

Oikomishoidon käytännöt ja toteutuminen Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella vuonna 2017

Lähtökohdat

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää oikomishoidon käytäntöjä sekä toteutumista KYSin erityisvastuualueella vuonna 2017.

Menetelmät

Aineisto kerättiin erillisten sähköisten kyselyjen avulla oikomishoidon erikoishammaslääkäreiltä, johtavilta/vastaavilta hammaslääkäreiltä sekä julkisessa suun terveydenhuollossa toimivilta peruskoulutetuilta hammaslääkäreiltä.

Tulokset

Kyselyyn vastasivat ahkerimmin oikomishoidon erikoishammaslääkärit (71 %). Puolet heistä oli sitä mieltä, että heidän työpanostaan tulisi käyttää tulevaisuudessa nykyiseen tapaan. Konsultoivaa työtä haluaisi tehdä enemmän 78 % vastanneista ja suorittavaa työtä 56 %. Suuressa osassa vastauksista toivottiin lisää apuioikojia. Vastanneista peruskoulutetuista hammaslääkäreistä 42 % teki oikomishoitoa; 38 % toimi kokoaikaisina apuioikojina. Perushammaslääkäreistä 97 % oli sitä mieltä, että oikomishoitopalvelut toimivat heidän yksikössään hyvin. Johtavista/vastaavista hammaslääkäreistä 75 % koki, että oikomishoidon tarjonta oli heidän yksikössään sopiva, ja kaikkien mielestä oikomishoitopalvelut toimivat hyvin. Hoitopääsykriteereissä ilmeni suuria eroja terveyskeskusten välillä.

Johtopäätökset

Suuria muutoksia verrattuna vuonna 2012 tehtyyn, vastaavaan kyselyyn ei ollut tapahtunut. Vastaajaryhmien mielipiteet oikomishoidon toteutuksesta olivat yhteneväiset.

Käynyt läpi vertaisarvioinnin. Hyväksytty julkaistavaksi 10.12.2019.



Oikomishoidon käytännöt KYSin erityisvastuualueella vuonna 2017

Kirjoittajat: Pistemaa K, Suominen AL, Ikävalko T

Oikomishoidolla on Suomessa pitkät perinteet. Ensimmäinen Suomessa työskennellyt oikomishoitoon koulutautunut hammaslääkäri valmistui Yhdysvalloissa vuonna 1905 (1). Vuonna 1975 maamme perustettiin ortodontian erikosisala, vaikka 1970-luvulla oikomishoitoa pidettiin Lääkintöhallituksen ohjeistuksen perusteella toissijaisena suhteessa perushammashoitoon (2, 3). Kariuksen vähentyessä 1980-luvulla oikomishoitoon pystyttiin suuntaamaan lisää voimavaroja (2). Lopulta 1990-luvulla oikomishoito vakiintui osaksi lasten ja nuorten hammashoitoa (2). Ensimmäinen valtakunnallinen oikomishoitoon liittyvä ohjeistus saatiin vuonna 1988, kun Lääkintöhallitus julkaisi ohjekirjan hampaiston oikomishoidon järjestämisestä (2). Oikomishoidon perusteiden oppimäärä löytyy kaikkien hammaslääketieteen alan koulutusyksiköiden perustutkinto-ohjelmista. Näin ollen kaikki Suomessa valmistuneet hammaslääkärit ovat saaneet

opetusta oikomishoidossa jo peruskoulutuksen aikana.

Lasten ja nuorten oikomishoidosta terveyskeskuksissa löytyy seurantatietoa vuodesta 1975 alkaen (2). Vuosikymmenten aikana on käynyt ilmi, että hoidon kattavuudessa on ollut suuria eroja (4). Tuorein tieto on vuodelta 2008, jolloin kartoitettiin oikomishoidon kattavuutta terveyskeskuksissa vuosina 2003 ja 2006 (5). Tulosten perusteella erot terveyskeskusten välillä olivat edelleen suuria, ja osassa pienistä terveyskeskuksista oikomishoidon tarjonta oli riittämätöntä. Vuonna 2012 KYS-erityisvastuualueella tehdyn kyselytutkimuksen (6) perusteella oikomishoidon tilanne alueella oli keskimäärin hyvä, vaikka oikomishoidossa olevien lasten ja nuorten osuuksissa ilmenikin kuntien välillä eroja. Eroihin hoidon kattavuudessa ovat vaikuttaneet taloudelliset paineet sekä kuntien johdon näkemykset oikomishoidon merkittäväyydestä (4). Pieniin terveyskeskuksiin on

myös ollut haasteita saada oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä, vaikkakin kuntayhtymien yleistyttyä nämä ongelmat ovat vähentyneet (7). Erikoishammaslääkärien vähäinen määrä on ollut haaste erityisesti Itä-Suomessa, jossa hammaslääketieteen koulutusohjelma lakkautettiin vuonna 1999. Tämän myötä hammaslääketieteen peruskoulutus oli katkolla yli 10 vuotta. Sosiaali- ja terveysministeriön tilaamassa erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen tarpeen arvioissa todetaan, että erityisesti TAYSin ja KYSin erityisvastuualueilla on pulaa erikoishammaslääkärikoulutuksesta. Raportin mukaan erikoishammaslääkärikoulutusta tulee lisätä kaikilla hammaslääketieteen erikoisaloilla, mutta eniten klinisen hammashoidon painotusaloilla ja oikomishoidossa (8).

Oikomishoitoon valinta

Yleisin Suomessa käytetty oikomishoidon tarpeen mittari on 10-portainen hoidontarveindeksi, joka on määritelty sosiaali- ja terveysministeriön yhtenäisiä kiireettömän hoidon perusteita käsittelevässä selvityksessä (4). STM on julkaissut viimeisimmän version yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista vuonna 2010. Perusteissa suositellaan hoitamaan oikomishoidon keinoin sellaiset kehittyvän purennan virheet, joiden vaikeusaste on kymmenportaisella asteikolla 8–10. Lisäksi vaikeusluokkaan 7 kuuluvista purennoista tulisi hoitaa ne, joiden arvioidaan pahenevan ajan myötä. Valmiiksi kehittyneissä purennoissa ilmenevistä purentavirheistä suositellaan hoitamaan ne, joiden vaikeusaste on luokkaa 9–10. Vaikeusasteeltaan luokkaa 8 edustavat purentavirheet hoidetaan silloin, kun niistä on vakavaa terveydellistä haittaa, sekä silloin, kun oikomishoito on muun hammashoidon toteuttamiseksi välttämätön. Esiseulonnan oikomishoitoon tekee yleisesti hoitava peruskoulutettu hammaslääkäri, joka konsultoi tai ohjaa potilaan oikomishoidon erikoishammaslääkärille (9). Oikomishoitoa voidaan tehdä varhaisvaiheessa, jolloin pyritään ohjaamaan leukojen kasvua ja hampaiden puhkeamista halutun lopputuloksen aikaansaamiseksi,

tai myöhäisemmässä vaiheessa, jolloin hoito keskittyy enemmän jo puhjenneiden hampaiden liikuttamiseen. Myöhäisvaihe tarkoittaa tytöillä yli 14 vuoden ja pojilla yli 16 vuoden ikää. Varhaisvaihe merkitsee tätä nuorempaa ikää, vaikkakin hampaiston ja leukojen kehityksessä on laajaa yksilöllistä vaihtelua. Pietilän tutkimuksessa vuonna 2011 esitettiin, että hoidon ajoituksella ei ole merkitystä kustannus-hyötysuhteen kannalta (10).

Oikomiskojeet

Oikomishoidossa toivottuun lopputulokseen voidaan päästä monilla eri keinoilla. Terveyskeskuksiin tietoa eri hoitovaihtoehdoista saadaan muun muassa työsuhteessa tai konsulttipohjalta toimivilta oikomishoidon erikoishammaslääkäreiltä ja täydennyskoulutuksista (4). Vuonna 2012 KYSin erityisvastuualueella tehdyn tutkimuksen perusteella yleisimmät alle 12-vuotiaiden oikomishoidossa käytetyt kojeet olivat quad helix, purennanohjain ja niskaveto. Yli 12- mutta alle 18-vuotiaiden yleisimmät oikomiskojeet olivat kiinteät oikomiskojeet, niskaveto ja aktivaattorit. Yli 18-vuotiailla yleisin oikomiskoje oli kiinteä koje (11). Vaikka oikomiskojeita on erilaisia ja oikomishoito voidaan ajoittaa monella tavalla, on tärkeää, että hoitotuloksia seurataan ja arvioidaan kriittisesti. Näin saadaan suurin terveyshyöty irti käytettävissä olevista resursseista.

KYSin erityisvastuualue

Valtioneuvoston asetuksessa (erikoissairaanhoidolain (1062/1989) 9 §:n 3 momentti) säädetään siitä, mitkä alueet ovat erityisvastuualueita ja mitkä sairaanhoitopiirit kuuluvat mihinkin erva-alueeseen. KYSin erityisvastuualueeseen kuuluvat Pohjois-Savon, Keski-Suomen, Etelä-Savon, Itä-Savon ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirit. Erityisvastuualueet vastaavat erityistason sairaanhoidon järjestämisestä, ja ne on määritelty niin sanottujen miljoonapiirien perusteella. KYSin erityisvastuualueeseen kuului vuonna 2018 yhteensä 66 kuntaa, ja alueen väestömäärä oli vuoden 2016 lopussa 813 487 asukasta (12). Vuoden 2018 helmikuussa KYSin erityisvastuualueella työskenteli 494 työ-

ikäistä hammaslääkärää, joista 14 oli oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä (13).

Tutkimuksen tarkoitus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää oikomishoidon erikoishammaslääkärien, peruskoulutettujen hammaslääkärien ja johtavien/vastaavien hammaslääkärien näkemyksiä oikomishoidon käytännöistä ja toteutumisesta. Toisena päämääränä oli verrata tämän kyselyn tuloksia niihin tuloksiin, jotka saatiin vastaavasta, vuonna 2012 tehdystä kyselystä. Vuonna 2012 työmarkkinoilla ei ollut vielä yhtäkään hammaslääkärää, joka olisi valmistunut Itä-Suomen yliopiston uudesta, vuonna 2010 käynnistetystä hammaslääketieteen koulutusohjelmasta. Tämän tutkimuksen tekohtekellä tällaisia hammaslääkäreitä oli jo kolmen vuosikurssin verran. Oikomishoidon erikoishammaslääkärien osalta tilanne oli vuonna 2016 se, että heitä valmistui KYSin erityisvastuualueella keskimäärin kaksi kolmessa vuodessa. Tämän määrän kasvattamiseen on selkeästi painetta.

Aineisto ja menetelmät

Aineisto kerättiin Itä-Suomen yliopiston E-lomakkeen avulla tehdyillä sähköisillä kyselyillä, joiden pohjana käytettiin vuonna 2012 tehtyjä kyselyjä. Kyselyjä muokattiin jonkin verran, mutta tavoitteena oli pitää ne mahdollisimman samankaltaisina, jotta saadut tulokset olisivat vertailukelpoisia. Linkki ja henkilökohtainen salasana kyselyihin lähetettiin sähköpostitse KYSin erityisvastuualueella asuville hammaslääkäreille toukokuussa 2018. Kyselyistä lähetettiin muistutussähköposti ensimmäisen kerran viikon kuluttua alkuperäisestä sähköpostiviestistä ja toisen kerran viikko edellisestä muistutuksesta. Oikomishoidon erikoishammaslääkäreille, peruskoulutetuille hammaslääkäreille ja johtaville/vastaaville hammaslääkäreille lähetettiin kaikille erilliset kyselyt.

Suomen Hammaslääkäriliittoon kuuluvien KYSin erva-alueella asuvien hammaslääkärien sähköpostiosoitteet saatiin Suomen Hammaslääkäriliiton jäsenrekisteristä. KYSin erityisvastuualueella toimivien erikoishammaslääkärien sähköposti-

osoitteet poimittiin listalta oikomishoidon erikoishammaslääkärin (TI) avustuksella. Alueella toimivat johtavat/vastaavat hammaslääkärit taas etsittiin kuntien ja kuntayhtymien/liikelaitosten internetsivuilta, minkä jälkeen heidät identifioitiin Hammaslääkäriliiton sähköpostilistalta. Niiden johtavien/vastaavien hammaslääkärin kohdalla, joiden sähköpostiosoitetta ei listalta löytynyt, käytettiin heidän organisaationsa internetsivuilta löytynyttä työ sähköpostiosoitetta. Loppujen listalla olevien sähköpostiosoitteiden oletettiin kuuluvan peruskoulutetuille hammaslääkäreille. Tutkimukseen otettiin perushammaslääkärin vastauksista vain ne, jotka oli saatu kunnissa tai kuntayhtymissä/liikelaitoksissa työskenteleviltä henkilöiltä.

Kyselyissä selvitettiin strukturoitujen kysymysten avulla vastaajan taustatietoja sekä oikomishoidon käytäntöjä ja toteutumista vastaajan organisaatiossa. Lisäksi kartoitettiin avoimilla kysymyksillä vastaajan näkemyksiä oikomishoidon tilanteesta nyt ja tulevaisuudessa.

Oikomishoidon erikoishammaslääkäreiltä kysyttiin, millainen heidän työnkuvansa on ja miten oikomishoitoa toteutetaan heidän työpaikallaan eri ikäryhmissä. Lisäksi kysyttiin heidän näkemyksiään eri ammattiryhmien työpanoksen hyödyntämisestä oikomishoidossa. Ortodonteista kyselyyn vastasi 71 % (n = 10). Vastanneista naisia oli 80 % ja miehiä 20 %. Vastaajista 40 % oli suorittanut erikoistumisopinnot Oulun yliopistossa, 30 % Kuopion yliopistossa ja 20 % Itä-Suomen yliopistossa; 1 vastaaja ei ilmoittanut yliopistoa. Vastaajista 40 %:lla pääsääntöinen työpaikka oli tehtyjen työntien perusteella jokin muu kuin terveyskeskus. Yksi vastaaja ei työskennellyt lainkaan terveyskeskuksessa. Vastaajista 20 % oli työsuhteessa terveyskeskukseen, kun taas loput terveyskeskuksessa työskentelevistä oikomishoidon erikoishammaslääkäreistä toimivat siellä konsultteina tai konsulttisopimuksella.

Peruskoulutetuista hammaslääkäreistä kyselyyn vastasi 24 % (n = 44). Vastanneista 80 % oli naisia. Vastaajista 5 % oli valmistunut Itä-Suomen yliopistosta, 47 % Kuopion yliopistosta, 27 % Oulun yli-

Taulukko 1. Oikomishoidon erikoishammaslääkärin (EHL) ja peruskoulutettujen hammaslääkärin (HLL) ilmoittamat oikomishoidon aloittamisen indikaattorit sekä käytetyt oikomishoitokojeet yleisyyssjärjestyksessä ja potilaiden ikäryhmän mukaan.

Ikäryhmä	EHL		HLL
	Indikaatio	Oikomiskoje	Oikomiskoje
0–5-vuotiaat	Ristipurenta, syväpurenta, avopurenta	Quad helix, purennanohjain, kasvomaski	Quad helix, purennanohjain
6–12-vuotiaat	Syväpurenta, distaalinen purenta, ristipurenta	Quad helix, purennanohjain, kiinteät kojeet	Quad helix, purennanohjain, kiinteät kojeet, niskaveto
13–17-vuotiaat	Alaleuan retrognatia, syväpurenta, distaalinen purenta	Kiinteät kojeet, aktivaattorit, purennanohjain	Kiinteät kojeet, purennanohjain, aktivaattorit
Yli 18-vuotiaat	Ahtaus, syväpurenta, synnyttämisesti puuttuvat hampaat	Kiinteät kojeet	Kiinteät kojeet

opistosta, 7 % Turun yliopistosta ja 9 % Helsingin yliopistosta. Viisi prosenttia ei kertonut, mistä yliopistosta oli valmistunut. Vastaajista 29 % (n = 12) työskenteli muualla kuin terveyskeskuksessa tai siihen verrattavissa olevassa organisaatiossa. Nämä vastaajat eivät kuuluneet tutkimuksemme kohderyhmään, koska tässä tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita vain terveyskeskuksessa tai siihen verrattavissa olevassa organisaatiossa työskentelevistä hammaslääkäreistä. Näin ollen heidät rajattiin kyselyn ulkopuolelle, ja lopullinen peruskoulutetuilta hammaslääkäreiltä saatujen, analysoitujen vastausten määrä oli 30. Vastaajajoukon rajaamisen jälkeen peruskoulutetuilta hammaslääkäreiltä kysyttiin, millä tavoin he osallistuvat oikomishoitoon ja millaisia sen toteutus ja käytännöt heidän toimipaikassaan ovat.

Johtavien/vastaavien hammaslääkärin kyselyssä keskityttiin organisaatioihin liittyviin kysymyksiin, joiden avulla pyrittiin saamaan vertailukelpoista tietoa henkilökunnan ja oikomishoitopotilaiden määrästä sekä oikomishoidon käytännöistä. Johtavien/vastaavien hammaslääkärin kyselyssä oltiin myös kiinnostuneita oikomishoidon toteutuksesta heidän organisaatiossaan sekä siitä, millainen näkemys vastaajilla on oikomishoidon toimivuudesta. Johtavista/vastaavista hammaslääkäreistä

kyselyyn vastasi 17 % (n = 4). Kokoluokltaan vastaajien edustamat yksiköt olivat varsin erikokoisia (> 20 000 – < 160 000 asukasta / yksikön toimialue).

Tulokset

Erikoishammaslääkärit

Kyselyyn vastanneiden oikomishoidon erikoishammaslääkärin keski-ikä oli 53,2 vuotta (SD 9,57), ja vaihteluväli oli 37–68 vuotta. Vastanneista oikomishoidon erikoishammaslääkäreistä 63 % osallistui 0–5-vuotiaiden hoitoon, 90 % 6–12-vuotiaiden hoitoon, 90 % 13–17-vuotiaiden hoitoon ja 80 % yli 18-vuotiaiden hoitoon. Yleisimmät syyt oikomishoidon aloittamiseen olivat alle 12-vuotiailla syväpurenta ja ristipurenta. Yli 12-vuotiailla yleisimmät indikaattorit olivat syväpurenta ja distaalinen purenta (taulukko 1).

Kaikki vastaajat kertoivat käyttävänsä kipsimalleja ja panoraamatomografiaröntgenkuvausta hoidon suunnittelun tukena. Lateraalikallokuvauksen hyödyntäminen hoitoa aloitettaessa oli yleistä, mutta valokuvia otti suunnitteluvaiheessa vain vajaa kolmannes vastaajista. Hoidon lopussa kipsimalleja valmistettiin vähemmän kuin hoidon alussa, ja myös panoraamatomografia- ja lateraalikallokuvauksen kuvaus olivat harvinaisempia hoidon jälkeen kuin

ennen hoitoa. Puolet vastaajista otti valokuvia hoidon jälkeen (taulukko 2).

Kyselyyn vastanneista oikomishoidon erikoishammaslääkäreistä 50 % halusi, että heidän työpanostaan hyödynnettäisiin jatkossa samalla tavoin kuin kyselyhetkellä. Oikomishoidon erikoishammaslääkärin ja peruskoulutettujen hammaslääkärin työnjaon kehittämisen kannalla olleista vastaajista 80 % toivoi, että konsultaatioita lisättäisiin, ja 50 % halusi tehdä enemmän oikomishoidon suorittavaa työtä. Peruskoulutettujen hammaslääkärin työpanosta halusi kasvattaa 78 % vastaajista. Hammashoitajien työpanokseen oli tyytyväisiä 50 % vastaajista, ja sama määrä ilmoitti olevansa tyytyväisiä suuhygienistien työpanokseen.

Avoimissa kysymyksissä tiedusteltiin näkemyksiä siitä, miten työnjakoa voisi terveyskeskuksissa kehittää. Suuressa osassa vastauksista toivottiin apuhoitajien määrän lisäämistä, jolloin oikomishoidon erikoishammaslääkäreille jäisi enemmän aikaa diagnoosien tekemiseen. Suuhygienistien vähäinen määrä nähtiin ongelmana. Vastaajat katsoivat, että suuhygienistien työpanosta voitaisiin kasvattaa, jos heille annettaisiin lisäkoulutusta oikomishoidossa. Hammashoitajien työpanosta taas haluttiin lisätä hoidon dokumentaatioissa eli esimerkiksi valokuvauksessa ja jäljennösten ottamisessa sekä pienissä toimenpiteissä, kuten separoinneissa. Lisäksi toivottiin, että hammashoitajat voisivat osallistua enemmän omahoidon ohjaukseen.

Peruskoulutetut hammaslääkärit

Kyselyyn vastanneiden peruskoulutettujen hammaslääkärin keski-ikä oli 51,8 vuotta (SD 9,52), ja vaihteluväli oli 27–63 vuotta. Peruskoulutetuista hammaslääkäreistä, jotka työskentelivät terveyskeskuksessa tai kuntayhtymässä/liikelaitoksessa, oikomishoitoa teki 42 %. Näistä vastaajista 46 % teki oikomista yli 75 % työajasta ja 31 % alle 20 % työajasta. Loput vastaajat eivät kertoneet oikomishoitoon käyttämänsä työaikaa. Oikomishoitoa tekevistä peruskoulutetuista hammaslääkäreistä kokoaikaisina apuhoitajina työskenteli 38 %. Oikomishoitoon osallistuvista perus-

Taulukko 2. Oikomishoidon dokumentaatio ortodonttien suunnittelemassa/toeuttamassa hoidossa.

	Ennen hoitoa			Hoidon jälkeen		
	Kyllä	Joskus	Ei	Kyllä	Joskus	Ei
	%					
Jäljennökset	100	0	0	70	10	20
Panoraamatomografiaröntgenkuva	100	0	0	30	40	30
Lateraalikalokuva	60	40	0	20	0	80
Valokuvat	30	70	0	50	50	0

koulutetuista hammaslääkäreistä ortodonttiseen hoitoon käytettävän työajan koki sopivaksi 54 % ja liian vähäiseksi 46 %. Niistä kyselyyn vastanneista perushammaslääkäreistä, joiden työhön ei kuulunut oikomishoitoa, kukaan ei kyselyn perusteella ollut kiinnostunut osallistumaan oikomishoitoon.

Yleisimmät oikomiskojeet, joita peruskoulutetut hammaslääkärit käyttivät suorittamissaan ortodonttisissa hoidoissa, olivat jokseenkin samoja kuin mitä oikomishoidon erikoishammaslääkärit ilmoittivat käyttävänsä (taulukko 1).

Peruskoulutetuille hammaslääkäreille suunnatussa kyselyssä kysyttiin myös, millaiset hoidontarpeen arvioinnin käytännöt heidän yksikössään oli. Yleisin oikomishoidon tarpeen määrittämiseen käytetty menetelmä oli 10-portainen hoidontarveasteikko, joskin 15 % vastanneista raportoi, että heidän toimipaikassaan ei ollut yhtenäisiä kirjallisia ohjeita oikomishoitoon liittyvästä potilasvalinnasta. Yleisimmin hoitoa annettiin sellaisille potilaille, joiden purentavirheen hoidontarveluokitus oli vähintään 7; joissakin yksiköissä kuitenkin jo sellainen purentavirhe, jonka vaikeusluokitus oli 6, oikeutti hoitoon. Oikomishoitoon pääsyn kriteerejä piti sopivina 92 % vastanneista. Vastaajista 38 % ilmoitti, että heidän yksikössään käytettiin ikäryhmäseulontaa. Vastaajista 31 % taas kertoi, että heidän organisaatiossaan oikomishoidon yläikärajaksi oli määritelty 18 vuotta. Vastanneista 42 % ilmoitti, että omassa organisaatiossa oikomishoidon esiseulonnan tekee

Taulukko 3. Konsultoivan oikomishoidon erikoishammaslääkärin tehtävät peruskoulutettujen hammaslääkärin ilmoituksen mukaan.

	%
Hoitosuunnitelmien tekeminen	100
Peruskoulutettujen hammaslääkärin ohjeistaminen	67
Valmiiden hoitotulosten arviointi	50
Potilaiden seulonta	33
Suuhygienistien ohjeistaminen	33
Kliininen potilastyö	17

oikomishoidon erikoishammaslääkäri; 50 % kertoi, että seulonnasta vastaa apuhoitaja, ja 8 %:n työpaikalla sen teki hoitava hammaslääkäri. Joidenkin vastaajien yksiköissä esiseulontaa tekivät useat henkilöt.

Lähes puolella peruskoulutetuista hammaslääkäreistä oli organisaatiossaan oma oikomishoidon erikoishammaslääkäri (46 %). Muiden toimipaikoissa ortodontin palvelut ostettiin konsulttipalveluna. Peruskoulutettujen hammaslääkärin mukaan kaikkien konsultoitavien oikomishoidon erikoishammaslääkärin työtehtäviin kuului hoitosuunnitelman tekeminen, mutta vain 17 % heistä osallistui oikomishoidon suorittamiseen (taulukko 3).

Vastaajista puolet oli sitä mieltä, että he tarvitsisivat organisaatioonsa oman oikomishoidon erikoishammaslääkärin

(taulukko 4). Vastaajista 75 %:n toimipaikasta löytyi nimetty apuoihoja, kun taas 17 %:lla vastanneista kaikki yksikön hammaslääkärit osallistuivat oikomishoitoon. Vastanneista 92 %:n toimipaikassa suuhygienistit osallistuivat oikomishoitoon, ja 42 % vastaajista ilmoitti, että heidän yksikössään hammashoitajat tekevät itsenäisesti oikomishoidon toimenpiteitä. Yleisimmät hammashoitajien tekemät toimenpiteet olivat separoinnit, jäljennösten otto ja valokuvaus. Vastaajista 97 % oli sitä mieltä, että oikomishoitopalvelut toimivat heidän terveyskeskuksessaan hyvin.

Johtavat/vastaavat hammaslääkärit

Kyselyyn vastanneiden johtavien/vastaavien hammaslääkärien keski-ikä oli 54,7 vuotta (SD 5,51), ja vaihteluvälin oli 49–60 vuotta. Vastaajien organisaatioista 75 %:ssa oikomishoito toteutettiin ostopalveluna. Kyselyhetkellä 75 % vastaajista koki, että oikomishoidon tarjonta oli omassa yksikössä sopiva; 25 %:n mielestä tarjonta oli liian niukkaa ja tämä niukkuus johtui oikomishoidon erikoishammaslääkärien vähäisestä määrästä. Kaikkien vastanneiden mielestä oikomishoitopalvelut toimivat heidän yksikössään hyvin. Johtavilta/vastaavilta hammaslääkäreiltä kysyttiin myös, kuinka oikomishoito heidän mielestään tulisi järjestää heidän yksikössään. Joissakin vastauksissa ehdotettiin monihuonemallia, jossa oikomishoidon erikoishammaslääkäri toimisi organisaattorina ja suunnittelisi työnjaon. Moni vastaaja koki oman toimipaikkansa vahvuudeksi oikomishoidon toimivan työnjaon, kun taas heikoudeksi nähtiin oikomishoidon erikoishammaslääkärien vähyys sekä hammaslääkärien ikääntyminen (taulukko 5).

Pohdinta

Oikomishoidon erikoishammaslääkärien, peruskoulutettujen hammaslääkärien ja johtavien/vastaavien hammaslääkärien mielipiteet oikomishoidon toteutuksen suhteen olivat tässä tutkimuksessa varsin samankaltaiset. Yleisesti katsottiin parhaimmaksi, että oikomishoidon erikoishammaslääkärit toimivat konsultoivassa roolissa ja apuoihojat tekevät oikomishoi-

Taulukko 4. Oikomishoidon toteutus ja suuhygienistien osallistuminen oikomishoitoon peruskoulutettujen hammaslääkärien mukaan.

Oikomishoidon toteutus		Suuhygienistien yleisimmät tekemät oikomishoidon toimenpiteet	
	%		%
Vastaaja kokee yksikkönsä tarvitsevan oman oikomishoidon erikoishammaslääkäriä.	50	Jäljennösten otto	100
Apuoihoja(t) on nimetty.	75	Kojeistuksen purkaminen	91
Oikomishoidon tuloksen arvioi hoitava hammaslääkäri.	92	Separointikumien laittaminen	91
Oikomishoidon tuloksen arvioi oikomishoidon erikoishammaslääkäri.	50	Retentiovaiheen kontrollit	82
Oikomishoidon tuloksia arvioidaan vain satunnaisesti.	8	Renkaiden sovitukset	82
Suuhygienistit osallistuvat oikomishoitoon.	92	Välikontrollit	82
		Päivystykselliset tehtävät	82

Taulukko 5. Avoimissa vastauksissa esiin tuodut, vastaajan oman työpaikan oikomishoitotoimintaan liittyvät vahvuudet, heikkoudet ja tulevaisuuden haasteet.

	Johtavat/vastaavat hammaslääkärit	Erikoishammaslääkärit	Peruskoulutetut hammaslääkärit
Vahvuudet	Monihuonemalli, hyvä työnjako, oma oikomishoidon erikoishammaslääkäri, kokeneet tekijät	Hyvin toimiva tiimi, kokenut apuoihoja	Kokeneet ja ammattitaitoiset tekijät, toimiva yhteistyö
Heikkoudet	Konsultoivat ortodontit tulevat kalliiksi, hammaslääkärien ikääntyminen	Suuri potilasmäärä ja siitä johtuva kiire, resurssipula	Suuri potilasmäärä, resurssipula, toiminnan haavoittuvuus
Tulevaisuuden haasteet	Eläköityminen, oikomishoidon erikoishammaslääkärien riittävyys, rekrytoinnin vaikeus	Toiminnan haavoittuvuus	Eläköityminen, sofe, rekrytoinnin vaikeus

totoimenpiteet. Sekä peruskoulutetut että johtavat/vastaavat hammaslääkärit olivat pääasiassa tyytyväisiä oikomishoidon toteutumiseen ja oikomishoitotiimien toimintaan omassa terveyskeskuksessaan. Suurimpana erona terveyskeskusten välillä näyttäisivät olevan erilaiset hoitotöiden pääsykriteerit. Joissakin terveyskeskuksissa hoitoon pääsyyn riitti purentavirhe, jonka vaikeusaste oli luokkaa 6, kun taas toisaalla oikomishoitoon vaadittiin vähintään vaikeusasteluokkaa 8 edustava purentavirhe. Osassa terveyskeskuksista oikomishoidon ylläpitäjäksi oli määritelty

18 vuotta. Sosiaali- ja terveysministeriön laatimien kiireettömän hoidon perusteiden mukaan kunnan tulisi kuitenkin vastata koko väestön vaikeiden purentavirheiden hoidosta, eikä tätä vastuuta voida kiertää ikärajaan vetoamalla. Olisikin mielenkiintoista tietää, kuinka paljon perusteltua oikomishoitoa jätetään tekemättä potilaan ikään vedoten.

Erikoishammaslääkärien kliinisessä työssään yleisimmin käyttämät kojeet erosivat tässä tutkimuksessa jossain määrin niistä, joita ortodontit ilmoittivat käyttävänsä vuonna 2004 tehdyssä valtakunnal-

lisessä tutkimuksessa (4). Ekstraoraalivedot olivat tuolloin tehdyssä tutkimuksessa vielä laajasti käytössä, ja purennanohjainten osuus käytetyistä kojeista oli pienempi kuin mitä se oli tässä kyselyssä. Erot KYSin erityisvastuualueella vuonna 2012 tehtyyn kyselytutkimukseen (11) ovat samansuuntaiset: niskavetohoidot ovat vähentyneet ja purennanohjainhoidot lisääntyneet. Suomessa suositetaan varhaishoitoa, mikä tarkoittaa, että purentavirheitä hoidetaan hampaiston ollessa ensimmäisessä vaihduntavaiheessa. Purennanohjainhoito on tehokas hoitomenetelmä erityisesti silloin, kun korjataan ylipurentoja 1. vaihduntavaiheessa, ja nämä hoitotulokset ovat tutkimusten mukaan varsin pysyviä (13, 14).

Potilaiden purentoja dokumentoitiin hoidon alkaessa varsin ahkerasti; yleisimmin otettiin panoraamatomografiaröntgenkuva ja jäljennökset. Lateraalikallokuvia otettiin ennen hoidon aloitusta vain 60 %:ssa vastaajien toimipaikoista, mitä voidaan pitää pienenä lukuna ottaen huomioon, miten merkittävä apu lateraalikallokuva on oikomishoitosuunnitelmaa tehtäessä (15). Lateraalikallokuvausten vähäisen määrän taustalla voivat olla haasteet kuvauslaitteiden saatavuudessa, ja saatavuusongelmat ovat mahdollisesti vaikuttaneet käytäntöihin. Hoidon loputtua lopputulos dokumentoidaan yleisimmin jäljennösten ja valokuvien avulla. Lopputuloksen ja alkutilanteen vertailu onnistuu hyvin kipsimalleistakin, mutta valokuvaus jo alkudokumentaatiovaiheessa toisi arvokasta lisätietoa lopputuloksen arviointia varten.

Kyselyyn vastanneiden oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden keski-ikä oli 53 vuotta (mediaani 54). Vastaajista kaksi oli jo saavuttanut eläkeiän. Valtakunnallisesti oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden keski-ikä oli vuoden 2017 lopussa 51,6 ja mediaani-ikä 52,0. Oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden jakautuminen erityisvastuualueittain oli asuinkunnan perusteella vuoden 2017 lopussa seuraavanlainen: HYKSin erityisvastuualueella 61, KYSin erityisvastuualueella 16, OYSin erityisvastuualueella 26, TAYSin erityisvastuualueella 26 ja TYKSin erityisvas-

tualueella 30 (16). Erityisvastuualueiden väestön ikäjakauma on erilainen, ja sitä kautta myös oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden tarve vaihtelee. Tästä huolimatta ortodonttien suhteellisen määrän voidaan KYSin erva-alueella katsoa olevan huomattavasti matalampi kuin muilla alueilla. Vuonna 2012 tehdyn tutkimuksen aikaan KYSin erityisvastuualueella työskenteli 18 oikomishoidon erikoishammaslääkärinä, eli heidän määränsä on vähentynyt 5 vuoden aikana. Yleisesti ajatellaan, että oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä tulisi olla yksi 25 000 asukasta tai 4 000:ta 7–16-vuotiaasta asukasta kohden (7). Vuoden 2017 lopussa väestön määrä yhtä oikomishoidon erikoishammaslääkärinä kohden oli koko Suomessa keskimäärin 35 941. Pohjois-Savossa väestöä oli yhtä ortodonttia kohden 41 296, Pohjois-Karjalassa 167 559, Keski-Suomessa 41 296 ja Etelä-Savossa 102 456. Kaikissa KYSin erityisvastuualueen maakunnissa väestön määrä suhteessa oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden määrään oli siis suurempi kuin Suomessa keskimäärin ja selvästi suurempi kuin olisi suositeltavaa. KYSin erityisvastuualueella väestön määrä yhtä oikomishoidon erikoishammaslääkärinä kohden myös vaihteli huomattavasti; tilanne oli erityisen huono Pohjois-Karjalassa ja Etelä-Savossa.

Kyselymme saaneista oikomishoidon erikoishammaslääkäreistä 71 % vastasi siihen. Peruskoulutettujen hammaslääkäreiden ryhmässä vastausprosentti oli 24 ja johtavien/vastaavien hammaslääkäreiden ryhmässä 17. Vastausprosentit siis olivat peruskoulutettujen ja johtavien/vastaavien hammaslääkäreiden ryhmissä pienet, ja erityisesti johtaville/vastaaville hammaslääkäreille suunnattua kyselyä pidettiin liian vaikeana. Oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden osalta tulosta voidaan pitää riittävän luotettavana, eli sen voidaan katsoa kuvaavan KYSin erityisvastuualueella toimivien ortodonttien tilannetta ja näkemyksiä. On todettu, että sähköisesti lähetetyt kyselytutkimukset eivät saavuta yhtä hyvää vastauskattavuutta kuin kirjeitse lähetetyt kyselyt (17). Tähän voi olla monta syytä, mutta yksi niistä lienee se, että kyselyiden määrä on kasvanut

runsaasti 2000-luvulla, mikä on voinut osaltaan aiheuttaa vastaajien väsymistä kyselyihin. Vuonna 2012 tehdyssä, tätä tutkimusta edeltäneessä kyselyssä arveltiin, että Itä-Suomen yliopiston Kuopion kampuksella uudelleen käynnistetty hammaslääketieteen koulutusohjelma toisi helpotusta oikomishoidon tekijäpulaan Itä-Suomessa. Se, oliko näin tapahtunut, jäi tässä tutkimuksessa epäselväksi: hyvin harva kyselyyn vastanneista oli valmistunut uudesta koulutusohjelmasta, eikä heidän vastaustensa perusteella voida tehdä luotettavia johtopäätöksiä siitä, minne ja millaisiin työtehtäviin valmistuneet ovat sijoittuneet. Kyselyyn vastanneiden oikomishoitoon osallistuneiden perushammaslääkäreiden keski-ikä oli 53,5 vuotta ja työkokemusvuosien keskiarvo 26,3 vuotta. Voidaankin todeta, että oikomishoitoon osallistuneet perushammaslääkärit olivat varsin kokeneita.

Ortodontit haluaisivat jakaa työtaakkaansa enemmän apuoikojina toimiville peruskoulutetuille hammaslääkäreille ja suuhygienisteille. Apuoikojia toivottiin yleisesti lisää, mutta toisaalta ymmärrettiin, että perushammaslääkäreiden hoitopaine on kova ja jonotilanne vaikea. Jotkut ortodontit olivatkin sitä mieltä, että voisi olla mielekästä jakaa työtaakkaa enemmän suuhygienistien kanssa.

Suunnitteilla ollut mutta nykymuodossaan peruuntunut sote-uudistus nähtiin monissa vastauksissa tulevaisuuden uhkakuvana. Sote-uudistuksen käytännön järjestelyistä ei oikomishoidon osalta vielä ollut tietoa, mutta se olisi voinut antaa mahdollisuuden tasata terveyskeskusten ja sairaanhoitopiirien välillä ilmeneviä eroja. Tilastojen valossa perimmäinen ongelma näyttäisi joka tapauksessa olevan oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden liian vähäinen määrä alueella, joten uusien erikoistumispaikkojen avaaminen KYSin erityisvastuualueelle voisi olla perusteltua. Näin ortodonttien määrä alueella lisääntyisi, mikä lisäisi hoidon tarjontaa. On todettu, että suurin osa oikomishoidon erikoishammaslääkäreistä jää töihin erikoistumispaikkakunnalleen (7).

Kyselyn perusteella ne perushammaslääkärit, jotka eivät osallistuneet oiko-

mishoittoon, eivät myöskään olleet kiinnostuneita tekemään oikomishoitoa. On mahdollista, että oikomishoittoon osallistuvat hammaslääkärit vastaavat oikomishoittoon liittyvään kyselytutkimukseen mieluummin kuin muut hammaslääkärit, mikä on voinut vääristää tuloksia. Pula oikomishoidosta kiinnostuneista peruskoulutetuista hammaslääkäreistä kasvaa nykyisten apu-oikojen siirtyessä eläkkeelle, ja siksi olisi tärkeää löytää vastavalmistuneista peruskoulutetuista hammaslääkäreistä ne, jotka ovat kiinnostuneita oikomishoidosta. Olisi syytä miettiä, olisiko oppilaitoksilla mahdollisuuksia huomioida kasvava apu-oikojen tarve jo peruskoulutusvaiheessa, jotta yhä useammalla vastavalmistuneella hammaslääkärillä olisi riittävät taidot apu-oikojana toimimiseen.

Oikomishoidon erikoishammaslääkärien vastauksista tuli myös ilmi toive työnjaon kehittamisestä. Kehittämällä työnjakoa ortodonteille jäisi enemmän aikaa

hoitojen suunnitteluun, ja näin niukkoja resursseja saataisiin hyödynnettyä tehokkaammin. ■

Practices and Performance of Orthodontic Treatment in the Kuopio University Hospital Special Care Area in 2017

The aim of the study was to investigate how orthodontic care was organized and performed in the public health services in the special care area of Kuopio University Hospital in 2017. An electronic questionnaire was sent to orthodontists, general dentists and dental leaders of organizations.

Orthodontists responded best to the questionnaire (71%). Half of them thought that their work should be used in the future as it was used at the time of the survey. A majority of respondents (78%) would like to increase the amount of consulting work, and 56% would like to increase the

amount of orthodontic work. Most (78%) of the respondents would like to develop the work contribution of general dentists, regarding orthodontics.

Just under half (42%) of general dentists performed orthodontic treatments, of which, 38% were full-time orthodontist assistants. Almost all (97%) of the respondents in the general dentists group thought that orthodontic services work well in their organization. In the senior dentists' group, 75% of the respondents felt that the range of orthodontic treatment was appropriate and all of the respondents felt that orthodontic services worked well in their organizations. The criteria for access to orthodontic treatment showed major differences between health centers.

There were no major changes compared to the 2012 survey. The opinions of orthodontists, general dentists and senior dentists, regarding the implementation of orthodontics, were similar. ■

Kirjallisuus

1. Kottonen A. Carin Johanson – ortodontian kosmopoliitti. *Suom Hammaslääkäril* 2015; 22(2): 9–11.
2. Nordblad A, Suominen-Taipale L, Rasilainen J, Karhunen T. Suun terveydenhuoltoa terveyskeskuksissa 1970-luvulta vuoteen 2000. *Stakes, raportteja*. Helsinki: Stakes; 2004. s. 38.
3. Stenvik A, Torbjørnsen T. Kuka tekee mitäkin ortodontiassa? *Suom Hammaslääkäril* 2007; 14(4): 168–71.
4. Pietilä T, Alanen P, Nordblad A, Kotilainen J, Pietilä I, Pirttiniemi P. Hampaiden oikomishoito terveyskeskuksissa. *Stakes, raportteja* 279. Helsinki: Stakes; 2004.
5. Järvinen S, Widström E. Terveyskeskuksissa on suuria eroja hampaiston oikomishoidon kattavuudessa. *Suom Hammaslääkäril* 2008; 15(13): 20–25.
6. Ukkonen J. Oikomishoidon järjestelyt KYS-eritysvastualueella vuonna 2012. Syventävien opintojen tutkielma. Itä-Suomen yliopisto; 2017.
7. Jordan M. Ortodonttien alueellinen jakautuminen Suomessa. Syventävien opintojen tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto; 2011. s. 9, 31, 41.
8. Rellman J. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäriskoulutustarpeen arviointi vuoteen

2030. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2016; 57: 10.

9. Mohlin B, Dømgård P, Egermark I, Kuroi J, Pietilä T. Hoitamattomiin purentavirheisiin liittyvät terveysriskit. *Suom Hammaslääkäril* 2007; 14(6): 308–13.
10. Pietilä I. Selviä eroja terveyskeskusten oikomishoidon järjestelyissä. *Suom Hammaslääkäril* 2011; 18(2): 32–32.
11. Karppinen H, Suominen AL, Kilpeläinen P, Pakkala R, Myllykangas R. Hammaslääkärien osallistuminen oikomishoittoon KYS:n alueella. *Suom Hammaslääkäril* 2018; 25(5): 30–35.
12. Kuntaliitto. Sairaanhoidopiirit 2018. [https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Ervat_Sairaanhoidopiirit2018.pdf]. Haettu 4.1.2019.
13. Migliaccio S, Aprile V, Zicari S, Greci A. Eruption guidance appliance: a review. *Eur J Paediatr Dent* 2014; 15(2): 163–6.
14. Myrland R, Keski-Nisula K, Kerosuo H. Stability of orthodontic treatment outcomes after 1-year treatment with the eruption guidance appliance in the early mixed dentition: A follow-up study. *Angle Orthod* 2019; 89(2): 206–13.
15. Durão AR, Alqerban A, Ferreira AP, Jacobs R. Influence of lateral cephalometric radiography in orthodontic diagnosis and treatment planning. *Angle Orthod* 2015; 85(2): 206–10.

16. Suomen Hammaslääkäriliitto. Erikoishammaslääkäritilasto. [<https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/liiton-toiminta/tutkimukset-ja-tilastot/tilastot/erikoishammaslaakaritilasto#.XADxc2gzY2w>]. Haettu 14.2.2017.
17. Ruskoaho J, Vänskä J, Heikkilä T, Hyppölä H, Halla H, Kujala S. ym. Postitse vai sähköisesti? Näkemyksiä tiedonkeruumenetelmän valintaan Lääkäri 2008 -tutkimuksen pohjalta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010; 47(4): 279–85.

Kirjoittajat

Keijo Pistemaa

HLK, Itä-Suomen yliopisto

Anna Liisa Suominen

professori, Itä-Suomen yliopisto

Tiina Ikävalko

klininen opettaja, Itä-Suomen yliopisto
tiina.ikavalko@uef.fi

Kirjoitus perustuu HLK Keijo Pistemaan hammaslääketieteen lisensiaatin tutkintoon sisältyvään syventävien opintojen tutkielmaan.

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia, jotka voisivat vaikuttaa artikkelin sisältöön.