

Suomen

Finlands Tandläkartidning
Finnish Dental Journal

Hammaslääkärilehti 17 B ■ 99

1.10.1999 N.s. Vol IV



Oikomishoito julkisessa terveydenhuollossa

Suosituksia toiminnan
kehittämiseksi

Oikomishoitotyöryhmä -98

1999

Oikomishoito julkisessa terveydenhuollossa:

Suosituksia toiminnan kehittämiseksi

Oikomishoitotyöryhmä -98

Heli Vinkka-Puhakka
Turun yliopiston hammaslääketieteen laitos
Ortodontian jaosto
heli.vinkka-puhakka@tays.fi

Terttu Pietilä
Varkauden terveystakeskus
terttu.pietila@vrk.varkaus.fi

Inkeri Lundan
Terveystakeskushammaslääkäriyhdistys
inkeri.lundan@kolumbus.fi

Ritva Nevaste
Suomen Hammaslääkäri-seura
rnevaste@hotmail.com

Anne Nordblad
Stakes
anne.nordblad@stakes.fi

Matti Pöyry
Suomen Hammaslääkäriliitto
matti.poyry@fimnet.fi

Ortodontin i den offentliga tandvården

Rekommendationer för utveckling av verksamheten

Oikomishoitotyöryhmä -98
(Arbetsgruppen för ortodontisk vård -98)

Rapportens viktigaste del publiceras också på svenska. I slutet av rapporten finns kapitel 10, Rekommendationer för utveckling av den ortodontiska vården, i svensk översättning.

SUOMEN HAMMASLÄÄKÄRILEHTI
Finlands Tandläkartidning
Finnish Dental Journal

Toimitus
Fabianinkatu 9 B, 00130 HELSINKI
Puh. (09) 622 0250, faksi (09) 622 3050
Sähköposti: hammas@fimnet.fi
Internet: www.hammasll.fi

Painopaikka
Forssan Kirjapaino Oy, ISO 9002

ISSN 0355-4090

Esipuhe

Aloite oikomishoitoa koskevan raportin kokoamiseksi lähti terveyskeskuksissa oikomishoitotyötä tekevilta hammaslääkäreiltä. Turun yliopiston hammaslääketieteen laitoksella on järjestetty vuodesta 1994 lähtien ortodontian neuvottelupäivä, jossa on keskusteltu terveyskeskusten oikomishoidon järjestelyistä vuosittain vaihtuvan teeman puitteissa. Syksyn 1997 neuvottelupäivän alustuksissa ja keskusteluissa todettiin, että oikomishoitoon liittyvään valtakunnalliseen vaihtelevuuteen ei saada korjausta ainoastaan oikojahammaslääkäreiden välisissä keskusteluissa. Ortodonttien hoitokäytäntöjen selkeyttämisen katsottiin tarvitsevan tehokkaampia keinoja. Niinpä toiminnanjohtaja Matti Pöyryä Suomen Hammaslääkäriiliitosta ja kehittämisspäällikkö Anne Nordbladia Stakesista pyydettiin selvittämään mahdollisuuksia perustaa asiantuntijatyöryhmä, joka laatisi suositukset ortodonttisen perushoidon organisaatiosta ja suuntaviivoista.

Suomen Hammaslääkäriiliiton hallitus päätti kokouksessaan joulukuussa 1997 yhteistyössä Suomen Hammaslääkärisseuran kanssa koota asiantuntijatyöryhmän. Työryhmän haluttiin edustavan mahdollisimman kattavasti kaikkia oikomishoidon järjestämiseen osallistuvia tahoja. Työryhmä otti nimekseen Oikomishoitotyöryhmä -98 ja aloitti toimintansa tammikuussa 1998. Toimeksiannossa työryhmän kiireellisimpänä tehtävänä pidettiin terveyskeskuksissa annettavan perushoidon selkeyttämistä.

Työryhmä on työstänyt oikomishoidon suorittamiseen ja järjestämiseen liittyviä käytäntöjä olemassa olevan kirjallisen ja kokemusperäisen materiaalin avulla. Raportti haluaa selkeyttää oikomishoitoprosessiin liittyviä asioita terveyskeskusten hammashuollosta vastaaville hammaslääkäreille. Oikomishoitoon perehtyneille hammaslääkäreille raportin suurin hyöty lienee hajallaan olleen materiaalin kokoaminen. Sekä suun terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä vastaavien että oikojien asiantuntevasta tarvitaan, kun kuntatasolla päätetään oikomishoitotoiminnan laajuudesta, sisällöstä ja järjestämistavasta.

Työryhmä halusi saada palautetta jo työn alkuvaiheista lähtien. Heti kun tehtäväkenttä oli hahmottunut, raportista julkaistiin syksyllä 1998 ennakkotiedote sekä Suo-

men Hammaslääkärilehdessä että Hammaslääkäriiliiton kotisivulla (www.hammasll.fi). Raporttia esiteltiin myös kevään 1999 Hammaslääketiedetapahtumassa ja tilaisuudessa oli jaossa raportin kirjallinen työversio. Raportin työversio oli myös luettavissa Hammaslääkäriiliiton kotisivulla ja sen saattoi halutessaan tilata Hammaslääkäriiliitosta. Työryhmän saama runsas palaute on otettu mahdollisuuksien mukaan huomioon lopullista raporttia laadittaessa.

Oikomishoidon onnistunut toteutus vaatii tekijältään sekä tietoa että taitoa. Hyvin suoritettujen toimenpiteiden eivätkä riitä silloin, kun hoidon varsinainen tavoite ei ole selkiytynyt. Terveyskeskusten voimavarojen niukkeneminen asettaa aiempaa suuremmat vaatimukset suun terveydenhuollosta ja oikomishoidosta vastaaville hammaslääkäreille. Työryhmän raportti pyrkii antamaan käyttökelpoisia työkaluja oikomishoidon oikealle kohdentamiselle ja menestykselliselle järjestämiselle.

Helsingissä 6.8.1999

Oikomishoitotyöryhmä -98

Företal

Initiativet till denna rapport togs av tandläkare vid hälsovårdscentraler som arbetar med ortodontisk vård. Ända sedan år 1994 har Odontologiska Institutionen vid Turun Yliopisto arrangerat en utbildningsdag där man har diskuterat arrangemangen i anslutning till den ortodontiska verksamheten på hälsovårdscentralerna, utgående från ett tema som årligen har varierat. Hösten 1997 konstaterade man både i inledningsanförandena och i de påföljande diskussionerna, att man inte kan få bukt med variationerna i den ortodontiska vården på riksnivå bara med hjälp av interna diskussioner mellan tandläkare som arbetar med ortodonti. Man ansåg att det behövdes effektivare metoder för att skapa klarhet i ortodontisk vårdpraxis. Då bad man verksamhetsledare Matti Pöyry vid Finlands Tandläkarförbund och utvecklingschef Anne Nordblad vid Stakes reda ut om det fanns möjligheter att sammanställa en expertgrupp som skulle dra upp riktlinjerna för den ortodontiska basvården och dess organisation.

Styrelsen för Finlands Tandläkarförbund beslöt vid sitt möte i december 1997 att tillsammans med Finska Tandläkarsällskapet samla ihop en grupp sakkunniga. Man eftersträvade att gruppen så heltäckande som möjligt skulle representera alla de instanser som är engagerade i att arrangera den ortodontiska vården. Arbetsgruppen kallade sig Oikomishoitotyöryhmä -98 (Arbetsgruppen för ortodontisk vård -98), och den påbörjade sitt arbete i januari 1998. Gruppens mest brådskande uppdrag ansågs vara att skapa reda i den ortodontiska basvården på hälsovårdscentralerna.

Utgående från existerande litteratur och erfarenhet har arbetsgruppen sedan bearbetat vård- och organisationsrutiner. Rapporten eftersträvar att klargöra allt som har med den ortodontiska vårdprocessen att göra för de tandläkare som ansvarar för tandvården på hälsovårdscentralerna. För tandläkare insatta i ortodonti ligger rapportens största värde i att den presenterar data i koncentrerad form, som tidigare funnits spridda på olika håll. När man på kommunnivå fattar beslut om hur man skall arrangera den ortodontiska vården, vad den skall innehålla och hur omfattande den skall vara, behöver man sakkunnighjälp både av ortodonter och av dem som ansvarar för munhalsvårdstjänsterna i sin helhet.

Arbetsgruppen ville genast ha feedback på sitt arbete. Genast då arbetsuppgifterna hade klarnat publicerade man förhandsinformation om rapporten hösten 1998, både i Finlands Tandläkartidning och på Tandläkarförbundets hemsida (www.hammasll.fi). Rapporten presenterades också på Odontologi 99 våren 1999, och där fanns den skriftliga arbetsversionen av den tillgänglig. Den fanns också på Tandläkarförbundets hemsida, och man kunde beställa den via Tandläkarförbundet. I mån av möjlighet har arbetsgruppen beaktat den omfattande feedback rapporten fått då den slutliga versionen har utarbetats.

För att den ortodontiska vården skall lyckas behöver tandläkaren både kunskap och skicklighet. Om vårdens verkliga målsättning inte är klar räcker det inte ens att åtgärderna utförs korrekt. När hälsovårdscentralernas resurser blir allt knappare blir kraven på de tandläkare som ansvarar för munhalsvården och den ortodontiska vården allt större. Arbetsgruppen vill med sin rapport erbjuda en del av de redskap som behövs för att den ortodontiska vården skall kunna riktas rätt och bli framgångsrik.

Helsingfors den 6.8.1999

Oikomishoitotyöryhmä -98

● Sisällysluettelo ●

1. JOHDANTO	6	8. HOIDON KULKU	23
2. OIKOMISHOIDON LUONNE JA TAVOITE	7	8.1 Diagnoosi	23
2.1 Mikä on purentavirhe?	7	8.2 Hoidon tavoitteen asettaminen, hoitovaihtoehtojen vertailu ja hoitosuunnitelman laatiminen	24
2.1.1 Hoidon tarpeen arvioinnin ongelmat	7	8.3 Hoitovaihtoehtojen esittäminen ja tietoon perustuva suostumus	24
2.1.2 Eettiset ja ammatilliset näkökohdat	7	8.4 Hoidon etenemisen arviointi	25
2.1.3 Hoidon vaikuttavuus	8	a) <i>Hoidon aiheuttamien riskien arviointi</i>	25
2.2 Oikomishoidon onnistunut toteutus	8	b) <i>Asiakirjamerkinnot ja tallenteet hoidon aikana sekä hoidon etenemisen arviointi</i>	25
2.3 Hoitamattomuuden pitkän aikavälin riskit	8	c) <i>Potilaan motivaation ja hoitomyöntyvyyden arviointi</i>	26
a) <i>Hammas- ja tukikudoksiin kohdistuva vaurio</i>	9	d) <i>Potilaan antaman palautteen käsittely</i>	26
b) <i>toiminnallisten häiriöiden riski</i>	9	8.5 Ammattihenkilön tekemä hoitotuloksen arviointi	26
c) <i>Psykososiaalisen stressin riski</i>	9	a) <i>Asiakirjamerkinnot ja tallenteet hoidon päättyessä</i>	26
d) <i>Huono pitkän aikavälin ennuste</i>	9	b) <i>Hoitotuloksen arviointitapoja</i>	26
3. OIKOMISHOITOKÄYTÄNNÖT	10	9. HOITOJÄRJESTELYJEN KEHITTÄMINEN	27
3.1 Eri hoitokäytännöt ja niistä julkaistut tutkimukset	10	9.1 Oikomishoidon järjestäminen terveyskeskuksessa	27
3.1.1 Hoidon ajoituksen merkityksestä	10	a) <i>Erikoishammaslääkärin toimenkuva</i>	27
3.1.2 Satunnaistetut pitkittäistutkimukset	11	b) <i>Työnjako peruskoulutettujen kesken</i>	27
3.1.3 Mitä oikomishoidon siirtäminen aikuisikään merkitsee?	12	c) <i>Avustavan henkilökunnan osuus</i>	27
3.2 Yhteenveto hoidon ajoitukseen liittyvistä tutkimuksista	12	9.2 Hoidon ketjutus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä	27
4. OIKOMISHOITOJÄRJESTELYJEN NYKYTILANNE	13	9.3 Vastuukysymykset	28
4.1 Oikomishoito terveyskeskuksissa	13	a) <i>Hoidon järjestäjän vastuu</i>	28
4.2 Terveyskeskusten oikomishoitotoimintaa koskevia tilastotietoja	14	b) <i>Hoitavan ammattihenkilön vastuu</i>	28
4.3 Oikomishoito keskussairaaloiden hammas- ja suusairauksien klinikoissa	14	c) <i>Potilaan ja perheen vastuu</i>	28
a) <i>Erikoissairaanhoidotolaki ja erikoissairaanhoido osana hoitoketjua</i>	14	9.4 Potilaan tyytyväisyyden arviointi	28
b) <i>Sairaanhoidopiirien hoitopalvelujen tilastoja</i>	15	9.5 Purennan hoidon tulosten arviointi väestötasolla	28
4.4 Oikomishoito YTHS:ssä osana hoitoketjua	15	10. SUOSITUKSET OIKOMISHOITOTOIMINNAN KEHITTÄMISEKSI	29
4.5 Kelan korvaama oikomishoito hoitoketjun osana	15	• Miten hoitoa kannattaa priorisoida?	29
4.6 Oikomishoidon erikoishammaslääkärit Suomessa vuonna 1997	16	• Kuinka oikomishoidon tavoite tulisi asettaa?	29
5. OIKOMISHOITOPROSESSI VUOKAAVIONA	17	• Mikä on tärkeää yhteistyössä potilaan/perheen kanssa?	29
6. OIKOMISHOIDON SEULONTA JA HOITON VALINTA	18	• Kuinka oikomishoitopotilaiden valinta tulisi järjestää?	30
6.1 Seulonta oikomishoitoon	18	• Mitä seikkoja palvelujen järjestämisessä tulee ottaa huomioon?	30
a) <i>Kattavan seulontajärjestelmän edellytykset</i>	18	• Miten oikomishoitotoimintaa tulisi arvioida?	30
b) <i>Esimerkkejä seulonta- ja hoidontarvekriteereistä</i>	19	• Arviointitietojen kerääminen	30
6.2 Oikomishoiton valinta	19	• Oikomishoitotoiminnan lähivuosien kehittämisaalueet	31
a) <i>Oikomishoidon priorisointi ja henkilöstövoimavarat</i>	19	REKOMMENDATIONER FÖR UTVECKLING AV DEN ORTODONTISKA VÅRDEN	31
b) <i>Objekt varhaishoitoon valinnalle</i>	21	• Hur bör vården prioriteras?	31
c) <i>10-portaisen pisteytyksen käyttö</i>	21	• Vilka mål skall uppställas för vården?	32
6.3 Potilaalle/perheelle annettava tiedotus hoidon tarpeesta	22	• Vad är viktigt i samarbetet med patienten/familjen?	32
7. POTILASASIAKIRJAT JA TALLENTEET	22	• Hur skall patienterna väljas?	32
7.1 Yleistä potilasasiakirjoista	22	• Vad bör beaktas då man arrangerar vårdtjänsterna?	32
7.2 Anamneesi	22	• Hur skall ortodontisk vård utvärderas?	32
7.3 Potilasasiakirjamerkinnot ja tallenteet ennen hoidon aloitusta	23	• Insamling av data för utvärderingen	33
		• Tyngdpunktsområdena inom den ortodontiska vården under de närmaste åren	33
		KIRJALLISUUSVIITTEET	34
		LIITTEET 1—12	

1. JOHDANTO

Suomessa on lasten ja nuorten suun terveydenhuollossa saavutettu hyviä tuloksia määrätietoisella kehittämistyöllä. Purentavirheiden diagnosointiin ja hoitoon suunnattu toiminta on ollut hapuilevampaa. Tämä raportti antaa suosituksia ja tietoa terveyskeskusten järjestämään oikomishoitoon. Tavoitteena on edistää suun terveydenhuollon oikomishoitokäytäntöjen kehittymistä siten, että tasapuolisuus lisääntyy ja käytävissä olevat hoitoresurssit hyödynnetään mahdollisimman tehokkaasti ja tarkoituksenmukaisesti.

Kuntien lakisäätteiset velvoitteet suun perusterveydenhuollon järjestämiseksi on määritelty kansanterveyslaissa (28.1.1972/66) ja kansanterveysasetuksessa (21.8.1992/802) ja suun erikoissairaanhoidon järjestämiseksi erikoissairaanhoidolaissa (1.12.1989/1062). Lait ovat yleisluontoisia ja edellyttävät selkeää paikallistason soveltamista. Lääkintöhallitus antoi vuoteen 1991 saakka paikallistason päätöksenteon tueksi yleis- ja ohjekirjeitä. Kyseiset ohjeet eivät enää ole voimassa, mutta niiden ohjeiden soveltamista, jotka edelleen ovat hyväksyttävissä ja ajankohtaisia, on monin paikoin jatkettu. Hampaiston oikomishoitoon liittyviä ohjeita oli ohjekirjeessä 1/1987 "Aikaisemmin invalidihuoltuna kustannetun hammashoidon järjestäminen", joka kohdistui nykyisen erikoissairaanhoidon toimialueelle ja 6/1988 "Hampaiden oikomishoidon järjestäminen", joka oli perusterveydenhuoltoon tarkoitettu suositusluontoinen ohje. Erikoissairaanhoidon toimintaa ohjaa Stakesin asiantuntijaryhmän suositus sairaanhoidopiirien tehtävistä suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon järjestämiseksi (30.4.1993). Suositus sisältää sellaisten vaikeiden suun alueen sairauksien ja vammojen hoidon, joilla on oleellinen merkitys potilaan toimintakyvylle.

1990-luvulla julkisen ohjauksen vähennyttyä ovat kuntien menettelytavat monin tavoin eriytyneet. Tämä on johtanut ristiriitatilanteisiin ja valitusprosesseihin erityisesti niillä terveydenhuollon aloilla, joissa ei keskushallinnon ohjauksen vähentyessä ollut vielä vakiintuneita hoitokäytäntöjä. Kuntien taloudellisen tilanteen kiristyminen on lisännyt terveydenhuollon järjestelyjen kirjavuutta.

Oikomishoidon saannin tasapuolisuudesta on puhuttu jo pitkään. Suomen Hammaslääkärilehden pääkirjoitus 15 vuotta sitten (16/1984) oli otsikoitu "Oikomishoidon arvostusta ja saantiedellytyksiä parannettava". 1990-lu-

vun alussa oikomishoidon tasapuolisuutta peräänkuulutti myös Terveyskeskushammaslääkäriyhdistys ry:n oikojahammaslääkäreiden työvaliokunta (SHL 13/1992, s. 962—963).

On helposti löydettävissä selittäviä tekijöitä ja syitä siihen, miksi oikomishoidon integroituminen luontevaksi osaksi perusterveydenhoitoa on kangerrellut. Kansanterveyslain tullessa voimaan vuonna 1972 perusterveydenhuollon resurssit haluttiin kohdentaa ennen kaikkea kariuksen ehkäisyyn ja hoitoon. Tämä painotus näkyi myös edellä mainitussa lääkintöhallituksen ensimmäisessä ja ainoassa ohjekirjeessä oikomishoidon järjestämiseksi (6/1988), jossa todetaan, että "hampaiston oikomishoidon palvelujen järjestäminen ei saa vaikeuttaa alle 17-vuotiaiden hampaiston perushoidon toteutusta". Edellä kuvattu asenne oli nähtävissä vielä vuonna 1992 lasten kariestilanteen jo parannuttua dramaattisesti. Tällöin terveyskeskusten oikojahammaslääkärit totesivat joutuvansa edelleen päivittäin työssään jatkuvaan ristiriitatilanteeseen eri intressi- tai päättäjätahojen kanssa siitä, kuuluuko oikomishoitoa ylipäätensä tehdä ja missä laajuudessa ja jopa keskusteluun siitä, onko oikomishoito ollenkaan hammashoitoa (SHL 13/1992, s. 962—963).

Oikomishoitoa tekevien hammaslääkäreiden koulutuksen ja oikomishoitajärjestelyjen yhtenäistäminen ja selkiyttäminen nähdään tarpeellisena myös muualla Euroopassa (Rönning 1992; Pietilä, Vinkka-Puhakka ja Kantomaa 1995; Pietilä 1997). Euroopan Unionin rahoittama Euro-Qual-projekti on vuodesta 1993 lähtien työskennellyt eurooppalaisen oikomishoitotoiminnan harmonisoimiseksi ja kehittää edelleen oikomishoitoprosessin laadun mittaamiseen käyttökelpoisia kriteerejä. Tässä raportissa on hyödynnetty Euro-Qual-projektin työtä. Samaan päämäärään pyrkii Euroopan Unionin hammaslääkäriskoulutuksen neuvoa-antava komitea (Advisory Committee), joka on laatimassa ortodontian erikoishammaslääkäriltä edellytettäviä ammattitaitovaatimuksia.

Tämän raportin tavoitteena on

- kehittää käytäntöjä, joilla oikomishoito tulee luontevaksi osaksi lasten ja nuorten suun terveydenhoitoa ja joiden avulla parannetaan oikomishoidon tuloksellisuutta ja oikeaa kohdentumista
- kuvata ja selkeyttää oikomishoitoprosessia
- antaa tietoa paikallisen suunnittelun ja päätöksenteon tueksi.

2. OIKOMISHOIDON LUONNE JA TAVOITE

2.1 Mikä on purentavirhe?

Purentavirhe määritellään poikkeamaksi siitä, mikä on yksilölle rakenteellisesti ja toiminnallisesti optimaalinen purenta. Purentaan poikkeamat vaihtelevat yksittäisen hampaan asentovirheestä vaikeaan kasvovirheisiin ulottuvaan kehityshäiriöön. Näiden ääripäiden välillä on vaihteleva kirjo eriasteisia hampaiden puhkeamisen ja purentankehityksen häiriöitä. Purentavirheiden esiintyvyydessä on todettu lisääntymistä (Corrucini 1984; Laitinen 1995). Osa poikkeamista kuuluu yksilöiden väliseen luonnolliseen vaihteluun. Tässä raportissa käsitellään vain purentavirheitä, jotka ovat vaikea-asteisia ja vaativat hoitoa.

2.1.1 Hoidon tarpeen arvioinnin ongelmat

Päätöstä potilaan oikomishoidon aloittamiseksi ohjaavat useat näkökohdat. Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on otettu säädos potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kohteluun. Suun terveydenhuolto on yksilötasolla laadukasta vasta, kun hoidossa otetaan huomioon suun, hampaiston ja purentan kokonaisuus. Arvioinnissa tulee lisäksi huomioda kunkin potilaan yksilölliset ominaispiirteet ja toivomukset. Hoitopalvelujen tärkeysjärjestystä pohdittaessa tulee huomioida potilaan omat tarpeet, lääketieteelliset näkökohdat ja kokonaisuhoidon kannalta teknisesti oikea hoitojärjestely.

Hoitopalvelujärjestelmässä ehkäisevän ja korjaavan hoidon tulee olla sopusoinnussa olemassa olevaan tietoon näiden lähestymistapojen vaikuttavuudesta.

Päätökseen oikomishoidon aloittamisesta vaikuttavat poikkeaman vaikeusaste ja siitä potilaalle koitua haitta, hoidosta saatava hyöty suhteessa hoidon riskeihin ja kustannuksiin sekä paikkakuntakohtainen terveydenhuollon voimavarojen jako. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) korostaa potilaan mielipiteen huomioon ottamista ja hoidon suorittamista yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jotta näin toimittaisiin käytännön tasolla, tarvitaan vielä terveydenhuoltohenkilöstön asenteiden muutosta ja ammatillisten valmiuksien kehittämistä tähän suuntaan.

Purentavirheen vaikeusastetta arvioitaessa potilaan hampaisto- ja luustosuhdetta verrataan väestötutkimuksissa saatuihin rakennetta ja toimintaa kuvaaviin keskiarvoihin. Tämä analyysi pelkästään ei anna vastausta sii-

hen, onko potilas hoidon tarpeessa. Potilaan itsensä kokemat esim. syömiseen, hengittämiseen tai puhumiseen liittyvät haitat ja hänen omat käsityksensä ja toiveensa ovat tärkeitä hoidon tarvetta arvioitaessa. Myöskään ulkonäköseikkoja ei voida kokonaan sivuuttaa, sillä ne vaikuttavat lapsen ja nuoren itsetunnon ja minäkuvan kehittymiseen.

Vielä viime vuosikymmenellä katsottiin vankka oman tieteenalan tietämys riittäväksi evääksi oikomishoitotoiminnan kehittämiseksi. Tänäpäin tämä ei enää riitä, sillä terveydenhuollon kustannustekijät ovat nousseet merkittävään rooliin niin Suomessa kuin muuallakin. Julkisen terveydenhuollon paikkakuntakohtaiset resurssit ja poliittiset, varojen jakoa koskevat linjaukset vaikuttavat myös olennaisesti hoitopäätösten suuntaamiseen. Hoidon kustannuksia arvioitaessa tulee markkamääräisten kustannusten lisäksi ottaa huomioon myös muut hoidosta aiheutuvat haitat, kuten hoidon kesto, hoidon vaatimat uhraukset potilaalta ja vanhemmilta (koulusta ja työstä poissaolot, hoidon vaatima ko-operaatio) sekä hoidosta aiheutuva kipu ja särky. Hoitotuloksen pitkän aikavälin ennuste on hoitopäätöstä tehtäessä olennaisen tärkeä. Hammaslääkärin pitäisi myös kyetä arvioimaan ennuste sille vaihtoehdolle, että hoitoon ei lainkaan ryhdytä. Mikäli hoitoon liittyvät riskit ja kustannukset ylittävät siitä saadun hyödyn, hammaslääkärin eettinen velvollisuus on suositella potilaalle hoidosta luopumista.

2.1.2 Eettiset ja ammatilliset näkökohdat

Yhteiskunnassa 1990-luvulla virinneessä arvokeskustelussa on tarkasteltu myös terveydenhuollon toiminnan eettisiä periaatteita. Hippokrateen ajoilta peräisin oleva eettinen ohje, jonka mukaan terveydenhuolto ei saa tuottaa vahinkoa, ei yksinomaan riitä. Terveydenhuollossa hoidon tulee parantaa. On voimavarojen tuhlausta hoitaa vain siksi, että hoidosta ei tiettävästi ole haittaakaan. Oikomishoidon tulee parantaa hampaiston ja sitä ympäröivien kudosten ja rakenteiden terveyttä, pitkän aikavälin ennustetta ja potilaan elämän laatua.

Edellä mainittujen monimutkaisten asiakokonaisuuksien hahmottaminen edellyttää oikomishoitoa tekevältä hammaslääkäriltä perusteellisia tietoja purentavirheiden diagnostiikasta, etiologiasta, kehityskulusta, normaalista ja häiriintyneestä kasvusta, hoitomenetelmien vaikuttavuudesta ja hoidon toteuttamiseen liittyvistä yksityiskohdista. Hänen tulee kyetä myös vertaamaan tutkittuun tietoon tai käytännön kokemukseen perustuvia hoito-

vaihtoehtoja. Tämän lisäksi hänen on osattava arvioida lapsen kehitystasoa ja persoonallisuuden piirteitä harkitessaan, onko hoidon aloittamiselle ja onnistuneelle loppuunsaattamiselle olemassa riittävät edellytykset. Potilaan itsemääräämisoikeuden (autonomian) toteutumisen edellyttää, että hammaslääkäri osaa informoida potilasta hoitoon liittyvissä asioissa siten, että potilas/hänen huoltajansa myös ymmärtävät asian.

2.1.3 Hoidon vaikuttavuus

Hoito- ja tutkimusmenetelmien lisääntynyt tarjonta ja kustannuspaineet pakottavat arvioimaan käytettyjä menetelmiä yhä suuremmassa määrin kliinisen hyödyn, vaikuttavuuden ja eettisen hyväksyttävyyden näkökulmasta. Viime aikoina virinnyt hoidon vaikuttavuuden, kustannus/hyöty-suhteen tutkimuksen ja laatuajattelun mukanaan tuoma jatkuva toiminnan ja työyhteisön kehittäminen ovat työkaluja, joiden avulla selvittää lisääntyvistä haasteista. Terveystieteiden kehittämissuunnitelmassa "Terveystieteiden kehittäminen 2000-luvulle" korostetaan myös eri terveydenhuoltotahojen välisen työnjaon ja sopimusmenettelyjen kehittämistä (STM oppaita 1998:5). Vaikka purentavirheiden hoitosuosituksen pitäisi nojautua niin suurelta osin kuin mahdollista objektiiviseen, tutkittuun tietoon (olla näyttöön perustuvaa), on selvää, että hoitosuosituksiin aina sisältyy myös subjektiivinen, kokemuksen myötä sisäistetty käytännön tieto. Arvokkainta tämä tieto on silloin, kun se on syntynyt kliinisen havainnoinnin ja kriittisen tutkimuksen vuorovaikutuksessa.

Oikomishoidosta päätettäessä tulee ottaa huomioon

- purentavirheen vaikeusaste
- purentavirheen haitta potilaalle ja potilaan mielipide purennastaan
- hoitamattomuuden ennuste
- hoitotuloksen ennuste
- hoidon kustannukset ja riskit
- edellytykset hoidon onnistuneelle läpiviemiselle, kuten hoitohenkilökunnan riittävä taitotieto ja potilaan riittävä motivaatio

2.2 Oikomishoidon onnistunut toteutus

Oikomishoidon hallittu loppuunsaattaminen ja lopputuloksen arviointi ovat oleellinen osa hyvää hoitokäytäntöä. Lopputuloksen arviointi, joka ottaa huomioon kaikki asiaan vaikuttavat seikat, on ainakin yhtä vaikeaa kuin hoidontarpeen arviointi. Vaikka yleisesti terveydenhuollossa paranemisella tarkoitetaan hoitoon johtaneen ongelman poistumista, oikomishoitotuloksen hyväksyttävyyttä ei tutkimuksissa aina arvioida suhteessa alkutilanteessa esiintyviin ongelmiin, vaan pikemminkin purennan lopputilanteen hyväksyttävyyteen. Kasvavalla potilaalla moni muukin asia on muuttunut hoidon aikana, joten pelkästään alku- ja lopputilanteen vertaaminen keskenään ei sellaisenaan ole tarkoituksenmukaista.

Yleinen suunta näyttää olevan, että kokemuksen lisääntyessä oikomistyötä tekevän hammaslääkärin asenne muuttuu siten, että hänen käsityksensä hoitotuloksen hyväksyttävyydestä laajenee. Kokemus opettaa kliinikkoa arvioimaan, mihin lopputulokseen voidaan turvallisesti päästä. Hoitomenetelmien kehittämisen kannalta onkin ensiarvoisen tärkeää, että tutkimuksellisin keinoin kehitetään objektiivisia metodeja hoidon lopputuloksen hyväksyttävyyden arvioimiseksi. Tällaisia kriteereitä kehitellään Suomessa parhaillaan.

Epätyydyttävään hoitotulokseen päätyminen voi johtua virheellisestä diagnoosista, epärealistisen hoitovaihtoehdon valinnasta, puutteellisesta hoidon toteutuksesta, hoidon aiheuttamista vaurioista, hampaiden siirtämisestä pysyvyydeltään kyseenalaisiin asentoihin, potilaan kooperaation huomioimisen laiminlyömisestä tai siitä, että hoidon tavoitetta ei ole hoitoa aloitettaessa täsmennetty. Epätyydyttävään hoitotulokseen päätyminen kasvuvaiheen oikomishoidossa saattaa vaikeuttaa myöhemmin tehtävää oikomishoitoa ja/tai ortognaattisen hoidon toteuttamista.

2.3 Hoitamattomuuden pitkän aikavälin riskit

Oikomishoidolla poistetaan purennan suotuisaa kehitystä häiritseviä tekijöitä, ehkäistään purentavirheestä myöhemmin mahdollisesti aiheutuvia fysiologisia ja/tai psykologisia ongelmia. Usein kuvitellaan, että mitä suurempi purennan poikkeama on, sitä suurempi riski se on terveyteen tai ulkonäköön liittyvien ongelmien syntyyn. Tutkimusten mukaan asia ei välttämättä ole näin (Cohen 1970; Baldwin 1980). Hoidontarvetta arvioitaessa tulisi punnita hoidosta saatava hyöty suhteessa hoidon tai hoitamatta jättämisen aiheuttamiin riskeihin (Shaw

1997). Eräs käyttökelpoinen ajatusmalli on tanskalaisten kehittämä menetelmä, joka luokittelee purentavirheet sen mukaan, kuinka suuren riskin purentavirhe aiheuttaa hampaiden ja niitä ympäröivien tukikudosten terveydelle (Solow 1995). Viime vuosina uniapnea-potilaiden hoitotiimit ovat tuoneet esiin purentavirheiden ja kasvojen luustorakenteiden hoidon tärkeyttä (SHL 18/1997, uniapnea-teemanumero).

a) Hammas- ja tukikudoksiin kohdistuva vaurio

Purentavirhe ei lisää kariesriskiä, mutta voi aiheuttaa erilaisia muita kudostuhoja hampaistossa ja sitä ympäröivissä tukikudoksissa. Lisääntynyt horisontaalinen ylipurenta lisää yläetuhampaiden traumariskiä (Järvinen 1979) ja retinoituneet hampaat saattavat resorboida viereisten hampaiden juuria. Etenkin ylähammaskaaren ahtausta altistaa tukikudossairauksille (Helm 1990). Inkisii-vien ienkontakti vaurioittaa iän myötä yläetuhampaiden kiinnityskudoksia ja pystyt yläinkisii-vit alae-tuhampaiden huulen puoleista ientä. Interferenssinä olevis-sa hampaissa on kliinisesti havaittu ienvetäytymiä. Syvä purenta, varsinkin jos yläinkisii-vit ovat pystyt (suulakeen päin kallistuneet), ja bruksaus aiheuttavat liiallista ham-paiden kulumista.

b) Toiminnallisten häiriöiden riski

Suomessa hoidontarpeen arvioinnissa asetetaan etusijalle purentavirheet, joihin liittyy toiminnallisia häiriöitä. Okklusaaliset interferenssit on todettu dysfunktioiden riskitekijöiksi (Kirveskari ym. 1998).

Vaikka ei ole voitukaan sitovasti osoittaa, että purenta-virhe lisää dysfunktioriskiä (Helm 1990), dysfunktio-potilailla on todettu tavanomaista enemmän tiettyjä pu-rentavirheitä. Tällaisia purentavirheitä ovat tois- ja mo-lemminpuoleiset ristipurennat, etualueen avopurenta sekä huomattava sagittaalinen epäsuhta hammaskaarten välillä (distaalinen tai mesiaalinen purenta) (Egermark-Eriksson ym. 1990). Henkilöillä, joilla on huomattava avopurenta tai horisontaalinen ylipurenta, saattaa olla vaikeuksia haukkaamisessa ja pureskelussa samoin kuin puheenmuodostamisessa. Myös mesiaalipurennalla, sivu-alueen ristipurennalla ja ylähammaskaaren aukkoisuudel-la on havaittu olevan yhteyttä puhehäiriöihin (Pahkala 1993).

1980- ja 1990-luvuilla on tehty useampia tutkimuksia sen selvittämiseksi, aiheuttaako oikomishoito dysfunk-tio-oireita. Valtaosassa tutkimuksia johtopäätös oli, että oikomishoito ei lisää eikä vähennä purentaan toiminnal-

lisia häiriöitä. Sen sijaan oikomishoidon avulla pystytään joissain tapauksissa tasapainottamaan purentaa niin, että jo syntyneet dysfunktio-oireet poistuvat tai vähenevät.

c) Psykososiaalisen stressin riski

Länsimaiselle ihmiselle hampaisto ei ole vain pureskelun työväline, vaan mitä moninaisempia mielikuvia herättä-vä kasvojen osa. Ihmisten välisessä kanssakäymisessä kasvonpiirteisiin yhdistetään erilaisia luonteenpiirteitä. Myös hampaista saattavat vaikutelmat yhdistetään helpos-ti erilaisiin henkisiin ominaisuuksiin. Monien sarjakuva-hahmojen luonteenpiirteitä korostetaan poikkeavalla hampaistonäkymällä (Hönö, Orm Onnekas, Daltonin veljekset).

Kasvojen rakenteiden vaikeiden kehityshäiriöiden, hal-kioiden ja epäsymmetrisen kasvun lisäksi suuri ylipuren-ta, ahtausta sekä etualueen ristipurenta ja avopurenta saat-tavat aiheuttaa psykososiaalisia ongelmia (Helm 1990). Lapset, joilla on suuri ylipurenta, joutuvat hampaiden asennosta johtuvan kiusaamisen ja pilailun kohteeksi ja heitä tuijotetaan (Kilpeläinen ym. 1993). Hampaat eivät ole koulukiusaamisen yleisin syy, mutta mikäli lasta kiu-sataan hampaiden vuoksi, hän kokee kiusaamisen henki-lökohtaiseksi ja raskaaksi (Shaw ym. 1980).

d) Huono pitkän aikavälin ennuste

Purentavirheen hampaistoa vaurioitava vaikutus ilme-nee usein vasta, kun kudosten vastustuskyky 40–50 vuoden iässä on heikentynyt. Seurantatiedon saaminen näin pitkän aikavälin muutoksista edellyttäisi ilmiön seur-antaa yli yhden tutkijan eliniän. Valtaosa purentavirhei-den aiheuttamista pitkän aikavälin riskeistä hampaistolle ja purennalle onkin saatu klinikoiden havainnoista myö-häisessä keski-iässä olevien potilaiden purentavirheistä ja dysfunktio-oireista.

Purentavirheen seurauksena hampaat saattavat olla yli-puhjenneet ja kallistuneet, alveolin korkeus joko liian korkea tai liian matala. Nämä muutokset vaikeuttavat hampaiston korjaavaa ja kuntouttavaa hoitoa. Mahdolli-suudet hyvään kuntouttavaan hoitotulokseen heikkenevät ja/tai hoitotoimenpiteiden vaikeusaste nousee, jolloin korjaava hoito ei onnistu perushoidossa, vaan hampais-ton ja purentaan kuntoutus saattaa vaatia monen erikois-alan asiantuntemusta.

Hoitamattomien purentavirheiden, esim. syvän puren-nan aiheuttamat kudolvauriot voivat pahimmillaan joh-taa hampaiden ennenaikaiseen menettämiseen. Puren-nan ohjautuvuuteen ja epätasapainoon liittyvien dysfunk-

tioiden diagnosointi ei aina ole helppoa. Potilas saattaa joutua kääntymään useammankin asiantuntijan puoleen ennen kuin muut mahdolliset tekijät on suljettu pois. Tässä tilanteessa joudutaan usein tekemään monia turhia ja kustannuksia aiheuttavia tutkimuksia.

Hoitamattomien purentavirheiden riskit:

- kudostuhoja hampaissa ja/tai niitä ympäröivissä kudoksissa
- tietyissä purentavirheissä purentafysiologisten ongelmien riski on lisääntynyt
- psykososiaaliset itsetunto-ongelmat
- korjaavan ja kuntouttavan hoidon vaikeutuminen ja hoidon kustannusten lisääntyminen.

Hoitamattomana huonoin ennuste on purennoissa, joissa on:

- ohjautuvuutta tai purennan toiminnallista epätasapainoa
- bruksismia ja siihen liittyvää hampaiden kulumista
- niin pysty inkisiivien kallistuskulma, että purenta pääsee syvenemään
- syvä purenta, ja etuhampaat purevat ikeniin
- avopurenta
- leukanivelen vaurio.

3. OIKOMISHOITOKÄYTÄNNÖT

3.1 Eri hoitokäytännöt ja niistä julkaistut tutkimukset

Oikomishoidon tutkimuksista satunnaistettuja tapaus-verrokki-tutkimuksia on erittäin vähän ja niistä saatava informaatio on niukkaa ja osin ristiriitaista. Perusongelmana on verrokkiparien löytäminen, mikä erityisesti oikomishoidossa johtuu useasta syystä. Kasvun osuus oikomishoidon onnistumisessa — ja epäonnistumisessa — on usein ratkaisevaa. Kasvutyyppin, kasvukapasiteetin ja hoitovasteen suhteen samanlaisten parien löytäminen on teoreettisestikin lähes mahdotonta.

Oikomishoidon ajoitus on tehtävä jokaisen lapsen kohdalla yksilöllisesti purentavirheen diagnoosin ja lapsen kehityksen mukaisesti. Karkeasti ryhmitellen hoitoja ajoitetaan kahdella tavalla.

Toisessa vaihtoehdossa hoito aloitetaan ensimmäisen vaihdunnan aikoihin, jolloin pyritään ensisijassa korjaamaan leukojen luustosuhteissa ilmeneviä poikkeamia. Tätä niin sanottua varhaishoitoa saattaa seurata myöhemmin toinen hoitovaihe.

Toinen käytäntö perustuu puberteetin kasvupyrähdysten hyödyntämiseen ja mahdollisimman lyhyeen hoitoaikaan. Hoito tehdään toisen vaihdunnan lopulla tai pysyvässä hampaistossa useimmiten kiintein kojein.

3.1.1 Hoidon ajoituksen merkityksestä

Suomen terveystieteissä aloitetaan oikomishoito keskimäärin 8–9 vuoden iässä, mikä kansainvälisen mittapuun mukaan on varhain. Varhaisella hoidon aloittamisella toivotaan olevan suotuisa vaikutus leukojen kasvuun (Pulkkinen ja Pulli 1991). Hoidon tavoitteena nähdään purentavirheiden ehkäisy ja purentavirheeseen johtavan tapahtumaketjun pysäyttäminen ja hoidon yksinkertaistaminen (Thesleff 1991; Heikinheimo 1993; Värrelä ja Alanen 1995). Pääasiallinen näyttö asiasta on oikojahammaslääkäreiden kliininen kokemus ja yksittäiset tapauselostukset (Moilanen ja Pulkkinen 1997), joissa potilaiden kasvot ovat hoidon aikana kasvaneet hoidon tavoitteiden kannalta suotuisalla tavalla, joko hoidon seurauksena tai hoidosta riippumatta.

Yleisimpänä ortopedisena kojeena Suomessa on käytetty niskavetoa, jonka suotuisista vaikutuksista hammaskaarien leveyteen ja pituuteen on raportoitu 40 forssalaislapsella (Kirjavainen ym. 1997). Ortopedista niskavetoa on suositeltu myös AII 2-divisioonan purentavirheen hoitoon (Moilanen ja Pulkkinen 1997), mikäli hoito aloitetaan riittävän varhain, noin 5-vuotiaana.

Oulun terveystieteissä tehdyssä tutkimuksessa, jossa seurattiin ristipurennan varhaisen korjaamisen pysyvyyttä, suositellaan sekä etu- että sivualueen varhaista korjaamista mm. myöhemmin ilmenevän etualueen ahautauden ehkäisemiseksi (Hannuksela ym. 1988). Sivualueen ristipurennan varhaista korjaamista on suositeltu myös leukojen ja kasvojen kasvun symmetrian takaamiseksi (Pirttiniemi ym. 1990).

Varhaishoitoa on kuitenkin myös kritisoitu (Järvinen 1999), koska sen tehosta ei ole katsottu olevan riittävää näyttöä.

Saksan oikojahammaslääkärijärjestö (Deutsche Gesell-

schaft für Kieferorthopädie) on vuonna 1996 julkaissut varhaishoitoa koskevan kannanoton, jossa suositellaan mm. ristipurentojen ja ulkonevien etuhampaiden varhaisista korjaamista.

Ruotsalainen Kurt Bergström kyseenalaisti väitöskirjatyössään (1996) varhaishoidon pitkän aikavälin hyödyn. Hänen kuvaamansa oikomishoitokäytännöt eivät ole sellaisenaan rinnastettavissa esim. Suomessa nykyisin käytössä oleviin hoitotapoihin. Ruotsalaistutkimuksen aineisto on koottu 1980-luvun alussa, ja varhain aloitettu hoito käsitti vain ehkäiseviä hoitotoimenpiteitä, lähinnä maitohampaiden poistoja tai hiontoja. Tutkimuksessa varsinaisen oikomishoidon menetelmät koostuivat nekin ajankohdasta johtuen pääosiltaan esim. sarjapoistoista ainoana hoitotoimenpiteenä sekä irtolevyhoidoista, joita 1990-luvun lopulla käytetään vain harvoin yksittäistapauksiin.

Suuri osa ortodontian ammattilehdissä julkaistuista tapauselostuksista perustuu toisen vaihdunnan lopulla aloitettuihin hoitoihin. Koska toiseen vaihduntavaiheeseen ajoitettu oikomishoito on monissa maissa ollut pitkään vallitseva, ei vakiintuneen käytännön puolesta ole ollut tarvetta esittää perusteluja. Joitakin lähinnä kirjallisuuskatsauksen tyyppisiä, myöhemmän ajoituksen etuja korostavia artikkeleita on kuitenkin julkaistu (Gianelly 1994; Gianelly 1995; Bowman 1998). Etuna hoidon toteuttamiselle toisessa vaihdunnassa pidetään sitä, että hoito voidaan suorittaa yhdessä vaiheessa, teini-ikäisen nopea kasvu tukee hoitoa, ja kun hoidon jälkeistä kasvupotentiaalia on vain vähän jäljellä, eivät ennakoimattomat kasvumuutokset pääse enää vaikuttamaan hoitotulokseen.

Amerikkalaisille oikojille suunnatuissa kyselyissä (Bishara ym. 1998; Yang ja Kiyak 1998) havaittiin, että yleisintä hoidon varhainen aloitus oli AII- ja AIII-luokan purentavirheissä, avopurennoissa, vaikeissa syväpurennoissa, transversaalisisissä ongelmissa ja epäsymmetriatapauksissa, hampaiden ektooppisissa puhkeamisissa ja ahtaustapauksissa. Sen sijaan esim. yläkaaren diastemaisuus ja hoidot, joihin liittyy puuttuvia pysyviä hampaita, haluttiin yleensä hoitaa vasta kasvukauden päättyessä.

Varhaishoidon eduksi katsottiin mahdollisuus hyödyntää kasvua ja saavuttaa parempi hoitomyöntyvyys. Vastaajat arvioivat, että varhain aloitettaessa käytettävissä on useampia hoitovaihtoehtoja ja hampaiden poistoja voidaan useammin välttää. Etuna pidettiin myös sitä, että

hoito voidaan usein suorittaa helpommin kahden erillisen ja suhteellisen lyhyen kojeistusvaiheen avulla.

3.1.2 Satunnaistetut pitkittäistutkimukset

Yhdysvalloissa aloitettiin 1980-luvun lopulla kolme pitkittäistä varhaishoitotutkimusta, joissa verrataan eri tavoin toteutettua AII 1-divisioonan tyyppistä purentaa korjausta. Tutkimuksissa lapset on valittu satunnaisesti joko niskaveto- tai aktivaattoriryhmään, ja kahdessa tutkimuksessa on mukana myös kontrolliryhmä, joka ei ole saanut varhaisoikomishoitoa. Tutkimusjärjestelyissä pyrittiin mahdollisimman lähelle klassista tapaus-verroki-tutkimusta.

Floridan yliopistossa toteutetussa tutkimuksessa havaittiin, että varhaishoidolla saavutetut luustomuutokset säilyvät hampaistomuutoksia paremmin. Niskaveto lievensi ahtautta, koska yläkaaren laajentuessa myös alakääri levisi. Palautumista tapahtui herkimmin horisontaalisen ylipurennan ja kuutosuhteen hoitotuloksessa. Tutkimus osoitti, että varhaishoitovaihe vähensi hoidon tarvetta toisessa vaihduntavaiheessa. Lisäksi hampaiden poistoja ja luustollisiin muutoksiin tähtäävää hoitoa tarvittiin harvemmin ja toisen hoitovaiheen vaikeusaste väheni (Keeling ym. 1995; Keeling ym. 1998; Aiosa ym. 1997).

Chapel Hillissä, North Carolinassa toteutettu tutkimushanke osoitti, että vaikka sekä niskavedolla että aktivaattorilla saatiin aikaan suotuisia luustosuhteiden muutoksia, ei löydetty selkeitä selittäviä tekijöitä, joilla hoidon onnistumista olisi voitu ennustaa. Purentavirheen vaikeusaste, kasvun suunta tai lapsen ikä hoitoa aloitettaessa eivät näyttäneet olevan yhteydessä hoitotulokseen; lapsen hoitomyöntyvyydelläkin oli tulokseen vain lievä yhteys. Hoidon tuloksellisuus ja hoitovaste vaihtelivat vähäisestä erittäin hyvään. Varhaishoitoryhmän lapsilla toisen vaiheen hoito oli lyhyempi, mutta kokonaisuhoitoaika pidempi kuin kontrolliryhmän lapsilla. Aktivaattoriryhmän lapset tarvitsivat useammin hampaiden poistoja kuin niskaveto- ja kontrolliryhmän lapset (Tulloch ym. 1995; Tulloch ym. 1998).

Pennsylvanian yliopiston tutkimushankkeessa niskavedon hoitotulosta verrattiin Fränkel-kojeella saavutettuihin tuloksiin ilman kontrolliryhmää. Kummankin kojeen varhaisella käytöllä saatiin luostomuutoksia. Luustosuhteiden ja molaariokklusion korjaajana niskaveto oli Fränkel-kojetta tehokkaampi (Ghafari ym. 1995; Ghafari ym. 1998).

Oikomishoidon alueelta on tehty Cochrane-kirjallisuuskatsaus sivualueen ristipurenasta (Harrison ja Ashby 1998) sekä pohdittu retinoituneen kulmahampaan hoitovaihtoehtojen tieteellistä näyttöä (McSherry 1998).

3.1.3 Mitä oikomishoidon siirtäminen aikuisikään merkitsee?

Oikomishoitoon hyväksytyjen määrän pienentäminen lapsi-ikäluokissa ei välttämättä tuo odotettuja säästöjä terveyspalvelujen järjestämisestä vastaavalle kunnalle. Tällöin oikomishoitoon hyväksytyjen lasten purentavirheiden vaikeusaste lisääntyy. Säästöjen aikaansaamiseksi hoitoa tekevien asiantuntemuksen tulisi lisääntyä samassa suhteessa. Tanskalaiset (Mavreas ja Melsen 1995) ovat laskeneet, kuinka oikomishoitoon hyväksytyjen prosentiosuuden alentaminen heijastuu oikomishoidon kustannuksiin pitkällä tähtäimellä. Yhteiskunnan suhteelliset kustannukset nousevat, mikäli sisäänoton raja on 25 % ikäryhmästä verrattuna siihen, että oikomishoito ulotetaan 33 %:iin ikäryhmästä. Suurimmalta osalta kustannusten nousun arvioitiin johtuvan vaativan ortodontisen ja ortognaattisen hoidon tarpeen lisääntymisestä aikuisikään mennessä.

Suomessa yli 19-vuotiaan potilaan oikomishoitokustannukset, ortognaattista hoitoa lukuun ottamatta, jäävät kokonaan potilaan kustannettaviksi. Ns. nuorilla aikuisilla on mahdollisuus saada subventiota suun terveydenhoitoon, mutta ei oikomishoitoon. Tämä estää monissa tapauksissa oikomishoidon aloittamisen aikuisiällä. Samalla se ohjaa hoitokäytäntöä siten, että ne yksittäiset potilaat, joiden hoito olisi hyvä siirtää aikuisikään, haluavat hoidon ennen kuin täyttävät 19 vuotta. Tiukkojen yhtenäisten rajojen asettaminen julkisesti rahoitetulle oikomishoidolle on omiaan heikentämään ainakin maaseudun lasten ja nuorten hoidonsaantimahdollisuuksia, koska vaihtoehtoisia yksityis palveluja ei ole saatavilla.

3.2 Yhteenveto hoidon ajoitukseen liittyvistä tutkimuksista

Kliinisiä tutkimustuloksia, joiden avulla on yksityiskohdaisesti verrattu varhaisen ja myöhäisen oikomishoidon tuloksia, ei juuri ole olemassa. Esimerkiksi edellä kuvattujen amerikkalaisten varhais hoidon tapaus-verroki-tutkimusten selitysarvo oli odotettua pienempi muun muassa siksi, että tutkimusryhmät olivat erittäin heterogeenisiä huolimatta yhtenevistä peruslähtökohdista. Erilainen kasvutapa ja erilainen hoitovaste sekä todennäköiset erot

hoitavien ortodonttien kokeneisuudessa sekoittivat tutkimustuloksia niin, että saadut keskiarvoluvut eivät kuvaa eri hoitomenetelmien paremmuutta.

Näyttää siltä, että hoidon ajoitukseen ja toteutukseen liittyvät valinnat niin Suomessa kuin muissakin maissa perustuvat pääosiltaan kliinisiin käytännön kokemuksiin ja tietämykseen kasvun mekanismeista ja kasvun ajoittumisesta. Kokemuksen ja tietämyksen kartuttaminen edellyttää hammaslääkärikunnalta omaa aktiivisuutta käytössään olevien menetelmien arvioinnissa. Tarvitaan myös sopivia keskustelufoorumeita kertyneiden kokemusten pohdinnoille. Vaikka Suomessa on runsaasti täydennyskoulutusta, aktiivista vuorovaikutusta hammaslääkärikunnan kesken ei ole osattu hyödyntää siinä määrin, kuin olisi toivottavaa, ainakaan ortodontiaan liittyvissä näkökohdissa. Tällaisia keskustelufoorumeita kannattaisi kehittää kunnissa toimivien konsulttien kesken sekä terveyskeskuksissa ja sairaaloissa toimivien hammaslääkärien välillä. Ajatus alueellisten käytäntöjen yhteensovittamisesta sisältyy myös erikoissairaanhoitolakiin (§ 10): "Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden."

Kirjallisuuden perusteella:

- Oikomishoidon tarve ja ajoitus sekä toteutus tulee aina perustaa potilaskohdaiseen tutkimukseen ja kliiniseen arviointiin.
- Mikään hoitoajoitus tai hoitovaihtoehto ei sellaisenaan ole sovellettavissa väestötasolla kaikille hoitoa tarvitseville lapsille.
- Tarvitaan lisää oikomishoitokäytäntöjen tutkimusta.
- Kaikkien oikomishoitotyötä tekevien tulee koko ajan seurata ja arvioida hoitokäytäntöjään.

4. OIKOMISHOITAJÄRJESTELYJEN NYKYTILANNE

Julkisessa suun terveydenhuollossa terveyden- ja sairaanhoitoa suoritetaan lakisääteisesti kahdella tasolla, jotka jossain määrin samalla edustavat hoidon vaatavuustasoa.

Perusterveydenhuollon järjestäminen on kuntien vastuulla, ja lähtökohtana ovat kuntalaisten tarpeet. Perusterveydenhuolto sisältää terveydenhuollon keskeiset toiminnot ja palvelut, jotka ovat kaikkien saatavilla. Terveyspalvelut voidaan järjestää monella tavoin, kuten tuottamalla palvelut kunnan toimesta tai ostamalla palvelut yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai toiselta kunnalta. Tavoitteena on, että potilas hoidetaan joustavasti terveydentilansa kulloinkin vaatimassa paikassa.

Lainsäädännön mukaan sairaanhoitopiirien tehtävänä on järjestää erikoissairaanhoito alueellaan. Piirien on myös suunniteltava ja kehitettävä erikoissairaanhoitoa yhteistyössä terveyskeskusten kanssa niin, että se muodostaa toiminnallisen kokonaisuuden (STM Julkaisuja 16:1996).

Erityistason sairaanhoidolla tarkoitetaan sellaista erikoissairaanhoitoa, joka on tarkoituksenmukaista keskittää yliopistollisiin sairaaloihin, muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan tai vain joihinkin näistä. Lähtökohtana on tutkimuksen tai hoidon edellyttämä lääketieteellinen erityisosaaminen, taudin tai toimenpiteen harvinaisuus, tarvittavat erityisvoimavarat tai näihin liittyvät hoidosta aiheutuvat korkeat kustannukset tai muut erityiset syyt (STM määräyskokoelma 25:1996).

Vaikka kaikkien suun terveydenhuollon toimintojen sijoittaminen tähän lainsäädännölliseen malliin on ollut ongelmallista, on oikomishoidon järjestelyjen ketjutus ollut vielä muuta suun terveydenhuoltoa hankalampaa. Oleellisin ongelma on ollut se, että sairaanhoitopiirien valmiudet erikoissairaanhoitotasoisien oikomishoidon järjestämiseen eivät ole riittävät. Tarkoituksenmukaista hoidon ketjutusta haittaa lisäksi eri terveyskeskuksissa vallitsevat näkemyserot siitä, mikä on perusterveydenhuoltoon kuuluvan oikomishoitotoiminnan laajuus. Osin tästä syystä valmiudet ja halukkuus diagnosoida ja lähettää erikoissairaanhoitotason potilaita keskussairaaloihin vaihtelee eri puolilla maata.

4.1 Oikomishoito terveyskeskuksissa

Terveyskeskusten oikomishoidon hoitokäytännöt ovat pääosin osoittautuneet hyvin toimiviksi. Lähes kaikki lapset ovat helposti saatavissa arviointiin ja mahdolliseen

hoitoon, koska ikäluokat ovat kattavasti perushammas- huollon hoitojärjestelmän piirissä. Myös asiantuntijoiden käsityksen mukaan perusterveydenhuollossa toteutettavan oikomishoidon tulee olla perusta valtakunnallisille hoitojärjestelyille (Hannuksela 1992, 1995; Heikinheimo 1996). Oikomishoitoa tarjotaankin lapsille ja nuorille kaikissa Suomen terveyskeskuksissa, mutta hoitoon pääsy ja hoitoon käytetty asiantuntijapanostus vaihtelevat selkeästi eri terveyskeskuksissa (Pietilä ym. 1994). Useat, varsinkin suuret terveyskeskukset joutuvat rajoittamaan oikomishoitoon pääsevien lasten määrää, koska henkilöstövoimavarat eivät riitä kaikkien hoidon tarpeessa olevien lasten hoitamiseen. Eräissä, lähinnä pienissä terveyskeskuksissa ongelmana on se, ettei riittävää asiantuntija-apua ole saatavilla tai konsultoivaa asiantuntijaa ei haluta tai ei osata käyttää vaativien oikomishoitojen suunnitteluun ja suorittamiseen tai hoitokäytäntöjen kehittämiseen.

Terveyskeskuksissa oikomishoidon palveluja on tuotettu ensisijaisesti peruskoulutettujen hammaslääkäreiden toimesta, mikä johtuu vähäisistä erikoishammaslääkäriresursseista. Järjestely edellyttää kuitenkin erikoishammaslääkärin asiantuntemusta hoidon suunnitteluun ja ohjaukseen (Hannuksela 1992; Heikinheimo 1996). Tällainen konsultaatioon perustuva hoidon järjestely vaatii sujuvaa yhteistyötä erikoishammaslääkärin ja peruskoulutetun hammaslääkärin välillä sekä yhteisesti sovitut yksityiskohtaiset menettelytavat, joita myös noudatetaan (Hannuksela 1996).

Konsultaation avulla toteutettavaa oikomishoitoa rajoittaa usein peruskoulutetun hammaslääkärin puutteelliset ortodonttiset tiedot ja taidot. Tämän ongelman helpottamiseksi konsultaation tulisi olla myös jatkuvasti etenevää koulutusta ja työhön perehdyttämistä.

Tärkeä edellytys peruskoulutetun hammaslääkärin oikomishoidon taitojen kehittymiselle on riittävän työkokemuksen kertyminen. Tämä muodostuu ongelmaksi varsinkin, jos terveyskeskuksen väestöpohja on hyvin pieni tai jos oikomishoidon suorittamista ei ole mitenkään keskitetty terveyskeskuksen sisäisellä työnjaolla.

Kaikki oikomishoidon järjestelyihin liittyvät käytännöt vaihtelevat selvästi eri terveyskeskuksissa; esimerkiksi oikomishoidossa olevien 0–18-vuotiaiden prosentiosuudessa on havaittu suuria eroja (Pietilä ym. 1994). Niissä terveyskeskuksissa, jotka soveltavat 10-portaista hoidontarveluokitusta, on yleisimmin käytetty hoitoon pääsyn alaraja 7–7,5 pistettä. Vaikka lähes puolessa ter-

Taulukko 1. Terveyskeskuksissa oikomishoidossa olleiden prosentiosuudet (Stakes tilastot).

Vuosi	1982	1985	1988	1992	1994	1997
12-/13-vuotiaat	16	22	20*	17*	23	23
0—18-vuotiaat		6,4	8,6**	7**	7,6	10
6—18-vuotiaat		8,3	13,7***	11***	15	14

*13-vuotiaat, **0—21-vuotiaat, ***6—16-vuotiaat
 Vuosien 1982, 1985, 1988, 1994 ja 1997 tiedot ovat Lääkintöhallituksen julkaisutietoja terveystieteiden tutkimuskeskusten hammashuollosta ja Stakesin tilastotietoja terveystieteiden tutkimuskeskusten suun terveystieteiden erilliselityksistä.
 Vuoden 1992 tiedot ovat Stakesin raportteja sarjasta nro 154, 1994: Hampaiden oikomishoito terveystieteiden tutkimuskeskuksissa.

veyskeskuksista hoidossa olevien lasten osuus on kasvanut 1990-luvun aikana, ei tiedetä, onko hoidettavien osuus lisääntynyt juuri niissä terveystieteiden tutkimuskeskuksissa, joissa hoidon saanti on aiemmin ollut keskimääräistä rajoitettua. Toisaalta oikomishoitoa saavien lasten osuus väheni vuonna 1997 lähes joka kymmenennessä terveystieteiden tutkimuskeskuksessa (Widström ym. 1997).

Vuonna 1997 hoidon keskimääräinen aloitusikä oli 8,5 vuotta, jota sovelsi noin puolet terveystieteiden tutkimuskeskuksista. Keskimääräinen aloitusikä vaihteli kuitenkin selvästi eri terveystieteiden tutkimuskeskuksissa: 4,5 vuodesta 13,5 vuoteen (Widström ym. 1997).

Oikomishoidon terveystieteiden tutkimuskeskuskohdeolosuhteissa valmiiksi hoidettua lasta kohden lasketuissa kustannuksissa on myös suuria eroja. Tutkimusten mukaan oikomishoidon selkeä työnjako näyttää olevan yhteydessä alhaisiin kustannuksiin; edullisinta on hoitojen keskittäminen erikoishammaslääkäreille ja oikomishoitoon hyvin perehtyneille terveystieteiden tutkimuskeskushammaslääkäreille ja joidenkin rutiinitoimenpiteiden siirtäminen hoitohenkilökunnan suoritettavaksi (Pietilä ym. 1998).

4.2 Terveystieteiden tutkimuskeskusten oikomishoitotoimintaa koskevia tilastotietoja

Stakes on kerännyt 1970-luvulta lähtien määrävuosina terveystieteiden tutkimuskeskusten oikomishoitotoimintaa kuvaavia tilastotietoja (taulukko 1). Kerättyjen tietojen vertailukelpoisuutta haittaa se, että oikomishoitoa ja oikomispotilasta koskevien tapahtumien kirjaamistavat vaihtelevat. Vertailua vaikeuttaa myös se, ettei aina ole tietoa siitä, verrataanko lukuja tarkastettuihin lapsiin vai koko ikäluokkaan.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa oikomishoidossa olleiden määrä lähes nelinkertaistui vuosien 1975 ja 1985 välillä eli kasvoi 25 000:sta 91 000:een. On kuitenkin todennäköistä, että osa hoitokapasiteetin kasvusta johtuu pikemminkin kirjaamiskäytännön muuttumisesta kuin varsinaisesta hoidossa olevien potilaiden määrän lisäyksestä. Vuonna 1994 oikomishoitopotilaiden määrä oli edelleen kasvanut 107 000:een.

Terveystieteiden tutkimuskeskuksissa oikomishoito kohdistuu etupäässä 6—18-vuotiaisiin. Tästä ikäryhmästä oikomishoidossa oli 15 % sekä vuonna 1994 että vuonna 1997. Alle kuu-sivuotiaista oikomishoidossa oli vähemmän kuin yksi prosentti. Vuonna 1994 oli oikomishoidossa olleiden prosentiosuudessa huomattavia alueellisia eroja. Prosenttiosuus oli suurin Uudenmaan ja pienin Kuopion läänissä.

4.3 Oikomishoito keskussairaaloitten hammas- ja suusairauksien klinikoissa

a) Erikoissairaanhoidolaki ja erikoissairaanhoidon osana hoitoketjua

Erikoissairaanhoidolla (erikoissairaanhoidolaki 1062/1989) tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalujen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon ja lääkinälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. On hyvä huomata, että hammaslääketieteellinen erikoissairaanhoidon asetetaan laissa täysin tasavertaiseen asemaan lääketieteellisen erikoissairaanhoidon kanssa. Erikoissairaanhoidon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat lääninhallitukselle. Erikoissairaanhoidon järjestämisestä vastaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, jonka jäseniä kunnat ovat. Käytännössä toiminta tapahtuu keskussairaaloitten hammas- ja suusairauksien klinikoissa tai ostopalveluna yksityisiltä erikoishammaslääkäreiltä. Lain hengen mukaan (erikoissairaanhoidolaki § 10, mom. 2) kunkin klinikan tulee omalla alueellaan olevien terveystieteiden tutkimuskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoidon siten, että terveystieteiden tutkimuskeskuksissa tehtävä kansanterveystyö ja erikoissairaanhoidon muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. (Pöyry 1992; Suun terveydenhuollon alueellinen työryhmä, Pirkanmaa 1993; Kantomaa ja Pirttiniemi 1995; Heikinheimo 1996; Oikarinen 1998). Stakesin asiantuntijaryhmä laati suositukset sairaanhoitopiirien tehtävistä suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon järjestämisessä (30.4.1993). Suositus sisältää sellaisten vaikeiden suun alueen sairauksien ja vammojen hoidon, joilla on oleellinen merkitys potilaan toimintakyvylle.

Huomioitava on, että potilaan toimintakyvyn kannalta hoidon tulisi olla kokonaisuhoitoa.

Hyvin toimiva hoitoketju edellyttää, että kaikki hammaslääketieteen kliinistä erikoisaloista ovat edustettuina keskussairaaloiden hammas- ja suusairauksien klinikoilla. Näin ei kuitenkaan ole yliopistopaikkakuntia lukuun ottamatta kuin muutamassa sairaanhoitopiirissä. Erikoissairaanhoitolain tullessa voimaan vuonna 1991 monet keskussairaaloiden hammas- ja suusairauksien klinikat olivat ehtineet toimia vasta joitakin vuosia ja niiden henkilöstövoimavarat olivat vähäiset. Tilanne on korjaantunut varsin hitaasti, koska voimavarojen lisäykseen on ollut vain vähän mahdollisuuksia 1990-luvun heikon taloudellisen tilanteen vuoksi.

Erikoissairaanhoiton henkilöstövoimavarojen puute ja hoitoketjun toimimattomuus koetaan perusterveydenhuollossa usein ongelmaksi. Monin paikoin hammaslääkärit ahdistuvat joutuessaan hoitamaan erikoissairaanhoitoa edellyttäviä, moniongelmaisia potilaita perusterveydenhuollossa, koska erikoissairaanhoiton konsultatio- tai hoitoketju puuttuu. Toistaiseksi yhteistyö erikoissairaanhoiton ja terveyskeskusjärjestelmän välillä ja tarkoituksenmukaisen hoitopaikan osoittaminen erikoissairaanhoitotason potilaille toteutuu vain suunnitelmien tasolla (Forss 1998).

b) Sairaanhoitopiirien hoitopalvelujen tilastoja

Sairaanhoitopiirit tuottivat vuonna 1995 noin 50 000 suun terveydenhuollon erikoissairaanhoiton käyntiä, joista kaksi kolmasosaa oli suu- ja leukakirurgisia käyntejä. Oikomishoidon käyntejä sairaanhoitopiirit tuottivat omana toimintanaan noin 6 000 ja ilmoittivat ostaneensa n. 8 000 oikomishoidon hoitokäyntiä. Erikoisalojen hoitopalveluja ostettiin noin 10,4 miljoonalla markalla, joista 2,1 miljoonaa markkaa oli korvausta yksityisiltä hammaslääkäreiltä hankituista ostopalveluista. Oikomishoitoon käytettiin seitsemässä sairaanhoitopiirissä eniten ostopalveluvaroja. Hoitopalvelujen lisätarvetta oli lähes kaikissa sairaanhoitopiireissä. Vuonna 1995 sairaanhoitopiirit arvioivat oikomishoidon palvelujen lisätarpeeksi noin 7 000 käyntiä vuodessa (OPM työryhmämuistio 10:1997).

Hyvän perushoidon uskotaan vähentävän erikoissairaanhoiton tarvetta tulevissa sukupolvissa. Erikoissairaanhoiton tarve ei kuitenkaan vähene lyhyellä aikavälillä, koska suomalaiselle väestölle on kertynyt paljon hoitamattomia, ortodonttista erikoissairaanhoitoa ja ortognaattista hoitoa vaativia ongelmia. Tämä johtuu osit-

tain peruskoulutuksen ja täydennyskoulutuksen antamasta puutteellisesta ortodonttisesta taitotiedosta, osittain erikoishammaslääkäreiden vähäisyydestä ja epätasaisesta alueellisesta sijoittumisesta. Konsultaatioon perustuvassa perusterveydenhuollon oikomishoitajärjestelmässä ongelmallisia ovat ns. vaikeat tapaukset, jotka eivät välttämättä ole erikoissairaanhoitoa, mutta vaativat erikoishammaslääkäritasosta tietämystä myös hoidon käytännön suorittamisessa. Näiden potilaiden hoito hammas- ja suusairauksien klinikalla on perusteltua, ellei perusterveydenhuollossa ole käytettävissä erikoishammaslääkäritasosta hoitoa (Heikinheimo 1996).

4.4 Oikomishoito YTHS:ssä osana hoitoketjua

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö huolehtii yliopistoissa ja korkeakouluissa opiskelevien nuorten aikuisten, 20–30-vuotiaiden suomalaisten avoterveydenhuollosta. Säätiön toiminnan volyyminä noin 1/3 on suun ja hampaiden terveydestä huolehtimista.

YTHS:llä on terveydenhoitoasemia kaikilla Suomen korkeakoulupaikkakunnilla, ja käytännössä kaikilla terveydenhoitoasemilla tarjotaan myös oikojahammaslääkäripalveluja.

Oikojahammaslääkärille hakeudutaan lähetteellä. Palvelujen kysyntä on suurempaa kuin mitä YTHS:llä on mahdollisuus tarjota. Hoitoon otettavia potilaita joudutaan priorisoimaan. Hoitoonottokriteerit vaihtelevat jonkin verran terveydenhoitoasemien välillä riippuen paikallisista voimavaroista. Yleisesti ottaen etusijalla ovat dysfunktiopotilaat, sellaiset potilaat, joiden purentavirheen liittyy toiminnallisia häiriöitä sekä potilaat, joilla on kiputiloja. Preproteettista ortodontiaa tehdään melko paljon. Ortognaattista hoitoa vaativaan hoitoratkaisuun päädytään ainakin Helsingissä suhteellisen usein.

Oikomishoidon laajuus suhteutettuna kaikkiin YTHS:n hammashoitopalveluihin on noin kolme prosenttia. Osuutta on 1990-luvulla kustannussyistä tietoisesti jonkin verran alennettu. Oikojahammaslääkärin toimia on vain suurimmilla terveydenhoitoasemilla. Useimmilla asemilla palvelut tuotetaan ostopalveluina yksityis-sektorilta.

4.5 Kelan korvaama oikomishoito hoitoketjun osana

Sairausvakuutus korvaa oikomishoitoa vain poikkeustapauksissa. Leukojen synnynnäisten kasvu- ja kehityshäiriöiden hoito saattaa edellyttää oikomishoitoa, joka on korvattavaa, kun primaarisuus on muun sairauden kuin hammassairauden hoito. Näiden tilojen ICD-10-dia-

gnosin mukainen tautinnumero on mm. K0.70-K0.71, Q67,4. Korvauksen edellytyksenä on oikomishoidon ja suukirurgian erikoishammaslääkärin/suu- ja leukakirurgian erikoishammaslääkärin tai -lääkärin yhteisesti esittämä hoitosuunnitelma leukojen keskinäisen suhteen ja purennan korjaamiseksi. Hoitosuunnitelman liitteenä tulee olla potilaan röntgenkuvan peitepiirroksen paperikopio, josta näkyy tilanne ennen hoitoa ja tilanne suunnitellun hoidon jälkeen.

Suulakihalkion yhteydessä oikomishoito korvataan sairausvakuutuksesta siihen saakka, kunnes suulakihalkion hoito katsotaan päättyneeksi, ts. noin 20 vuoden ikään saakka. Muu hammashoito korvataan vain vammautuneen leuan osalta ja sen korvaaminen voi tulla kysymyksen myöhemmälläkin iällä, mikäli suulakihalkion vuoksi on tarpeellista käyttää proteesia tai muuta laitetta. Valta-

osa suulakihalkiohoidoista korvataan kuitenkin erikoissairaanhoidon kautta.

Oikomishoitoa on Kelan tilastojen mukaan korvattu koko maassa vuonna 1997 yhteensä 503 316 markkaa. Hoidon kokonaiskustannukset olivat 1 359 777 markkaa, jolloin keskimääräiseksi korvaosuudeksi tulee 37 %.

4.6 Oikomishoidon erikoishammaslääkärit Suomessa vuonna 1997

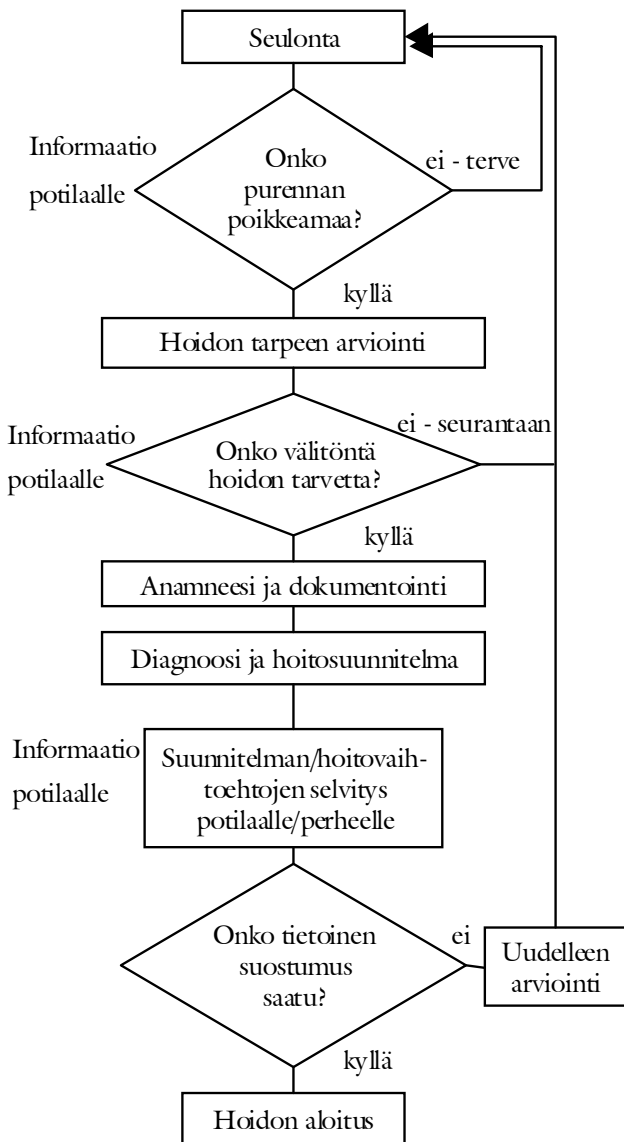
Vuonna 1997 Suomessa oli 135 hammaslääkärinä, joilla oli hampaiston oikomishoidon erikoishammaslääkärin pätevyys, kliinisten erikoisalojen pätevyys oli kaikkiaan 623 (taulukko 2). Laskennassa mukana ovat työkäiset hammaslääkärit. (Lähde: Terveystieteiden tutkimuskeskus 31.12.1997. Stakes. Tilastoraportti 18/1998).

Taulukko 2. Erikoishammaslääkärien pätevyudet sairaanhoitopiireittäin vuonna 1997.

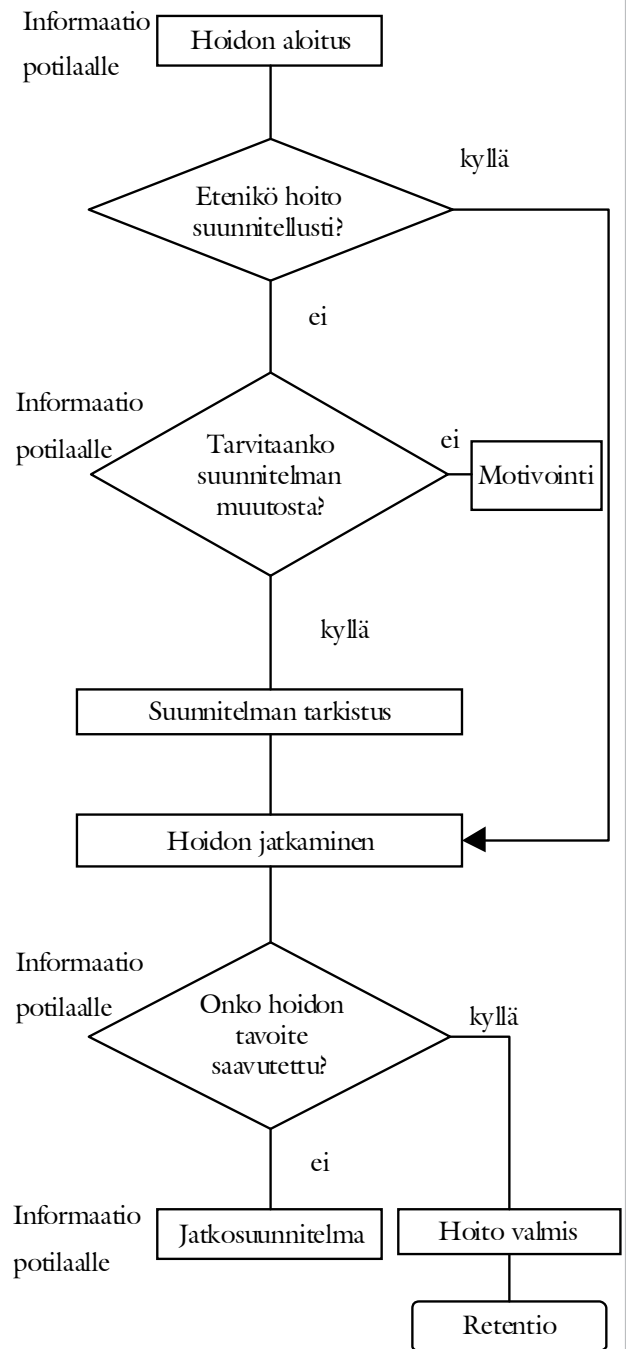
	Väestö	Pätevyudet yhteensä	Suukirurgia	Oikomishoito	Kliininen hammash.	Hammashuolto/Terveystieteidenhuolto
Uudenmaan	790 128	82	11	20	35	16
Helsingin	532 053	113	13	25	56	19
Varsinais-Suomen	443 246	119	15	25	62	17
Satakunnan	236 193	14	2	3	3	6
Kanta-Hämeen	164 892	11	1	3	2	5
Pirkanmaan	440 913	38	5	10	10	13
Päijät-Hämeen	207 238	15	3	4	2	6
Kymenlaakson	187 037	12	1	3	1	7
Etelä-Karjalan	131 036	11	2	3	2	4
Etelä-Savon	109 356	8	0	1	3	4
Itä-Savon	69 805	2	0	0	1	1
Pohjois-Karjalan	178 156	10	2	1	3	4
Pohjois-Savon	257 742	57	6	11	25	15
Keski-Suomen	259 096	20	4	2	3	11
Etelä-Pohjanmaan	200 074	6	0	2	0	4
Vaasan	167 061	13	2	4	3	4
Keski-Pohjanmaan	79 573	4	1	1	0	2
Pohjois-Pohjanmaan	362 850	73	9	14	41	9
Kainuun	90 035	6	1	2	1	2
Länsi-Pohjan	71 400	1	0	1	0	0
Lapin	129 179	8	2	0	4	2
Yhteensä	5 107 063	623	80	135	257	151

5. OIKOMISHOITOPROSESSI VUOKAAVIONA

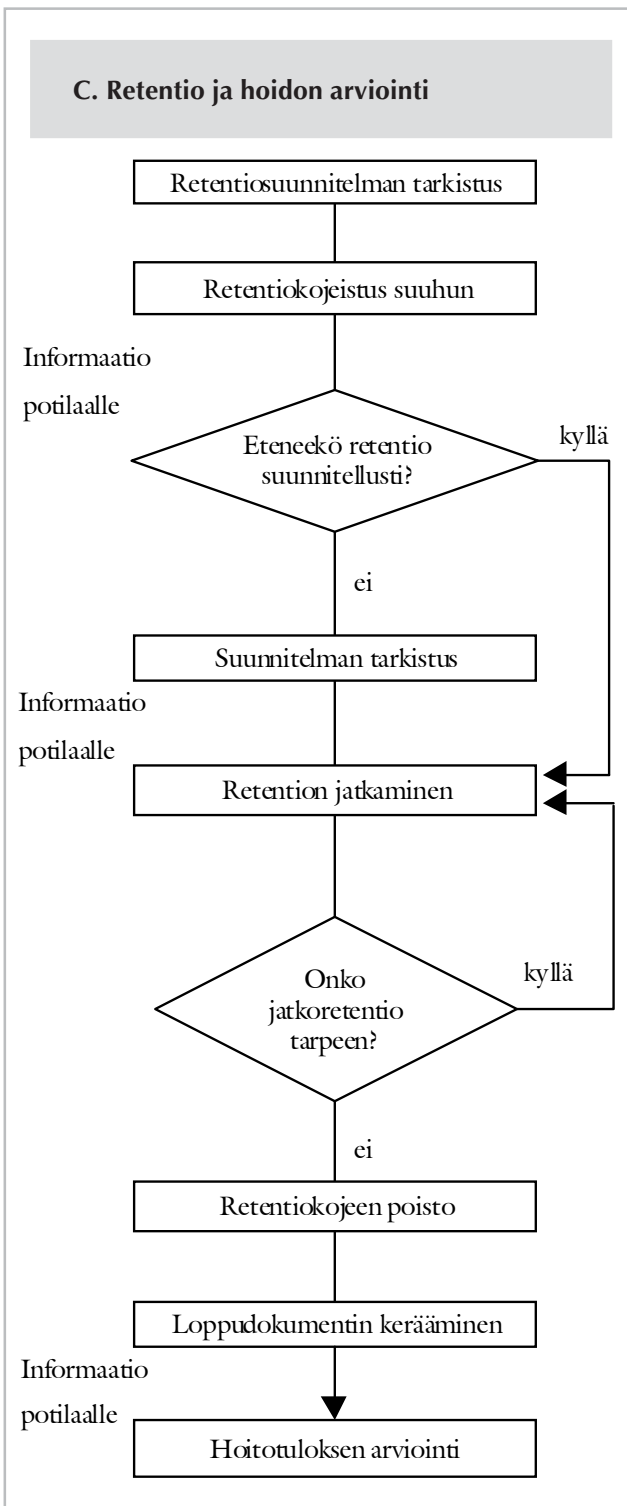
A. Hoidon tarpeen arviointi ja hoidon suunnittelu



B. Aktiivinen hoito



C. Retentio ja hoidon arviointi



6. OIKOMISHOIDON SEULONTA JA HOI- TOON VALINTA

6.1 Seulonta oikomishoitoon

Vaikka varsinaiseen oikomishoitoon suunnatut voima-
varat vaihtelevatkin eri terveyskeskuksissa, tulisi kaikil-
la lapsilla olla tasapuolinen mahdollisuus saada arvio
purentansa terveydestä ja mahdollisesta oikomishoidon
tarpeesta.

a) Kattavan seulontajärjestelmän edellytykset

Purennan seulonta voidaan järjestää esimerkiksi kah-
della tavalla:

- 1) oikoja käy läpi koko ikäluokan ja poimii jatkoarvi-
oon ne lapset, joiden purennassa hän havaitsee poik-
keamia
- 2) hammaslääkärit poimivat purennaltaan poikkeavat
lapset perushoidon tarkastusten yhteydessä tarkem-
paan hoidon tarpeen arviointiin.

Se, kumpaa järjestelmää käytetään, riippuu terveyskes-
kuksen henkilöstövoimavaroista ja hammaslääkäreiden
purentaa koskevasta tietämyksestä. Koko ikäluokan läpi-
käyminen tuo oikojalle hyödyllistä tietoa purennan poik-
keamien yleisyydestä, mutta vain harvoissa terveyskes-
kuksissa on riittävästi erikoishammaslääkärikapasiteettia
joukkotarkastusten järjestämiseen. Useimmissa terveys-
keskuksissa seulonnan suorittavat perushoidon hammas-
lääkärit tutkimuksia ja tarkastuksia tehdessään. Tällöin
on kuitenkin tärkeää, että on sovittu yhteiset kriteerit
siitä, minkälaisiin purennan poikkeamiin kussakin ikä-
tai hampaistokehitysvaiheessa kiinnitetään huomiota.

Seulonnan yleinen tavoite — tautitapausten etsiminen
siinä vaiheessa, kun oireet vielä ovat vähäiset — sovel-
tuu hyvin purennan poikkeamien seulontaan. Tiettyjen
ennusmerkkien avulla on suhteellisen helppo erottaa jou-
kosta ne lapset, joilla on suurentunut riski purennan epä-
suotuisaan kehitykseen. Hampaiston kehitys, esim. en-
simmäisen ja toisen vaihdunnan alkaminen, ajoittuu eri
ikävaiheeseen eri yksilöillä. Ikäryhmään (koululuokkiin)
sidottu seulonta ei näin ollen ole tarkoituksenmukaista,
vaan purennan poikkeamien seulonta kannattaa kytkeä
hampaiston kehitysvaiheeseen ja keskittyä seulonnassa
kunkin vaiheen tyypillisiin ennusmerkkeihin.

Mikäli purennan poikkeamiin halutaan puuttua maito-
hammas- ja ensimmäisessä vaihduntavaiheessa, on seu-
lonta ajoitettava hampaiston kehitysvaiheen mukaan:

maitohampaistovaiheen seulontahaitari ajoittuu 3–4 vuoden ikään ja ensimmäisen vaihduntavaiheen seulontahaitari 5–7 vuoden ikään. Vaikka hoitokapasiteetti haluttaisiin keskittää pääasiassa varhain aloitettavaan oikomishoitoon, tulee koko ikäluokan purenna arviointi tehdä kattavasti myös toisen vaihdunnan alussa eli 9–12 vuoden iässä. Tällöin uusien poikkeamien etsimisen lisäksi arvioidaan varhaishoidon riittävyys ja hoitotulosten pysyvyys. Niissä terveyskeskuksissa, joissa hoito painottuu myöhäisempään hampaistokehitysvaiheeseen, koko ikäluokan seulonta tehdään yleisimmin 9 vuoden iässä (Pietilä ym. 1994).

Yläkulmahampaat tuntuvat palpoitaessa yleensä viimeistään 9 vuoden iässä, joten niiden seurannasta joudutaan antamaan erilliset seurantaohjeet. Kulmahampaiden puhkeamista koskee peukalosääntö: hammaslääkärin on tiedettävä, missä lapsen kulmahampaat sijaitsevat viimeistään silloin, kun lapsi siirtyy yläasteelle.

b) Esimerkkejä seulonta- ja hoidontarvekriteereistä

Useimmat seulontaan ja hoidon tarpeen arviointiin tarkoitetut indeksit luokittelevat hoidon tarpeen purenna poikkeaman vaikeusasteen mukaan. Näin toimivat esimerkiksi kaksi hiljattain kehitettyä ulkomaista indeksia: norjalainen NOTI (Espeland ym. 1992) ja brittiläinen IOTN (Brook ja Shaw 1989). Ne heijastelevat kumpikin kyseisessä maassa vallitsevia hoitokäytäntöjä ja soveltuvat parhaiten noin 11-vuotiaiden lasten seulontaan. Tanskalainen oikomishoidon seulontaluokitus pyrkii arvioimaan purenna poikkeaman pitkäaikaisia terveysvaikutuksia. Luokittelu perustuu poikkeaman aiheuttamille terveysriskeille, jotka on jaettu neljään riskiluokkaan: hammas- ja tukikudoksiin kohdistuva riski, toiminnallisten häiriöiden riski, psykososiaalisen stressin riski ja huono pitkän aikavälin ennuste (Solow 1995).

Yksittäisen terveyskeskuksen kannalta on oleellista, että käytössä olevat seulontakriteerit soveltuvat paikallisen hoitokäytännön mukaiseen hoidon ajoitukseen. Hoitoon seulominen tulee tehdä hyvissä ajoin ennen sitä hampaistokehitysvaihetta, jota pidetään hoidon kannalta järkevänä, jotta tarkemmalle hoidon arvioinnille sekä diagnoosin ja hoitosuunnitelman tekemiselle jää riittävästi aikaa. Esimerkki paikallisesta seulonta- ja hoidon tarpeen määrittelyohjeesta on Oulun terveyskeskuksen seulontaohje (liite 2).

6.2 Oikomishoitoon valinta

a) Oikomishoidon priorisointi ja henkilöstövoimavarat

Terveydenhuollon voimavarojen rajallisuus pakottaa terveydenhuoltohenkilökuntaa tarkkaan harkitsemaan, miten resurssien terveyshyöty voitaisiin maksimoida. Oikeudenmukaisuuden kannalta on suotavaa, että priorisointi tehdään ennakkoon koskien kokonaisia potilasryhmiä. Tällöin yksittäisiä potilaita koskevia erillispäätöksiä tarvitaan vain harvoin. Ryhmäkohtaisen priorisointijärjestelmän on kuitenkin oltava niin joustava, että hoidon tarvetta arvioivalla henkilöllä on mahdollisuus tehdä priorisointijärjestelmästä poikkeavia yksilökohtaisia ratkaisuja.

Rajallisten voimavarojen vuoksi useimmilla terveyskeskuksilla ei ole mahdollisuutta tarjota oikomishoitoa kaikille sitä tarvitseville tai haluaville. Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä vuodelta 1988 suositeltiin 10-portaista hoidon tarpeen arvioinnin taulukkoa hoitoon valinnan avuksi. Tässä priorisoinnissa lapset valitaan hoitoon diagnosoidun purenna poikkeaman vaikeusasteen mukaan. Korkean pistemäärän saavien lasten arvioidaan hyötävän hoidosta eniten tai heille koituisi eniten haittaa hoitamattomuudesta. Hoitomenetelmiin ei ko. priorisointitaulukossa oteta kantaa.

Oikomishoidon henkilövoimavaroja arvioidaan yleensä suhteutettuna väestöpohjaan. Ruotsalaisissa tutkimuksissa (Linder-Aronson ym. 1976; Kurol ym. 1983) oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä on arvioitu tarvittavan yksi 4 000 7–16-vuotiaista kohden. Tämän laskelman mukaan Suomen nuorisoon oikomishoitoon tarvitaan n. 150 erikoishammaslääkärinä. Tämän lisäksi vaikeiden kehityshäiriöiden hoitoon, koulutukseen, tutkimukseen ja aikuisortodontiaan tarvitaan noin 50 erikoishammaslääkärinä. Noin 200 erikoishammaslääkärin määrään päädytään myös laskemalla tarve yleisesti käytetyllä suhdeluvulla: yksi erikoishammaslääkäri 25 000 asukasta kohden.

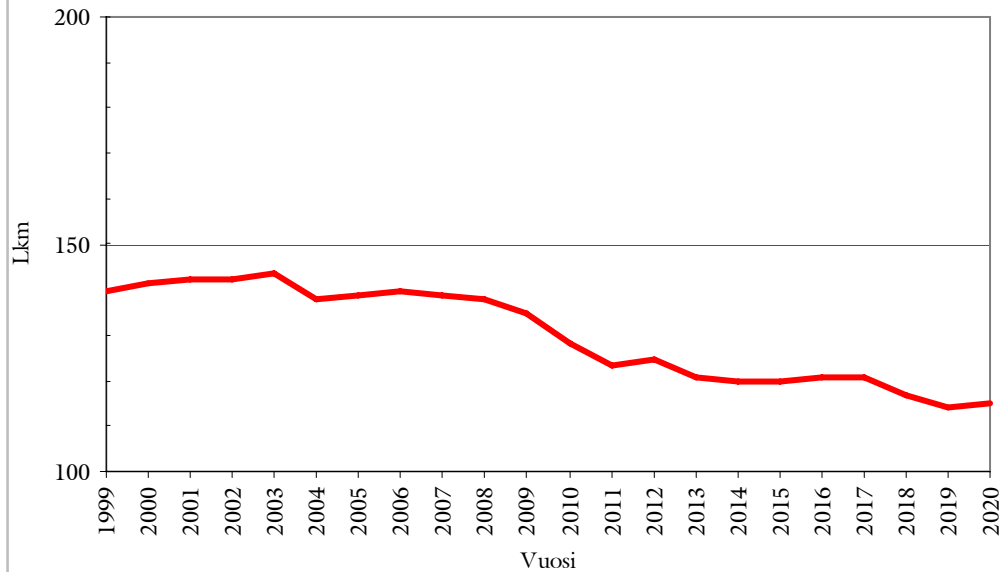
Saksassa oikojahammaslääkärien tarvearvio vuodeksi 2010 on yksi erikoishammaslääkäri noin 23 200 asukasta kohden (Berufsverband der Deutschen Kieferorthopäden). Tässä arvioissa on mukana myös yli 16-vuotiaiden tarvitsema erikoishammaslääkärimäärä.

Yksittäisissä terveyskeskuksissa saattaa Suomessa jo nyt olla suosituksen mukainen henkilöstö, mutta valtaosassa Suomen terveyskeskuksista toimii oikomishoidon erikoishammaslääkäreitä keskimäärin 1/10 000 7–16-

vuotiasta (vaihtelu entisen läänijaon mukaisesti lääneittäin 1/6 500—1/28 000). Vaikka yksityissektorillakin toimivat erikoishammaslääkärit laskettaisiin mukaan, ollaan vielä kaukana edellä mainitusta ruotsalaisesta suosituksista. Tämä huomioiden ehdotus, että lähes kaikki oikomishoito keskittäisiin erikoishammaslääkäreille (Järvinen 1999), ei ole toteutuskelpoinen. Nykyiset erikoishammaslääkärien koulutusmäärät ja lähivuosien oikomishoidon erikoishammaslääkärien eläkepoistuma huomioiden tilanne ei ole korjautumassa (kuvat 1 ja 2).

Niissä terveyskeskuksissa, joissa peruskoulutetut hammaslääkärit vastaavat suuresta osasta oikomishoitoa, tulee voimavaroja arvioitaessa ottaa huomioon myös heidän oikomishoitoon käyttämä työpanoksensa. Vuonna 1992 peruskoulutetut hammaslääkärit käyttivät terveyskeskuksissa oikomishoitoon työaikaan noin 290 kokopäiväisen viran verran. Oikomishoitoon käytetään siis runsaasti työtunteja. Lasten ja nuorten ikäryhmissä karieksen vuoksi tehtäviä käyntejä kertyy useimmille lapsille vain yksi vuotta tai kahta kohden. Oikomishoidon luonteeseen kuuluu, että siihen tarvittavat käynnit kumuloituvat kasvuvaiheen ikävuosiin, toisin kuin karieksen, joka vaatii tarkastus- ja hoitokäyntejä läpi elämän. Lisäksi laskelmassa tulee ottaa huomioon

Kuvio 1. Oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden lukumääräennuste.

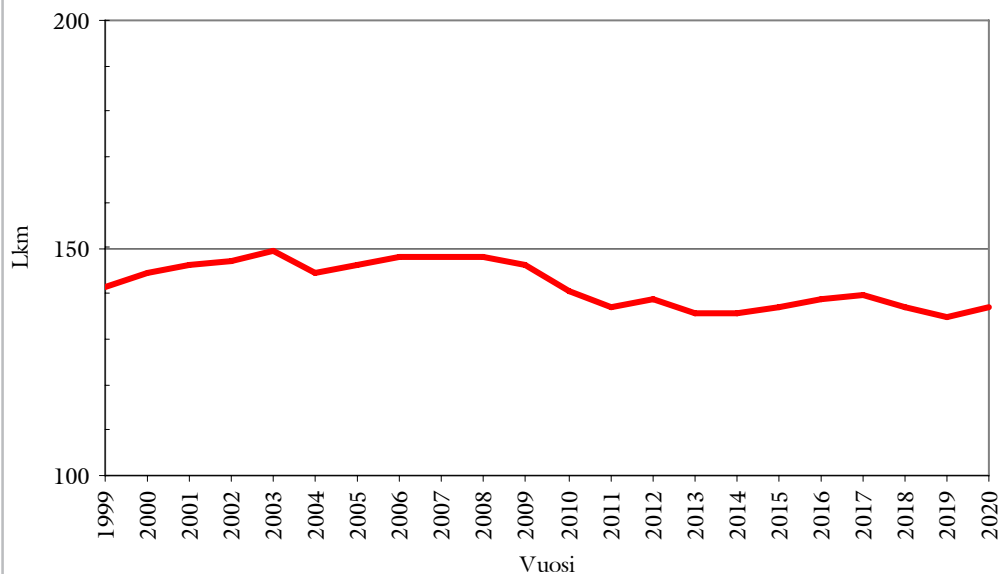


Arvioitu vuosittainen lisäys on 4 (valmistuneet lisätään 33-vuotiaisiin).

Työvoimasta on tilapäisesti poissa 5 %, eläkeikä 65 v.

Lähde: Suomen Hammaslääkäriliiton jäsenrekisteri

Kuvio 2. Oikomishoidon erikoishammaslääkäreiden lukumääräennuste.



Arvioitu vuosittainen lisäys on 5 (valmistuneet lisätään 33-vuotiaisiin).

Työvoimasta on tilapäisesti poissa 5 %, eläkeikä 65 v.

Lähde: Suomen Hammaslääkäriliiton jäsenrekisteri

se, että peruskoulutetun hammaslääkäriin oikomishoidoksi rekisteröimällä käynnillä tehdään usein myös muita suun terveydenhuoltoon kuuluvia toimenpiteitä. Mikäli yksittäisessä terveyskeskuksessa todetaan, että oikomishoitoon käytetään liikaa työtunteja, vähennys kannattaa tehdä keskittämällä hoidot parhaan ortodonttisen taidotiedon omaaville hammaslääkäreille. On todennäköis-

MAITOHAMPAISTO:	PRIORISOINTI		
	<i>hoidetaan</i>	<i>seurataan</i>	<i>ei hoideta</i>
I VAIHDUNTAVAIHE:	PRIORISOINTI (pisteitys 10—1)		
	<i>hoidetaan</i>	<i>seurataan</i>	<i>ei hoideta</i>
pistemäärä	10—7	6—5	4—1
II VAIHDUNTAVAIHE:	PRIORISOINTI (pisteitys 10—1)		
	<i>hoidetaan</i>	<i>seurataan</i>	<i>ei hoideta</i>
pistemäärä	10—7	6—5	4—1
PYSYVÄ HAMPAISTO:	PRIORISOINTI (pisteitys 10—1)		
	<i>hoidetaan</i>	<i>ei hoideta</i>	
pistemäärä	10—7	6—1	

Taulukko 3. Esimerkki priorisointiasteikon soveltamisesta seulontatilanteessa.

tä, että tällöin hoidon laatu paranee ja työhön käytetty aika sekä materiaalikulutus pienenevät ilman, että potilasmääriä välttämättä tarvitsee vähentää.

Lapsen ja nuoren purennan arviointi sisältyy järjestelmällisessä perusterveystenhoidossa olevan potilaan tutkimukseen. Purennan morfologinen ja toiminnallinen tutkimus tulee tehdä vähintään kerran purentakehityksen eri vaiheiden (maitohampaisto, I vaihduntajakso, II vaihduntajakso ja pysyvä hampaisto) aikana. Poikkeamat normaalista purentakehityksestä ja siitä seuraavat toimenpiteet (seuranta/oikomishoito/vanhempien informointi) tulee kirjata potilasasiakirjaan.

b) Ohjeet varhaishoitoon valinnalle

Maitohammasvaiheessa ja ensimmäisessä vaihduntavaiheessa tulee huomioida avopurennot, etu- ja sivualueen ristipurennot, saksipurennot, luustolliset AII- ja AIII-tyyppiset purennot, ahtaustilat ja ensimmäisessä vaihdunnassa liiallinen horisontaalinen ylipurenta, ektooppisesti puhkeavat kuutoset sekä yläinkisiivien puhkeamishäiriöt (Heikinheimo 1993).

Maitohammasvaiheessa ja ensimmäisessä vaihduntavaiheessa hoitoon valintaan riittää lasten luokittelu kolmeen ryhmään: tervepurentaisiin, purennan seurantaan vaativiin ja välitöntä oikomishoitoa vaativiin. Joidenkin purennan poikkeamien kohdalla purennan kokonaisarvio on mahdollista tehdä jo tässä varhaisvaiheessa. On kuitenkin tärkeää, että myös purennaltaan terveiksi luokiteltujen lasten purenta arvioidaan systemaattisesti hampaiston kehitysvaiheen edetessä.

c) 10-portaisen pisteytyksen käyttö

Lääkintöhallituksen ohjekirjeessä 6/1988 julkaistu 10-portainen hoidon tarpeen arvioinnin taulukko (liite 3) soveltuu hoitoon valinnan tueksi noin 9. ikävuodesta lähtien (Heikinheimo 1989). Monissa terveyskeskuksis-

sa pisteytyksen soveltamiselle on sovittu yksityiskohtaisemmat ohjeet. Esimerkkinä Espoon kaupungissa käytettävät ohjeet (liite 4).

■ Oikomishoidon priorisoinnille voidaan antaa seuraavat perusohjeet:

1. Tee oikeita asioita.

Oikomishoito on kohdistettava niihin, joilla on suurin hoidontarve, koska he todennäköisesti myös hyötyvät hoidosta eniten. Purentavirheiden syntyä ehkäisevät ja virhetoimintojen kehittymistä estävät toimenpiteet ovat etusijalla. Sagittaalisten, transversaalisten ja vertikaalisten luustosuhteiden korjaaminen on tärkeää.

2. Tee asiat oikein.

Hoitokapasiteetti ja käytettävissä olevat resurssit on arvioitava vuosittain ja tehtävä terveyskeskuskohtainen toimintasuunnitelma. Jos resurssit pienenevät, hoitoon valittavien purentavirheen vaikeusaste lisääntyy. Tällöin hoidon toteutus edellyttää enemmän erikoishammaslääkärin taitotietoa ja usein myös hoidon kesto pitenee.

3. Tee asiat oikeaan aikaan.

Varhaishoitona, maitohampaistossa ja ensimmäisen vaihdunnan aikana, on pyrittävä hoitamaan toiminnalliset risti- ja saksipurennot, sekä aloitettava vaikeiden luustollisten AII- ja AIII-purentavirheiden hoito.

Varhaisoidolla tulee olla selkeä tavoite. On hyväksyttävä se tosiasia, että kaikki purentavirheet eivät hoidu varhaisoidon keinoin. Silloin varhaishoito on yksi osa laajemmasta hoitokokonaisuudesta.

Taulukossa 3 on esimerkki priorisointiasteikon soveltamisesta seulontatilanteessa.

Maitohampaistovaiheessa seulonnessa riittää kolmiportainen asteikko.

Ensimmäisessä vaihduntavaiheessa seulonta voi olla myös kolmiportainen, kuten maitohampaistossa. Toiminnan suunnittelun kannalta on kuitenkin järkevää käyttää hoidon tarpeen arvioinnissa yhtenäistä luokittelumenetelmää, esim. 10-portaista hoidontarveluokitusta. Luokittelun avulla saadaan tieto myös ns. rajatapauksista eli niiden lasten lukumäärästä, joiden hoidontarve on lähellä terveyskeskuksen valitsemaa seulontarajaa. Jos esimerkiksi hoitoa haluttaisiin laajentaa, tiedetään heti, kuinka monta uutta lasta tulisi hoidon piiriin, jos pisterajaa laskettaisiin yhdellä pisteellä. Suuren osan I vaihduntajakson hoidosta voi toteuttaa peruskoulutettu hammaslääkäri erikoishammaslääkäriin konsultoimana.

Mikäli varhaishoito on kattavaa ja tuloksellista, jäävät toisen vaihduntavaiheen aikana hoitoon otettaviksi lähinnä lapset, joiden parentavirheen hoito edellyttää vaativaa, yleensä erikoishammaslääkäriin tai oikomishoitoon erittäin hyvin perehtyneen hammaslääkäriin antamaa hoitoa.

Pysyvässä hampaistovaiheessa seulottavien ryhmään kuuluvat mm. hammaspuutospotilaat, joiden hoito edellyttää preproteettista oikomishoitoa esim. ennen implanttien kiinnittämistä sekä potilaat, jotka tarvitsevat ortognaattista hoitoa.

6.3 Potilaalle/perheelle annettava tiedotus hoidon tarpeesta

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) toteaa, että potilaalla on oikeus saada ilman syrjintää terveydentilansa edellyttämää hoitoa niissä rajoissa, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä. Jos potilas joutuu odottamaan hoitoon pääsyä, hänelle on kerrottava viivytyksen syy ja sen arvioitu kesto.

Lääkintöhallituksen ohjekirje 6/1988 velvoitti terveyskeskuksia antamaan lapselle ja hänen huoltajalleen tiedon havaitusta purennan poikkeamasta ja oikomishoidon tarpeesta siinäkin tapauksessa, että hoitoa ei voida tarjota. Vaikka ohjekirje on jo kumottu, tämä ohje on edelleen käyttökelpoinen. Näin perhe voi halutessaan hakea lapselle oikomishoitoa yksityissektorilta.

7. POTILASASIAKIRJAT JA TALLENTEET

7.1 Yleistä potilasasiakirjoista

Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelmassa (1993:7) määritellään potilasasiakirjoiksi potilaan hoidon järjestämisessä ja toteuttamisessa käytettäviä, laadittuja tai saapuneita asiakirjoja tai teknisiä tallenteita, jotka sisältävät hänen terveydentilaansa koskevia tai muita henkilökohtaisia tietoja (785/1992, § 2, kohta 5). Potilasasiakirjoja ovat hoito- ja tutkimustietojen lisäksi muun muassa läheteet tutkimuksiin ja toimenpiteisiin, kuten laboratorio- ja röntgenläheteet sekä tulokset ja lausunnot, erilaiset ajanvaraus- ja potilaspäiväkirjat, luettelot ja kortistot, atk-tallenteet sekä ääni-, filmi- ja videotallenteet. STM:n määräys (1993:7) antaa seikkaperäiset ohjeet potilasasiakirjojen laatimisesta, käyttötarkoituksesta, luovuttamisesta ja säilyttämisestä.

7.2 Anamneesi

Yleinen anamneesi

Anamnestiset tiedot ovat pääsääntöisesti saatavissa neuvola- ja potilaskortista. Erityisen tärkeää on tarkistaa lapsen puudutusaine-, lääkeaine- ja muu yliherkkyys ja allergisuus. Tartuntataudit, hengityselintaudit, välikorvatulehdukset, sydän-, verenkierto- ja veritaudit, umpieritustaudit, tuki- ja liikuntaelinten sekä sidekudoksen sairaudet, hermoston taudit ja muut sairaudet tulee kirjata potilaskorttiin. Myöskin sairauksiin käytetystä lääkehoidosta ja hammashoidossa huomioitavasta lääkityksestä, kuten sädehoitopotilaan antibiootihoidosta, on tehtävä riittävän selvä merkintä potilastietoihin. Sairaalahoidot ja hoidon yhteydessä tehdyt tutkimukset antavat myös lisävalaistusta potilaan yleisestä terveydentilasta.

Ortodontiaan liittyvä anamneesi

Yleisanamnestisten tietojen lisäksi ortodonttisen diagnostiikan ja hoidon kannalta on tarpeen selvittää tiettyjä potilaan tapoja ja tottumuksia kuten tutin, sormen tai huulen imeminen, tapahtuuko hengitys suun vai nenän kautta, kuorsaustaipumus, hampaiden narskuttelu, onko hampaisiin kohdistunut trauma, onko kasvojen alueelle kohdistunut vammoja, joilla voisi olla vaikutusta leukaniveliin, toistuvat päänsäryt ja muut parentafysiologiset oireet ja leukanivelistä kuuluvien äänien luonne sekä tiedot aikaisemmasta oikomishoidosta. Hoitomyöntyvyyden selvittämiseksi on tarpeen arvioida perheen ja lapsen käsityksiä oikomishoidon luonteesta ja hoidon edellyttämästä ko-operaatiosta.

7.3 Potilasasiakirjamerkinnot ja tallenteet ennen hoidon aloitusta

Maitohampaistovaiheen hoitoa aloitettaessa (3–5-vuotiaat)

Ennen hoidon aloitusta (esim. ohjautuvan ristipurennan hoito) potilaasta tulee olla tehtynä seuraavat asiakirjamerkinnot ja tallenteet:

- potilaskorttiin/oikomiskorttiin kirjatut kliinisen tutkimuksen tulokset
- kipsimallit hiottuna interkuspidaatio-purentaan, lisäksi retruusioindeksi erivärisellä vahalla
- röntgentutkimukset, esim. lateraalikalokuva ja/tai PA-kuva ja/tai optg silloin, kun niistä saatava tieto on välttämätöntä hoidon suunnittelussa
- suositeltavaa on liittää potilasasiakirjoihin valokuva lapsen kasvoista.

I vaihduntavaihe (6–8-vuotiaat)

Ennen hoidon aloitusta potilaasta tulee olla tehtynä seuraavat asiakirjamerkinnot ja tallenteet:

- potilaskorttiin/oikomishoitokorttiin kirjatut kliinisen tutkimuksen tulokset
- kipsimallit hiottu interkuspidaatiopurentaan, lisäksi retruusioindeksi erivärisellä vahalla
- aina optg, muut röntgentutkimukset silloin, kun niistä saatava tieto on välttämätöntä hoidon suunnittelussa
- lateraalikalokuva, jos luustosuhteissa epäillä olevan/ on sagittaalinen tai vertikaalinen epäsuhta
- PA-kuva, jos kasvoissa on epäsymmetriaa, kapea maksilla ja tukkoiset ilmatiet
- rannekuva, kun tarvitaan luustoiän määrittäminen, esim. kasvuhäiriöt
- yksittäiset hammaskuvat, okklusaalikuvat, stereokuvat ja leikekuvat tarvittaessa
- distaalipurentoja hoidettaessa on tärkeää seurata lapsen pituuskasvua kumulatiivisen ja kasvunopeuskäyrän avulla
- koulukuvauksen kasvokuva tai kliininen valokuvaus vastaanotolla.

II vaihduntavaihe (9-vuotiaat ja sitä vanhemmat)

Ennen hoidon aloitusta potilaasta tulee olla tehtynä seuraavat asiakirjamerkinnot ja tallenteet:

- potilaskorttiin/oikomishoitokorttiin kirjatut kliinisen tutkimuksen tulokset
- purentaan hiottu kipsimallit

- aina optg, muut röntgentutkimukset silloin, kun niistä saatava tieto on välttämätöntä hoidon suunnittelussa
- lateraalikalokuva, jos luustosuhteissa epäillä olevan/ on sagittaalinen tai vertikaalinen epäsuhta
- PA-kuva, jos kasvoissa on epäsymmetriaa, kapea maksilla ja tukkoiset ilmatiet
- rannekuva, kun tarvitaan luustoiän määrittäminen, esim. kasvuhäiriöt
- yksittäiset hammaskuvat, okklusaalikuvat, stereokuvat ja leikekuvat tarvittaessa
- pituuskasvukäyrät
- koulukuvauksen kasvokuva tai kliininen valokuvaus vastaanotolla.

Pysyvä hampaisto

Ennen hoidon aloitusta potilaasta tulee olla tehtynä seuraavat asiakirjamerkinnot ja tallenteet:

- potilaskorttiin/oikomishoitokorttiin kirjatut kliinisen tutkimuksen tulokset
- purentaan hiottu kipsimallit
- aina optg, muut röntgentutkimukset silloin, kun niistä saatava tieto on välttämätöntä hoidon suunnittelussa
- lateraalikalokuva, jos luustosuhteissa epäillä olevan/ on sagittaalinen tai vertikaalinen epäsuhta
- PA-kuva, jos kasvoissa on epäsymmetriaa, kapea maksilla ja tukkoiset ilmatiet
- rannekuva, kun tarvitaan luustoiän määrittäminen, esim. kasvuhäiriöt
- yksittäiset hammaskuvat, okklusaalikuvat, stereokuvat ja leikekuvat tarvittaessa
- tarvittavat erityistutkimukset erikoissairaanhoidon varten (esim. ortognaattinen hoito).

Liitteet 5, 6 ja 7 ovat esimerkkejä aineiston keräys- ja analysointikaavakkeista.

Ennen hoitosuunnitelman laatimista on potilaasta kerätty anamnestiset tiedot ja asiakirjatallenteet analysoida.

8. HOIDON KULKU

8.1 Diagnoosi

Ortodonttinen diagnoosi on lyhyt tiivistelmä esitiedoista ja kliinisen tutkimuksen sekä tallenteiden analyysistä. Se koostuu esimerkiksi seuraavasti: tiedot hoitoon lähettäjältä, mahdollisen omatoimisen hoitoon hakeutumisen

syy, potilaan terveydentila ja riskitiedot, kasvot, profiili, kasvotyypit (ortognaattinen, prognaattinen, retrognaattinen) ja luustorakenne, dentoalveolaarinen suhde (sagittaalisesti, vertikaalisesti, transversaalisesti), alaleuan kasvumalli ja kasvusuunnan ennuste, tilasuhteet (ylähammaskaari/alahammaskaari), pehmytkudokset, toiminnan poikkeavuudet ja muut yksityiskohdat.

Ortodonttinen traditio kuvata potilaan diagnoosi sanelisesti on vaikuttanut siihen, että oikojahammaslääkärit ovat varsin nihkeästi ottaneet käyttöön ICD-10-diagnoosinimikkeistön, vaikka sosiaali- ja terveysministeriö on määrännyt, että “tautien ja kuolinsyiden merkitsemisessä potilasta koskeviin asiakirjoihin käytetään 1.1.1996 alkaen WHO:n ICD-10-tautiluokituksen suomalaista laitosta, jota julkaisee ja päivittää sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus” (STM 13/332/1995). ICD-10-diagnoosit eivät oikojahammaslääkäreiden mielestä anna riittävän monipuolista kuvaa purenna poikkeamien moninaisuudesta ja niiden esiintymisestä eri kombinaatioissa. Ongelmallista saattaa myös olla sen määrittäminen, mikä purenna poikkeama on katsottava ns. ensisijaiseksi diagnoosiksi, mitkä toissijaisiksi, erityisesti mikäli samalla hoidolla hoidetaan useampia purenna poikkeavuuksia. Hammas- ja suusairauksien klinikoilla ICD-10-tautiluokituksen käyttöönotto on sairaalaperinteestä johtuen kattavaa, mutta koodien tulkinnassa ja merkintöjen yhtenäistämässä on vielä toivomisen varaa. Esim. liitteessä 8 määrittämätön purentavirhe oli yleisin ICD-10-diagnoosi. Siitä huolimatta, että ortodontit kokevat ICD-10-tautiluokituksen puutteelliseksi, sen käytön tulisi yleistyä myös perusterveydenhuollossa ja yksityissektorilla (Larmas ym. 1996). Suomi on WHO:n jäsenmaana sitoutunut käyttämään kansainvälistä ICD-10-tautiluokitusta. Kansainvälistyminen ja potilaiden liikkuvuuden lisääntyminen sekä monet muut seikat edellyttävät asiakaskertomuskäytäntöjen yhtenäistämistä. Hoito perustuu diagnoosiin, joten kirjaimikäytäntöjen yhtenäistäminen on hyvä aloittaa diagnoosikoodista. ICD-10-koodien käyttö ei estä kuvailevan diagnoosikäytännön jatkamista koodien ohessa.

Esimerkkeinä ICD-10-koodien käytöstä liitteet 8 ja 9. **Liitteessä 8** ovat Oulun yliopistollisen sairaalan hammas- ja suusairauksien poliklinikan ICD-10-diagnoosikoodit vuosilta 1993—1994 yleisyysjärjestyksessä.

Liitteessä 9 Varkauden terveyskeskuksen 7—8-vuotiaille tehdyn oikomishoidon seulontatutkimuksen valintakriteerit on esimerkinomaisesti muutettu ICD-10-dia-

gnosisikoodeiksi.

8.2 Hoidon tavoitteen asettaminen, hoitovaihtoehtojen vertailu ja hoitosuunnitelman laatiminen

Hoidon tavoitteeksi kirjataan ne purenna rakenteellisten ja toiminnallisten poikkeamien korjaamiset, jotka hoidolla halutaan saada aikaan. Hoidon tavoitteen selkeyttämiseksi on syytä laatia *ongelmalista*, jossa diagnoosissa mainitut ongelmat asetetaan tärkeys- ja vaikeusasteen mukaiseen järjestykseen. Esimerkiksi: 1) kuutosuhteen korjaaminen, 2) syvän purenna avaus, 3) kaarten tasoittaminen jne.

Mikäli valittavana on erilaisia hoitoratkaisuja, on niitä syytä vertailla esim. aiemmin saatujen kokemusten pohjalta ja arvioida, kuinka sopivia ja tehokkaita ne ovat hoidon tavoitteeseen pyrittäessä. Eri vaihtoehtoja punnittaessa on myös arvioitava kullakin hoitovaihtoehdolla saavutettavat terveydelliset edut ja riskit sekä niihin liittyvät kustannukset ja hoidon kesto. Hoitovaihtoehdon valintaan vaikuttaa myös hoidon vaatima ko-operaatio sekä hoidolla aikaansaavat pysyvät muutokset, esim. vaikutukset potilaan profiiliin.

Oikomishoidon työsuunnitelmassa etsitään keinot ongelmien ratkaisemiseksi sekä pohditaan ratkaisujen keskinäisiä vaikutuksia ristiriitaisuuksien välttämiseksi. Pyrkimyksenä on löytää yksinkertaisin ratkaisu, joka korjaa mahdollisimman monta hoitoa vaativista purenna poikkeavuuksista. Säästöjen nimissä joissakin terveyskeskuksissa on haluttu yhtenäistää hoitokäytäntöjä ja pyritty siihen, että oikomispotilaille tarjotaan vain tietyn tyyppisiä hoitoja. Tämä on ristiriidassa käytännön kokemusten kanssa. Alkuvaiheessa samankaltaisissakin purentavirheissä voi hoitovaiheessa esiintyä suurta vaihtelua mm. kasvun eroavuuksien takia.

8.3 Hoitovaihtoehtojen esittäminen ja tietoon perustuva suostumus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) toteaa, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista seikoista, joilla on merkitystä hoidosta päätettäessä.

Yhteisymmärryksen varmistamiseksi potilaan tai huoltajan tulee antaa ennen hoidon aloittamista ns. tietoon perustuva suostumus (informed consent). Suostumus

koostuu kahdesta osasta. Ensiksikin hoitava henkilö antaa tietoa hoitosuunnitelmasta, mahdollisista hoitovaihtoehdoista ja hoidon eduista ja riskeistä. Laki jättää terveydenhuoltohenkilön vastuulle sen, että tieto annetaan potilaalle siinä muodossa, että hän sen ymmärtää. Sen jälkeen potilas antaa suostumuksensa hoitoon ryhtymiseen. Suostumus on hyvä varmistaa kirjallisesti, mutta myös suullinen suostumus on hyväksyttävä. Suullinenkin suostumus on kirjattava potilaskorttiin.

Hoidon onnistumisen kannalta on hyödyllistä, jos potilaan oma halukkuus hoitoon ja hänen valmiutensa hoidon läpiviemiseksi on kartoitettu ennen hoidon alkua. **Liite 10** on esimerkki kysymyslomakkeesta (Malmgren 1980), joka on tarkoitettu potilaan täytettäväksi ennen hoidon aloittamista.

Oikomishoidon kaltaiseen pitkäkestoiseen hoitoon ryhdyttäessä on tärkeää, että potilaalle ja/tai huoltajalle annetaan arvio hoidon kestosta ja hoitokäyntien määrästä. Vaikka niukat hoitoresurssit saattavat rajata hoitovaihtoehtojen määrää, on vaihtoehtoja aina vähintään kaksi — hoito tai se, että hoitoon ei ryhdytä. Potilaalla on myös oikeus kieltäytyä suunnitellusta hoidosta. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista toteaa, että potilaalla on oikeus hoitoon myös siinä tapauksessa, että hän on siitä aiemmin kieltäytynyt.

Vanhempien suostumus on välttämätön ehto alaikäiselle lapselle ja nuorelle annetun hoidon aloittamiseksi. Lastensuojelulaki ja Kansainvälinen lapsen oikeuksien sopimus sisällyttävät lapsuuden käsitteeseen myös nuoruuden 18 vuoden ikään saakka, mutta useissa lähteissä 12-vuotiaasta on pidetty niin kypsänä, että hänen mielipiteensä on otettava huomioon. Hoitava henkilö joutuu kuitenkin itse arvioimaan, onko hoidon aloittaminen mahdollista. Toisaalta lapsen on vaikea suoriutua pitkästä hoidosta ilman vanhempien tukea. Vastaavasti hoidon onnistuminen vaarantuu, jos lapsi itse suhtautuu hoitoon kielteisesti. Tällöin hoidon siirtäminen myöhempään ikään on usein järkevä ratkaisu.

8.4 Hoidon etenemisen arviointi

a) Hoidon aiheuttamien riskien arviointi

Potilaan suuhygienian on oltava kunnossa ja potilaan tulee kyetä huolehtimaan suuhygieniastaan ennen oikomiskojeiden laittamista suuhun. Tämä on erityisen tärkeää nykypäivänä, kun lasten suuhygienian opetuksesta ja valvonnasta on kustannussyistä jouduttu tinkimään.

Hoidon kuluessa on jatkuvasti tarkkailtava kudosvau-

rioiden ennusmerkkejä. Liitukarieksen riskiä voidaan vähentää riittävän ehkäisevän hoidon avulla varsinkin kiinteäkojehoidon aikana. Anamnestisten tietojen, kliinisen ja röntgentutkimuksen avulla on poimittava erityiseen seurantaan ne lapset, joilla on lisääntynyt juurten resorption riski tai taipumus saada allergisia reaktioita (Kerosuo ja Kanerva 1995). Kaikki varotoimet, joilla kojeiden käyttöön liittyviä vaurioita voidaan ehkäistä, on syytä tehdä ennakkoon.

Oikomiskojeiden suunnittelussa ja rakentamisessa tulee kiinnittää huomiota siihen, että kojeet ovat käyttäjälle mahdollisimman mukavat, kestävät ja turvalliset. Esimerkiksi oikomisrenkaiden paikallaan pysymisen kannalta on välttämätöntä, että hampaat separoidaan ennen renkaiden sovittamista ja sementointia. Suun ulkopuoliossa vedossa on hyvä käyttää laitteita, joissa on ns. turvalukitus.

b) Asiakirjamerkinnot ja tallenteet hoidon aikana sekä hoidon etenemisen arviointi

Hoidon etenemistä on seurattava jokaisella hoitokäynnillä vertaamalla purennan sen hetkistä tilannetta lähtötilanteeseen ja hoidolle asetettuun tavoitteeseen. Lisäksi on arvioitava, onko tavoite edelleen realistinen ja saavutettavissa suunnitellun aikataulun puitteissa. Hoidon kulun seuranta helpottaa, jos hoidon etenemiselle on asetettu konkreettiset välitavoitteet, esim. kuutosuhteen korjaaminen, ylipurentojen pienentäminen, kaaren tasoittuminen, poistoaukkojen sulkeutuminen jne.

Hoitokäyntien yhteydessä tulee kerätä järjestelmällisesti kaikki tieto, jota tarvitaan hoidon etenemisen seurantaan. Erityisesti tulee kiinnittää huomiota potilasasiakirjoihin tehtäviin merkintöihin niin, että esimerkiksi lapsen muuttaessa toiselle paikkakunnalle hoidon kulku on selkeästi luettavissa potilasasiakirjoista tai atk-listauksesta.

Kojeen yksityiskohtainen rakenne, esim. kiinnikkeiden uran kulmaus ja kaltevuus (torque), renkaiden koko ja kiinnitysmateriaali tulee kirjata potilaskorttiin.

Useammassa vaiheessa tehtävässä hoidossa tarvitaan välimallit hoitojakson päättyessä ja uudet kipsimallit uuden hoitojakson alkaessa.

Työsuunnitelma seuraavaa hoitojaksoa varten edellyttää myös kliinisen statuksen kirjaamista potilasasiakirjoihin kunkin hoitojakson päättyessä sekä uuden hoitojakson alkaessa.

Mikäli hoito ei edisty paikallaan junnaamisen syyt tulee tutkia. Esim. välimallien, röntgentutkimuksen, valo-

kuvien, kasvukäyrän ja kliinisen tilanteen arvioinnin avulla päätellään, tuleeko kojejärjestelyihin tehdä muutoksia, onko hoitosuunnitelma arvioitava uudelleen tai pitäisikö hoito mahdollisesti keskeyttää.

Peruskoulutetun hammaslääkärin, joka suorittaa oikomishoitoa oman tai konsultoivan erikoishammaslääkärin suunnittelemana ja/tai tämän ohjauksessa, tulee pyytää lisäohjeita aina, kun hoito ei etene suunnitelman edellyttämällä tavalla tai hoidossa ilmenee odottamattomia ongelmia.

Ellei skeletaalisia muutoksia vaativa oikomishoito näytä edistyvän pelkästään ortodontisin hoitomenetelmin ja esimerkiksi potilaan kasvuvaste on oletettua vähäisempi, on myös harkittava oikomishoidon jatkamisen mielekkyyttä. Mikäli hoidon indikaatiot ovat riittävän suuret, on syytä harkita esim. ortognaattisen hoidon mahdollisuutta ja lähettää potilas keskussairaalan hammas- ja suusairauksien yksikköön arviointikäynnille sen sijaan, että turhaan pitkitetään huonovasteista hoitoa.

Kiinteäkojehoidon lopulla, kun hampaiden siirtoja ei enää tehdä, otetaan panoraamatomo-röntgenkuva, joka on myös hoidon päättymisvaiheen loppukuva. Kuva on syytä ottaa silloin, kun kojeet ovat vielä suussa. Hampaiden kallistuskulmissa saattaa ilmetä hoidontarvetta, joka ei näy kliinisesti.

c) Potilaan motivaation ja hoitomyöntyvyyden arviointi

Vaikeudet hoidon etenemisessä voivat johtua myös potilaan riittämättömästä ko-operaatiosta. Motivaation kannalta on tärkeää, että potilaalle tiedotetaan hoidon kuluista koko hoidon ajan. Mikäli hoitosuunnitelmaan tai hoidon tavoitteisiin joudutaan tekemään hoidon kuluessa oleellisia muutoksia, on niistä syytä keskustella potilaan ja/tai huoltajan kanssa. Hoidon kuluessa on lapselle ja hänen huoltajalleen annettava tietoa siitä, eteneekö hoito suunnitelman mukaisesti. Myös hoitomyöntyvyydessä ilmenevät ongelmat tulee ottaa esiin.

d) Potilaan antaman palautteen käsittely

Kaikki potilaan tai huoltajan antama palaute hoitoon liittyvistä vaikeuksista, esim. kojeiden aiheuttamista ongelmista, on syytä kirjata potilasasiakirjoihin ja esiin tulleisiin ongelmiin on, mikäli mahdollista, etsittävä ratkaisua. Jos asiakaspalautteissa on havaittavissa hoitokäytäntöihin toistuvasti tai systemaattisesti liittyviä ongelmia, on hoitokäytäntöjä syytä tarkistaa. Palaute on aina hyvä ymmärtää hyödylliseksi keinoksi kartuttaa hoito- ja palvelukäytännöistä saatavaa kokemusta.

8.5 Ammattihenkilön tekemä hoitotuloksen arviointi

a) Asiakirjamerkinnot ja tallenteet hoidon päättyessä

Hoidon loppuarviota varten kerätään seuraavat tallenteet:

- lausunto viimeisestä röntgenkuvasta/-kuvista
- kipsimallit (malleina käyvät myös retentiokojetta varten tehdyt kipsimallit, mikäli ne on hiottu purentaan)
- potilaan kliinisissä tutkimuksissa kootut tiedot profiilista sekä purennasta ja sen toiminnasta.

b) Hoitotuloksen arviointitapoja

- 1) Kipsimallianalyysi, jolla selvitetään hampaiden sijainti hammaskaarissa sekä ylä- ja alahampaiden suhde toisiinsa.
- 2) Toiminnallinen analyysi, jonka avulla selvitetään alaleuan asema suhteessa kalloon ja hammaskontaktit alaleuan liikkeissä.
- 3) Potilastyytyväisyyden arviointi
- 4) Lisäksi, mikäli potilaasta on otettu lateraalikalokuva hoidon päätyttyä, kefalometrinen analyysi, jolla selvitetään hammaskaarten sijainti kasvoissa.
- 5) Jos purennan arvioinnista on tehty pisteytys hoidon alussa, verrataan hoitotuloksen pisteytystä alkutilanteeseen sekä tehdään arvio siitä, onko hoidon tavoite saavutettu.

Hoitokäytäntöjen ja työmenetelmien kehittämisen kannalta on siis tärkeää, että jokainen valmiiksi tullut oikomishoito arvioidaan, kun tallenteet oikomishoidon päätyttyä on koottu. Lopputulosta on syytä verrata purennan lähtötilanteeseen ja hoidon alussa määriteltyyn hoidon tavoitteeseen. On eduksi, jos sama arvioija, esim. oma tai konsultoiva erikoishammaslääkäri, arvioi vuosittain ainakin osan kaikista valmiiksi hoidettujen potilaiden loppudokumenteista yhtenäisin kriteerein. Hyviä menetelmiä koko hoitotuloksen arviointiin ei juurikaan ole julkaistu, mutta myös subjektiivisin kriteerein tehty yhtenäinen arvio antaa riittävästi tietoa hoitotuloksen laadusta. Pelkästään kipsimalleilta tehtävään hoidon tuloksen arviointiin on Englannissa kehitetty PAR-indeksi, jolla purennan paraneminen voidaan laskea (Richmond ym. 1992).

Kun oikomishoito on saatu päätökseen, lapselle ja hänen huoltajalleen on syytä antaa tietoa siitä, kuinka hyvin hoidon tavoitteet on saavutettu ja mikä on hoitotuloksen pysyvyyden ennuste. Varhaisoidon yhteydessä on

hyvä muistuttaa, että purentaa seurataan koko sen kehityksen ajan ja toinen hoitovaihe saattaa olla myöhemmin vielä tarpeen.

9. HOITOJÄRJESTELYJEN KEHITTÄMINEN

9.1 Oikomishoidon järjestäminen terveyskeskuksessa

a) Erikoishammaslääkärin toimenkuva

Oikomishoidossa on järkevää keskittää eniten taitotietoa vaativat tehtävät, mikäli mahdollista, erikoishammaslääkärin tai oikomishoitoon parhaiten perehtyneen hammaslääkärin tehtäväksi. Tällaisia tehtäviä ovat hoitoon valinnan ja työnjaon suunnittelu, hoitosuunnitelmiin teko tai vahvistus ja vaativien hoitojen suoritus. Niissä terveyskeskuksissa, joissa on yksi tai useampi oma erikoishammaslääkäri, työnjaon järjestely on helppoa, kun kokonaisvastuu hoidon järjestelystä jätetään hänen/heidän harteilleen.

Suurin osa terveyskeskuksista on kuitenkin väestöpohjaltaan niin pieniä, ettei oman erikoishammaslääkärin palkkaaminen ole mahdollista, vaan erikoishammaslääkärin taitotieto ostetaan ulkopuoliselta konsultilta. Konsultin asiantuntemusta ei aina osata/haluta hyödyntää laaja-alaisesti: hyvä konsultti mm. toimii purennan hoidon järjestelyjen asiantuntijana, ohjaa ja kouluttaa hammaslääkäreitä purennan seurannassa ja oikomishoitoon valinnassa, auttaa diagnoosin ja hoitosuunnitelmiin teossa ja hoidon toteuttamisessa (Hannuksela 1996). Eräs oman tai konsultoivan erikoishammaslääkärin tärkeimmistä tehtävistä on peruskoulutettujen hammaslääkäreiden jatkuvasta koulutuksesta huolehtiminen. Tämä toiminta kannattaa ottaa huomioon oman oikojan toimenkuvaa tai konsulttisopimusta laadittaessa ja turvata näin työpaikkakoulutukselle riittävästi aikaa.

b) Työnjako peruskoulutettujen kesken

Suuren osan terveyskeskusten oikomishoidon hoitotoimenpiteistä suorittavat peruskoulutetut hammaslääkärit. Pienten yksikköjen ongelmana on usein se, ettei hammaslääkärille kerry riittävästi kokemusperäistä taitotietoa, koska potilasmäärät jäävät niin alhaisiksi. Tämän ongelman kannalta on edullista keskittää oikomishoito yhdelle tai parille hammaslääkärille. Tällöin esimerkiksi oikomishoidon kursseihin kuuluvien määrärahojen keskittäminen tuo säästöjä. Terveyskeskuksissa, joilla on oma erikoishammaslääkäri, ns. "apuoikojakäytäntö" on osoit-

tautunut toimivaksi, mutta edellyttää järjestelmällistä koulutusta peruskoulutetun hammaslääkärin jatkuvan taitotiedon kehittymiseksi.

c) Avustavan henkilökunnan osuus

Oikomishoidon kulkuun liittyy monia rutiinotoimenpiteitä, joiden ohjeistus on mahdollista tehdä selkeästi ja yksityiskohtaisesti. Taloudellisesti järkevää on siirtää hoitohenkilökunnalle, esim. hammashuoltajille tai -hoitajille, mahdollisimman monia niistä aikaa vievistä rutiinitehtävistä, joiden yhteydessä ei tarvita hammaslääkärin ammattiosaamista tai arviointikykyä (Pietilä ym. 1998). Esimerkkinä tällaisista tehtävistä voidaan mainita mm. jäljennösten ja röntgenkuvien otto, suuhygieniaoetus ja -kontrollointi sekä kiinteiden kojeiden purkaminen. On kuitenkin tärkeää, että aina ennen ko. toimintojen siirtämistä toimenpiteen sujuminen varmistetaan riittävän työpaikkakoulutuksen avulla ja huolehditaan siitä, että hoitohenkilökunnalla on aina halutessaan mahdollisuus konsultoida hammaslääkärää.

9.2 Hoidon ketjutus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä

Perusterveydenhuollon ja keskussairaaloitten välisen hoitoketjun kehittymistä haittaa eniten hammas- ja suusairauksien klinikoiden henkilöresurssien niukkuus. Toisaalta sujuvan lähettämiskäytännön esteenä on se, ettei perusterveydenhuollossa aina ole riittävästi asiantuntemusta ja kokemusta havaita ja diagnosoida erikoissairaanhoitoa vaativia potilaita. Varsinainen erikoissairaanhoidon tarve rajoittuu lasten ja nuorten kohdalla suhteellisen pieneen, mutta usein vaativaa, pitkäaikaista ja monivaiheista hoitoa edellyttäviin potilasryhmiin. Leukojen huomattavat kehitykselliset poikkeavuudet ja syndroomat, tapaturmaiset vammat, hyvän- ja pahanlaatuiset kasvaimet sekä yleissairauksiin liittyvät leukojen ja hampaistokehityksen häiriöt koskevat potilasryhmiä, joiden hoito edellyttää usean hammaslääketieteellisen ja myös lääketieteellisen erikoisanalan yhteistyötä. Mikäli saadaan syntymään luonteva hoitoketju perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille, voidaan osa näidenkin lasten hoidosta toteuttaa terveyskeskuksissa hammas- ja suusairauksien klinikan ohjauksessa. Parhailaan käydään alueellisia keskusteluja Stakesin asiantuntijatyöryhmän suositusta selkeyttävien ohjeiden laatimisesta hoidon ketjutukseen.

Oikomishoidossa toimiva hoitoketjutus lisäisi terveyskeskuksessa tapahtuvan oikomishoidon oikeaa kohden-

tumista, koska potilaat, joiden hoito ei onnistu pelkäämään oikomishoidollisin toimenpitein, voitaisiin ajoissa ohjata hammas- ja suusairauksien klinikan ortognaattis-kirurgisen hoitotiimin arvioitavaksi.

Perusterveydenhuollon oikomishoitotoiminnan selkeyttämisen rinnalla tuleekin kehittää oikomishoidon erikoissairaanhoidoa. Näin potilaan hoito voidaan toteuttaa siellä, missä se on tarkoituksenmukaisinta tehdä. Yhteistyössä tapahtuva toiminta tuntuu myös taloudellisesti järkevältä, koska kustannusvastuu kuitenkin on molemmissa tapauksissa potilaan kotikunnalla.

9.3 Vastuukysymykset

a) Hoidon järjestäjän vastuu

Terveyskeskuksella on kansanterveyslain mukaan vastuu ylläpitää hammashuoltoa, johon luetaan valistus- ja ehkäisytoiminta sekä kunnan asukkaiden hampaiden tutkimus ja hoito siinä laajuudessa, kuin asetuksella tarkemmin säädetään. Aiemmin viranomaiset (Lääkintöhallitus) tulkitsivat tätä siten, että "oikomishoidon järjestämiseen ei ole lakisääteistä velvollisuutta". Tulkintaan ei kuitenkaan nykytiedon valossa ole lääketieteellistä perustetta, vaan sen on katsottava edustaneen aikansa (1970- ja 1980-lukujen) tavoitteita resurssien ohjauksessa.

Oikomishoito kuuluu lasten ja nuorten normaaliin perushoitoon samalla tavoin kuin esimerkiksi hampaiden kovakudosten ja tukikudosten hoito. Annettavan hoidon laajuus on juridisesti kuntien päätettävissä. Asiassa korostuu vastaavan hammaslääkärin/ylihammaslääkärin vastuu. Kunnallisen demokratian kautta asukkailla on mahdollisuus esittää mielipiteensä mm. tämänkaltaisista asioista. Kuntalaisten tasavertaisen kohtelun periaatteen vuoksi oikomishoitoon valinnan tulee tapahtua purentavirheen vaikeusasteen perusteella.

b) Hoitavan ammattihenkilön vastuu

Terveyskeskuksen ammattihenkilöiden toimintaa säädetään Lailla terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994). Lapsia hoitavan terveyskeskushammaslääkärin työssä korostuu velvollisuus seurata purentankehitystä. Siinäkin tapauksessa, että potilaan purentavirhe on lievempi, kuin mitä terveyskeskuksessa on päätetty hoitaa, on hammaslääkärin velvollisuus informoida perhettä tilanteesta.

c) Potilaan ja perheen vastuu

Potilaan ja perheen vastuulla on noudattaa kojeiden käytöstä annettuja ohjeita.

Oikomishoidon onnistumisen kannalta on keskeisen tärkeää, että hoito tapahtuu yhteisymmärryksessä. Mikäli näin ei tapahdu, ei hoidon onnistumiselle ole edellytyksiä, vaan se tulee keskeyttää. Hoidon jatkaminen kiinteillä kojeilla esimerkiksi tilanteessa, jossa hampaiden kotihoito laiminlyödään kokonaan, voi johtaa hoitamattomaan purentavirheeseen haitalliseen vaurioihin hampaistossa. Hoito-oikeutta kunnalliseen hoitoon ei juridisesti voi kuitenkaan laiminlyöntien vuoksi menettää. Kyseeseen saattaa tällöin tulla hoidon lykkääminen tai sen suorittaminen osittaisesti.

9.4 Potilaan tyytyväisyyden arviointi

Palvelujen sujuvuuden ja laadun arvioinnissa potilailta ja vanhemmilta saatu palaute on hyvä väline toiminnan kehittämiseen. Systemaattinen potilastytyväisyyden mittaaminen auttaa hoito- ja palvelukäytäntöjen jatkuvassa kehittämässä. Potilaalta on hyvä pyytää palautetta mm. ennen hoitoa ja hoidon aikana saadusta informaatiosta, hoidon kulun sujumisesta sekä tyytyväisyydestä purentaan hoidon päätyttyä. Esimerkkinä siitä, kuinka hoidon jälkeistä tyytyväisyyttä voidaan mitata, **liitteenä 11** on Euro-Qual-projektin kysymyslomake.

Arvioitaessa palvelujen saatavuutta oikomispotilailta ja heidän vanhemmiltaan saatava tieto ei riitä, vaan palaute hoidon arvioinnista ja hoitoon pääsyn helppoudesta/hankaluudesta tulisi kerätä koko lapsi-ikäryhmältä ja heidän vanhemmiltaan. Aktiivisin osa hoitoon pääsyyn tyytymättömistä vanhemmista antaa palautetta omatoimisesti, mutta kokonaiskuvaa ei pelkäämään näiden yhteydenottojen perusteella voi saada.

9.5 Purentan hoidon tulosten arviointi väestötasolla

Oikomishoidon niin kuin muunkin hammashoidon menetelmät ja käytännöt muuttuvat ja kehittyvät jatkuvasti. Jotta kehitystä voitaisiin ohjata järkevästi, on hoitojärjestelyjen tuloksellisuutta syytä seurata systemaattisesti. Jos halutaan hankkia esimerkiksi tietoa siitä, kuinka osuvaa oikomishoitoon valinta on ollut ja miten hoidot ovat onnistuneet väestötasolla, tarvitaan koko ikäluokan purentan arviointia yhtenäisten kriteerien avulla. Arvio on järkevintä tehdä siinä vaiheessa, kun hoitoa saaneista nuorista enemmistön hoito on päättynyt. **Liitteessä 12** annetaan esimerkki Lappeenrannan terveyskeskuksessa vuosittain toteutettavasta peruskoulunsa päättäneiden lasten hampaiston ja purentan tarkastusohjeesta (Hannuksela 1998).

Jos arvioinnissa löydetään runsaasti purenna poikkeamia niiltä nuorilta, jotka eivät koskaan ole olleet hoidon tarpeen arvioinnissa, on oikomishoidon seulontaa tehostettava. Hoitoa saaneiden kohdalta taas on tärkeää arvioida, onko purenna terveys lisääntynyt ja purenna pitkän tähtäimen ennuste parantunut hoidon ansiosta. Jos hoitoa saaneilta nuorilta löytyy runsaasti purenna poikkeamia, on syytä arvioida käytettyjä hoitomenetelmiä ja pyrkiä kehittämään niitä tehokkaammiksi.

Purenna terveyden seurannan lisäksi on hyödyllistä arvioida muidenkin hoitoon liittyvien käytäntöjen järkevyyttä, tehokkuutta ja tarkoituksenmukaisuutta. Tällaisia ovat mm. hoidon keston, käyntimäärien ja työnjaon aiheuttamien kustannustekijöiden seuranta ja arviointi.

10. SUOSITUKSET OIKOMISHOITOTOIMINNAN KEHITTÄMISEKSI

Hampaiston oikomishoito on osa lasten ja nuorten suun perusterveydenhoitoa, jonka järjestäminen on kuntien vastuulla. Hoidon priorisoinnissa tulee aina huomioida paikkakuntakohtaisesti lasten ja nuorten suun terveyden kokonaistilanne. Jos oikomishoitoa ei voida tarjota kaikille hoidon tarpeessa oleville, tulee etusijalle asettaa ne lapset, jotka ovat suurimmassa hoidon tarpeessa.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää potilaan aseman vahvistamista kaikessa terveydenhuollossa. Kiinteä yhteistyö potilaan ja hänen vanhempiansa kanssa on omiaan parantamaan oikomishoidon onnistumista. Erityisesti on huolehdittava siitä, että potilaalla ja hänen vanhemmillaan on selkeä kuva hoitoon ryhtymisen syistä, mahdollisista hoitovaihtoehdoista sekä valitun hoidon tavoitteista ja kulusta jo ennen oikomishoidon aloittamista.

Oikomishoitotoiminnan kehittämisen kannalta on tärkeää, että työkäytäntöjä, hoitomenetelmiä ja hoidon tuloksia seurataan ja arvioidaan järjestelmällisesti. Tässä arvioinnissa tulee hyödyntää myös potilaiden ja heidän vanhempiansa antamaa palautetta.

Hoitojärjestelyjä kehitettäessä on tarpeen pohtia, toimivatko terveyskeskuksen käytännöt seuraavissa toimintaan vaikuttavissa avainkohdissa:

Miten hoitoa kannattaa priorisoida?

Suosituks

- Hoidon priorisoinnissa otetaan huomioon paikkakuntakohtainen lasten ja nuorten suun terveydenhuollon

kokonaistilanne.

- Hoitoon valitaan ne lapset, joille hoitamattomuus aiheuttaa suurinta haittaa.
- Hoitoon valitaan ne lapset, jotka hyötyvät hoidosta eniten.
- Käytetään niitä hoitomenetelmiä, joiden tehosta on paras näyttö/kokemus.
- Hoitoon tulee ryhtyä vain, jos hoidolla saavutettu terveyshyöty on sen aiheuttamia riskejä suurempi, jos ko. poikkeaman hoitoon on olemassa tehokas ja käyttökelpoinen menetelmä ja hoidon ennuste on riittävän hyvä.
- Hoito suoritetaan sen vaatimustason edellyttämällä asiantuntemuksella.

(2.1.1; 2.3; 3.1; 6.1; 6.2; numerot viittaavat kappaleisiin, joissa kyseistä asiaa on käsitelty)

Kuinka oikomishoidon tavoite tulisi asettaa?

Suosituks

- Yksilötasolla tavoitteena tulee olla hoitotulos, jonka pitkän aikavälin ennuste on toiminnallisesti riittävän hyvä ja esteettisesti hyväksyttävä.
- Väestötasolla tavoitteena tulee olla se, että mahdollisimman monelle nuorelle taataan hyvin toimiva purenta.

(2.2; 8.2)

Mikä on tärkeää yhteistyössä potilaan/perheen kanssa?

Suosituks

- Ennen hoidon aloittamista hammaslääkärin tulee varmistaa, että potilaalla/perheellä on realistinen kuva hoidon syistä, eri hoitovaihtoehdoista, valitun hoidon tavoitteista, käytettävistä kojeista ja hoidon arvioidusta kestosta sekä potilaan omista hoitoon liittyvistä velvollisuuksista.
- Hoidon tulee perustua potilaan tietoiselle suostumukselle.
- Mikäli hoidon kuluessa ilmenee vaikeuksia hoito-ohjeiden noudattamisessa tai jos suunnitelmaa joudutaan jostakin syystä muuttamaan, potilaalle ja huoltajalle on annettava tieto asiasta. Tässä molemminpuolinen avoimuus ja rehellisyys on tärkeää.

(6.3; 8.3; 9.3; 9.4)

Kuinka oikomishoitopotilaiden valinta tulisi järjestää?

Suosituksset

- Oikomishoitoon seulonta on syytä ajoittaa hampaiston kehitysvaiheiden ja käytössä olevien hoitomenetelmien mukaisesti.
- Seulonnassa lapsen purenta arvioidaan hampaiston kulloiseenkin kehitysvaiheeseen soveltuvin kriteerein.
- Seulontakriteerien tulee olla yhtenevät koko terveyskeskuksessa.
- Hoitoon seulonta on syytä tehdä varhain silloin, kun varhain aloitetulla hoidolla voidaan estää purentaan poikkeaman normaalia kasvua tai kehitystä häiritsevää vaikutus.

(3.1.1; 3.1.2; 6.2; 9.1)

Mitä seikkoja palvelujen järjestämisessä tulee ottaa huomioon?

Suosituksset

- Erikoishammaslääkärin (oman tai konsultoivan) asiantuntemusta kannattaa käyttää terveyskeskuskohtaisten hoitojärjestelyjen suunnitteluun, hoitoon valinnan kriteereiden määrittelyyn, hoitomenetelmien valintaan ja työnjaon suunnitteluun.
- Hoitosuunnitelmien teko on hyvä keskittää erikoishammaslääkärille aina, kun siihen on mahdollisuus.
- Jokaisella oikomishoitoon osallistuvalla henkilöllä tulee olla työn edellyttämät riittävät tiedot ja taidot.
- Selkeästi ohjeistettavat rutiinitoimenpiteet kannattaa siirtää hoitohenkilökunnalle aina, kun se on mahdollista.
- Hoitopalvelujen suunnittelussa ja järjestämisessä tulee pyrkiä yksittäistä terveyskeskusta laajempaan alueelliseen yhteistyöhön sekä kehittämään verkostoja eri järjestäjätahojen kesken.

(9.1; 9.2)

Miten oikomishoitotoimintaa tulisi arvioida?

Suosituksset

- Hoidon kulun ja tuloksen arvioinnin kannalta on oleellista, että hoidon alussa ja sen aikana tehdään tarpeelliset asiakirjakirjamerkinnot ja kootaan riittävät tallenteet.

- Oikomishoidon palveluprosessia tulee arvioida ja kehittää jatkuvasti, esim. asiakkaille tehtävien kyselyjen tai muiden laatutyömenetelmien, esim. itsearvioinnin tai auditoinnin avulla.
- Yksilötasolla oikomishoidon tuloksia on hyvä arvioida siten, että kaikki valmiiksi tulleet hoidot arvioidaan samojen, esim. terveyskeskuskohtaisten kriteerien avulla.
- Väestötasolla on hyvä seurata oikomishoidon kohdentamisen onnistumista, esim. arvioimalla yhtenäisin kriteerein koko ikäluokka siinä vaiheessa, kun useimpien nuorten oikomishoito on jo päättynyt.
- Potilaalle ja perheelle hoitoprosessin aikana kertynyttä asiantuntemusta on syytä hyödyntää palveluja ja hoitokäytäntöjä kehitettäessä.

(8.4; 8.5; 9.4; 9.5)

Arviointitietojen kerääminen

Oikomishoitotoimintaa on seurattu valtakunnallisesti erillisselvityksin lähinnä toiminnan laajuutta kuvaavilla määrällisillä mittareilla. Seuranta tulisi kehittää ja yhtenäistää. Purentaan poikkeamien ja diagnoosijakautuman seuraamisessa ICD-10-järjestelmän käyttöönotto on selvästi hyödyksi. Oikomishoidon laadun mittaamiseen ei vielä ole olemassa käyttökelpoisia ja luotettavia mittareita, mutta niiden kehittämiseksi on syytä ponnistella edelleen. Väestötason hoitojärjestelmän onnistumisen mittariksi voidaan suositella Lappeenrannan terveyskeskuksessa kehitettyä 9-luokkalaisten arviointikriteeristöä (liite 12).

Terveyskeskuskohtaisesti on hyvä kerätä sellaisia tietoja, jotka auttavat paikallisen hoitotoiminnan kehittämisessä.

Työryhmä suosittelee, että terveyskeskuskohtaisesti kerättäisiin tiedot vuosittain ainakin seuraavista muuttujista:

- oikomishoitopotilaiden kokonaismäärä suorittajittain
- aloitettujen oikomishoitosten määrä
- keskeytettyjen oikomishoitosten määrä
- valmistuneiden oikomishoitosten määrä
- oikomishoitopotilaiden jakautuminen eri ikäluokkiin
- seulonnassa olleiden lukumäärä ja hoitoon oikeutettujen lukumäärä
- hoitokäyntien määrä.

Valtakunnallisesti kerättävien seurantatietojen tulee perustua terveyskeskusten oman toimintansa kehittämiseksi keräämiin tietoihin. Stakes kerää erillisselvityksissään

oikomishoitopotilaiden määrää koskevat tiedot mm. 3-, 5-, 6-, 9-, 12-, 15- ja 18-vuotiaiden ikäryhmistä. Jatkossa on syytä arvioida, ovatko nämä ikäryhmät sopivimmat oikomishoidon laajuuden arviointiin, vai tulisiko oikomishoidon mittaaminen kohdistaa tiettyihin ikäryhmiin (esim. 5-, 8-, 12- ja 15-vuotiaisiin) ja tulisiko seurannassa käyttää muitakin kuin määrällisiä mittareita.

Työryhmä suosittelee, että valtakunnallisesti kerättäisiin tiedot ainakin seuraavista muuttujista:

- oikomishoitopotilaiden kokonaismäärä terveystieteellisesti
- oikomishoitopotilaiden prosentuaalinen osuus tietyissä ikäluokissa terveystieteellisesti
- täytettyjen oikomishoidon erikoishammaslääkärin virkojen kokonaistyöaika
- voimassaolevien konsulttisopimusten määrä ja konsulttitoiminnan laajuus.

Oikomishoitotoiminnan lähivuosien kehittämisaalueet

Tasapuolisen ja kattavan hoitoon valintajärjestelmän laatiminen on edelleen oikomishoidon kehittämisen tärkeimpiä haasteita. Hoitoon valinnan tulee ensisijaisesti olla yhtenäinen kunkin terveystieteellisen sisällä, mutta tavoitteena tulee olla myös alueellinen ja valtakunnallinen tasapuolisuus hoidon kohdentumisessa.

Jatko- ja täydennyskoulutuksen sekä alueellisen yhteistyön avulla on turvattava riittävä ammattitaito kaikille oikomishoidon suorittajille. Erityistä huomiota tulee kiinnittää siihen, että oikomishoito toteutetaan hoidon vaatimustasoa edellyttävällä asiantuntemuksella lapsen ja nuoren asuinpaikasta riippumatta.

Oikomishoidon niukkojen voimavarojen kannalta on tärkeää, että terveystieteellisissä kehitetään työnjakoa paikallisia henkilöistövoimavaroja optimaalisesti hyödyntäen. Sairaanhoidopiireittäin ja muilla alueellisilla yhteistyöjärjestelyillä tulee kehittää toimivaa hoidon ketjutusta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välille.

Käytössä olevien hoitomenetelmien ja -tapojen kirjauutta voidaan hyödyntää arvioimalla eri hoitomenetelmien käyttökelpoisuutta sekä terveystieteellisesti että valtakunnallisesti. Arviointiin kehitettävien menetelmien tulee mitata hoitoprosessia ja hoitotulosta ainakin potilaan, oikojen ja kustannustekijöiden näkökulmasta.



REKOMMENDATIONER FÖR UTVECKLING AV DEN ORTODONTISKA VÅRDEN

Den ortodontiska vården är en del av munnens bashälsövård hos barn och unga, och ansvaret för den ligger hos kommunerna. Vid prioriteringar i samband med vården måste man alltid beakta läget inom den aktuella åldersgruppen som helhet på orten. Om alla behövande inte kan erbjudas vård skall man i första hand välja de barn som har det största vårdbehovet.

Lagen om patientens ställning och rättigheter förutsätter att patientens ställning stärks inom all hälsövård. Ett nära samarbete med patienten och hans/hennes föräldrar förbättrar förutsättningarna för att vården skall lyckas. Speciellt måste man försäkra sig om att både patient och föräldrar redan innan vården inleds har en klar uppfattning om varför vården påbörjas, vilka alternativ som finns, vad man eftersträvar med den valda vårdmetoden och hur den kommer att gå till.

Om man vill utveckla den ortodontiska verksamheten är det viktigt att man systematiskt följer upp och utvärderar arbetsrutiner, vårdmetoder och vårdresultat. Den feedback man får av patienterna och deras föräldrar skall också utnyttjas vid utvärderingen. Då man utvecklar vården bör man överväga om hälsövårdscentralens rutiner fungerar i nedan nämnda nyckelfrågor:

Hur bör vården prioriteras?

Rekommendationer

- Situationen inom munhälsovården bland barn och unga i dess helhet på orten beaktas.
- Man väljer de barn som har mest förfång av att bli utan vård.
- Man väljer de barn som har den största nyttan av vården.
- Man använder de behandlingsmetoder som visat sig ha den bästa effekten.
- Man inleder vården bara om den medför nytta som är större än riskerna, och om det finns ett sätt att sköta ifrågavarande abnormalitet som är effektivt och användbart, och vars prognos är tillräckligt god.
- Vården utförs med en sakkunnighet som motsvarar dess svårighetsgrad.

2.1.1; 2.3; 3.1; 6.1; 6.2; numren hänvisar till de stycken där frågan behandlats)

Vilka mål skall uppställas för vården?

Rekommendationer

- På individnivå skall målet vara ett resultat vars prognos på lång sikt är funktionellt tillräckligt bra och estetiskt acceptabel.
- På befolkningsnivå skall målet vara att så många unga som möjligt garanteras ett väl fungerande bett.
(2.2; 8.2)

Vad är viktigt i samarbetet med patienten/familjen?

Rekommendationer

- Innan behandlingen inleds skall tandläkaren förvissa sig om att patienten/familjen har en realistisk bild av orsaken till vården, olika behandlingsalternativ, målsättningen med den valda behandlingen, den apparatur som kommer att användas, hur lång tid behandlingen kommer att ta och de förpliktelser behandlingen medför för patienten.
- Behandlingen måste stöda sig på patientens medvetna medgivande.
- Om det under behandlingen uppstår problem med att följa givna instruktioner eller om man av någon orsak ändrar behandlingsplanen bör patient och målsman informeras. Ömsesidig öppenhet och ärlighet är viktig.
(6.3; 8.3; 9.3; 9.4)

Hur skall patienterna väljas?

Rekommendationer

- Patienter bör väljas ut för ortodontisk behandling i enlighet med tändernas utvecklingsstadium och till buds stående behandlingsmetoder.
- Vid screening bedöms barnens bett enligt kriterier som lämpar sig för ifrågavarande utvecklingsstadium.
- Kriterierna skall vara gemensamma för hela hälsovårdscentralen.
- Om man med tidigt påbörjad vård kan hindra att bettanomalin påverkar normal tillväxt eller utveckling bör också screeningen ske i ett tidigt skede.
(3.1.1; 3.1.2; 6.2; 9.1)

Vad bör beaktas då man arrangerar vårdtjänsterna?

Rekommendationer

- Det lönar sig att anlita specialtandläkare (egen eller utomstående) för att planera hälsovårdscentralens vårdarrangemang, definiera kriterierna för patientval, välja behandlingsmetoder och bestämma arbetsfördelningen.
- Om möjligt är det bra att låta specialtandläkare utföra vårdplaneringen.
- Alla som deltar i den ortodontiska behandlingen bör ha erforderlig kunskap och förmåga.
- Lättdefinierade rutinuppgifter kan med fördel överföras på vårdpersonalen då det är möjligt.
- Då man planerar och organiserar vårdtjänster bör man eftersträva samarbete mellan större helheter än enskilda hälsovårdscentraler, och försöka skapa nätverk mellan olika instanser som arrangerar vården.
(9.1; 9.2)

Hur skall den ortodontiska vården utvärderas?

Rekommendationer

- För att man skall kunna bedöma hur behandlingen framskrider och dess resultat är det nödvändigt att man före och under behandlingen gör erforderliga journalanteckningar och andra dokumentationer.
- Serviceprocessen bör ständigt utvärderas och utvecklas, t.ex. med hjälp av frågeformulär som kunderna fyller i eller andra kvalitetsutvecklingsmetoder såsom självutvärdering eller auditering.
- På individnivå är det lämpligt att bedöma resultaten t.ex. så, att alla färdiga behandlingar bedöms enligt samma kriterier, fastställda på hälsovårdscentralen.
- På befolkningsnivå är det skäl att följa med om behandlingen riktats rätt t.ex. genom att på gemensamma grunder bedöma hela åldersgruppen i det skede då de flesta ungdomarna redan har avslutat sin behandling.
- Det är skäl att utnyttja den sakkunskap som under behandlingens gång har samlats hos patienten och familjen då tjänster och behandlingsrutiner utvecklas.
(8.4; 8.5; 9.4; 9.5)

Insamling av data för utvärderingen

De riksomfattande specialutredningar i vilka man har följt den ortodontiska vården har närmast utnyttjat kvantitativa mätare för att beskriva dess omfattning. Uppföljningen borde utvecklas och förenhetligas. ICD-10-systemet medför ett klart framsteg då det gäller att följa spridningen av bettanomalier och diagnoser. Det finns inte ännu pålitliga och användbara mätare för att mäta kvaliteten på den ortodontiska vården, men det är skäl att fortsätta att arbeta på att utveckla sådana. För att mäta hur framgångsrikt vårdssystemet är på befolkningsnivå kan man rekommendera de kriterier för nondeklassister som utvecklats vid hälsovårdscentralen i Villmanstrand (**bilaga 12**).

Varje hälsovårdscentral borde gärna samla in sådana data, som är till nytta då man utvecklar den lokala vården. Arbetsgruppen rekommenderar, att varje hälsovårdscentral årligen samlar in uppgifter om åtminstone följande variabler:

- antalet ortodontiska patienter per behandlande tandläkare
- antalet påbörjade behandlingar
- antalet avbrutna behandlingar
- antalet slutförda behandlingar
- de ortodontiska patienternas åldersfördelning
- antalet patienter i screeningen och antalet vårdberättigade
- antalet vårdbesök.

De uppföljningsdata som samlas in på riksnivå bör basera sig på sådana uppgifter som hälsovårdscentralerna samlar in för att utveckla sin egen verksamhet. Stakes samlar in data om antalet ortodontiska patienter bl.a. i grupperna 3-, 5-, 6-, 9-, 12-, 15- och 18-åringar. Det är i fortsättningen skäl att begrunda om dessa åldersgrupper är de lämpligaste för att visa omfattningen av den ortodontiska vården, eller om man borde rikta mätningen till vissa åldersgrupper (t.ex. 5-, 8-, 12- och 15-åringar), och om man borde använda också andra är kvantitativa mätare vid uppföljningen.

Arbetsgruppen rekommenderar, att man på riksnivå samlar in uppgifter om åtminstone följande variabler:

- det totala antalet ortodontiska patienter per hälsovårdscentral
- de ortodontiska patienternas procentuella andel i vissa åldersgrupper per hälsovårdscentral

- den totala arbetstiden för specialisterna i ortodonti (besatta tjänster)
- antalet i kraft varande konsultavtal och konsultationsverksamhetens omfattning.

Tyngdpunktsområdena inom den ortodontiska vården under de närmaste åren

En av de viktigaste utmaningarna inom utvecklingen av den ortodontiska vården är fortfarande skapandet av ett rättvist och heltäckande system för patientvalet. Kriterierna för att välja dem som är berättigade till vård bör i första hand vara enhetliga inom de enskilda hälsovårdscentralerna, men man bör sträva till en regional och riksomfattande jämlikhet då vården allokeras.

Alla som utför ortodontisk behandling bör kunna garanteras den erforderliga kompetensen genom fortbildning och regionalt samarbete. Speciellt viktigt är att behandlingen utförs med den sakkunskap svårighetsgraden kräver, oberoende av patientens boningsort.

Med tanke på de knappa resurserna inom den ortodontiska vården är det viktigt att arbetsfördelningen inom hälsovårdscentralerna utvecklas på ett sätt som utnyttjar personalresurserna optimalt. Inom sjukvårdsdistrikt och andra regionala samarbetsorganisationer bör man skapa ett fungerande samspel mellan bashälsovården och specialistvården.

Man kan dra nytta av de brokiga vårdrutiner som förekommer för att utvärdera olika systems användbarhet både lokalt och på riksnivå. De metoder som beaktas vid utvärderingen bör mäta vårdprocessen åtminstone utgående från patientens och tandläkarens synvinkel samt med beaktande av ekonomiska faktorer.



LIITE 1

ORTODONTTISET KÄSITTEET JA MÄÄRITTEET

Sanasto ei ole lääketieteellisesti eksakti. Sen tarkoituksena on helpottaa muita kuin oikomishoitoon perehtyneitä ymmärtämään oikomishoidon ja tämän raportin termejä. Osassa ICD-10-koodaus.)

a) *Purennan tilan kuvaus***Luustosuhteet:**

- transversaalinen luustosuhde
ylä- ja alahammaskaaren suhteet leveys suunnassa
- vertikaalinen luustosuhde
kasvojen rakenteiden korkeussuhteet
- sagittaalinen luustosuhde
ylä- ja alaleuan suhteet syvyyssuunnassa
- alaleuan prognatia
alaleuan suurikasvuisuus (progenia) (K07.11)
- yläleuan prognatia
yläleuan suurikasvuisuus (K07.12)
- alaleuan retrognatia
alaleuan pienikasvuisuus (K07.13)
- yläleuan retrognatia
yläleuan pienikasvuisuus (K07.14)

Hammaskaarten suhteet:

- distaalinen purenta
hampaistosuhteessa alahampaat ovat normaalia taaempänä ylähampaisiin nähden (K07.20)
- mesiaalinen purenta
hampaistosuhteessa alahampaat ovat normaalia edempänä ylähampaisiin nähden (K07.21)
- Angle-luokitus (ei tautiluokituksessa):
AI poskihampaat normaalissa purentasuhteessa
AII alaposkihampaat normaalissa taaempänä
AII 1-divisioona — lisäpiirteensä eteenpäin kallistuneet yläetuhampaat
AII 2-divisioona — lisäpiirteensä taaksepäin kallistuneet yläetuhampaat (vakkapurenta)
AIII alaposkihampaat normaalissa edempänä
- horisontaalinen ylipurenta (hyp) (K07.22)
etuhampaiden kärkien välinen etäisyys, kun takahampaat on purtu yhteen
- vertikaalinen ylipurenta (vyp) (ei tautiluokituksessa)
etuhampaiden peittoisuus pystysuunnassa
- avopurenta
osa ylä- ja alahampaista ei osu toisiinsa yhteen purtaessa
- etualueen avopurenta (K07.21)
- sivualueen avopurenta
- syväpurenta
alahampaisto jää yhteen purtaessa normaalia enemmän ylähampaiston sisään tai progeniassa ylähampaiden eteen (K07.23)
- ristipurenta
yksi tai useampi alahammas jää yhteen purtaessa ylähampaiden ulkopuolelle (K07.25)
- saksipurenta
yksi tai useampi yläleuan väli- tai poskihammas jää yhteen purtaessa vastapurijansa ulkopuolelle siten, että purupinnat eivät osu yhteen (K07.27)

Hampaiden asennon poikkeamat:

- hampaiden ahtaus
hampaat eivät mahdu normaalille paikalleen hammaskaarella (K07.30)

- hampaan kiertymä
hammas kiertynyt paikallaan (K07.32)
- diasteema
rako hampaiden välissä, hammasloma (K07.33)
- oligodontia, hypodontia
vajaahampaisuus (K07.01)
- anodontia
synnynnäisesti kaikki pysyvät hampaat puuttuvat (K00.00)
- mesiodens
yläleuan keskilinjassa oleva yllilukuinen pieni hammas, yleensä luun sisällä
- retinoitunut hammas
luun sisälle jäänyt hammas
- ektooppisesti puhkeava hammas
viereisen hampaan alle kiilautunut hammas (K07.35)
- infrapositio
hammas, joka jää kasvun myötä purentatason alapuolelle (K07.38)
- malokklusio
purentavirhe
- riittämätön huulisulku
huulten sulkeminen onnistuu vain lihaksia jännittäen
- retrusio
alaleuan takimmainen asento
- huulivirhe
yleisimmin alahuulen taipumus jäädä yläetuhampaan alle
- protrusio
alaleuka eteenpäin työntyneenä
- sivuliikkeet
alaleuan liikkeitä sivullepäin
- kulmahammasohjaus
sivuliikkeessä kulmahampaat ovat kontaktissa
- prekontakti
yhteen purtaessa jokin hammaspari ottaa kiinni toisiinsa muita aikaisemmin

b) *Hoitojärjestelmä*

- Oikomispotilas = potilas, jolla on meneillään diagnoosiin ja hoitosuunnitelmaan perustuva oikomishoito joko kojehoitona tai poistohoitona (esim. sarjapoisto). Pelkästään hionnin hoidettavaa tai jälki- tai väliseurannassa olevaa potilasta ei näin ollen lasketa oikomispotilaaksi.
- Valmiiksi hoidettu potilas = oikomishoito merkitään valmiiksi, kun kojehoitovaihe loppuu, eli kun kiinteä tai irrotettava aktiivinen tai irrotettava retentoiva oikomiskoje jätetään pois käytöstä (kiinteää retentiolankaa ei tässä oteta huomioon hoitokojeena). Pelkästään poistohoitona toteutettava oikomishoito merkitään valmiiksi, kun viimeinen suunnitelmaan kuuluva hampaan poisto on suoritettu. Potilaan purentakehitystä tulee tuki seurata pitempään, mutta se tehdään muun hoidon yhteydessä ja potilaasta tulee uudelleen oikomispotilas, jos hän tarvitsee kojehoitoa myöhemmässä vaiheessa.
- ortodontia
hampaiston oikomishoito
- ortodontti
hampaiston oikomishoidon erikoishammaslääkäri

- “apuoikoja”
oikomiseen perehtynyt terveystieteidenhammaslääkäri, joka toimii erikoishammaslääkärin ohjauksessa
- ortognaattinen hoito, ortognaattinen kirurgia hoito, johon liittyy sekä hampaiston oikomista että luun kirurgisia siirtoja
- aktiivinen hoito
hoitovaihe, jossa muutetaan leukojen ja/tai hampaiden asemaa
- seuranta
hoitovaihe, jossa seurataan purennan kehittymistä tai hoitutuloksen pysymistä
- retentiovaihe
hoitovaihe, jossa erilaisilla laitteilla tuetaan hampaita, etteivät ne palautuisi entisiin asentoihinsa
- seulonta, seulontajärjestelmä
oikomishoitoa mahdollisesti tarvitsevien lasten valinta terveystieteidenhammaslääkäriin

LIITE 2

Oulun terveystieteidenhammaslääkärikeskus

OIKOMISHOIDON TARPEEN ARVIOINTI

Hoidon tarvetta on:

Maitohampaistossa:

- 1) Etu- ja sivualueen ristipurenta (progenia, pseudoprogenia)
- 2) Saksipurenta
- 3) Angle II -purenta, silloin kun:
 - suuret ylipurennat: hyp>4—5mm ja/tai purenta on vertikaalisesti ienkantoinen/lähenee ienkantoista
 - A II:een liittyy ahtautta, kapea auramainen yläkaari
 - A II:een liittyy pitkä retruusioliuku, huulivirhe, suuhengitystapa, imemistapa
- 4) 5-vuotiaana aukoton/ahdas maitohampaisto (ennustaa tilaongelmia pysyvien inkisiivien puhjetessa suuhun)
- 5) Syväpurenta (vakkapurenta), jossa yläetuhampaat ovat pystyt ja peittoisuus etualueella 70—100 %
- 6) Avopurennat (taustalla saattaa olla imemistapa, joka tulisi saada loppumaan)

I vaihdunnassa (I—II luokkalaiset):

Angle I -purennat:

- 1) Ahtautta etuhampaiden alueella: riittämätön tila ykkösille ja/tai kakkosille
- 2) Etu- ja sivualueen ristipurenta
- 3) Kehittyvä III-purenta (AIII-tendenssi, pseudoprogenia): etualueella kärkipurenta tai hyvin niukat ylipurennat, yläkaareissa ahtautta (lieväkin syytä ottaa huomioon, koska esim. ylämaitokolmosten hiontoihin tai poistoihin ei yleensä ole varaa, ellei puututa myös alakaareen)
- 4) Saksipurenta
- 5) Etuhampaiden tai kuutosten puhkeamishäiriöt
- 6) Syväpurennat: ienkantoinen/lähenee ienkantoinen purenta, pystyt yläetuhampaat, peittoisuus etualueella 70—100 %
- 7) Avopurenta: avopurennan määrä >3 mm ja/tai avopurenta on laaja-alainen

Angle II -purennat:

- 1) Suuret ylipurennat: hyp >4—5mm ja/tai purenta on ienkantoinen tai lähenee ienkantoista
- 2) Ahtautta etu- tai sivualueella

- 3) Sivualueen ristipurenta (kapea auramainen yläkaari)
- 4) Sivualueen saksipurenta
- 5) Pitkä retruusioliuku (kaksoispurenta)
- 6) Avopurenta (> 3mm ja/tai laaja-alainen)
- 7) Etuhampaiden tai kuutosten puhkeamishäiriöt
- 8) Lisäksi aiheellista ottaa huomioon toiminnallisia asioita, kuten huulivirhe, suuhengitystapa ja kielen toiminta; sekä lisäksi atopia, astma, kita- ja nielurisat ja korvatulehdushistoria

Angle II 2-div. purennat:

- 1) Etualueen syväpurenta, joka on ienkantoinen tai lähenee ienkantoista
- 2) Peittoisuus etualueella on 70—100 %, yläetuhampaat ovat pystyt ja mahdollisesti ‘roikkuvat’
- 3) Ahtautta etu- ja sivualueella
- 4) Saksipurenta
- 5) Etuhampaiden tai kuutosten puhkeamishäiriöt

Angle III -purennat = todelliset progeniat

MUISTA AINA TARKISTAA RETRUUSIOASEMA!

II vaihdunnassa (III peruskoululuokasta ylöspäin):

- 1) AI-, AII-, AIII-purentojen osalta hoidon tarpeen arviointi tehdään samoin kuin I vaihdunnassa
- 2) II vaihdunnassa joudutaan vielä arvioimaan sivualueen ahtauksia, useimmiten kulmahampaiden ja viitosten käytettävissä olevaa tilaa sekä yksittäisten premolaarien ja seitsikoiden risti- ja saksipurentoja
- 3) Erityisesti II vaihdunnan alkaessa on viimeistään vahditava kulmahampaiden puhkeaminen

Pysyvissä hampaistossa:

- 1) Hoidetaan ne, joiden hoito on aikaisemmassa seulonnassa suunniteltu toteutettavaksi tässä vaiheessa.
- 2) Erikoissairaanhoidon kriteerit täyttävät purentavirheet potilaan ikään katsomatta.

LIITE 3 OIKOMISHOIDON TARVEASTEIKKO*Lääkintöhallituksen ohjekirje 6/1988 ”Hampaiston oikomishoidon järjestäminen”*

Purentavirhe	Purentavirheen vaikeusasteen pistenumero
Huulisuulakihalkiot ja muut vaikea-asteiset leukojen ja päänalueen kehityshäiriöt	10
Retinoituneet 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
Retinoituneet kulmahampaat ja premolaarit	8—5
Toiminnallisesti ja kosmeettisesti haittaavat distaali-, progenia- ja avopurennat	7—6
Huomattavat ahtaudet ja aukkoisuudet	7—5
Permanenttihampaiden infraokklusiot 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

LIITE 4 Espoo**OIKOMISHOIDON PRIORISOINTIKRITEERIT JA PISTEYTYS 1—10****Pisteytys 10—9**

- halkiopotilaat
- muut vaikeat kraniofakiaaliset anomaliat
- muut vaikeat hankitut suun alueen vaurioiden jälkitilat, joiden hoito edellyttää ortodontista ja ortognaattiskirurgista hoitoa
- suuresti haittaava hypodontia: esim. synnynnäisesti puuttuu kaksi vierekkäistä hammasta, mistä saattaa seurata oleellinen haitta purentaelimen toimintakyvylle

Pisteytys 8

- erittäin vaikeat distaalipurennat, horisontaalinen ylipurenta 9 mm tai enemmän
- progeniat: mandibulan prognatia ja/tai maxillan retrognatia
- toiminnallisesti haittaavat etualueen ristipurennat
- sivustan risti- tai saksipurennat, joissa epäsymmetria tai toiminnallinen haitta tai jos vähintään kaksi hammasparia on saksipurennassa
- etualueen avopurenta, jossa vain molaareilla kontaktit tai huomattava sivustan avopurenta
- syväpurenta, jossa kahden tai useamman hampaan palatinaalinen tai labiaalinen pehmytkudoskontakti
- retinoituneet inkisiiivit ja kulmahampaat, kun kojehoito on välttämätöntä
- erittäin vaikeat ahtaustilat, esim. kulmahampailta puuttuu tilaa vähintään puolentoista kulmahampaan leveyden määrä
- purentavirheet, joihin liittyy diskusdislokaatio-oireita

Pisteytys 7

- vaikeat ahtaudet ja/tai rotaatiot, joihin ei liity toiminnallista haittaa
- horisontaalinen ylipurenta 6—8 mm
- etualueen avopurennat, dd. 13—23

- transversaalisesti kuspittaiset purennat tai kärkipurennat, joissa selviä kulumisfasetteja
- syvä purenta ilman limakalvokontaktia, okklusaalinen hammaskontakti ienrajassa
- toiminnalliset purentavirheet, joihin liittyy subjektiivisia tai objektiivisia dysfunktio-oireita
- synnynnäisesti puuttuva tai menetetty etuhammas

Pisteytys 6—5

- distaalipurennat, joissa ei muita anomaliaita, horisontaalinen ylipurenta alle 6 mm
- huomattava aukkoisuus tai ahtaus (yhden hampaan tila puuttuu)
- kohtalaiset rotaatiot
- yksittäisen hampaan synnynnäinen puuttuminen sivualueella
- molemminpuolinen ristipurenta, jossa ei toiminnallista haittaa
- maitomolaarien ja pysyvien hampaiden infraokklusio
- ektooppisesti puhkeavat hampaat

Pisteytys 4—1

- lievä horisontaalinen ja/tai vertikaalinen ylipurenta
- lievä avopurenta
- lievä ahtaus, aukkoisuus tai rotaatio
- muut pienet poikkeamat normaali-purennasta

Purentavirheiden vaikeusastetta kuvaava asteikko

- 1—4 = Oikomishoidon tarve hyvin pieni/ei hoidon tarvetta
 5—6 = Kohtalainen oikomishoidon tarve
 7 = Todettu purentavirhe, oikomishoito suositeltavaa
 8—9 = Vaikea purentavirhe, hoidontarve suuri
 10 = Vaikeat suun ja kasvojen alueen kehityshäiriöt

LIITE 5

EHL Lea Tammelin

OIKOMISPOTILAAN KLIININEN TUTKIMUS

PROFIILI:

Nenä
Nenä-ylähuulikulma
Ylähuulen pituus
Huuliprofiili
Huulten kompetenssi
Huulilinja
Hymylinja
Huulenaluspoimu
M.mentalis
Leuan kärki
• pehmyt
• luinen
Alaleuan alareuna
Leukakulma
Poskipäät
Nenänpielet
Yläkasvokorkeus
Alakasvokorkeus
Alaleuan kokeilu eteen

SYMMETRIAT:

Alaleuan runko
Leuan kärki
Leukakulmat
Ylähammaskaaren keskiviiva
Alahammaskaaren keskiviiva
Alahammaskaaren keski-
viivan suhde leuankärjen keskiviivaan
Alakulmahampaiden sagitt.
symmetria
Yläokklus.taso/pupillataso

TOIMINTA:

Lihaspalpaatio:
• m.masseter
• m.temporalis ant.
• m.temporalis post.
• muut

NIVELPALPAATIO

Maksimaaliset liikkeet:
• avausliike
• sivuliikkeet
• protruusio
Deviaatio:
• avauksessa
• sulkiessa
Kipu avatessa
Leukanivelänet:
• rahina
• naksahdus
• lonksahdus

Ohjautuvuus rp—ip

• sagittaalisesti
• lateraalisesti
Pakkopurenta

INTRAORAALISESTI:

Huulijänteet
Diasteemat
Kielijänne
Kielen koko
Kielen katteet
Nieleminen
Nielurisat
Poskिलistat
Ientulehdus
Ientraumat
Traumahampaat
Vitaliteetit
Värjäytymät
Hypoplasiat
Karies
Foramen caecumit
Kulumat
Fasetit (vrt. toiminta)
Kulmahampaiden palpaatio

SAGITTAALISUHDE:

Angle: 16/46
13/43
26/36
23/33

HYP: interkuspidaatio
retruusio

VERTIKAALISUHDE:

VYP: interkuspidaatio
retruusio
ienkontakti

TRANSVERSAALISUHDE:

Ristipurenta
Saksipurenta
Keskiviivat
Muuta

LIITE 6

EHL Lea Tammelin

MITÄ KATSOT RÖNTGENKUVISTA

Röntgenkuvista on aina oltava lausunto.

Röntgentutkimuksessa on lausunnon lisäksi

- potilaan nimi
- kuvauspäivämäärä
- kuvausarvot
- tutkimuksen syy

LÖYDÖS PANORAAMATOMOGRAFIASTA:

hampaisto, leukanivelet, ontelot

Hampaisto:

- hampaiden lukumäärä, puuttuvat hampaat, ylilukuiset hampaat (paikanna)
- hampaiden kehitysaste ja kehityksen symmetria oikea/vasen
- puhkeaminen ja puhkeamisen symmetria oikea/vasen, miksi
- hampaan muoto
- epämuotoiset hampaat
- juurten muoto ja pituus
- juurten resorptiot > hammasfilmi
- traumat
- hampaan sijainti
- hampaan asento, akselikaltevuus

Luustorakenne:

- alaleuan rungon muoto
- leukakulmien muoto vrt kliininen tutkimus
- ramusten korkeus
- nivelpäiden korkeus
- nivelpäiden muoto ja symmetria

Nenäontelot:

- septum
- poskiontelot
- pielurisat
- kitarisa

LÖYDÖS LATERAALIKALLOKUVASTA:

Kefalometrisen analyysin lisäksi huomioitavaa

Ilmatiet

- kitarisa
- nielurisa
- kielen asento
- kieliluun paikka

Leukanivelen paikka

- asymmetrian tutkimisessa

Leukakulma

- korkeus
- symmetria
- muoto

Yläinkisiivien resorptio

- optg:stä tehdyn havainnon vahvistaminen
- sivualueen hampaiden kallistumat
- kolmosen paikantaminen

LÖYDÖS HAMMASFILMISTÄ:

- Hampaan muoto
- Juuren muoto ja pituus
- Parodontiumin tila
- Karies
- Periapikaalimuutokset

Kuvausindikaatiot resorptioepäilyn takia hoidon alussa ja seurannassa

- retinoituneet hampaat, erityisesti kolmoset
- traumahampaat
- kapeajuuriset hampaat
- lyhytjuurisuussyndrooma

LÖYDÖS PA-KUVASTA

(posteriorio-anteriorinen kallokuva):

- Kasvojen luuston symmetria — referenssitasona keskisagittaalitalason rakenteiden kautta kulkeva taso
- Kasvojen asymmetria
- Maksillan kapeus
- Nenän kapeus
- Nenäkäytävien asymmetria
- Septumdeviaatio
- Hampaisto
- inkisiivien juurten pituus ja resorptio
- sivustan hampaiden bukkolinguaalinen kallistuminen

LIITE 7

EHL Leena Markkanen

KIPSIMALLIANALYYSI**Maitohampaisto**

Maitomolaarisuhde määritellään ylä- ja alamolaarien takareunasta (tasa-, mesiaali-, distaaliporras)

Ylipurennat rekisteröidään HYP mm

VYP mm tai peitto-% ja kuvataan esim.: puree suulakeen, irti suulaesta, auki edestä

Hammaskaarien ja suulaen muoto ja symmetrisyys kuvataan ja mitataan

Tuleva tilan tarve arvioidaan, huomioidaan kädellisaukot, poistetut hampaat

Muuta, esim. hammasmorfologia ja sen vaihtelut

Vaihduntahampaisto**• Kuutosuhde**

- verrataan vahaindeksin mukaan tehtyä kipsimalliparia puretaan suussa
- piirretään kipsimalliin pystysuora okkluusiomerkki yläkuutosen mesiaalikuspin kautta alakuutoseen
- mahdollinen retruusioliuku merkitään retruusioidexsin mukaan esim. toisella värillä
- kirjataan potilaskorttiin oikea ja vasen puoli erikseen Anglen luokituksen mukaan

• Kulmahammasuhde

- kirjataan potilaskorttiin oikea ja vasen puoli erikseen Anglen luokituksen mukaan

• Transversaalisuhte

- kirjataan potilaskorttiin hampaat, jotka ovat ristipurennassa
- kirjataan potilaskorttiin hampaat, jotka ovat saksipurennassa
- kirjataan potilaskorttiin sivualueen transversaalinen kärkipurenta vrt kulumisfasetit

• Ylipurennat

- HYP mitataan suusta alainkisiivin labiaalipinnalta yläinkisiivin labiaalipinnalle millimetreinä ja verrataan kipsimalliin
- VYP voidaan kuvata yläinkisiivien peittoisuutena joko millimetreinä, suhde- tai prosenttilukuna tai termeillä puree suulakeen/papillaan, traumaattinen, ienkantoinen, hammaskantoinen, auki suulaesta, auki vertikaalisesti ym.

• Keskiviiva

- tutkitaan potilaasta ja merkitään kipsimallille suhteessa kasvojen keskiviivaan
- merkitään potilaskorttiin ylä- ja alaleuan keskiviivan siirtymä millimetreissä

Yläleuan kipsimalli

- kuvataan ylähammaskaaren muoto, koko ja symmetrisyys
- kirjataan kuutosten mahdollinen kiertyminen
- kirjataan hampaiden kulumisfasetit
- kirjataan diasteemat, yksittäisten hampaiden asentovirheet, hampaiden vaellukset, infra- ja suprapositiot
- kuvataan ahtaus esim. erittäin voimakas, voimakas, kohtalainen tai lievä tai tilan puute millimetreinä

Alaleuan kipsimalli

- kuvataan hammaskaaren muoto, koko, symmetrisyys ja ahtauden määrä, hampaiden vaellukset, asentovirheet, alainkisiivien kallistuminen ja Speen kaari

Pysyvä hampaisto**• Tutkitaan samat asiat kuin edellä**

Ahtaus voidaan laskea millimetreissä ja arvioida tarkemmin tilan tarve

LIITE 8

Oulun yliopistollisen sairaalan hammas- ja suusairauksien poliklinikan yleisimpien käyntikertojen diagnoosikoodit vuosina 1993—1994

Diagnoosi

K07.4	Määrittämätön purentavirhe	K00.0	Synnynäinen hampaattomuus
K02	Hammaskaries	K05.6	Määrittämätön hampaan kiinnityskudoksen sairaus
K05.1	Pitkäaikainen ientulehdus	K07.6	Leukanivelen sairaudet
K07.0	Leukojen koon suuret poikkeavuudet	S01.5	Huulen ja/tai suuontelon haava
K07.1	Leukojen ja kallonpohjan välisen suhteen poikkeamat	K07.2	Hammaskaarien välisen suhteen poikkeamat
S02.6	Alaleukaluun murtuma	K08.3	Hampaan jäännösjuuri
K07.3	Hampaiden poikkeava sijainti tai asento	K04.4	Pulpasta lähtöisin oleva äkillinen periapikaalinen parodontiitti
K04.8	Juurikystä	K10.2	Leukojen tulehdukset
L43	Punajäkälä (Lichen ruben planus)	K04.7	Periapikaalinen absessi ilman avannetta
K08.1	Onnettomuuden, hampaiden poiston tai kiinnityskudosten paikallisen sairauden aiheuttama hampaiden menetys	K09.0	Hammasperäiset kehityskystat
K04.5	Pitkäaikainen periapikaalinen parodontiitti	K12.0	Uusiutuvat suun aftat
K06.2	Ikenien ja hampaattoman alveoliharjanteen traumaattiset vauriot	K13.2	Leukoplakia ja muut kielen ja muun suuontelon epiteelin häiriöt
C00-C14	Huulen, suuontelon ja nielun pahanlaatuiset kasvaimet	K14.6	Kielen kiputilat

LIITE 9

Varkauden terveyskeskuksen 7—8-vuotiaille tehdyn oikomisen seulontatarkastuksen valintakriteerit siirrettynä ICD-10-koodistoon

A. Mittaukset

Anglen luokitus
HYP ja VYP

ICD-DA-koodi

B. Etsityt purennan poikkeamat

— Etualueen ristipurenta (yksi tai useampi etuhammas ristipurennassa)	K07.25
— Sivualueen ristipurenta (yksi tai useampi sivualueen hammas ristipurennassa)	K07.25
— Sivualueen saksipurenta (yksi tai useampi sivualueen hammas saksipurennassa)	K07.27
— Avopurenta (etualueen VYP pienempi kuin 0)	K07.24
— Syväpurenta (VYP 5 mm tai suurempi tai etualueella ienkontakti)	K07.23
— Ahtaus (etualueen tilanpuute, joka on puolen lateraali-inkisiivin suuruinen tai suurempi)	K07.30
— Puuttuva pysyvä hammas	K00.0
— Ylilukuinen hammas (suussa oleva tai aiemmin otetussa röntgenkuvassa todettu löydös)	K00.10
	K00.11
	K00.12
— Trauma (lapsen kertoma tai potilaskortissa mainittu suun ja leukojen alueelle kohdistunut trauma tai arpia ko. alueella)	S02
— Muu mahdollinen poikkeama	K0.29

C. Toiminnalliset seikat

— Huulivirhe (alahuuli lepoasennossa yläinkisiivin alla)	K07.55
— Suuhengitys (tarkastajan selvästi havaitsema suun kautta hengittämisen tapa tai lapsen oma huomio suun kautta hengittämisestä)	K07.54
— Oraaliset tavat (lähinnä aikaisempi tai edelleen jatkuva peukalon tai muun sormen imeminen)	K0.55
— Puheen häiriöt (havaittu äännehäiriö tai lapsen ilmoittama osallistuminen puheopetukseen)	F80

D. Leukanivelen toimintaan liittyvät seikat

— Niveläänät (palpoimalla ilman stetoskooppia havaittu nivelääni suuta avattaessa tai suljettaessa tai lapsen oma huomio äänistä)	K07.61
— Deviaatiot maksimaalisessa avauksessa (havaittu poikkeama alaleuan liikeradassa avaus- ja sulkemisliikkeen aikana)	K07.52
— Kipuoireet (lapsen ilmoittama spontaani nivelalueen kipu)	K07.63
— Palpaatioarkuus (lapsen ilmoittama palpaatioarkuus nivelalueella)	
— Liikerajoitukset (maksimaalinen avaus alle 37 mm)	K07.50
— Bruksaus (lapsi kertoo narskuttelevansa hampaitaan usein tai voimakasta abraasiota nähtävissä)	F45.8

LIITE 10

KYSELY LAPSELLE OIKOMISHOITOA ALOITETTAESSA

1. Vertaamalla luokkatovereihisi oletko sitä mieltä, että hampaasi ovat suorassa hammaskaarella?

kyllä
 ei

en tiedä
 en halua vastata

2. Oletko sitä mieltä, että hampaasi pitäisi oikoa?

kyllä
 ei

en tiedä
 en halua vastata

3. Kumman uskot olevan kiinnostuneempi hampaittesi oikomishoidosta?

sinä itse
 molemmat

vanhempasi
 en tiedä

4. Mikäli hampaittesi oikomishoito kestää 1½–2½ vuotta, haluatko silti oikomishoitoa?

en, koska aika on niin pitkä
 kyllä

epäröin vielä
 en halua vastata

5. Oletko nähnyt kenelläkään tovereistasi hampaiden oikomislaitetta?

kyllä
 en

6. Mikäli on välttämätöntä, suostutko käyttämään hampaissasi kiinteää, näkyvää kojetta?

kyllä
 en tiedä

en
 en halua vastata

7. Pelkäätkö käyntiä hammaslääkärissä?

erittäin paljon
 hiukan

paljon
 en lainkaan

päiväys

lapsen nimi

LIITE 11

POTILAAN TYYTYVÄISYYTTÄ KARTOITAVA KYSELY (Euro-Qual)

Potilas täyttää hoidon loppuvaiheessa.

Rastita lähinnä omaa mielipidettäsi vastaava ruutu.

Vastausvaihtoehdot: 1 olen täysin samaa mieltä; 2 olen jokseenkin samaa mieltä; 3 en osaa sanoa mielipidettäni; 4 olen jokseenkin eri mieltä; 5 olen täysin eri mieltä

1. Olen tyytyväinen hampaitteni ulkonäköön.

1 2 3 4 5

2. Minun on vaikea pureskella.

1 2 3 4 5

3. Haluaisin hoitoani vielä jatkettavan.

1 2 3 4 5

4. Tein mielestäni oikean ratkaisun ryhtyessäni oikomishoitoon.

1 2 3 4 5

5. Haluaisin, että myös joku toinen hammaslääkäri arvioisi oikomishoitoni tuloksen.

1 2 3 4 5

6. Sain etukäteen riittävästi tietoa oikomishoitooni mahdollisesti liittyvistä vaikeuksista.

1 2 3 4 5

7. Sain etukäteen riittävästi tietoa oikomishoidon suunnitelmasta.

1 2 3 4 5

8. Oikomishoitooni käytetty aika oli mielestäni sopiva.

1 2 3 4 5

9. Hoitooni liittyvistä asioista huolehdittiin hyvin oikomishoitoni aikana.

1 2 3 4 5

10. Oikomishoitoni tulos oli parempi kuin mitä odotin.

1 2 3 4 5

LIITE 12

LAPPEENRANNAN 9-LUOKKALAISTEN PURENNAN TARKASTUSKRITEERIT

Arvioitava seikka:

Vaihtoehdot:

1. Leukanivelvaivat
(kysytään potilaalta) kyllä/ei
2. Anglen luokka
oikealla I/kuspittainen/II/III
vasemmalla I/kuspittainen/II/III
3. Oikomishoitoa tehty kyllä/ei
4. Purenta kunnossa kyllä/ei
5. Horisontaalinen ylipurenta 0 mm tai vähemmän/
hyväksyttävä/
8 mm tai enemmän
6. Vertikaalinen ylipurenta ienkantoinen/
hyväksyttävä/
avopurenta
7. Huomattavaa ahtautta kyllä (5 mm tai
enemmän)/ei
8. Ristipurenta kyllä / ei
9. Saksipurenta kyllä / ei
10. Kaikki pysyvät hampaat suussa kyllä/
synnynnäinen
puutos/
retinoituneita
hampaita
11. Tyytyväinen hampaistoonsa kyllä/ei
(kysytään potilaalta)

