikentää se, että terveyskeskuksilla on potilastietojen kirjaamisessa hyvin vaihteleva käytäntö. Osa kirjaa oikomispotilaksi vain kojehoidossa paraikaa olevat, osa tämän lisäksi myös hoidon aloitusta odottavat potilaat, joiden hoito on jo suunniteltu, ja osa lukee mukaan myös jälkiseurannassa olevat potilaat. Tämä korostaa potilaskohtaisten kustannusten määrää niissä terveyskeskuksissa, jotka kirjaavat mukaan vain aktiivihoidossa olevat potilaat.

Muita toimintaa koskevia seurantatietoja kerättiin laajemmin. Tosin niidenkin kerääminen näyttää olevan melko satunnaista ja kirjavaa. Hoidon laajuutta hyvin kuvaavaa, vuosittain aloitettujen oikomishoitojen määrää seurasi vain noin puolet vastaajista. Tämä olisi kuitenkin käyttökelpoisin luku vertailtaessa eri terveyskeskusten oikomishoitotoiminnan laajuutta, koska sen määrittelyssä ja kirjaamisessa ei ole niin suurta kirjavuutta kuin esimerkiksi oikomishoidossa olevan potilaan kohdalla.

Oikomishoidon vaikuttavuus

Tässä selvityksessä sekä hammashuollon johto että oikomishoidon erikoishammaslääkärit toivoivat useimmin suosituksia, joilla voitaisiin yhtenäistää oikomishoidon tarpeen arviointia ja oikomishoitoon valintaa. Myös hoitotulosten pysyvyydestä eri hoitokäytäntöjen yhteydessä haluttiin lisää tutkimustietoa. Vähemmän huolta tunnettiin itse hoitokäytännöissä ilmenevistä eroista, joskin käytäntöjä vertailevaa tutkimustakin toivottiin jossain määrin.

Oikomishoidon tarpeen arvioinnin yhtenäistämisen kannalta on tärkeää tietää, mitkä käsitykset ohjaavat ammattihenkilöiden hoitoon valintakäytäntöjä ja mihin tavoitteeseen he oikomishoidon avulla pyrkivät. Svedström-Oristo ym. (2000 ja 2001) kartoittivat tehdyn kyselytutkimuksen avulla suomalaisten hammaslääkäreiden käsityksiä väestötasolla toteutettavan oikomishoidon potilaskohtaisesta tavoitteesta. Vastauksissa korostui purennan toiminta. Sen merkitys koettiin tärkeimmäksi, kun taas purennan muiden osatekijöiden – kuten pitkän aikavälin ennusteen, hampaiston morfologian ja potilaan omaa ulkonäköään koskevan näkemyksen – merkitys koettiin pienemmäksi. Hammaslääkärin näkemyksellä potilaan ulkonäöstä katsottiin olevan vain vähäinen merkitys.

Oikomishoidolle asetetut tavoitteet vaihtelevat kuitenkin sen mukaan, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Ammattihenkilön tavoitteissa heijastuu pääasiallisesti pyrkimys saavuttaa hyvä ja pysyvä hoitotulos. Hoidon järjestäjän ja rahoittajan kannalta tärkeintä on se, että toiminta on tehokasta ja että voimavarat kohdistetaan niin, että tuloksena on paras niillä saatava terveyshyöty. Asiakkaan tavoitteita ohjaavat useimmiten purennan ulkonäköön liittyvät seikat, joskin purennan hyvän toiminnan on myös havaittu olevan syynä koettuun oikomishoidon tarpeeseen (Pietilä ja Pietilä 1996, Nurminen ym. 1999). Onkin tärkeää, että etsittäessä oikomishoidon vaikuttavuuden tueksi lääketieteellistä näyttöä kaikki nämä näkökulmat otetaan yhdenvertaisesti huomioon.

Lääketieteellinen tutkimuksellinen näyttö on vain niin hyvää kuin parhaat tutkimukset. Ongelmana on se, että ammattikirjallisuudessa on julkaistu hyvin niukasti riittävän tasokkaita kliinisiä tutkimuksia, jotta yksisuuntaista pätevää näyttöä voitaisiin saada. Tämä näkyy myös menetelmiltään hyvissä oikomishoitoa koskevissa kirjallisuuskatsauksissa (Harrison ja Ashby 2001, Schiffman ja Tuncay 2001), joissa on päädytty selkeän näytön puuttuessa vain niukkoihin ja jossain määrin ristiriitaisiin johtopäätöksiin. Oikomishoitoa koskevassa keskustelussa onkin asetettu kyseenalaiseksi (Johnston Jr 1998), sopivatko satunnaistetut tapausverrokkitutkimukset, jotka siis asetetaan lääketieteellisen näytön hierarkiassa korkeimmalle sijalle, lainkaan ortodontiaan. Hoidon aloittamisen tulee myös tutkimustilanteessa perustua potilaan omaan tietoiseen suostumukseen, joten potilaita ei voida eettisistä syistä jakaa satunnaisesti esimerkiksi hampaiden poistojen avulla ja ilman poistoja suoritettaviin hoitoihin tai konservatiiviseen ja leikkaushoitoryhmään. Kasvavia potilaita tutkittaessa vertailukelpoisuuden säilyminen on myös vaikeaa, koska kasvutavan ja kasvunopeuden erot tekevät verrokkiparit huonosti verrattaviksi pitkään jatkuvan tutkimuksen aikana.

Onkin ehdotettu (Johnston Jr 1998, Baumrind 2000), että voitaisiin tutkia, kuinka kokeneet oikomishoidon klinikot tekevät omat johtopäätöksensä ja kuinka tätä päätösprosessia voitaisiin kehittää. Suomessa asiantuntijaryhmän mielipidettä on käytetty esimerkiksi Oikomishoitotyöryhmä -98:n raportin kokoamisessa (Vinkka-Puhakka ym. 1999), joka tämän selvityksen mukaan näytti olleen vaikuttamassa joka viidennessä toimintansa muuttaneessa terveyskeskuksessa.

Tutkimusnäyttö on kuitenkin vain yksi näyttöön perustuvan hoitopäätöksen teon osatekijöistä. Sen rinnalla tarvitaan edelleenkin kliinistä taitoa ja kokemusta, potilaan ongelmien perusteellista arviointia ja hänen toivomustensa ja tavoitteidensa huomioon ottamista (Needleman 2003). Tanskalainen Kamper-Jørgensen (2000) on kiteyttänyt asian niin, että julkisen terveydenhuollon kehittämiseen tarvitaan näyttöön perustuvan tiedon lisäksi myös niin sanottua ”hiljaista tietoa”, joka kertyy terveydenhuollon työntekijän omasta työkokemuksesta, paikallisten olojen tuntemuksesta, yhteistyökokemuksista oman ja muiden alojen asiantuntijoiden kanssa, potilailta saadusta palautteesta sekä itse eleyistä onnistumisen ja epäonnistumisen kokemuksista.

Vaikka pystyttäisiin löytämään selvää tutkimusnäyttöä tai hyvä yksimielisyys asiantuntijoiden kesken siitä, kuinka hoitokäytäntöjä tulee kehittää, käytäntöjä ohjaavien suositusten käyttöönotto arkielämän tilanteissa ei välttämättä ole yksinkertaista (O'Brien ym. 2000). Jos hammaslääkäreiden toimintakäytäntöihin halutaan muutoksia, ei pelkkä suositusten jakaminen riitä, vaan pääpaino tulee asettaa pyrkimykseen konkreettisten työtapojen muuttamiseksi. Vakiintuneiden hoitokäytäntöjen muuttaminen on yhtä paljon asenne- kuin tietokysymys, ja muutosten tueksi tarvitaan jatkuvaa täydennyskoulutusta, jossa otetaan huomioon hoitomenetelmien ja -tekniikkojen kehittyminen.

Yhteenveto ja johtopäätökset

1. Terveyskeskusten väliset erot oikomishoidon laajuudessa ovat kasvaneet vuoden 1992 tilanteeseen verrattuna.
2. Viimeksi kuluneiden 10 vuoden aikana osa terveyskeskuksista on lisännyt ja osa vähentänyt oikomishoitotoimintaa. Tärkeimpänä syynä vähentämiseen ovat olleet taloudelliset paineet ja aikuishoidon laajentaminen.
3. Oikomishoidon valintakäytännöt ovat lähes samat kuin vuonna 1992. Puolet terveyskeskuksista käyttää hoitoonvalinnassa samaa asteikkoa, mutta hoitoon pääsyyn oikeuttava pisteraja vaihtelee selvästi.
4. Vuoden 1992 tilanteeseen verrattuna monissa terveyskeskuksissa on varhennettu oikomishoidon aloitusikä ja lisätty oikomiskojevalikoimaa, erityisesti purennan ohjaimien käyttö on yleistynyt.
5. Oikomishoitotoiminnan seurantakäytännöt ovat kirjavat ja usein puutteelliset, ja erityisesti kustannustietojen seuranta on heikkoa.
6. Oikomishoidon järjestelyjen kehittämistä ja yhtenäistämistä pidetään tärkeänä ja oikomishoitoa koskevia suosituksia toivotaan melko yleisesti.
7. Lähes kaikki lääkärijohdon edustajat pitivät oikomishoitoa tarpeellisena suun terveydenhuollon osana.
8. Valtaosa sekä lääkärijohdon että hammashuollon johdon vastaajista piti oman terveyskeskuksensa oikomispalvelujen tarjontaa sopivana ja vain harva liian laajana tai liian niukkana.
9. Sekä terveyskeskusten lääkäri- ja hammashuollon johto että oikomishoidon erikoishammaslääkärit pitivät tärkeänä, että oikomishoidon tarpeen arvioinnin ja indikaatioiden määrittelyä täsmennetään ja hoitokäytäntöjen ja kojehoitojen tehokkuutta pitkällä aikavälillä seurataan ja selvitetään.
10. Oikomishoidon erikoishammaslääkärit pitivät tärkeänä, että peruskoulutettujen hammaslääkäreiden toteuttama oikomishoito perustuu erikoishammaslääkärin tekemään suunnitelmaan ja hoito myös suoritetaan erikoishammaslääkärin ohjauksessa.
11. Oikomishoidon erikoishammaslääkärit korostivat oikomishoitoon liittyvän koulutuksen tärkeyttä: perus- ja täydennyskoulutukseen kaivattiin lisää sisältöä ja laajuutta ja erikoistumiskoulutukseen lisää koulutuspaikkoja.
12. Jatkossa tarvitaan tutkimuksia, joissa verrataan eri tavalla toteutettavien oikomishoitojen vaikuttavuutta ja kustannuksia.

Suunnitelma selvityshankkeen jatkosta – eteneminen suosituksiin

Tämä kyselytutkimus on oikomishoidon kokonais selvityksen ensimmäinen vaihe ja sen tarkoituksena on ollut kartoittaa terveyskeskusten järjestämän lasten ja nuorten oikomishoidon nykyinen tilanne. Kokonais selvityksen tausta-aineistona tullaan ottamaan huomioon myös se tieto, joka on saatavissa muiden maiden hoitokäytännöistä ja -suosituksista.

Selvityshankkeen seuraavana vaiheena on kirjallisuuskatsaus, jonka kohdentamisessa käytetään hyväksi tämän kyselytutkimuksen avulla saatua toiminnan kokonaiskuva. Kirjallisuuskatsauksen avulla selvitetään, mitä näyttöasteeltaan hyvää tutkimustietoa oikomishoidon eri kysymyksistä on jo olemassa. Päähuomio kohdistetaan oikomishoidon tarpeen arvioinnin ja hoidon indikaatioiden määrittelyyn ja hoitokäytäntöjen vertailuun.

Kirjallisuuskatsaus tullaan tekemään yhteistyössä ruotsalaisen vuonna 2003 työnsä aloittaneen terveydenhuollon käytäntöjä arvioivan työryhmän kanssa (SBU Projektgrupp Ortodonti). Tästä kyselytutkimuksesta ja kirjallisuuskatsauksesta saadun tiedon perusteella tehdään johtopäätökset seuraavista kokonaisuuksista:

- Mikä on Suomen terveyskeskusten oikomishoitotoiminnan tavoite?
- Miten voidaan määritellä tavoiteltava oikomishoitotulos?
- Mitkä ovat näiden tavoitteiden kannalta käyttökelpoiset hoitoonvalinta- ja hoitokäytäntövaihtoehdot?
- Mikä on tavoitteiden kannalta sopiva työnjako ja hoidon porrastus?
- Kuinka asiakasnäkökulma voidaan huomioida hoitoprosessin eri vaiheissa?
- Minkälainen tulisi olla julkisen terveydenhuollon oikomishoitoa koskeva seuranta järjestelmä?
- Minkälaisin indikaattorein toimintaa voitaisiin vastaisuudessa arvioida?

Johtopäätösten avulla kootaan suosituksia terveyskeskusten oikomishoitojärjestelyjen yhtenäistämiseksi.

LÄHTEET

- Baumrind, S. (2000). Clinical research about clinical treatment: A new agenda for a new century. *Am J Orthod Dentofac Orthop.* 117:548–50.
- Bergström, K. (1996). Orthodontic care in Sweden. Outcome in three counties. Väitöskirja, Karolinska Institutet, Tukholma.
- Brook, P. H., Shaw, W. C. (1989). The development of an index of orthodontic treatment priority. *Eur J Orthod.* 11:309–20.
- Cohen, L. K. (1970). Social psychological factors associated with malocclusion. *Int Dent J.* 20:648–53.
- Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie (1996). Statement regarding early orthodontic treatment. *J orofac Orthop/Forschr Kieferorthop.* 57:15.
- DiBiase, A. (2002). The timing of orthodontic treatment. *Dent Update.* 29:234–41.
- Eduskunnan oikeusasiamiehen kertomus vuodelta 2001. www.eduskunta.fi/fakta/ea
- Espeland, L. V., Ivarsson, K., Stenvik, A. (1992). A new Norwegian index of orthodontic treatment need related to orthodontic concern among 11-year-olds and their parents. *Community Dent Oral Epidemiol.* 20:274–9.
- Gianelly, A. A. (1994). Growing: timing of treatment. *Angle Orthod.* 64:415–8.
- Gottlieb, E. G., Nelson, A. H., Vogels, D. S. (1987). J.C.O. Orthodontic practice study. *J Clin Orthod.* 21:507–15.
- Grainger, R. M. (1967). Orthodontic treatment priority index. *Vital Health Stat.* 2:1–49.
- Harrison, J. E., Ashby, D. (2001). Orthodontic treatment for posterior crossbites (Cochrane Review) *Cochrane Database Syst Rev.* 1:CD000979
- Heikinheimo, K. (1989). Need of orthodontic treatment and prevalence of craniomandibular dysfunction of Finnish children. Väitöskirja, Turun yliopisto.
- Heikinheimo, K. (2003). Henkilökohtainen tiedonanto.
- Helm, S. (1990). Reappraisal of the criteria for orthodontic treatment. Väitöskirja, Oslo yliopisto.
- Ireland, B., Harrison, J. E. (2003). What effect will evidence based dentistry have on clinical practice? In Clarkson, J., Harrison, J. E., Ismail, A. I., Needleman, I., Worthington, H. (Eds.) *Evidence based dentistry for effective practice.* Martin Duniz, Lontoo.
- Johnston, L. E. Jr. (1998). Let them eat cake: the struggle between form and substance in orthodontic clinical investigation. *Clin Orthod Res.* 2:88–93.
- Järvinen, S. (1999). Hampaiston oikomishoidon indikaatiot ja mahdollisuudet – näkökulma terveystieteiden hammashuollossa. Kirjallisuuskatsaus. *Stakes, Aiheita 7.* Helsinki.
- Järvinen, S., Widström, E. (2002). Determinants of costs of orthodontic treatment in the Finnish public health services. *Swed Dent J.* 26:41–9.
- Kamper-Jørgensen, F. (2000). Knowledge-base, evidence and evaluation in Public Health. *Scand J Public Health.* 28: 241–243.
- Kantola, A., Kautto, M. (2002). Hyvinvoinnin valinnat. Suomen malli 2000-luvulla. Helsinki 2002.
- Kloehn, S. J. (1950). Mixed dentition treatment. *Angle Orthod.* 20:75–96.
- Kluemper, G. T., Beeman, C. S., Hicks, E. P. (2000). Early orthodontic treatment: what are the imperatives? *J Am Dent Assoc.* 131:613–20.
- Kurol, J., Linder-Aronson, S., Meijer, M. (1983). Specialistbehovet i tandreglering. *Tandläkartidn.* 75:488–94.
- Linna, M., Nordblad, A., Koivu, M. (2003). Technical and cost efficiency of oral health care provision in Finnish health centres. *Soc Sci Med.* 56:343–53.
- Lundström, A. (1977). Need for treatment in cases of malocclusion. *Trans Eur Orthod Soc.* 111–23.
- Lääkintöhallitus. (1988). Hampaiston oikomishoidon järjestäminen. Lääkintöhallituksen ohjekirje nro 6, Helsinki.
- Miotti, F. A., Bolzan, M., Balestro, G., Manzini, P., Legnaro, G. (1993). Methods of assessing orthodontic treatment need. *Eur J Orthod.* 15:454.
- Mohlin, B., Kurol, J. (2003a). To what extent do deviations from an ideal occlusion constitute a health risk? *Swed Dent J.* 27:1–10.
- Mohlin, B., Kurol, J. (2003b). A critical view of treatment priority indices in orthodontics. *Swed Dent J.* 27:11–21.
- Moorrees, C. F. (1998). Thoughts on the early treatment of Class II malocclusion. *Clin Orthod Res.* 1:97–101.
- Needleman, I. (2003). Introduction to evidence based dentistry. In Clarkson, J., Harrison, J. E., Ismail, A. I., Needleman, I., Worthington,

- H. (Eds.) Evidence based dentistry for effective practice. Martin Duniz, Lontoo.
- Njio, B. J., Prahl-Andersen, B., ter Heege, G., Stenvik, A., Ireland, R. S. (Eds.) (2002). Quality of orthodontic care. A collaboration and responsibilities. IOS Press, Amsterdam.
- Nordblad, A., Varsio, S., Linna, M., Karhunen, T., Strömmer, P., Huhtala, S. (2002). SUHAT 2001 -pilottihanke. Suun terveydenhuollon haasteet. Hyviä tuloksia benchmarking-menetelmästä suun terveydenhuollossa. Stakes, Aiheita 28. Helsinki.
- Nurminen, L., Pietilä, T., Vinkka-Puhakka, H. (1999). Motivation for and satisfaction with orthodontic-surgical treatment. *Eur J Orthod.* 21:79-87.
- O'Brien, K. D., Shaw, W. C. (1988). Expanded function orthodontic auxiliaries; a proposal for their introduction in the UK. *Br J Orthod.* 15:281-6.
- O'Brien, K., Wright, J., Conboy, F. et al. (2000). The effect of orthodontic referral guidelines: a randomised controlled trial. *Br Dent J.* 188:392-7.
- Pietilä, T. (1998). Orthodontic care in Finnish health centres. Väitöskirja, Turun yliopisto.
- Pietilä, T., Pietilä, I., Widström, E., Varrela, J., Alanen, P. (1994). Hampaiden oikomishoito terveystieteissä. Stakes, Raportteja 154. Helsinki.
- Pietilä, T., Pietilä, I. (1996). Dental appearance and orthodontic services assessed by 15-16-year-old adolescents in Eastern Finland. *Community Dent Health.* 13:139-44.
- Pietilä, T., Pietilä, I., Varrela, J., Alanen, P. (2001). Terveystieteiden oikomishoidon kehittämisessä on todellisia haasteita. Suomen Hammaslääkl. N.s.Vol 8:346-50.
- Pirttiniemi, P., Kantomaa, T., Lahtela, P. (1990). Relationship between craniofacial and condyle path asymmetry in unilateral cross-bite patients. *Eur J Orthod.* 12:408-13.
- Proffit, W. R. (1994). Forty-year review of extraction frequencies at a university orthodontic clinic. *Angle Orthod.* 64:407-14.
- Richmond, S., Aylott, N. A. S., Panahei, M. E. S., Rolfe, B., Harzer, W., Tausche, E. (2001). A 2-center comparison of orthodontist's perceptions of orthodontic treatment difficulty. *Angle Orthod.* 71:404-10.
- Ryynänen, O. P., Myllykangas, M. (2000). Terveystieteiden etiikka. Arvot monimutkaisuuden maailmassa. WS Bookwell Oy, Juva.
- Schiffman, P. H., Tuncay, O. C. (2001). Maxillary expansion: a meta analysis. *Clin Orthod Res.* 4:86-96.
- Socialstyrelsen. (1967). Kungl. Medicinalstyrelsens cirkulär den 13 december 1967. MF nr 71.
- Solow, B. (1995). Guest editorial: orthodontic screening and third party financing. *Eur J Orthod.* 17:79-83.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2001). Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Selvityksiä 1.
- Svedström-Oristo, A.-L., Pietilä, T., Pietilä, I., Alanen, P., Varrela, J. (2000). Outlining the morphological characteristics of acceptable occlusion. *Community Dent Oral Epidemiol.* 28:35-41.
- Svedström-Oristo, A.-L., Pietilä, T., Pietilä, I., Alanen, P., Varrela, J. (2001). Morphological, functional and aesthetic criteria of acceptable mature occlusion. *Eur J Orthod.* 23:373-81.
- Svedström-Oristo, A. L., Pietilä, T., Pietilä, I., Helenius, H., Alanen, P., Varrela, J. (2002). Selection of criteria for assessment of occlusal acceptability. *Acta Odontol Scand.* 20:160-6.
- Utriainen, P., Sintonen, H., Widström, E. (1993). Terveystieteiden hammashuollon tuottavuus vuosina 1982 ja 1991. Hallinnon tutkimus. 12:235-40.
- Varrela, J., Alanen, P. (1995). Voidaanko hampaiden asentovirheitä ehkäistä? Suomen Hammaslääkl. N.s.Vol 2:951-4.
- Vinkka-Puhakka, H., Pietilä, T., Lundan, I., Nevas-te, R., Nordblad, A., Pöyry, M. (1999). Oikomishoito julkisessa terveydenhuollossa. Suosituksia toiminnan kehittämiseksi. Suomen Hammaslääkl. Suppl 17B.
- Widström, E., Utriainen, P., Pietilä, I. (1998). Suun terveydenhuollon palvelutarjonta terveystieteissä vuonna 1997. Stakes, Aiheita 31. Helsinki.

TERVEYSKESKUSTEN OIKOMISHOITOTOIMINTAA KOSKEVA KYSELY

Arvoisa terveystoiminnan johtaja, ylilääkäri tai johtava lääkäri

Kunnat tarjoavat oikomishoidon palveluita eri laajuudessa. Oikomishoidon järjestelyt, hoidon työvoimapanos, hoidon ajoitus ja kohdentuminen vaihtelevat myös voimakkaasti eri terveystoimintakeskuksissa.

Käsitellessään oikomishoitoa koskevia kanteluita eduskunnan apulaisoikeusasiamies on havainnut, että kunnissa on eriäviä näkemyksiä siitä, missä laajuudessa hampaiston oikomishoito kuuluu suun terveyden perusterveydenhuoltoon. Hänen mukaansa olisi perusteltua säätää asetuksella erityisesti lasten ja nuorten hyvän hammashoidon kannalta tarpeellisista toimenpiteistä mukaan lukien oikomishoito. Asian selvittämiseksi apulaisoikeusasiamies pitää vähimmäisvaatimuksena, että oikomishoidon järjestämisestä laaditaan valtakunnalliset hoitosuositukset.

Työryhmämme on lähtenyt yhteistyössä FinOHTAn (Stakesin Terveystoiminnan menetelmien arviointiyksikön) kanssa kartoittamaan terveystoimintakeskusten nykyistä oikomishoitoa. Tarkoituksena on saada riittävän tarkka kokonaiskuva hoitojärjestelyistä ja niiden vaihtelusta, jotta jatkossa voidaan laatia suosituksia hoidon järjestelyille.

Oikomishoitoa ja hoitokäytäntöjä koskevat kyselyt on lähetetty myös terveystoimintakeskusten yli-/johtaville/vastaaville hammaslääkäreille sekä kaikille työikäisille oikomishoidon erikoishammaslääkäreille.

Pyydämme palauttamaan oheisen kyselylomakkeen täytettynä 26.4.2002 mennessä osoitteella:

Kehittämispäällikkö Anne Nordblad, Stakes, PL 220, 00531 Helsinki

Toivomme, että suhtaudut myönteisesti kyselyymme. Mahdollisimman kattavien tietojen saaminen on omiaan edesauttamaan oikean ja ajan tasalla olevan kuvan kokoamista.

Kiitämme etukäteen yhteistyöstä!

Mikäli sinulla on kyselyyn tai lomakkeen täyttöön liittyviä kysymyksiä, voit ottaa yhteyttä EHL Terttu Pietilään puh. 040-7562 852 tai sähköpostilla: terttu.pietila@pp1.inet.fi.

Helsingissä 20.3.2002

Professori Pentti Alanen työryhmän puh.joht. Turun yliopisto	Kehittämispäällikkö Anne Nordblad Stakes	Ylilääkäri Ulla Idänpään-Heikkilä Stakes
Professori Juha Varrela Turun yliopisto	Dosentti Pertti Pirttiniemi Oulun yliopisto	HLT, EHL Johanna Kotilainen Helsingin terveystakeskus
Johtava hammaslääkäri Ilpo Pietilä Porin terveystakeskus	HLT, EHL Terttu Pietilä Porin terveystakeskus	

TERVEYSKESKUSTEN OIKOMISHOITOTOIMINTAA KOSKEVA KYSELY

Terveyskeskuksen johtavalle lääkärille/ylilääkärille/terveysjohtajalle osoitetut kysymykset:

Terveyskeskus _____ I_I_I_I

1. Minkälainen on oma käsityksesi hampaiston oikomishoidon merkityksestä osana terveyskeskuksen toimintaa?

- | | |
|-------------------------------|-----|
| a) välttämätöntä | I_I |
| b) tarpeellista | I_I |
| c) mahdollisesti tarpeellista | I_I |
| d) ei tarpeellista | I_I |
| e) en osaa sanoa | I_I |

2. Arvioi terveyskeskuksenne tämän hetkistä oikomishoidon palveluiden tarjontaa? Se on:

- a) supiva I_I b) liian niukka I_I c) liian laaja I_I

Onko oikomishoitotoiminnan laajuuteen tehty terveyskeskuksessanne olennaisia muutoksia viimeisten 5 vuoden kuluessa?

3. Ei I_I

4. Kyllä I_I a) oikomishoitotoimintaa on supistettu I_I
b) oikomishoitotoimintaa on laajennettu I_I

5. Jos järjestelyihin on tehty muutoksia, ovatko jotkin seuraavista tekijöistä vaikuttaneet asiaan? (Voit rastia useammankin vaihtoehdon, merkitse ne silloin tärkeysjärjestyksessä 1,2,3 jne.)

- | | |
|---|-----|
| a) oman terveyskeskuksen hammashuollon tekemä aloite | I_I |
| b) lasten vanhempien tekemä aloite | I_I |
| c) kuntalaisten tekemä aloite | I_I |
| d) luottamusmiesten tekemä aloite | I_I |
| e) terveyskeskuksiin jaettu Oikomishoitotyöryhmä -98:n raportti | I_I |
| f) Dialogi- ja Kuntalehdessä käyty keskustelu | I_I |
| g) taloudelliset paineet | I_I |
| h) aikuishammashoidon laajentaminen | I_I |
| i) jokin muu syy, mikä _____ | |

6. Tarvitaanko mielestäsi terveyskeskuksenne oikomishoitojärjestelyihin muutoksia? Kyllä I_I Ei I_I

7. Jos vastasit kyllä, kerro mitä muutoksia? _____

8. Onko terveyskeskuksessanne tehty viranomaispäätöksiä hammashuollon priorisoinnin periaatteista? Kyllä I_I Ei I_I

9. Jos on; kuka teki priorisointipäätökset?

10. Jos on, keiden hoitoa on priorisoidaan?

- | | |
|--|-----|
| a) lasten ja nuorten | I_I |
| b) maksavien aikuisten | I_I |
| c) jonkin muun ryhmän;
– keiden hoitoa? | I_I |

11. Jos on; miten priorisointi tapahtuu

12. Mikä on käsityksesi ostopalvelujen käytöstä oikomishoidossa?

- | | |
|-------------------------------|-----|
| a) Pääasiallisesti myönteinen | I_I |
| b) Pääasiallisesti kielteinen | I_I |

Kommentti _____

13. Mikä on käsityksesi kuntien/kuntayhtymien yhteistyöstä oikomishoidon järjestämisessä?

- | | |
|-------------------------------|-----|
| a) Pääasiallisesti myönteinen | I_I |
| b) Pääasiallisesti kielteinen | I_I |

Kommentti _____

14. Mistä oikomishoitoa koskevista kysymyksistä tulisi mielestäsi saada lisää tutkimustietoa?

15. Tilaa lisäkommenteille ja ehdotuksille:

Kiitos vastauksistasi!

TERVEYSKESKUSTEN OIKOMISHOITOTOIMINTAA KOSKEVA KYSELY

Arvoisa ylihammaslääkäri, johtava tai vastaava hammaslääkäri

Käsitellessään oikomishoitoa koskevia kanteluita eduskunnan apulaisoikeusasiamies on havainnut, että kunnissa on eriäviä näkemyksiä siitä, missä laajuudessa hampaiston oikomishoito kuuluu suun terveyden perusterveydenhuoltoon. Hänen mukaansa olisi perusteltua säätää asetuksella erityisesti lasten ja nuorten hyvän hammashoidon kannalta tarpeellisista toimenpiteistä mukaan lukien oikomishoito. Asian selvittämiseksi apulaisoikeusasiamies pitää vähimmäisvaatimuksena, että oikomishoidon järjestämisestä laaditaan valtakunnalliset hoitosuositukset.

Työryhmämme on yhteistyössä FinOHTAn (Stakesin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen) kanssa ryhtynyt kartoittamaan terveyskeskusten nykyistä oikomishoitoa: hoidon laajuutta, ajoitusta ja kohdentumista, käytettyä työvoimapanosta ja kojehoitokäytäntöjä. Tämä on ensimmäinen vaihe suunnitelluissamme laatia oikomishoitoa koskeva HTA-selvitys (Health Care Technology Assessment). Tarkoituksena on saada riittävän tarkka kokonaiskuva nykyisistä hoitojärjestelyistä ja niiden vaihtelusta. Tämän jälkeen voidaan lähteä etsimään tietoa, jonka pohjalta on mahdollista rakentaa suosituksia hoidon järjestelyille.

Toimintatiedot pyydämme ilmoittamaan vuoden 2001 tilanteen mukaan. Laajemman näkökulman saamiseksi kysymme lisäksi joitakin tietoja viime vuosien muutoshistoriasta ja mahdollisista priorisointilinjauksista. Eräiden hoitojärjestelyjen yksityiskohtia koskevien kysymysten kohdalla vastaaminen saattaa vaatia yhteistyötä terveyskeskuksen oikomishoitoa vastaavan henkilön kanssa.

Huom! Tutustu ohessa lähetettyihin täyttöohjeisiin ennen kuin vastaat kysymyksiin.

Riittävän laajan kokonaiskuvan saamiseksi on oikomishoitoa koskevaa päätöksentekoa kartoittava kysely lähetetty samanaikaisesti myös terveyskeskusten terveysjohtajalle/johtavalle lääkärille/ylilääkärille. Tämän lisäksi oikomishoidon käytäntöjä koskeva kysely on lähetetty myös kaikille työikäisille oikomishoidon erikoishammaslääkäreille.

Pyydämme, että palautat kyselylomakkeen täytettynä 26.4.2002 mennessä osoitteella:

Kehittämispäällikkö Anne Nordblad, Stakes, PL 220, 00531 Helsinki

Toivomme, että suhtaudut myönteisesti kyselyymme. Mitä useampi vastaaja palauttaa lomakkeen, sitä täydellisempi kokonaiskuva saadaan tämän hetken käytännöistä ja niitä ohjaavista käsityksistä. Toivomme myös, että annat kommentteja ja evästystä työryhmän vaikealle ja haasteelliselle työlle joko lomakkeen kommenttiosiossa tai erillisellä liitteellä. Kiitämme etukäteen yhteistyöstä!

Mikäli sinulla on kyselyyn tai lomakkeen täyttöön liittyviä kysymyksiä, voit ottaa yhteyttä Terttu Pietilään puh. 040-7562 852 tai sähköpostilla: terttu.pietila@pp1.inet.fi.

Helsingissä 20.3.2002

Työryhmä:

Professori Pentti Alanen työryhmän puh.joht. Turun yliopisto	Professori Juha Varrela Turun yliopisto	Kehittämispäällikkö, dosentti Anne Nordblad Stakes
	Dosentti Pertti Pirttiniemi Oulun yliopisto	HLT, EHL Johanna Kotilainen Helsingin terveystakeskus
	Johtava hammaslääkäri Ilpo Pietilä Porin terveystakeskus	HLT, EHL Terttu Pietilä Porin terveystakeskus

TERVEYSKESKUSTEN OIKOMISHOITOTOIMINTAA KOSKEVA KYSELY

Täyttöohjeet lomakkeeseen:

Terveyskeskuksen johtavalle/vastaavalle/ylihammaslääkärille osoitetut kysymykset:

Yleisesti:

- Kun täytät lukuja niille tarkoitettuihin ruudukoihin, laita aina ykkösluvut oikeanpuoleisimpaan ruutuun, kymmenet toiseen ruutuun oikealta jne.
- Muissa kysymyksissä, laita rasti sopivimman vaihtoehdon kohdalle.

Yksittäiset kysymyskohdat:

Kohta 1: Ilmoita tässä terveyskeskuksen tai kuntayhtymän virallinen nimi.

Kohta 9: Tässä ja myöhemmissä yhteyksissä nimityksellä **suuhygienisti** tarkoitetaan myös hammashuoltajia.

Kohdat 20–24: Oikomispotilaalla tarkoitetaan potilasta, jolla on vuonna 2001 ollut käytössään joko kiinteä tai irrotettava oikomiskoje. Näissä kohdissa kysytään vain omana toimintana hoidettujen lasten määrää.

Kohta 28: Ilmoita ostopalveluna hoidettujen oikomispotilaiden määrä tässä.

Kohdat 38,43,46 ja 49: Voit tarvittaessa ilmoittaa työpanoksen yhden desimaalin tarkkuudella.

Kohta 50: Jos mahdollista, liitä vastaukseesi kopio käyttämistänne seulontaohjeista.

Kohta 55: Jos mahdollista, liitä vastaukseesi kopio käyttämistänne kriteeristöstä.

TERVEYSKESKUSTEN OIKOMISHOITOTOIMINTAA KOSKEVA KYSELY

Terveyskeskuksen johtavalle/vastaavalle/ ylihammaslääkärille osoitetut kysymykset:

Terveyskeskuskohtaiset tiedot:

1. Terveyskeskuksen nimi _____ I I I I
2. Lääni:
Etelä-Suomi I_I Länsi-Suomi I_I Itä-Suomi I_I Oulu I_I Lappi I_I
3. Terveyskeskuksen koko väestöpohja 31.12.2000
I I I I I I I
4. 0–18-vuotiaan väestön kokonaismäärä 31.12.2000 I I I I I I I
5. Hammaslääkäreiden määrä;
täytetyt virka- ja työsuhteiset 31.12.2001 I I I I
6. joista kokopäivätoimisia I I I I
7. joista osa-aikaisia I I I I
8. Hammaslääkäreiden toteutuneet työkuukaudet v. 2001
(lomat, erilaiset vapaat ja pitkät sairauslomat poislukien) I I I I I
9. Suuhygienistien määrä;
täytetyt virka- ja työsuhteiset 31.12.2001 I I I I
10. joista kokopäivätoimisia I I I I
11. joista osa-aikaisia I I I I
12. Suuhygienistien toteutuneet työkuukaudet v. 2001
(lomat, erilaiset vapaat ja pitkät sairauslomat poislukien) I I I I I
13. Hammashoitajien määrä;
täytetyt virka- ja työsuhteiset 31.12.2001 I I I I
14. joista kokopäivätoimisia I I I I
15. joista osa-aikaisia I I I I
16. Hammashoitajien toteutuneet työkuukaudet v. 2001
(lomat, erilaiset vapaat ja pitkät sairauslomat poislukien) I I I I I

Oikomishoidon laajuus ja peittävyys, ilmoita kaikki toimintatiedot vuodelta 2001:

17. 0–18-vuotiaiden kaikkien hammashoitokäyntien määrä
(oma toiminta) I I I I I I I
18. 0–18-vuotiaiden oikomishoitokäyntien määrä
(oma toiminta) I I I I I I I
19. 0–18-vuotiaiden oikomishoidon ostopalvelukäyntien määrä I I I I I I I
20. Oikomishoitopotilaiden yhteenlaskettu kokonaismäärä I I I I I I I
21. Oikomishoitopotilaiden kokonaismäärä ikäryhmissä
4–6-vuotiaat I I I I I I I
22. Oikomishoitopotilaiden kokonaismäärä ikäryhmissä
7–9-vuotiaat I I I I I I I
23. Oikomishoitopotilaiden kokonaismäärä ikäryhmissä
10–13-vuotiaat I I I I I I I
24. Oikomishoitopotilaiden kokonaismäärä ikäryhmissä
14–18-vuotiaat I I I I I I I
25. Aloitetujen oikomiskojehoitojen kokonaismäärä I I I I I I I
26. Valmiiksi merkittyjen oikomishoitosten kokonaismäärä I I I I I I I
– Kerro, miten terveyskeskuksessanne on määritelty
valmiiksi hoidettu oikomispotilas? _____
-
27. Hankitaanko oikomishoitopalveluja ostopalveluna? kyllä I_I ei I_I
28. – Jos vastasit kyllä, mikä oli ostopalvelun laajuus oikomispotilaiden
lukumäärän mukaan vuonna 2001 I I I I
29. Oliko terveyskeskuksenne lähialueella saatavilla yksityisiä oikomishoitopal-
veluja vuonna 2001?
kyllä, hyvin I_I kyllä, jonkin verran I_I ei I_I

Oikomishoidon kustannukset, markkoina vuoden 2001 tilinpäätöstietojen mukaan :

30. Hammashuollon hoitokäynnin bruttohinta	I I I I I
31. Hammashuollon hoitokäynnin nettohinta	I I I I I
32. Oikomishoidon laboratoriokustannukset	I I I I I I I I
33. Oikomishoidon konsultaatiokustannukset	I I I I I I I I
34. Oikomishoidon ostopalvelukustannukset	I I I I I I I I

Oikomishoidon työnjako:

35. Onko terveyskeskuksessa nimetty oikomishoitotoiminnasta vastaava henkilö?	kyllä I_I ei I_I
36. – Jos on, onko hän oikomishoidon erikoishammaslääkäri	kyllä I_I ei I_I
37. Onko terveyskeskuksella oma oikomishoidon erikoishammaslääkäri/-lääkäreitä?	kyllä I_I ei I_I
38. – Jos vastasit kyllä, arvioi ko. työpanos kokopäiväviroiksi muutettuna?	I_I_I, I_I
39. Onko terveyskeskuksella konsultoiva oikoja?	kyllä I_I ei I_I
40. – Jos vastasit kyllä, mikä on hänen vuosittainen työpanoksensa kokonaisina työpäivinä?	I_I_I_I
41. Osallistuvatko peruskoulutetut hammaslääkärit oikomishoitojen suorittamiseen?	kyllä I_I ei I_I
42. – Jos osallistuvat, kuinka moni hammaslääkäri?	I_I_I
43. ja arvio heidän yhteenlasketusta oikomishoitoon kuluva työpanoksestaan kokopäiväviroiksi muutettuna?	I_I_I, I_I
44. Suorittavatko suuhygienistit itsenäisesti oikomishoidon toimenpiteitä?	kyllä I_I ei I_I
45. – Jos suorittaa, kuinka moni hammashuoltaja	I_I_I
46. ja arvio heidän yhteenlasketusta oikomishoitoon kuluva työpanoksestaan kokopäiväviroiksi muutettuna?	I_I_I, I_I
47. Suorittavatko hammashoitajat itsenäisesti oikomishoidon toimenpiteitä?	kyllä I_I ei I_I
48. – Jos suorittaa, kuinka moni hammashoitaja?	I_I_I
49. ja arvio heidän yhteenlasketusta oikomishoitoon kuluva työpanoksestaan kokopäiväviroiksi muutettuna?	I_I_I, I_I

Oikomishoitoon valinta:

50. Onko terveyskeskuksessa käytössä yhteiset, kirjalliset seulontaohjeet?
kyllä I_I ei I_I
51. Käytetäänkö potilasvalinnassa Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä 6/1988 suositeltua 10-portaista priorisointitaulukkoa?
kyllä I_I ei I_I
52. – Jos käytetään, kuka pisteyttää potilaat ja missä vaiheessa valintaa?

53. – Jos käytetään, mikä on alin pistemäärä, jolla pääsi hoitoon v. 2001?
I_I_I
54. – Ellei 10-portaista käytetä, käytetäänkö jotain muuta yhteistä kriteeristöä?
kyllä I_I ei I_I
55. – Jos vastasit kyllä, kerro mitä kriteeristöä? _____

56. Onko oikomishoitoon pääsulle asetettu ehdoton yläikäraja?
ei I_I kyllä I_I, mikä I_I_I
57. Onko terveyskeskuksessa käytössä jonotuslista oikomishoitopotilaille?
kyllä I_I ei I_I
58. – Jos on, keskimääräinen odotusaika on I_I_I_I kk
59. – Jos on, jonossa oli 31.12.2001 potilaita I_I_I_I_I kpl

Oikomiskojeikäytännöt:

Jos/kun terveyskeskuksessanne aloitetaan oikomishoito 4–6-vuotiaiden ryhmässä, mainitse kolme yleisimmin käytettyä kojetta

60. 1. _____
61. 2. _____
62. 3. _____

Jos/kun terveyskeskuksessanne aloitetaan oikomishoito 7-9-vuotiaiden ryhmässä, mainitse kolme yleisimmin käytettyä kojetta

63. 1. _____
64. 2. _____
65. 3. _____

Jos/kun terveyskeskuksessanne aloitetaan oikomishoito 10-13-vuotiaiden ryhmässä, mainitse kolme yleisimmin käytettyä kojetta

66. 1. _____
67. 2. _____
68. 3. _____

Jos/kun terveystieteidenkeskuksessanne aloitetaan oikomishoito 14-18-vuotiaiden ryhmässä, mainitse kolme yleisimmin käytettyä kojetta

69. 1. _____
 70. 2. _____
 71. 3. _____

Onko oikomishoitokojeiden käytössä tapahtunut oleellisia muutoksia 5 ja 10 viime vuoden aikana?

72. a) vuosina 1997–2001? kyllä I_I ei I_I

73. – Jos on, mitä muutoksia _____

74. b) vuosina 1992–1996? kyllä I_I ei I_I

75. – Jos on, mitä muutoksia _____

Oikomishoitopalveluiden tarjonta ja siinä mahdollisesti tapahtuneet muutokset:

76. Arvioi terveystieteidenkeskuksenne tämän hetkistä oikomishoitopalveluiden tarjontaa? Se on:

- a) sopiva I_I b) liian niukka I_I c) liian laaja I_I

Onko oikomishoidon tarjonnassa/laajuudessa tapahtunut oleellisia muutoksia 5 ja 10 viime vuoden aikana?

77. a) vuosina 1997–2001? kyllä I_I ei I_I

78. – Jos on, mitä muutoksia _____

79. b) vuosina 1992–1996? kyllä I_I ei I_I

80. – Jos on, mitä muutoksia _____

81. Jos oikomisjärjestelyihin on tehty muutoksia, ovatko jotkin seuraavista tekijöistä vaikuttaneet asiaan? (Voit rastia useammankin vaihtoehdon, merkitse ne silloin tärkeys-järjestyksessä 1,2,3 jne.)

- a) oman terveystieteidenkeskuksen hammashuollon tekemä aloite I_I
 b) lasten vanhempien tekemä aloite I_I
 c) kuntalaisten tekemä aloite I_I
 d) luottamusmiesten tekemä aloite I_I
 e) terveystieteidenkeskuksiin jaettu Oikomishoitotyöryhmä -98:n raportti I_I
 f) Dialogi- ja Kuntalehdessä käyty keskustelu I_I

- g) taloudelliset paineet I_I
 h) aikuishammashoidon laajentaminen I_I
 i) jokin muu syy, mikä _____

Onko vuosina 1997–2001 terveyskeskukseenne tullut / terveyskeskustanne koskien tehty oikomishoitoon pääsyyn liittyviä:

82. – kirjallisia asiakasvalituksia tai muistutuksia vastaavalle hammaslääkärille, terveyslautakunnalle tai hallitukselle
 ei I_I kyllä I_I , arvioi kuinka monta? I_I_I_I_I
 83. – kanteluita ylemmille hallintoviranomaisille
 ei I_I kyllä I_I , arvioi kuinka monta? I_I_I_I_I

84. Onko terveyskeskuksessanne tehty päätöksiä hammashuollon priorisoinnin periaatteista? ei I_I kyllä I_I

85. Jos on; kuka teki priorisointipäätökset?

86. Jos on, keiden suun terveydenhoitoa on priorisoidaan?

- a) lasten ja nuorten I_I
 b) maksavien aikuisten I_I
 c) jonkin muun ryhmän; I_I
 – keiden hoitoa?

87. Jos on; miten priorisointi tapahtuu?

88. Mitä oikomishoitotoimintaa kuvaavia keskeisiä tietoja terveyskeskuksessanne tilastoidaan/seurataan vuosittain?

89. Mistä oikomishoitoa koskevista kysymyksistä tulisi mielestäsi saada lisää tutkimustietoa?

90. Tilaa lisäkommenteille ja ehdotuksille (jatka tarvittaessa kääntöpuolelle tai liitteellä):

Kiitos vastauksistasi!

VALTAKUNNALLINEN OIKOMISHOITOA KOSKEVA KYSELY OIKOMISHOIDON ERIKOISHAMMAS- LÄÄKÄREILLE

Arvoisa oikomishoidon erikoishammaslääkäri

Oikomishoitoa koskevia kanteluita käsitellessään eduskunnan apulaisoikeusasiamies on havainnut, että kunnissa on eriäviä näkemyksiä siitä, missä laajuudessa hampaiston oikomishoito kuuluu suun terveyden perusterveydenhuoltoon. Hänen mukaansa olisi perusteltua säätää asetuksella erityisesti lasten ja nuorten hyvän hammashoidon kannalta tarpeellisista toimenpiteistä mukaan lukien oikomishoito. Asian selvittämiseksi apulaisoikeusasiamies pitää vähimmäisvaatimuksena, että oikomishoidon järjestämisestä laaditaan valtakunnalliset hoitosuosituksen.

Työryhmämme on lähtenyt yhteistyössä FinOHTAn (Stakesin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen) kanssa kartoittamaan käytössä olevia oikomishoitoikäytäntöjä sekä oikomishoitoa ohjaavaa ammattikäsitystä. Tämä on ensimmäinen vaihe suunnitelmassamme laatia oikomishoitoa koskeva HTA-selvitys (Health Care Technology Assessment). Tarkoituksena on saada riittävän tarkka kokonaiskuva nykyisistä hoitojärjestelyistä ja niiden vaihtelusta. Tämän jälkeen voidaan lähteä etsimään tietoa, jonka pohjalta on mahdollista rakentaa suosituksia hoidon järjestelyille.

Tämä kysely on lähetetty kaikille Suomessa asuville työikäisille hampaiston oikomishoidon erikoishammaslääkäreille. Lisäksi terveyskeskuksiin on lähetetty kaksi kyselyä: toinen hammashuollosta vastaavalle hammaslääkärille ja toinen koko terveydenhuollosta vastaavalle lääkärille. Niiden kyselyjen tavoitteena on kartoittaa terveyskeskusten oikomishoitotoimintaa: hoidon laajuutta, ajoitusta ja kohdentumista, käytettyä työvoimapanosta ja kojehoitokäytäntöjä sekä sitä päätösilmapiiriä, joka ohjaa julkisia oikomishoitojärjestelyjä.

Saadut vastaukset käsitellään nimettöminä. Lomakkeet on numeroitu pelkästään mahdollisesti tarvittavien muistutuskirjeiden lähettämistä varten.

HUOM! Jos et ole ollut enää vuoden 2001 aikana mukana työelämässä, rastita asiasta kertova alakohta kysymyksestä 1 ja palauta lomake siinäkin tapauksessa. Voit toki täyttää lomakkeen siitä huolimatta soveltuvilta osin, jos haluat osallistua oikomishoitoa koskevaan keskusteluun omalta osaltasi.

Pyydämme palauttamaan kyselylomakkeen täytettynä 26.4.2002 mennessä osoitteella:

Kehittämispäällikkö Anne Nordblad, Stakes, PL 220, 00531 Helsinki

Toivomme, että suhtaudut myönteisesti kyselyymme. Mitä useampi vastaaja palauttaa lomakkeen, sitä täydellisempi kokonaiskuva saadaan tämän hetken käytännöistä ja niitä ohjaavista käsityksistä. Toivomme myös, että annat kommentteja ja evästyttä työryhmän vaikealle ja haasteelliselle työlle joko lomakkeen kommenttiosiossa tai erillisellä liitteellä.

Kiitämme etukäteen yhteistyöstä!

Mikäli sinulla on kyselyyn tai lomakkeen täyttöön liittyviä kysymyksiä, voit ottaa yhteyttä Terttu Pietilään puh. 040-7562 852 tai sähköpostilla: terttu.pietila@pp1.inet.fi.

Helsingissä 20.3.2002

Työryhmä:

Professori
Pentti Alanen
työryhmän puh.joht.
Turun yliopisto

Professori
Juha Varrela
Turun yliopisto

Kehittämispäällikkö, dosentti
Anne Nordblad
Stakes

Dosentti
Pertti Pirttiniemi
Oulun yliopisto

HLT, EHL
Johanna Kotilainen
Helsingin terveystieteiden keskus

Johtava hammaslääkäri
Ilpo Pietilä
Porin terveystieteiden keskus

HLT, EHL
Terttu Pietilä
Porin terveystieteiden keskus

I_I_I_I

Valtakunnallinen oikomishoitoa koskeva kysely oikomishoidon erikoishammaslääkäreille:

Kuvaile omaa ammattiprofiliasi ja toiminta-alueitasi:

1. Missä läänissä/lääneissä toimit?
Etelä-Suomi I_I Länsi-Suomi I_I Itä-Suomi I_I Oulu I_I Lappi I_I
– En ole ollut enää mukana työelämässä (hml:nä) vuoden 2001 aikana. I_I
2. Minä vuonna olet erikoistunut oikomishoitoon? I_I_I_I_I
3. Missä yliopistossa olet erikoistunut? _____
4. Toimitko kliinisessä potilastyössä? kyllä I_I ei I_I
5. Arvioi, kuinka suuri osuus potilaistasi vuonna 2001 oli oikomishoitopotilaita? I_I_I %

*Kuvaa tarkemmin omaa työnkuvaasi vuoden 2001 tilanteen mukaisesti:
(ilmoita kaikki työhösi liittyvät tehtävät, ei pelkästään päätyötä)*

6. toimin terveystieteiden osastona työajan ollessa keskimäärin I_I_I tuntia/viikossa
7. toimin yksityisenä oikojana työajan ollessa keskimäärin I_I_I tuntia/viikossa
8. toimin oikojana sairaalassa työajan ollessa keskimäärin I_I_I tuntia/viikossa
9. toimin kliinisenä opettajana työajan ollessa keskimäärin I_I_I tuntia/viikossa
10. toimin tutkijana työajan ollessa keskimäärin I_I_I tuntia/viikossa
11. toimin terveystieteiden osaston oikomishoidon konsulttina keskimäärin I_I_I_I pv/vuosi
12. toimin terveystieteiden osaston kanssa yhteistyössä tarjoten ostopalveluja I_I
– ostopalvelupotilaiden lukumäärän ollessa vuonna 2001 n. I_I_I_I kpl

Julkisuudessa on käyty viimeaikoina paljonkin keskustelua oikomishoidon ajoituksesta. Mitkä ovat mielipiteesi seulonnan ja hoidon tarpeen arvioinnin sekä hoidon ajoituksesta? Älä ajattele oman työpaikkasi nykykäytäntöjä, vaan kuvitteellista tilannetta, jossa ajoitus voitaisiin järjestää juuri sinun toivomallasi tavalla.

13. Missä iässä/ kehitysvaiheessa haluaisit itse mieluiten päästä arvioimaan purennan tilannetta?
 – ensimmäisen kerran? I_I_I vuoden iässä _____

14. – mahdollisesti toisen kerran? I_I_I –vuoden iässä _____

15. – mahdollisesti kolmannen kerran? I_I_I –vuoden iässä _____

Mitä purennan poikkeamia tulisi mielestäsi hoitaa:

16. maitohampaistovaiheessa? _____

17. I vaihdunnan alkuvaiheessa? _____

18. I vaihdunnan loppuvaiheessa? _____

19. II vaihdunnan alussa? _____

20. pysyvässä hampaistossa? _____

21. kasvun päätyttyä? _____

Kerro nyt, miten oikomishoidon ajoitus oli todellisuudessa järjestetty omalla työ- tai konsultaatiopaikallasi/-paikoillasi vuonna 2001.

22. Teitkö ja/tai delegoitko oikomishoitoa, joka aloitettiin 4–6-vuotiaiden ikäryhmässä?
 tein ja/tai delegoin I_I en tehnyt/delegoinut I_I
23. Mikä olivat silloin yleisimmät pääasialliset diagnoosit/oikomishoidon syyt?
 Mainitse kolme yleisintä syytä.
1. _____
 2. _____
 3. _____

24. – Jos itse suoritit hoitoa 4–6-vuotiaiden ryhmässä, luettele kolme yleisimmin käyttämäsi kojetta
1. _____
 2. _____
 3. _____
25. – Jos suunnittelit peruskoulutetun hammaslääkärin suoritettavaksi tarkoitettua hoitoa 4–6-vuotiaiden ryhmässä, luettele kolme yleisimmin käytettyä kojetta
1. _____
 2. _____
 3. _____
26. Teitkö ja/tai delegoitko oikomishoitoa, joka aloitettiin 7–9-vuotiaiden ikäryhmässä?
tein ja/tai delegoin I_I en tehnyt/delegoinut I_I
27. Mikä olivat silloin yleisimmät pääasialliset diagnoosit/oikomishoidon syyt? Mainitse kolme yleisintä syytä.
1. _____
 2. _____
 3. _____
28. – Jos itse suoritit hoitoa 7–9-vuotiaiden ryhmässä, luettele kolme yleisimmin käyttämäsi kojetta
1. _____
 2. _____
 3. _____
29. – Jos suunnittelit peruskoulutetun hammaslääkärin suoritettavaksi tarkoitettua hoitoa 7–9-vuotiaiden ryhmässä, luettele kolme yleisimmin käytettyä kojetta
1. _____
 2. _____
 3. _____
30. Teitkö ja/tai delegoitko oikomishoitoa, joka aloitettiin 10–13-vuotiaiden ikäryhmässä?
tein ja/tai delegoin I_I en tehnyt/delegoinut I_I
31. Mikä olivat silloin yleisimmät pääasialliset diagnoosit/oikomishoidon syyt? Mainitse kolme yleisintä.
1. _____
 2. _____
 3. _____

32. – Jos itse suoritit hoitoa 10–13-vuotiaiden ryhmässä, luettele kolme yleisimmin käyttämäsi kojetta
1. _____
 2. _____
 3. _____
33. – Jos suunnittelit peruskoulutetun hammaslääkärin suoritettavaksi tarkoitettua hoitoa 10–13-vuotiaiden ryhmässä, luettele kolme yleisimmin käytettyä kojetta
1. _____
 2. _____
 3. _____
34. Teitkö ja/tai delegoitko oikomishoitoa, joka aloitettiin 14–18-vuotiaiden ikäryhmässä?
tein ja/tai delegoin I_I en tehnyt/delegoinut I_I
35. Mikä olivat silloin potilaan pääasialliset diagnoosit/oikomishoidon syyt? Mainitse kolme yleisintä.
1. _____
 2. _____
 3. _____
36. – Jos itse suoritit hoitoa 14–18-vuotiaiden ryhmässä, luettele kolme yleisimmin käyttämäsi kojetta
1. _____
 2. _____
 3. _____
37. – Jos suunnittelit peruskoulutetun hammaslääkärin suoritettavaksi tarkoitettua hoitoa 14–18-vuotiaiden ryhmässä, luettele kolme yleisimmin käytettyä kojetta
1. _____
 2. _____
 3. _____

Viime aikoina on julkisuudessa keskusteltu myös oikomishoidon työmenetelmistä ja hoitokäytännöistä. Onko sinun omissa hoitokäytännöissäsi tapahtunut muutoksia viimeisen 10 vuoden aikana?

38. kyllä I_I ei I_I

39. – Jos vastasit kyllä, kuvaile, minkälaisia muutoksia _____

40. – Minkä vuoksi olet tehnyt kertomiasi muutoksia? _____

Hammashuoltoa koskevassa keskustelussa on yleisesti kiinnitetty huomiota työnjakoon ja sen kehittämiseen. Miten oikomishoidon työjakoa kannattaisi mielestäsi kehittää?

41. Oikomishoidon erikoishammaslääkärin työpanosta pitäisi :

käyttää kuten nykyisin I_I

lisätä vielä nykyisestä I_I tarkenna, miten _____

vähentää nykyisestä I_I tarkenna, miten _____

42. Peruskoulutetun hammaslääkärin työpanosta pitäisi:

käyttää kuten nykyisin I_I

lisätä vielä nykyisestä I_I tarkenna, miten _____

vähentää nykyisestä I_I tarkenna, miten _____

43. Suuhygienistin/hammashuoltajan työpanosta pitäisi:

käyttää kuten nykyisin I_I

lisätä vielä nykyisestä I_I tarkenna, miten _____

vähentää nykyisestä I_I tarkenna, miten _____

44. Hammashoitajan työpanosta pitäisi:

käyttää kuten nykyisin I_I

lisätä vielä nykyisestä I_I tarkenna, miten _____

vähentää nykyisestä I_I tarkenna, miten _____

*Julkisessa keskustelussa on viime aikoina usein puhuttu terveydenhuolto-
palvelujen laadusta ja sen kehittamisestä. Mikä on käsityksesi oikomishoidon/
oikomishoitojärjestelyjen laatuksymyksistä tänä päivänä?*

45. Missä asioissa näet oikomishoidon laadun olevan hyvää?

46. Missä oikomishoitoon liittyvissä asioissa katsoisit erityisesti olevan tarvetta
laadun kehittämiseen?

47. Mikä on mielestäsi tärkein oikomishoitoa ja oikomishoitojärjestelyjä koske-
va asia, joka vaatisi korjausta koko maan osalta?

48. Miten se voitaisiin mielestäsi parhaiten korjata?

49. Mitä muita mahdollisia muutoksia toivoisit tehtävän koko Suomen oikomis-
hoitojärjestelyissä?

50. Mitä muutoksia toivoisit tehtävän nimenomaan terveyskeskusten oikomis-
hoitojärjestelyissä?

51. Mistä oikomishoitoa koskevista kysymyksistä tulisi mielestäsi saada lisää tutkimustietoa?

52. Tilaa kommenteille ja ehdotuksille (jatka tarvittaessa kääntöpuolelle tai liitteellä):

Kiitos vastauksistasi!