

Lähtökohdat

Oikomishoitoon pääsy ja oikomishoidon seulontaan liittyvät käytänteet vaihtelevat kunnittain. Tämän kyselytutkimuksen tarkoituksena oli selvittää oikomishoidon järjestelyitä ja niiden eroja kuntien välillä. Erityisesti kartoitettiin sitä, kuinka laajasti oikomishoidon tarpeen arviointiin käytetään 10-portaista hoidontarveasteikkoa ja kuinka paljon oikomishoitoon oikeuttava vähimmäispistemäärä vaihtelee kunnittain.

Menetelmät

Kyselytutkimus lähetettiin vuoden 2018 alussa 113 kunnan johtavalle hammaslääkärille. Jokaisesta kunnasta toivottiin yhtä vastausta henkilöltä, joka vastasi kunnan oikomishoidosta.

Tulokset

Vastausten perusteella 10-portaista asteikkoa käytetään kunnissa oikomishoidon tarpeen arvioinnissa aiempaa enemmän. Vähimmäispistemäärä, joka oikeuttaa kunnalliseen oikomishoitoon, vaihtelee kyselyn perusteella eniten suurimpien ja pienimpien kuntien välillä. Oikomishoidon erikoishammaslääkärien saatavuus kunnissa on lisääntynyt ja työnjako eri ammattiryhmien välillä parantunut.

Johtopäätökset

Oikomishoidon esiseulontaa tekevä lään suun terveydenhuollon ammattihenkilöillä on oltava riittävä tieto siitä, millaiset purentavirheet edellyttävät oikomishoidosta vastaavan hammaslääkärin arviointia. Tehokkaalla työnjaolla pystytään kompensoimaan muuten riittämättömiä resursseja, joten työnjaon kehittämiseen tulisi panostaa jatkossakin.

Käynyt läpi vertaisarvioinnin. Hyväksytty julkaistavaksi 28.8.2020.



Oikomishoitojärjestelyt Suomen kunnissa

Kirjoittajat: Haapamäki R, Karaharju-Suvanto T, Kaila M, Heimonen A

Suomessa hoidetaan kunnallisessa suun terveydenhuollossa sellaisia purentavirheitä, jotka haittaavat merkittävästi purenta- ja toimintaa (1). Oikomishoitoon pääsy ja seulontaan liittyvät käytänteet vaihtelevat kunnittain. Suun terveydenhuollon resurssit ovat rajalliset, joten kaikkia purentavirheitä ei yleensä pystytty terveystieteissä hoitamaan (2). Priorisoinnin keinoin pyritäänkin valitsemaan mahdollisimman oikeudenmukaisesti potilaista ne, joilla oikomishoidon tarve on suurin. Oikomishoidon tarpeen arvioimisen helpottamiseksi on kehitetty erilaisia indeksejä, jotka luokittelevat purentavirheet niiden vaikeusasteen mukaan.

Suomen Hammaslääkäriliiton ja Hammaslääkärisseuran perustama oikomishoi-

toryöryhmä antoi suosituksia terveystieteissä järjestettävästä oikomishoidosta jo vuonna 1998, tavoitteenaan selkeyttää terveystieteissä annettavaa perushoitoa ja vähentää vaihtelua oikomishoidon järjestelyissä (3). Suosituksissa otettiin kantaa mm. oikomishoidossa tehtävään priorisointiin, potilasvalintaan ja palvelujen järjestämiseen. Sosiaali- ja terveystieteiden STM:n vuonna 2010 julkaisemissa yhtenäisissä kiireettömän hoidon perusteissa (4) suositeltiin, että oikomishoidon tarpeen arvioinnissa käytettäisiin edelleen Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä vuonna 1988 esitettyä priorisointiasteikkoa (taulukko 1). Tämän 10-portaisen asteikon on kehittänyt Kaisa Heikinheimo. Se pohjautuu Graingerin TPI-indeksiin (Treatment Priority Index), ja sen tarkoituksena on

ollut lisätä oikomishoittoon valinnan oikeudenmukaisuutta maanlaajuisesti. (5.) Suosituksen mukaan pistemäärä 8–10 oikeuttaa terveystieteissä tehtävään oikomishoittoon. Pistemäärän 7 saavista parentavirheistä hoidetaan ne, joiden oletetaan pahenevan aikaa myöten. Kymmenportaisen asteikon on todettu toimivan luotettavasti, kun vertaillaan yhden menetelmän käyttöön perehtyneen hammaslääkärin tekemiä purenna arviointia toisiinsa. Useamman hammaslääkärin on kuitenkin vaikea saavuttaa yhteneviä arvioita samasta purennasta tätä asteikkoa käyttämällä. (2.)

Tämän kyselytutkimuksen tekemisen jälkeen, loppuvuodesta 2019, yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet on päivitetty (6), ja samassa yhteydessä sekä 10-portaiseen asteikkoon että oikomishoidon perusteisiin tuli muutoksia.

Suomessa oli tätä artikkelia kirjoitettaessa yhteensä 159 oikomishoidon erikoishammaslääkärinä (7). Ortodontit ovat jakautuneet maantieteellisesti katsoen epätasaisesti, ja oikomishoidon kattavuudessa on näin ollen ollut suuria alueellisia eroja (2) (kuva 1). Kunnissa tehdyn oikomishoidon kattavuutta selvitettiin vuonna 2006, ja silloin sen todettiin olevan keskimäärin hyvä tai vähintään tyydyttävä. Kuntien väliset erot olivat kuitenkin suuria, ja osassa pienistä kunnista oikomishoidon tarjonta oli riittämätöntä. (8.) Vähiten oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä suhteessa asukasmäärään oli vuonna 2018 Etelä-Savossa, Lapissa ja Pohjois-Karjalassa (7). Erikoishammaslääkärin määrä vähenee tulevien vuosien aikana, sillä koulutusmäärät ovat tällä hetkellä liian pienet suhteessa eläkkeelle jäävien määrään. Oikomishoidon erikoishammaslääkärin koulutusta pyritään lisäämään niin, että heidän määränsä olisi vuoteen 2030 mennessä 221 (9).

Mikäli kunnalla ei ole omaa oikomishoidon erikoishammaslääkärinä, on vastavat palvelut yleisimmin hankittu konsulttoivalta oikomishoidon erikoishammaslääkäriltä (2). Konsultin tehtäviin kuuluu ohjata peruskoulutettuja hammaslääkäreitä purenna seurannassa, oikomishoittoon valinnassa, hoitosuunnitelmien tekemi-

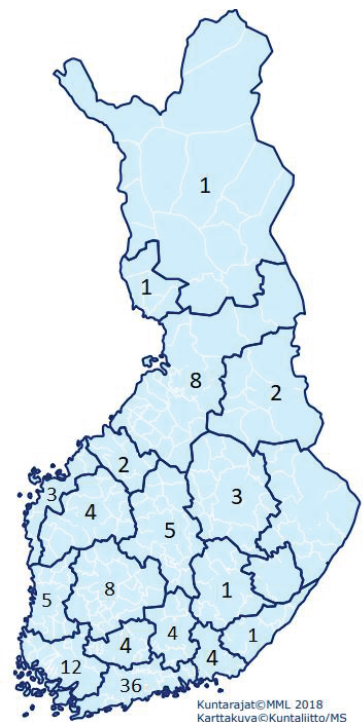
Taulukko 1. Loppuvuoteen 2019 asti käytössä ollut 10-portainen asteikko oikomishoidon tarpeen arviointia varten (3). Uudistettu asteikko ks. (6).

Purentavirhe	Purentavirheen vaikeusasteen pisteytys
Huulisuulakihalkiot ja muut vaikea-asteiset leukojen ja pään alueen kehityshäiriöt	10
Refinoituneet yläetuhampaat	10–9
Erittäin vaikeat distaali-, progenia- ja avopurennat	10–8
Suuresti haittaava hypodontia	9–8
Toiminnallisesti haittaavat etualueen ristipurennat	9–8
Toiminnallisesti haittaavat sivualueen ristipurennat	9–7
Vaikeat etualueiden ahtaustilat ja rotaatiot	9–7
Saksipurennat sivualueilla	8–5
Refinoituneet kulmahampaat ja premolaarit	8–5
Toiminnallisesti ja kosmeettisesti haittaavat distaali-, progenia- ja avopurennat	7–6
Huomattavat ahtaudet ja aukkoisuudet	7–5
Pysyvien hampaiden infraokklusioiden ja ektooppiset puhkeamiset	7–4
Toiminnallisesti epätydyttävät avopurennat ja kärkipurennat	5–4
Distaalipurennat, joissa ei muita anomaliaita	5–3
Matalat paikalliset ristipurennat	5–3
Syvät purennat, joissa ei gingivaalista kontaktia	4–3
Lievät ahtaudet ja aukkoisuudet	4–2
Lievät rotaatiot, joilla vain vähän kosmeettista ja toiminnallista merkitystä	4–2

sessä ja hoidon toteuttamisessa (3). Oikomishoito voidaan järjestää myös kokonaan ostopalveluna, jolloin se ostetaan yksityiseltä oikomishoidon erikoishammaslääkäriltä (2). Pienissä kunnissa peruskoulutetut hammaslääkärit saattavat tehdä suurimman osan oikomishoitotoimenpiteistä (11). Suomessa perushammaslääkärit osallistuvatkin oikomishoittoon enemmän kuin muissa Pohjoismaissa (12).

Oikomishoittoa valintaa Suomen kunnissa on tutkittu aiemmin vuonna 2001, jolloin vain 53 % kunnista käytti 10-portaista asteikkoa oikomishoidon tarpeen arviointiin (2). Lisäksi alin oikomishoittoon oikeuttava pistearvo vaihteli 2:n ja 8 pisteen välillä, mikä osoittaa, ettei oikomishoittoon pääsy ollut tasa-arvoista. Yleisimmin käytetty vähimmäispistemäärä oli 7. Tämän jälkeen STM uudisti 10-portaista asteikkoa, jotta se ottaisi paremmin huomioon purenna toiminnalliset poikkeavuudet ja ennusteen (1).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli sel-



Kuva 1. Terveystieteissä toimivien oikomishoidon erikoishammaslääkärin jakautuminen sairaanhoitopiireittäin päätoimen mukaan heinäkuussa 2018 (7). Karttapohjan lähde Kuntaliitto (10).

vittää, kuinka oikomishoidon järjestelyt on toteutettu Suomen kunnissa. Pyrimme myös kartoittamaan, miten työnjako on järjestetty tilanteissa, joissa oikomishoidon henkilökuntaresursseja on niukasti. Lisäksi selvitimme kuntien seulontakäytänteitä: millaista indeksiä oikomishoidon tarpeen arviointiin käytetään, kuka tai ketkä tekevät seulonnan ja kuinka usein seulontoja järjestetään. Tutkimuksessa selvitettiin myös, millaisia näkemyksiä ortodontian asiantuntijoilla oli oikomishoidon työnjaosta ja järjestelyistä.

Aineisto ja menetelmät

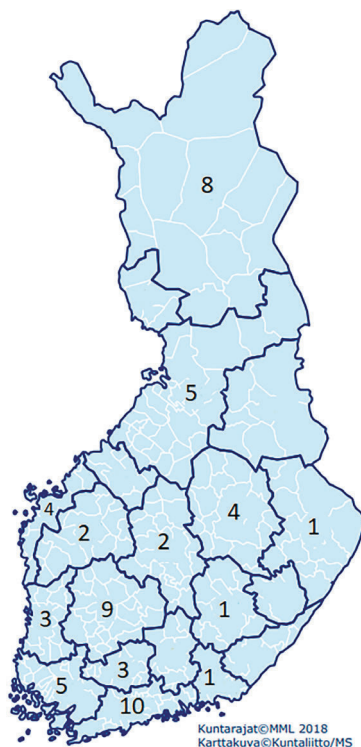
Kyselytutkimus lähetettiin sähköisesti niiden 113 kunnan johtaville hammaslääkäreille, joiden yhteystiedot olivat saatavilla Suomen Hammaslääkäriliiton rekisterissä. Sähköpostiviestissä kysely pyydettiin välittämään kunnan oikomishoidosta vastaavalle henkilölle. Kysymyksiä oli kaikkiaan 18, ja vastausaikaa annettiin neljä viikkoa. Kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Aluksi kysyttiin kunnan taustatietoja ja kunnan oikomishoitopalveluiden järjestämiseen liittyviä yksityiskohtia, kuten oikomishoitoon osallistuvien erikoishammaslääkärien, apuikojien ja suuhygienistien määrää. Lisäksi selvitettiin, oliko kunnan oikomishoitopalvelut järjestetty ostopalveluna.

Sitä, miten potilaiden valinta oikomishoitoon kunnassa tapahtui, kartoitettiin erillisissä seulontaa ja oikomishoitoon pääsyä käsittelevissä osioissa. Osioissa myös kerättiin avoimien kysymysten avulla tietoa siitä, millaisia haasteita oikomishoidon seulontaan ja hoitopääsyyn kussakin kunnassa liittyi – ja toisaalta, mitkä asiat toimivat vastaajien mielestä hyvin. Lisäksi kyselyyn sisältyi työnjakoa ja resursseja käsittelevä osio, jossa tiedusteltiin vastaajan ajatuksia työnjaon toimivuudesta ja resurssien riittävydestä.

Tulokset

Kyselyyn tuli vastauksia yhteensä 58 kappaletta 14 eri sairaanhoitopiirin alueelta (kuva 2).

Vastaajien edustamista kunnista 11:ssä (19 %) oli palkattuna kokoaikainen oikomishoidon erikoishammaslääkäri



Kuva 2. Vastaajien edustamien kuntien sijainnit (n = 58) sairaanhoitopiireittäin. Karttapohjan lähde Kuntaliitto (10).

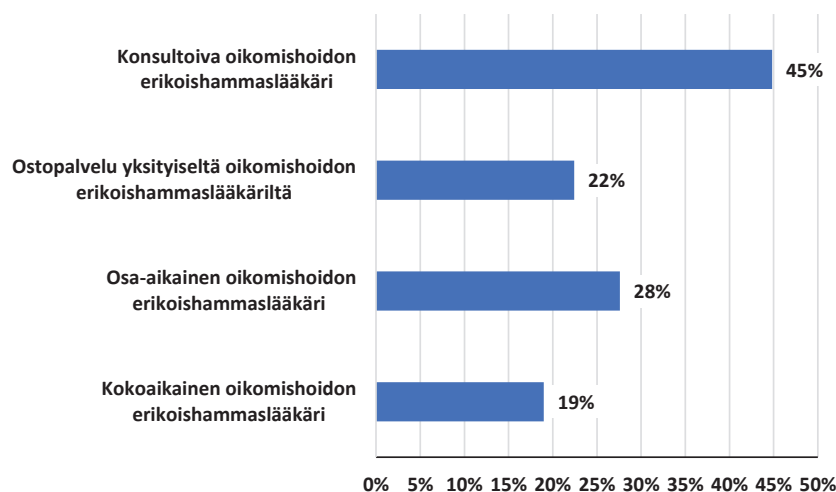
(kuvio 1). Eniten kokoaikaisia oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä oli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella sijaitsevilla kunnilla sekä Pirkanmaalla ja Varsinais-Suomessa. Os-

tettuja erikoishammaslääkäripalveluja käyttivät pääosin asukasluvultaan pienet kunnat, ja konsulttisopimuksia käyttivät ainoastaan alle 50 000 asukkaan kunnat. Vain yksi yli 50 000 asukkaan kunta oli järjestänyt oikomishoidon ostopalveluna.

Kaikkiaan 40 kunnalla (69 %) oli palveluksessaan apuikoja eli peruskoulutettuja hammaslääkäreitä, jotka tekivät osan työajastaan oikomishoitoa. Apuikojat sijoittuivat pääsääntöisesti sellaisiin kuntiin, joihin ei ollut palkattu kokoajasta tai osa-aikaista oikomishoidon erikoishammaslääkäriä. Kaikki peruskoulutetut hammaslääkärit osallistuivat oikomishoitoon kymmenessä kunnassa (17 %), joissa kaikissa oli alle 50 000 asukasta (kuvio 2). Näistä kunnista vain kahdessa oli oma oikomishoidon erikoishammaslääkäri.

Vastausten perusteella 48 kunnassa (83 %) suuhygienistit tekivät oikomishoidon toimenpiteitä. Näistä suuhygienisteistä 60 % työskenteli 10 001–50 000 asukkaan kunnissa. Suuhygienistien yleisimmät työtehtävät olivat jäljennösten otto, erilaisten välikontrollien suorittaminen, kojeiden purkaminen ja sementointi. Välikontrollit pitivät sisällään mm. niskaveto-, purennanohjain-, retentiokoje-, QH- ja linguaalikaarikontrolleja.

Lapsia kutsuttiin oikomishoidon seulontaan 31 kunnassa (55 %) esiseulontan perusteella, ja 15:ssä näistä kunnista



Kuvio 1. Erikoishammaslääkäritasoisesta oikomishoidon järjestäminen kunnissa (n = 58). Vastaajalla oli kyselylomakkeessa mahdollisuus valita useampi kohta.

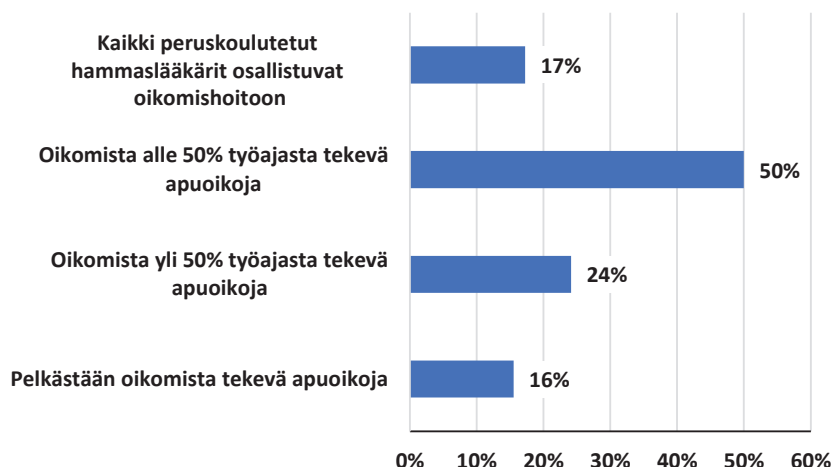
(48 %) esiseulonnan teki hammaslääkäri. Suuhygienistit esiseuloivat lasten parentoja kaikkiaan seitsemässä kunnassa (23 %). Vastaajista 22 (38 %) ilmoitti, että kunnassa seulottiin kokonaisia ikäluokkia, yleisimmin 9-vuotiaita kolmasluokkalaisten (55 %). Seuraavaksi yleisin seulontaikä oli 7 vuotta (23 %). Joissakin kunnissa seulottiin sekä 7- että 9-vuotiaat. Kokonaisia ikäluokkia seulovista kunnista 89 %:ssa oli alle 50 000 asukasta. Varsinaisen potilasvalinnan teki oikomishoidon erikoishammaslääkäri 29 kunnassa (50 %) ja apuhoitoa 14 kunnassa (24 %). Yhdeksässä kunnassa (16 %) käytettiin molempia edellä mainittuja valintatapoja. Loput vastaajat ilmoittivat, että potilasvalinnan tekivät hammaslääkärit tai suuhygienistit tavallisten tarkastusten yhteydessä.

Suurimmassa osassa kunnista (51 kpl eli 88 %) oikomishoidon tarpeen arviointiin käytettiin STM:n suosittelemaa 10-portaista asteikkoa (4). Oikomishoitoon pääsyyn oikeuttava vähimmäispistemäärä oli keskimäärin 7,4 (mediaani 7,5), ja pisteraja vaihteli 5–8 pisteen välillä (kuvio 3). Kyselylomakkeessa vastaaja pystyi valitsemaan vaihtoehdoista 5–8.

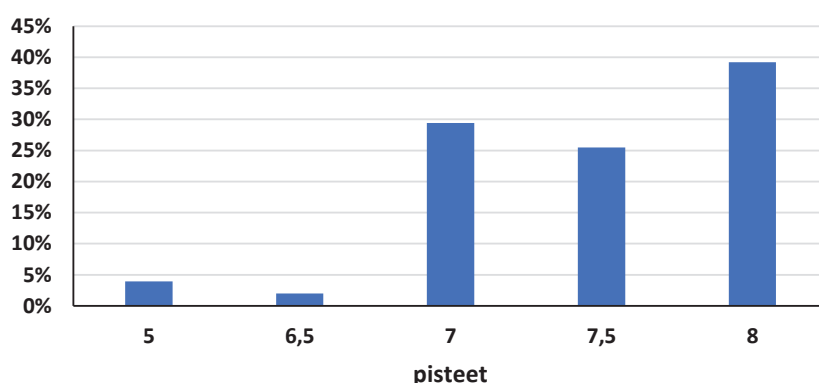
Niissä seitsemässä kunnassa, joissa ei vastaajien mukaan käytetty 10-portaista asteikkoa, ei hyödynnetty mitään muuta indeksia oikomishoidon tarpeen arvioimiseen. Näistä kunnista viidessä (71 %) oli alle 10 000 asukasta ja kahdessa (29 %) 10 001–50 000 asukasta. Kolmen kunnan edustajat mainitsivat, että purennat pisteytetään viitteellisesti eikä pisteitä merkitä potilastietoihin. Kolmessa kunnassa oikomishoidon erikoishammaslääkäri taas valitsi potilaat oikomishoitoon oman harkintansa mukaan. Näistä seitsemästä kunnasta neljä ilmoitti, että oikomishoitoa pystyttiin antamaan kaikille tai lähes kaikille sitä tarvitseville.

Vähimmäispistemäärä, joka oikeutti kunnalliseen oikomishoitoon, vaihteli erityisesti pienimpien ja suurimpien kuntien välillä (taulukko 2).

Kyselylomakkeen avoimilla kysymyksillä selvitettiin, millaisia haasteita oikomishoidon seulontaan ja hoitopääsyyn liittyi. Toisaalta haluttiin myös kartoittaa, mitkä asiat vastaajan näkökulmasta toi-



Kuvio 2. Perus- ja täydennyskoulutettujen hammaslääkärien osallistuminen oikomishoitoon (n = 58). Vastaajalla oli kyselylomakkeessa mahdollisuus valita useampi kohta.



Kuvio 3. Oikomishoidon pisterajojen jakautuminen niissä kunnissa, jotka käyttivät 10-portaista asteikkoa oikomishoidon tarpeen arviointiin (n = 51).

Taulukko 2. Oikomishoidon pisterajojen keskiarvo ja mediaani erikokoisissa kunnissa (n = 51).

Kunnan asukasluku	Keskiarvo	Mediaani
Alle 10 000 (n = 13)	7,2	7,5
10 001–50 000 (n = 31)	7,4	7,5
50 001–100 000 (n = 2)	8,0	8,0
Yli 100 000 (n = 5)	7,8	8,0

mivat kunnan oikomishoitajärjestelmässä hyvin. Moni vastaaja mainitsi onnistuneena asiana työnjaon (17 vastaajaa, 29 %). Vastauksissa pidettiin merkittävänä sitä, että kaikkia suun terveydenhuollon ammattiryhmiä – niin erikoishammaslääkäreitä, perushammaslääkäreitä,

suuhygienistejä kuin hammashoitajiakin – hyödynnetään oikomishoidon toteutuksessa. Tärkeänä pidettiin myös sitä, että kokeneet suuhygienistit ja hammaslääkärit osaavat hyvin tunnistaa ja poimia potilaiden joukosta oikomishoitoa tarvitsevat. Moni vastaaja koki myös, että joustava konsultaatiomahdollisuus oikomishoidon erikoishammaslääkärin kanssa oli merkittävä hoitojen sujuvuuden kannalta.

Osassa kunnista jonotusajat oikomishoitoon olivat lyhyet (10 vastaajaa, 17 %) ja purentavirheet huomattiin ajoissa. Tämän ansiosta hoidot voitiin aloittaa oikea-aikaisesti (kuusi vastaajaa, 10 %), mistä oli hyötyä erityisesti kiireellistä hoitoa tarvitsevien potilaiden kohdalla. Toisaalta 11 vastaajan (19 %) kunnassa

oikomishoito oli kuormittanut. Näissä kunnissa ongelmina olivat mm. suuret potilasmäärät sekä pitkät alkutarkastus- ja seurantajonot.

Arviot oikomishoidon resurssien riittävydestä jakautuivat melko tasaisesti: 27 vastaajan mielestä omalla kunnalla oli tarpeeksi oikomishoidon resursseja, 29 vastaajan mukaan resursseja oli liian vähän. Suurimpana ongelmana esiin nousi pula oikomishoidon erikoishammaslääkäreistä (10 vastaajaa, 17 %). Ongelmana pidettiin myös erikoishammaslääkärin korkea keski-ikä: vastaajat pohtivat, että nykyisten oikojen eläköityessä uusia, osaavia tekijöitä voisi olla vaikea saada tilalle, erityisesti pienempiin kuntiin. Myös oikomishoitoon osallistuvien apu-oikojen, suuhygienistien ja hammashoitajien määrässä koettiin olevan vaje (9 vastaajaa, 16 %).

Vastaajia huolestuttivat sote- ja maakuntauudistuksesta seuraavat muutokset. Kuntien kasvaessa myös niiden potilasmäärät nousevat, jolloin nykyiset resurssit eivät ehkä tule riittämään. Pienissä kunnissa oltiin keskimäärin tyytyväisempiä oikomishoidon resursseihin kuin suuremmissa: kaikki kuntansa oikomishoitoresursseihin tyytyväiset vastaajat edustivat alle 50 000 asukkaan kuntia, eikä yksikään yli 50 000 asukkaan kuntaa edustanut pitänyt resursseja täysin riittävinä. Resurssien puute näytti vaikuttavan myös siihen vähimmäispistemäärään, jolla kunnassa pääsee oikomishoitoon. Kunnissa, joissa oli edustajansa mukaan tarpeeksi oikomishoidon resursseja, hoitopääsyn pisteraja oli keskimäärin 0,5 pistettä matalampi kuin niissä kunnissa, joissa resursseja ei ollut riittävästi. Tietoa siitä, mikä hoitopääsyn pisteraja oli ja käytettiinkö kunnassa ylipäättään pisteytystä oikomishoidon tarpeen arviointiin, ei kuitenkaan ollut käytettävissä kaikista kyselyyn vastanneista kunnista. Tästä syystä pisterajojen tilastollista merkitsevyyttä ei ole laskettu.

Pohdinta

Tämän tutkimuksen perusteella oikomishoidon saatavuus vaihtelee kuntakohtaisesti. Verrattuna 2000-luvun alun tilan-

teeseen saatavuus näyttäisi parantuneen: palkattua oikomishoidon erikoishammaslääkärityövoimaa oli kaikkiaan 38 %:lla tähän kyselyyn vastanneista kunnista, ja ostopalvelusopimuksella toimivia oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä käytti 22 % kunnista. Vuosituhannen alussa vain joka viidennellä kunnalla oli oikomishoidossa omaa erikoishammaslääkäritasolta työvoimaa (2). Tilanteen paranemista saattaa selittää se, että suurimmassa osassa tähän kyselyyn vastanneista kunnista työskentelee osa-aikainen oikomishoidon erikoishammaslääkäri. Tällaisilla järjestelyillä oikojen asiantuntemusta saadaan hyödynnettyä suurempien kaupunkien ulkopuolellakin.

Suomessa hammaslääkärin työtehtäviä on siirretty suuhygienisteille ja hammashoitajille. Delegoimalla myös oikomishoidon rutiinitehtäviä hammaslääkäreiltä muulle hoitohenkilökunnalle on pystytty lisäämään oikomishoidon voimavaroja ja vähentämään hoitokustannuksia (13–15). Monissa kunnissa oikomishoidon toimenpiteitä on siirretty oikojilta peruskoulutettujen hammaslääkärin, suuhygienistin ja/tai hammashoitajien suorittaviksi, ja oikojen tehtäväksi on muodostunut ohjata hoitoa sekä seurata, että prosessi sujuu hoitosuunnitelman mukaan. Monihuonemalli mahdollistaa useamman potilaan hoitamisen samanaikaisesti sekä töiden jakamisen kaikkien suun terveydenhuollon ammattiryhmien kesken. Tämän kyselyn perusteella oikomishoidon työnjako onkin onnistunut kunnissa hyvin, ja kunnat ovat myös kiinnostuneita sen kehittamisestä. Työnjako nähtiin välttämättömänä, jotta kustannukset pystyttäisiin pitämään maltillisina.

Vuonna 2001 tehdyn tutkimuksen perusteella suuhygienistit tekivät oikomishoitotoimenpiteitä 61 %:ssa Suomen kunnista (2), joten tämän kyselyn perusteella suuhygienistien rooli oikomishoidon toteutuksessa näyttäisi kasvaneen. Kunnat hyödynsivät suuhygienistien työpanosta kuitenkin vaihtelevasti. Joissakin kunnissa he osallistuivat oikomishoitoon laaja-alaisesti, kun taas toisissa kunnissa he saivat tehdä vain joitakin yksinkertaisia toimenpiteitä. Peruskoulutetut ham-

maslääkärit osallistuivat vuonna 2001 oikomishoidon toimenpiteisiin lähes kaikissa (94 %) kunnissa (2), kun vastaava prosenttiosuus oli tässä tutkimuksessa 79 %. Peruskoulutettujen hammaslääkärin osallistuminen on ehkä vähentynyt siksi, että heille kuuluneita tehtäviä on siirretty suuhygienisteille kustannustehokkuuden parantamiseksi. Vuonna 2013 Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella tehdyssä kyselytutkimuksessa jopa 94 % vastaajista kertoi suuhygienistien tekevän oikomishoidon toimenpiteitä (16).

Suurin osa tähän kyselyyn vastanneista kunnista käytti oikomishoitopotilaiden valinnassa esiseulontaa, jossa suuhygienisti tai hammaslääkäri poimii tarkastusten yhteydessä oikomishoidon tarpeessa olevat potilaat oikojen tarkempaan arviointiin. Toinen vaihtoehto oli kokonaisten ikäluokkien purennan seulonta. Kun oikomishoidon erikoishammaslääkäri tai apu-oikoja valitsee itse ne potilaat, jotka pääsevät oikomishoitoon, hän pystyy paremmin arvioimaan kunkin lapsen purennan suhteessa kunnassa käytettäviin oikomishoidon kriteereihin. Toisaalta purennan kehityksessä ilmenee ikäluokan sisällä paljon vaihtelua, mikä hankaloittaa arvioinnin tekemistä. Kokonaisia ikäluokkia seuloivat tämän tutkimuksen perusteella pääsääntöisesti alle 50 000 asukkaan kunnat. Näyttää siis siltä, ettei tätä seulontatapaa koeta kovinkaan toimivaksi suurimmissa kunnissa. Mikäli kunnassa ei ole tarpeeksi oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä suhteessa asukasluukuun, kokonaisten ikäluokkien systemaattinen seulominen on työlästä.

Tämän kyselytutkimuksen perusteella kuntien hoitoonottokriteerit vaikuttavat tiukentuneen. Vuonna 2001 yleisin oikomishoitoon pääsyn pisteraja oli 10-por taisella asteikolla 7 (54 %), ja 18 %:ssa kunnista hoitoon pääsi jo pisteillä 2–5. Samalla kun priorisointiasteikon käyttö on yleistynyt, ovat kunnat tiukentaneet linjaansa: yleisin oikomishoitoon oikeuttava pisteraja oli tässä tutkimuksessa 8. Merkittävää on myös, että tämän tutkimuksen perusteella Suomessa ei ole enää montaa kuntaa, joissa oikomishoitoa annettaisiin alle 5 pisteen parentavirheisiin.

Tämän kyselyn osiossa, jossa selvitettiin oikomishoitoon pääsyyn liittyviä haasteita, harva vastaaja nosti esiin hoitoonvalinnassa ilmenevän epätasa-arvon. Sen sijaan aiemmissa tutkimuksissa epätasa-arvo on nähty yhtenä suurimmista oikomishoidon järjestelyihin liittyvistä ongelmista. Näissä tutkimuksissa, jotka on julkaistu vuosina 1992 ja 2004, 10-portaista asteikkoa käytti vain 53–56 % kunnista, ja monilla kunnilla oli omat, paikallisesti kehitetyt kriteerinsä (2, 17). STM julkaisi 2000-luvun alussa 10-portaisesta asteikosta uuden version, joka huomioi aiempaa paremmin purennan toiminnalliset poikkeavuudet ja ennusteen, ja suositteli vuonna 2005 kaikkia kuntia ottamaan nämä uudet kriteerit käyttöön (1). Tämä saattoi lisätä priorisointiasteikon käyttöä maanlaajuisesti. Hoidontarpeen arviointikäytännöt näyttävätkin jonkin verran tasapuolistuneen ainakin tähän tutkimukseen osallistuneissa kunnissa.

Vaikka STM on antanut suosituksia ja ohjeistuksia oikomishoitoon valinnasta ja vaikka käytännöt ovatkin yhtenäistyneet jonkin verran, näyttää oikomishoidon resurssien epätasainen jakautuminen edelleen aiheuttavan epätasa-arvoa hoitopääsyssä. Ongelmia näyttäisi olevan erityisesti suurissa kunnissa. Tämän kyselytutkimuksen perusteella yksikään yli 50 000 asukkaan kunta ei ollut täysin tyytyväinen oikomishoitoresursseihinsa, vaikka useimmat oikomishoidon erikoishammaslääkärit sijoittuivat juuri näihin kuntiin. Niissä kunnissa, jotka eivät käyttäneet hoidontarpeen arviointiin 10-portaista asteikkoa, oli pääosin alle 10 000 asukasta. Monissa näistä kunnista koko oikomishoidon kysyntä pystyttiin tyydyttämään, eikä pisteytykselle siten ollut tarvetta. Pienimmissä kunnissa oikomishoittoa saattaakin saada jopa alle 5 pisteen purentavirheisiin, kun taas suuremmissa kunnissa selvästi korkeamman pisteytyksen tuottavat purennat voivat jäädä hoitamatta.

Johtopäätöksiä pitää tämän tutkimuksen perusteella tehdä varovasti, sillä kysely ei kattanut koko Suomea ja vastauksia saatiin kaikkiaan vain 58 kunnasta. Vuoden 2018 alussa kuntia oli 311, mutta

koska osa kunnista kuuluu johonkin kuntayhtymään, kyselylle ei voida määrittää tarkkaa vastausprosenttia. Voi myös olla, että aineistossa olivat yliedustettuna kunnat, joilla oli oma oikomishoidon erikoishammaslääkäri. Mikäli kunnan oikomishoitopalvelut on esimerkiksi ostettu muualta, on kyselyyn vastaaminen kenties ollut epätodennäköisempää kuin tilanteessa, jossa kunnalla on ollut palkattu oikomishoidon erikoishammaslääkäri. Joka tapauksessa vastauksia saatiin useammasta sairaanhoitopiiristä, joten tulokset kertovat suuntaa antavasti oikomishoidon järjestelyiden tilanteesta koko Suomessa.

Vastauksista ilmeni, että kyselylomakkeen oikomishoidon seulontaan liittyvät kysymykset olivat olleet monitulkintaisia. Esiseulonalla tarkoitettiin tässä kyselyssä sitä, että hammashoitaaja, suuhygienisti tai peruskoulutettu hammaslääkäri arvioi purennan tavallisen suun ja hampaiden tarkastuksen tai tutkimuksen yhteydessä ja tekee tarvittaessa lähetteen oikojalle oikomishoidon tarpeen arviointiin. Osa vastaajista ymmärsi tämän vaihtoehdon niin, että esiseulonta on erillinen tilaisuus, jossa kaikilta lapsilta arvioidaan purenta. Vastaavasti osa vastaajista oli tulkinnut vaihtoehdon ”Koko ikäluokka seulotaan” siten, että seulonta tehdään tavallisen tarkastuksen yhteydessä. Niiden kuntien määrä, joissa tehdään esiseulontaa, onkin todellisuudessa suurempi kuin tuloksissa esitetty 55 %, kun taas kokonaisia ikäluokkia seulovien kuntien määrä on pienempi kuin tuloksissa esitetty 38 %. Oikomishoidon seulontaan liittyvään osioon saatujen vastausten perusteella jopa 24 % kyselyyn osallistuneista kunnista ei käyttänyt kumpaakaan edellä mainittua seulontatapaa, mutta muiden vastausten perusteella voitiin päätellä, että suuri osa myös näistä kunnista toteutti esiseulontaa tarkastusten yhteydessä.

Sote- ja maakuntauudistuksen myötä 10-portaisen pisteytyksen tulee olla käytössä koko maassa, ja oikomishoidon tarpeessa olevat lapset ja nuoret pitää ohjata hoitoon asianmukaisesti. Vastikään päivitetty kiireettömän hoidon perusteet (6), joita ei vielä tässä tutkimuksessa ole huomioitu, muuttanevat käytäntöjä edelleen

parempaan suuntaan. Esiseulonta on tämän tutkimuksen perusteella yleisin tapa ohjata potilaat oikomishoidon piiriin. Esiseulontaa tekevillä suun terveydenhuollon ammattihenkilöillä onkin oltava riittävä tieto siitä, minkälaiset purentavirheet missäkin vaiheessa kehitystä edellyttävät oikomishoidon erikoishammaslääkärin arviointia. Tehokkaalla työnjaolla pystytään kompensoimaan muuten riittämättömiä resursseja, joten sen kehittämiseen tulisi panostaa jatkossakin. ■

Organization of orthodontic care in Finnish health centres

The orthodontic screening methods vary between Finnish municipalities and special orthodontists are unevenly distributed. The aim of the study was to find out how orthodontic care is organized in municipalities, and how it differs between them. We were especially interested in the use of a 10-grade scale for the assessment of orthodontic treatment needs and in the cut point applied to select the children entitled to municipal orthodontic treatment. We also asked the views of dental professionals on public orthodontic care in Finland. The questionnaire was sent to 113 municipal chief dentists and we requested one response by the responsible orthodontic person.

The use of the 10-grade scale had increased (compared to 2001 survey) from 56 to 88%, indicating that the patient selection may be more consistent. The lowest accepted scores for admission ranged between 5–8, and the difference was clearest between the smallest and biggest municipalities. The most commonly used cut point was 8, while in 2001 it was 7. The availability of special orthodontists has improved, and the division of labour has become better defined.

The dental professionals who execute pre-screening need to be aware of the principles guiding the referral of patients to the assessments of orthodontist specialists. An efficient division of labour between different professions is a means to compensate for the insufficient orthodontic resources of municipalities. ■

Kirjallisuus

1. Mohlin B, Dømgård P, Egermark I, Kurol J, Pietilä T. Hoitamattomiin purentavirheisiin liittyvät terveysriskit. *Suom Hammaslääkäril* 2007;14(6): 308–13.
2. Pietilä T, Alanen P, Nordblad A, Kotilainen J, Pietilä I, Pirttiniemi P. ym. Hampaiden oikomishoito terveyskeskuksissa. *Stakes*; 2004.
3. Vinkka-Puhakka H, Pietilä T, Lundan I, Nevaste R, Nordblad A, Pöyry M. Oikomishoito julkisessa terveydenhuollossa: suosituksia toiminnan kehittämiseksi (Oikomishoitotyöryhmä -98). *Suom Hammaslääkäril* 1999(17 B).
4. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. 2., korjattu painos. Helsinki: STM; 2014. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70296/URN_ISBN_978-952-00-3520-4.pdf]. Haettu 1.6.2018.
5. Heikinheimo K. Need of Orthodontic Treatment and Prevalence of Craniomandibular Dysfunction in Finnish Children. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto; 1989.
6. Sosiaali- ja terveysministeriö. Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. Helsinki: STM; 2019. [http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf]. Haettu 18.11.2019.
7. Suomen Hammaslääkäriliiton erikoishammaslääkäritilasto. Erikoishammaslääkärit sairaanhoitopiireittäin. [<https://www.hammaslaakariliitto.fi/node/2224#.W0XXLNlzaUK>]. Haettu 2.7.2018.
8. Järvinen S, Widström E. Terveyskeskuksissa on suuria eroja hampaiston oikomishoidon kattavuudessa. *Suom Hammaslääkäril* 2008; 15(13): 20–25.
9. Rellman J. Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutustarpeen arviointi vuoteen 2030. Sosiaali- ja terveysministeriö; 2016. [https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75535/RAP_2016_57_ErikoislaakariRellman.pdf?sequence=1&isAllowed=y]. Haettu 7.10.2020.
10. Kuntarajat-karttakuva. Kuntaliitto. [https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/Ervat_Sairaanhoitopiirit2019.pdf]. Haettu 2.7.2018.
11. Pietilä T, Pietilä I, Varrela J, Alanen P. Terveyskeskusten oikomishoidon kehittämisessä on todellisia haasteita. *Suom Hammaslääkäril* 2001; 6(8): 346–50.
12. Pietilä I. Delivery, Outcome, and Costs of Orthodontic Care in Finnish Health Centres. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto; 2010.
13. O'Brien KD, Shaw WC. Expanded function orthodontic auxiliaries; a proposal for their introduction in the UK. *Br J Orthod* 1988;15(4):281–6.
14. Utriainen P, Sintonen H, Widström E. Terveyskeskusten hammashuollon tuottavuus vuosina 1982 ja 1991. Hallinnon tutkimus 1993; 12(3): 235–40.
15. Pietilä T. Oikomishoidon työnjaon kehittäminen. *Suuhygienisti* 2004(2004); 17: 14–6.
16. Karppinen H, Suominen AL, Kilpeläinen P, Pakkala R, Myllykangas R. Hammaslääkärien

osallistuminen oikomishoitoon KYS:n alueella. *Suom Hammaslääkäril* 2018; 25(5): 30–5.

17. Pietilä T, Pietilä I, Widström E, Varrela J, Alanen P. Extent and provision of orthodontic services for children and adolescents in Finland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1997; 25(2): 150–5.

Kirjoittajat

Riikka Haapamäki, HLK
Helsingin yliopisto

Terhi Karaharju-Suvanto, yliopistonlehtori
Helsingin yliopisto

Minna Kaila, professori
Helsingin yliopisto

Aura Heimonen, yliopistonlehtori
Helsingin yliopisto

Kirjoitus liittyy Riikka Haapamäen hammaslääketieteen lisensiaatin tutkintoon kuuluvien syventävien opintojen kirjalliseen työhön.

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia, jotka voisivat vaikuttaa kirjoituksen sisältöön.



Suomen Hammaslääkäriliitto
Finlands Tandläkarförbund



Hei jäsen, tulevatko viestit perille?

Päivitä omat tietosi

Hammaslääkäriliiton jäsenenä saat tärkeää tietoa niin sähköpostin, matkapuhelimen kuin perinteisen kirjepostin kautta.

Emme saa tietoa yhteystietomuutoksista muualta kuin jäsenen omasta ilmoituksesta. Muista tarkastaa, että myös työpaikkatietosi ovat ajan tasalla. Muutoksia tietoihisi voit tehdä itse liiton verkkosivujen jäsenalueella.

www.hammaslaakariliitto.fi

Jos tarvitset lisäohjeita jäsentietojen päivytykseen, ota yhteys liiton toimistoon: toimisto@hammaslaakariliitto.fi