



Lasten ja nuorten lakisääteiset suun terveystarkastukset Suomessa

Käynyt läpi vertaisarvioinnin.
Hyväksytty julkaistavaksi 4.6.2021.



Lähtökohdat

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten lakisääteiset lasten ja nuorten suun terveystarkastukset toteutuvat Suomessa. Lisäksi selvitettiin tarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen arviointia.

Menetelmät

Sähköinen kyselylomake (Webropol) lähetettiin kaikkiin Suomen suun terveydenhuollon yksiköihin (n = 194). Kysymyksiin vastasivat yksiköiden johtavat tai vastaavat hammaslääkärit.

Tulokset

Kaikki kyselyyn vastanneet yksiköt (n = 110) ilmoittivat, että koululaisten lakisääteiset suun terveystarkastukset toteutuvat. Alle kouluikäisten tarkastukset eivät toteutuneet yhdessä yksikössä. Useimmiten alle kouluikäisten tarkastukset tekivät suuhygienistit tai hammashoitajat; hammaslääkärit tekivät lakisääteiset koululaisten tutkimukset. Pelkästään yksilölliset tarkastusvälit, jolloin asetuksen mukaisia koululuokkia ei tarkastettu kattavasti, olivat käytössä 12 %:ssa yksiköistä. Kolmasosa (31 %) yksiköistä antoi tilastoihin perustuvan tiedon, 69 % vastauksista perustui arvioon. Yksiköistä 14 % ilmoitti, että tarkastuksista poisjäävien tuen tarvetta ei selvitetä millään tavalla.

Johtopäätökset

Lakisääteiset lasten ja nuorten määräaikaiset suun terveystarkastukset toteutuvat Suomessa pääsääntöisesti hyvin. Tarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen selvittely on vielä puutteellista.

Lasten ja nuorten suun terveystarkastukset Suomessa

Heljä Mäklin, Vuokko Anttonen, Marja-Liisa Laitala

Suomi oli 1970-luvulta lähtien vuosituhatteen vaihteeseen saakka lasten hammas- ja suunterveyden mallimaa ja esikuva muille maille: Saatiin kansanterveyslaki ja kouluhammashoitola, "valistushammashoitajat", koko ikäluokan kattavat vuositarkastukset sekä kaikille lapsille yhtäläinen ilmainen laadukas hammashoito. Samaan aikaan korostettiin myös kotona tapahtuvaa hampaiden hoitoa ja karkkipäivät olivat yleisesti käytössä. Kaikki lapset kutsuttiin ja kaikki kävivät kunnallisessa hammashoidossa, ja suomalaislasten suunterveys lähti paranemaan nopeasti.

Vuosittain systemaattisesti kerätyt tilastot lasten hampaiden kunnosta olivat kattavia ja maailmanlaajuisesti ainutlaatuisia. 2000-luvulle tultaessa oikeus julkiseen hammashoitoon laajeni koskemaan myös aikuisia ilman, että julkisen hammashoidon resurssit lisäntyivät. Toimintamalleja jouduttiin muuttamaan ja suunterveyden edistämisestä ja ehkäisvästä työstä jouduttiin laajalti tinkimään. Hoitotakuun myötä ikä ei

enää ollut edes lasten kohdalla kriteeri hoitoon pääsyyllä, vaikkakin valtioneuvoston asetus neuvolatominna, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisvästä suun terveydenhuollosta velvoitti tarkastamaan tietyt ikäluokat kattavasti (338/2011). Hammaslääkärien raportointina sekä potilasasiakirjojen perusteella lasten suunterveyden paraneminen pysähtyi, ja havaittiin lasten suun sairauksien jopa lisääntyvän ja polarisoituvan (1, 2). Kassebaumin ym. (3) mukaan yli kolmasosalla suomalaislapsista oli hoitamaton kariesta maitohampaissa vuonna 2010.

Tuoreimman kouluterveydentutkimuksen mukaan (4) suomalaisten lasten suunhoitotottumuksissa oli vielä vuonna 2019 parannettavaa. Edelleen vain noin kaksi kolmasosaa (67,5 %) neljäs- ja viidesluokkalaisista ilmoittaa harjaavansa hampaat suositusten mukaisesti kaksi kertaa päivässä. Kahdeksas- ja yhdeksäsluokallaiset harjaavat hampaitaan vielä vähem-

män; vain hieman yli puolet (59,2 %) nuorista ilmoittaa harjaavansa hampaansa kaksi kertaa päivässä. Kymmenen vuotta aiemmin toteutetussa kyselyssä 50 % kahdeksas- ja yhdeksäsluokalaisista ilmoitti harjaavansa hampaat kaksi kertaa päivässä (5).

Usein monet ongelmat keskittyvät samoille lapsille; niillä joilla on huono suunterveys, on myös muita elämänhallintaan ja terveyteen liittyviä ongelmia (6, 7, 8). Sosioekonomisen eriarvoisuuden näkyminen suunterveydessä näyttää olevan pysyvä ilmiö sekä kehittyneissä että kehittyvissä maissa, myös Suomessa (3, 9, 10), vaikka Maailman terveysjärjestö WHO asetti tavoitteekseen eriarvoisuuden poistamisen jo 1980-luvulla (11).

Suomessa alle kouluikäisten lasten sekä peruskoululaisten suun terveystarkastuksista säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010) (12), joka velvoittaa kuntia seuraamaan lapsen suun terveydentilaa vähintään joka toinen vuosi ja tarkastamaan koululaisten suunterveyden vähintään kolme kertaa peruskoulun aikana sekä lisäksi yksilöllisen tarpeen mukaisesti. Valtioneuvoston asetuksessa (338/2011) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta säädetään, että kunnan on järjestettävä määräaikaista terveystarkastuksia kaikille ennalta määriteltynä ikä- tai vuosiluokkaan tai muuhun ryhmään kuuluville sekä yksilöllisestä tarpeesta johtuvia terveystarkastuksia (13).

Alle kouluikäisen määräaikaisten suun terveystarkastuksen voi tehdä suuhygienisti tai hammashoitaja. Tarpeen mukaan hampaiston tutkii hammaslääkäri, kun lapsi on 1- tai 2-vuotias, 3- tai 4-vuotias ja 5- tai 6-vuotias (13). Koululaisten suun määräaikaisten tarkastukset (suuhygienisti tai täydennyskoulutuksen saanut hammashoitaja) tai tutkimukset (hammaslääkäri) tehdään, kun oppilas on ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella luokalla ja lisäksi hammaslääkäri tutkii suunterveyden tarpeen mukaan (13). Terveys- ja hyvinvointien kaventamiseen velvoittaa osaltaan

myös lastensuojelulaki (417/2007) (14), jonka mukaan neuvola- ja kouluterveydenhuollon palveluissa ehkäistään myös lastensuojelutarpeen syntymistä (14, 15).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten lain ja asetusten mukaiset suun terveystarkastukset toteutuvat Suomen suun terveydenhuollossa alle kouluikäisten ja peruskouluikäisten kohdalla, sekä miten selvitetään tarkastuksista poisjääneiden tuen tarve.

Aineisto ja menetelmät

Pohjois-Suomen aluehallintovirasto koordinoi selvitystä lasten ja nuorten lakisääteisten suun terveystarkastusten toteutumisesta keväällä 2019. Webropol-pohjainen kysely lähetettiin aluehallintovirastojen kautta maanlaajuisesti kaikkiin julkisen terveydenhuollon yksiköihin ja siihen vastasivat yksiköiden ylihammaslääkärit ja vastaavat hammaslääkärit. Vastausaikaa kyselyyn oli kuukausi, jota pidennettiin vielä kahdella viikolla.

Kysely sisälsi sekä avoimia että monivalintakysymyksiä. Siinä tiedusteltiin, toteutuvatko kunnassa tai suun terveydenhuollon vastuuyksikössä alle kouluikäisten ja peruskoululaisten terveydenhuoltolain ja valtioneuvoston asetuksen mukaiset suun terveystarkastukset (kyllä/ei). Vastaajia pyydettiin ilmoittamaan, mitkä ikäluokat tai peruskoulun luokka-asteet terveydenhuollon yksiköissä tarkastetaan kokonaisuudessaan. Niistä ikä- ja koululuokista, jotka tarkastettiin kokonaisuudessaan, kysyttiin joko virallisiin tilastoihin perustuvaa tietoa tai ylihammaslääkärin arviota, kuinka suuri prosenttiosuus kyseisestä ikä- tai koululuokasta tarkastettiin. Lisäksi kysyttiin, kuka yksikössä pääsääntöisesti tekee tarkastukset kullekin ikäluokalle tai luokka-asteelle (hammaslääkäri/suuhygienisti/hammashoitaja/ ei vakiintunutta käytäntöä, kerro toimintatavasta).

Kyselyssä tiedusteltiin myös, millä tavalla yksiköt kutsuvat alle kouluikäiset ja koululaiset suun terveystarkastukseen (lapsen huoltajalle lähetetään vastaanottoaika kirjeessä / lapsen huoltajalle lähetetään vastaanottoaika sähköisesti

esim. sähköpostilla / lapsen huoltajalle lähetetään vastaanottoaika tekstiviestillä / lapsen huoltajalle lähetetään kehoitus varata aika / jokin muu tapa, mikä?). Vastaajilta kysyttiin myös, selvitetäänkö tarkastuksista poisjääneiden perheiden tuen tarve (kyllä, miten? / ei, miksi ei?)

Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista. Tutkimusaineisto tallennettiin ja analysoitiin ilman tunnistetietoja. Vastaukset esitettiin prosenttiosuuksina ja frekvensseinä sekä kuvailevien taulukoiden ja kuvioiden avulla.

Tulokset

Kyselyyn vastasi 110 terveydenhuollon yksikköä Suomen yhteensä 194 yksiköstä (vastausprosentti 56,7 %). Vastauksia saatiin kaikista maakunnista. Kaikissa vastauksissa todettiin, että peruskouluikäisten terveydenhuoltolaissa määritetyt suun terveystarkastukset toteutuvat heillä asetusten mukaisesti (n = 110). Kolmasosa (31 %) vastaajista ilmoitti tiedot kouluikäisten lakisääteisten tarkastusten toteutumisesta virallisen tilaston perusteella, muilla vastaajilla vastaukset perustuivat arvioon.

Alle kouluikäisten tarkastukset toteutuivat vastausten perusteella asetusten mukaisesti yhtä lukuun ottamatta kaikissa yksiköissä (n = 109). Enemmistö (75 %, n = 83) vastanneista ilmoitti lähettävänsä alle kouluikäisille vastaanottoajan kirjeessä postin kautta, 6 % (n = 7) vastaajista lähetti postissa kehotuksen varata vastaanottoaika ja 1 % (n = 1) lähetti ajan sähköisesti. Avoimessa kentässä muita tapoja (18 %) ilmoitettiin olevan muun muassa lapsen huoltajille soittaminen.

Yksiköistä 63 % (n = 69) lähetti koululaisten vastaanottoajan kirjeellä huoltajalle ja 1 % (n = 1) lähetti kirjeellä kehotuksen varata aika tarkastukseen. Sähköisesti esimerkiksi Wilma-järjestelmän kautta ajan lähetti 6 % (n = 7) ja tekstiviestillä 1 % (n = 1) vastanneista. Kolmannes (29 %, n = 32) vastaajista valitsi kyselyssä kohdan jokin muu tapa, mikä? Avoimessa kentässä muita tapoja ilmoitettiin olevan muun muassa vastaanottoajan lähettäminen kouluille ja vastaan-

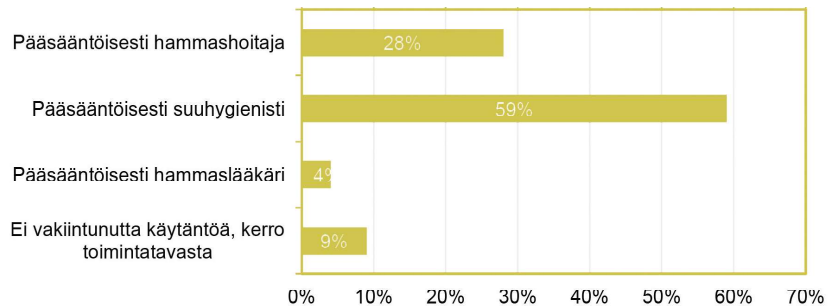


ottoajan lähettäminen kotiin postissa lapsen nimellä.

Alle kouluikäiset tarkisti useimmiten suuhygienisti tai hammashoitaja (87 %, kuvio 1.) Vastanneista 15 % (n = 16) ilmoitti, ettei kunnassa tarkasteta alle kouluikäisistä tiettyjä ikäluokkia. Näistä kahdessa kunnassa tarkastetaan kaikki alle kouluikäiset vuosittain, kudessa tarkastukset tehdään yksilöllisen hoitovälin mukaisesti ja yksi vastaajista ilmoitti, että kunnassa ”lähetetään passiivinen kutsu”. Viiden vastaajan kohdalla neuvolan terveydenhoitaja osallistui jonkin ikäluokan suun terveystarkastukseen joko tekemällä tarkastuksen tai kehittämällä ottaa yhteyttä suun terveydenhuoltoon.

Vastaajista 95 % (n = 104) vastasi kysymykseen, kutsutaanko koululaisista jokin luokka-aste kokonaan. Kysymykseen vastanneista 43 % (n = 41) ilmoitti, että yksikössä on käytössä yksilölliset tarkastusvälit riskiarvion perusteella. Noin 12 % (n = 13) kertoi, että koululaiset tarkastetaan pelkästään yksilölliseen tarkastusväliin perustuen, ei asetusten mukaisten ikäluokkien perusteella. Vastanneista kaikki (n = 104) raportoivat, että ensimmäisen luokan oppilaat tarkastetaan; vastaava osuus viidennen luokan oppilaiden kohdalla oli 95 % ja kahdeksannen luokan oppilaiden kohdalla 92 %. Näissä luokka-asteissa tarkastukset teki pääsääntöisesti hammaslääkäri, muuten koululaisten tarkastuksen tekijä oli useimmiten suuhygienisti. Hammashoitajat tekivät tarkastuksia koululaisille vain muutamissa yksiköissä; suhteellisesti eniten hammashoitajat tekivät tarkastuksia 7.-luokkalaisille (taulukko 1).

Avoimeen vastauskenttään jätetyistä kommenteista kävi ilmi, että noin neljäsosa kunnista (n = 28) tarkasti koululaiset annetun asetuksen mukaisesti, minkä lisäksi heillä oli käytössä yksilölliset henkilökohtaiseen riskiarvion perustuvat tarkastusvälit. Viidesosa (19 % vastaajista, n = 21) ilmoitti tarkastavansa lapset joka vuosi riippumatta suun tilanteesta. Kysymykseen vastanneista 13 %:ssa yksiköistä (n = 14) lapsista tar-



Kuvio 1. Alle kouluikäisten suun terveystarkastuksen suorittajat, %-osuudet ammattiryhmittäin.

kastettiin alle 70 % ainakin yhdessä asetusten mukaisessa ikäluokassa.

Yhtä yksikköä lukuun ottamatta kaikki yksiköt vastasivat kysymykseen perheen tuen tarpeen selvittelystä tarkastuksista (n = 109). Neuvolaikäisten kohdalla 86 % (n = 94) vastaajista ilmoitti selvittävänsä tuen tarpeen, peruskouluikäisten kohdalla tuen tarpeen ilmoitti selvittävänsä 88 % (n = 96) vastaajista. Alle kouluikäisten kohdalla 49 % (n = 46) tuen tarpeen selvittävästä yksiköistä ilmoitti olevansa tarvittaessa yhteydessä sosiaalihuoltoon tai lastensuojeluun, kun kouluikäisten kohdalla vastaava luku oli 53 % (n = 51). Muita lasten tuen tarpeen selvittämiskeinoja olivat mm. yhteydenotto kotiin kirjeitse tai puhelimitse, yhteydenotto neuvolaan tai kouluterveydenhoitajaan sekä uuden vastaanottoajan lähettäminen.

Sekä alle kouluikäisten että koulu-

laisten kohdalla yhdeksällä yksiköllä oli erilaisia organisaatiotason ohjeita, esimerkiksi poispuodokkaiden malli, sisäinen ohje, otetaan puheeksi -menetelmä, joista ei erikseen kerrottu, mitä ne tarkoittivat. Vastaajista 16 (14,5 %) ilmoitti, ettei tarkastuksista poisjääneiden tuen tarvetta selvitetä. Syinä tähän olivat muun muassa resurssipula sekä se, ettei tuen tarpeen selvittämistä nähty tarpeelliseksi, koska vanhemmat ovat vastuussa lapsistaan.

Pohdinta

Lasten ja nuorten suun terveystarkastukset näyttävät tämän tutkimuksen perusteella toteutuvan Suomessa pääsääntöisesti kohtuullisen hyvin. Tulosten luotettavuutta kuitenkin vaikeuttaa se, että vastaukset perustuvat pääosin arvioon eivätkä tilastoituun tietoon. Tutkimukseen eivät vastanneet kaikki kunnat tai

Taulukko 1. Koululaisten suun terveystarkastukset ja niiden suorittajat luokka-asteittain (suorittajien %-osuus tehdyistä tarkastuksista). Lakisääteiset luokka-asteet tummennettuna.

Luokka-aste	Hammaslääkäri, n (%)	Suuhygienisti, n (%)	Hammashoitaja, n (%)	Kaikki, n
1.	88 (85)	16 (15)	0	104
2.	9 (36)	15 (60)	1 (4)	25
3.	44 (54)	36 (44)	1 (4)	81
4.	8 (35)	14 (61)	1 (4)	23
5.	73 (74)	25 (25)	1 (1)	99
6.	8 (33)	16 (67)	0	24
7.	9 (27)	21 (64)	3 (9)	33
8.	88 (92)	7 (7)	1 (1)	96
9.	14 (45)	17 (55)	0	31

kuntayhtymät, minkä takia kattavaa tietoa suun terveystarkastusten toteutumisesta ei saatu.

Parhaimmillaan lapset tarkastetaan sekä asetuksen että yksilöllisen tarkastusvälin mukaisesti. Vaikuttaa siltä, että kattavimmin tarkastetaan alle kouluikäisistä 5-vuotiaat sekä koululaisista ykkösluokkalaiset. Hammashoitajat ja suuhygienistit tekevät pääosin alle kouluikäisten tarkastukset, kun taas kouluikäisten suun terveystutkimuksia tekevät enimmäkseen hammaslääkärit. Varsinkin alle kouluikäisten kohdalla ei ole resursseja selvittää tarkastuksista poisjäävien syitä ja perheen mahdollista tuen tarvetta.

Hieman yli 10 prosenttia vastaajista ilmoitti, että koululaiset kutsutaan yksilöllisen hoitovälin mukaisesti, eikä koko ikäluokan kattavia lakisääteisiä määräaikaistarkastuksia tehdä. Näissä yksiköissä tarkastetaan esimerkiksi 5-vuotiaat tai ensimmäisen luokan oppilaat koko ikä- tai vuosiluokkana, minkä jälkeen jokaiselle määritetään yksilölliset hoitovälit. Tämä käytäntö ei kuitenkaan noudata tarkasti asetusta, jossa tarkastettavat vuosiluokat säädetään. Näistäkin yksiköistä, jotka ilmoittivat tarkastavansa asetusten mukaiset koululuokat, 13 %:ssa jäi tarkastamatta jostakin ikä- tai vuosiluokasta lähes kolmannes.

Useassa avoimessa vastauksessa todettiin koululaisten tarkastusten tilastoinnissa olevan ongelmia, ja vain kolmannes vastaajista pystyi ilmoittamaan viralliseen tilastoon perustuvan tiedon tarkastusten toteutumisesta. Monet vastaajat esittivät toiveen uusista tilastokoodeista, joilla voitaisiin luotettavasti seurata, kuinka kattavasti määräaikaistarkastuksia saadaan toteutettua.

Suomessa viranomaiset valvovat hoitotakuun toteutumista. Tämä kysely paljasti, että myös lasten suun terveystarkastusten tilastoimiseen ja seuraamiseen tarvittaisiin valtakunnallisia keinoja ja apuvälineitä. Kouluterveydenhuollossa lakisääteisille käynneille lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla löytyy koodistot jokaisen lakisääteisen ikäryhmän tarkastuksiin, mutta suun terveydenhuollon koodisto on selkeästi

lyhyempi (16). Yhtenäiset koodistot lakisääteisiin tarkastuksiin palvelisivat sekä vastaavia hammaslääkäreitä että valvovia viranomaisia helposti saavutettavien ja paikkaansa pitävien tilastojen tuottamiseksi eri ikäryhmien lakisääteisten tarkastusten toteutumisesta.

Kaikki suun terveydenhuollon yksiköt eivät asetuksesta huolimatta selvittä tarkastuksista poisjääneiden tuen tarvetta. Osa vastaajista kertoi kutsuvansa tarkastuksista poisjääneet välivuosina tai lähettävänsä vain uuden ajan, seuraamatta tai tilastoimatta, kuinka moni lapsista tulee uusintakutsun jälkeen tarkastukseen. Usealla kunnalla oli selkeitä, nimettyjä toimintamalleja, esimerkiksi Lapset puheeksi -malli.

Jos terveydenhuollon ammattihenkilö epäilee lapsen hyvinvoinnin vaarantuvan, on hänellä lain mukainen velvollisuus tehdä lastensuojeluilmoitus salassapitosäännösten estämättä (14). Tutkimuksen mukaan hammaslääkärit raportoivat helpommin lasten kaltoinkohtelusta, mikäli heillä on selkeä toimintaohje (17). Hammaslääkärit tarvitsevat kollegan tukea tehdäkseen lastensuojeluilmoituksen (18). He kokevat roolinsa ristiriitaisena ja haluavat kannustaa vanhempia hoitamaan lastensa hampaita eivätkä tehdä lastensuojeluilmoitusta (18).

Toisaalta lasten tilanne pääsee usein kärjistyään, kun suurinta tukea tarvitsevilla on usein myös muita sosioekonomisia ongelmia, jotka vaikuttavat sekä suoraan että välillisesti myös suun terveyteen. Tilannetta voisi helpottaa yhtenäinen toimintamalli, selkeä koodisto sekä tarkat tilastoista helposti saatavat tiedot myös suun terveydenhoidosta, jolloin kynnys ilmoituksen tekemiseen madaltuisi.

Sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi olisi tärkeää, että suun terveydenhuollon piiriin saataisiin myös ne lapset, jotka eivät tule tarkastuksiin. Terveyserot eivät johdu vain koulutuksen ja ammattiaseman kaltaisten sosiaalisten taustatekijöiden eroista, vaan taustalla voivat olla myös olosuhteet ja kokemukset (19). Tutki-

mukset ovat osoittaneet, että poisjäännin taustalla on usein monimutkaisia ongelmia perhe-elämässä ja poisjääntejä esiintyy usein perheissä, joilta puuttuvat hampaiden kotihoidon rutiinit (19, 20).

Terveyserojen kaventamiseksi olisi tärkeää saada niin alle kouluikäiset kuin kouluikäisetkin tarkastettua kattavasti vähintään lakisääteisistä ikä- ja vuosiluokista. Hammashoidon laiminlyönnin on todettu vaikuttavan haitallisesti muun muassa lapsen syömiseen, kasvuun ja elämänlaatuun sekä heikentävän suun terveyden lisäksi yleisterveyttä (18). Suun terveysongelmat kasautuvat useammin heille, joilla on myös muita ongelmia, kuten somaattisia tai psyykkisiä terveysongelmia, tai heille, jotka ovat käyttäneet palveluita epäsäännöllisesti (18). Kattava, vähintään lakisääteisten ikä- ja vuosiluokkien suun terveystarkastusten toteutuminen ja tarvittaessa lisäksi yksilölliset tarkastukset sekä tarkastuksista poisjääneiden tuen tarpeen selvittäminen ovat toimivia työkaluja, kun tavoitteena on lasten ja nuorten hyvä suun terveys.

Kyselytutkimuksissa vastausprosentti jää usein melko pieneksi, ja tämän kaikiin terveydenhuollon yksiköihin lähetetyn kokonaistutkimuksen kattavuutta voidaankin pitää melko hyvänä. Toinen kyselytutkimusten mahdollinen virhelähde on vastausten luotettavuus; vastaajat voivat joko tahallisesti tai tahattomasti vastata kysymyksiin liian positiivisesti (21). Tässä tutkimuksessa suuri osa vastauksista perustui vastaajien käsityksiin eikä virallisiin rekisteritietoihin, joten on mahdollista, että tilanne lasten ja nuorten lakisääteisten suun terveystarkastusten toteutumisessa on todellisuudessa heikompi. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, ja vastaukset analysoitiin ilman tunnistetietoja. Anonymiteettiin varmistamiseksi mahdollisia alueellisia eroja ei analysoitu.

Tämän tutkimuksen perusteella lasten ja nuorten suun terveystarkastukset ja tarkastuksista poisjäävien tuen tarpeen arviointi näyttävät toteutuvan pääsääntöisesti lain edellyttämällä tavalla. Parannettavaa on yhdenmukaisessa re-



kisteröinnissä ja toimintatavoissa. Tilannekuva suun terveystarkastuksista perustuu kuitenkin suurimmaksi osaksi arvioihin eikä virallisiin tilastoituihin tietoihin. Yhdenmukainen tilastotieto auttaisi arvioimaan, kuinka moni lapsi ja nuori putoaa pois suun terveydenhuollon järjestelmän piiristä. Terveyserojen kaventamiseksi tarvitaan lisää yhtenäisiä käytäntöjä ja lisää tutkimustietoa. ■

Heljä Mäklin, EHL
Oulun kaupunki, suun terveydenhuolto

Vuokko Anttonen,
professori emerita, EHL
Oulun yliopisto, Suun terveyden
tutkimusyksikkö

Marja-Liisa Laitala, professori, EHL
Oulun yliopisto, Suun terveyden tut-
kimusyksikkö ja Oulun yliopistollinen
sairaala; marja-liisa.laitala@oulu.fi

Children's statutory oral health examinations in Finland

According to Finnish legislation, it is obligatory for municipalities to organize oral health examinations for all children in certain age groups: three times before the school age (1–2, 3–4, and 5–6 years of age) and three times during the school years (1st, 5th and 8th graders). Additionally, the possible need for special support among those children who do not attend the oral examinations should be evaluated.

The aim was to investigate the implementation of the act on children's and adolescents' oral health examinations in different age groups. Secondly, the measures of the support for non-attending children were evaluated.

A web-based semi-structured questionnaire was sent to all public dental health units (n = 194) in every municipality by the Regional State Administrative Agencies.

The response rate was 57% (n = 110). In general, statutory oral health examinations were appropriately implemented throughout the country. Differences were found in practices on how often and how comprehensively the age groups were invited for check-ups. Before the school age, the examinations were most often performed by a dental hygienist or dental nurse (87%), and for school children by a dentist (74–92% of the statutory examinations). The need for special support for those children not attending examinations was defined by 86–88% of the respondents, but the variation in measures was extensive.

The answers were mostly based on personal opinions and assumptions of the chief dental officers instead of accurate statistics. A need for better tools e.g. new operational codes for official records was established.

KIRJALLISUUS

1. Anttonen V, Yli-Urpo H. Oral health of Finnish children at the beginning of the 2010s – Results from a survey sent to dentists working in public health. *Finn Dent J* 2010; 17: 20–5.
2. Laitala ML, Alanen P, Isokangas P, Söderling E, Pienihäkkinen K. Long-term effects of maternal prevention on children's dental decay and need for restorative treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41(6): 534–40.
3. Kassebaum NJ, Bernabé E, Dahiya M, Bhandari B, Murray CJ, Marcenes W. Global burden of untreated caries: a systematic review and meta-analysis. *J Dent Res* 2015; 94(5): 650–8.
4. Ikonen, R, Helakorpi, S. Lasten ja nuorten hyvinvointi. Kouluterveyskysely 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. [http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019091528281].
5. Luopa P, Kivimäki H, Matikka A, Vilkkii S, Jokela J, Laukkanen E, Paananen R. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000–2013 – Kouluterveyskyselyn tulokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. [http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-280-5].
6. Koksai E, Tekcicek M, Yalcin SS, Tugrul B, Yalcin S, Pekcan G. Association between anthropometric measurements and dental caries in Turkish school children. *CEJPH* 2011; 19: 147–51.
7. Alkarimi HA, Watt RG, Pikhart H, Jawadi AH, Sheiham A, Tsakos G. Impact of treating dental

caries on schoolchildren's anthropometric, dental, satisfaction and appetite outcomes: a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 2012; 12: 706.

8. Honne T, Pentapati K, Kumar N, Acharya S. Relationship between obesity/overweight status, sugar consumption and dental caries among adolescents in South India. *Int J Dent Hyg* 2012; 10: 240–4.

9. Meurman P, Pienihäkkinen K. Factors associated with caries increment: a longitudinal study from 18 months to 5 years of age. *Caries Res* 2010; 44(6): 519–24.

10. Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontol Scand* 2010; 68(1): 34–42.

11. World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2008.

12. Terveydenhuoltolaki (1326/2010). [https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326].

13. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suunterveydenhuollosta (338/2011). [https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338].

14. Lastensuojelulaki (417/2007). [https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417].

15. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ajanmukaiset käytänteet ja pitkät perinteet neuvolassa ja koulu-

terveydenhuollossa: Palvelujen seuranta tutkimus 2016–2017. THL raportti 2018_011. [http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-190-4].

16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Avohilmo: Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus 2018: Määrittelyt ja ohjeistus. THL ohjaus 2017_020. [http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-925-5].

17. Kvist T, Malmberg F, Boqvist AC, Larheden H, Dahllöf G. Clinical routines and management of suspected child abuse or neglect in Public Dental Service in Sweden. *Swed Dent J* 2012; 36: 15–23.

18. Kvist T, Wickström A, Miglis I, Dahllöf G. The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *Eur J Oral Sci* 2014; 122(5): 332–8.

19. Karvonen S, Martelin T, Kestilä L, Junna, L. Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Tutkimuksesta tiiviisti. Suomen sosiaalinen tila: 2017_0163/2017. [http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-896-8].

20. Kvist T, Cocozza M, Annerbäck E-M, Dahllöf G. Child maltreatment – prevalence and characteristics of mandatory reports from dental professionals to the social services. *Int J Paed Dent* 2017; 27(1): 3–10.

21. Sjöström O, Holst D. Validity of a questionnaire survey: response patterns in different subgroups and the effect of social desirability. *Acta Odontol Scand* 2002; 60: 136–40.