

Lastega ravile pöördumise aktiivsus suuõõne profülaktilise läbivaatuse järel

Kairi Piho-Ottas¹, Rita Nõmmela²,
Silvia Russak², Mare Saag² –

¹TÜ Kliinikumi stomatoloogia kliinik,

²TÜ stomatoloogia kliinik

Võttesõnad: lasteaia- ja algklassilapsed, suuõõne tervis, ravile pöördumine

Töö eesmärgiks oli selgitada lasteaia vanema rühma ja esimese klassi laste suuõõne tervist ning ravile pöördumise aktiivsust pärast lapsevanemate teavitamist. Uuringus osales kokku 1472 last. Laste keskmine vanus oli 6,5 aastat. Poisse oli 679, tüdrukuid 745. Suuõõne seisundit hinnati kliinilise vaatluse teel, kasutades valgustust, suupeeglit ja joonlauda. Selgitati välja uuritud laste hambaravi ja ortodontilise ravi vajadus, väljastati lapsevanematele suunamiskirjad ravile pöördumiseks ning aasta pärast hinnati haigekassa andmete põhjal ravile pöördumist. Hammaste raviks pöördusid lapsevanemad ravi-asutustesse aktiivselt (56–100%), pöördumine varieerus aastati. Ortodonti konsultatsioonile pöördumine oli oodatust väiksem (2–56%) ega sõltunud sellest, kas ravi eest tasunuks haigekassa või lapsevanem.

Laste hammaste tervist on kontrollitud Eestis aastaid. Samuti on pidevalt erinevatel viisidel tegeldud inimeste teavitamisega suuõõne tervise vajalikkusest. On korraldatud konverentse, valmistatud trükiseid, esinetud meedias. Kirjanduse andmetel

on teada, et laste hammaste tervis sõltub enamasti lapsevanemate aktiivsusest (1), kuid teadmisi selle kohta, kuidas Eestis lapsevanemad hoolivad hambaarstide, sealhulgas ka ortodontide nõuannetest, meil ei ole. Eri autorite suhtumine laste hammaste läbivaatuse efektiivsusesse on erinev. Osa autoreid peab seda ikkagi efektiivseks (2, 3) ja osa mitte (4, 5).

Töö **eesmärgiks** oli selgitada lasteaia vanemate rühmade ja esimese klassi õpilaste hammaste tervist ja hambumusanomaaliat esinemissagedust. Teiseks eesmärgiks oli uurida lapsevanemate ravile pöördumise aktiivsust pärast teate saamist nende lapse suuõõne tervise kohta.

UURIMISMATERJAL JA MEETODID

Uuring korraldati kolmel aastal: aastatel 2005–2007. 2005. aasta oktoobrist kuni sama aasta detsembrini teostati uuring üheksas Tartu linna koolis 1. klassi laste hulgas. 2006. aasta oktoobrist kuni sama aasta detsembrini toimus uuring 22-s Tartu linna lastepäevakodus. 2007. aasta oktoobrist kuni sama aasta detsembrini tehti uuring 21-s Tartu linna lasteaias. Uuringus osales kokku 1472 last. Laste keskmine vanus oli 6,5 aastat. Poisse oli 679, tüdrukuid 745.

Enne uuringut anti kõikidele lapsevanematele lasteaegade ja koolide õpetajate kaudu kiri nõusoleku saamiseks nende lapse uuringus osalemise kohta. Ühtlasi sisaldas kiri infot selle kohta, milliseid protseduure tehakse ning mida läbivaatusel hinnatakse.

Uuringusse võeti ainult need lapsed, kelle vanemad olid andnud jaatava vastuse ja kes viibisid uuringu ajal lasteaias või koolis. Pärast kliinilist läbivaatust sai iga laps kaasa vanematele kirja informatsiooni selle kohta, kas laps vajab kaariese- või ortodontilist ravi ning kas ortodontilise ravi eest tasub Eesti Haigekassa või mitte.

Laste hambaravi eest tasub haigekassa kuni 19. eluaastani. Ortodontilise ravi eest tasub haigekassa siis, kui lapsel on üks kuuest diagnoosist: 1) huule-suulaelõhe või muu näo-lõualuusteami kaasasündinud väärareng; 2) puudub intsisiiv või kaniin või rohkem kui üks hammas lõualuu ühel poolel; 3) lõualuu peetunud intsisiiv või kaniin; 4) vertikaalne lahihambumus, kui kontaktis on ainult molaarid; 5) progeenne hambumus (ette ulatuv alalõug); 6) prognaatne hambumus sagitaalse lahi suurusega üle üheksa millimeetri (väga esiletungiv ülalõug).

Kõik uuringu andmed koguti kliinilise vaatluse teel, kasutades valgustust, suupeeglit ja joonlauda. Uuringu läbiviijaid instrueeriti eelnevalt.

Pärast andmete kogumist jaotati lapsed hambakaariese ja hambumusanomaaliat esinemise alusel kuueks rühmaks:

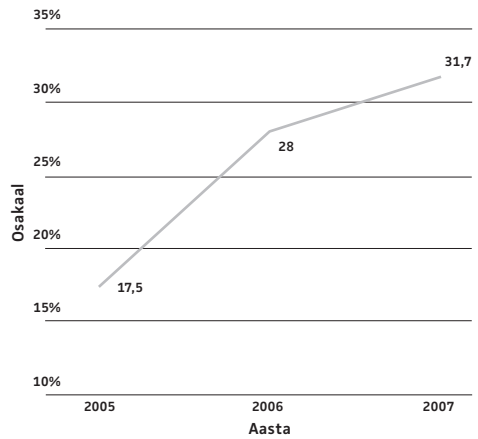
- 1) ei ole kaariest / ei ole hambumusanomaaliat;
- 2) on kaaries / ei ole hambumusanomaaliat;
- 3) on kaaries / on hambumusanomaalia, mille ravi eest tasub patsient ise;
- 4) on kaaries / on hambumusanomaalia, mille ravi eest tasub haigekassa;
- 5) ei ole kaariest / on hambumusanomaalia, mille ravi eest tasub patsient ise;
- 6) ei ole kaariest / on hambumusanomaalia, mille ravi eest tasub haigekassa.

Andmeid töötles Eesti Haigekassa Tartu osakonna ökonomist. Tagasisidet uuritavate rühmade kohta saime pärast raviteenuste arvete analüüsimist. Uuriti seda, kas patsient pöördus ortodonti konsultatsioonile, kas patsiendile teostati röntgenoloogiline uuring, kas ortodontilist ravi alustati

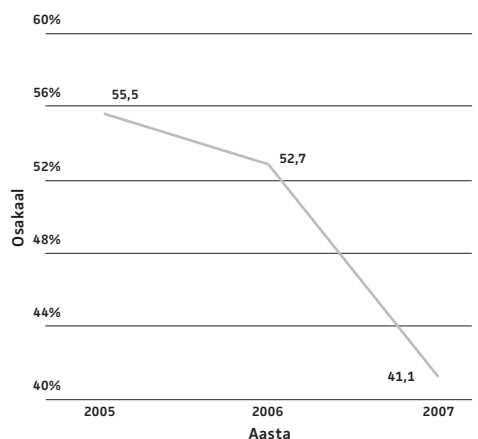
breketite, funktsionaalse aparraadi, suust mitte-eemaldatava kaarelaiendusaparraadi või suust eemaldatava aparraadiga.

Teiseks uuriti, kas patsiendid pöördusid pärast teavitamist hambaarsti konsultatsioonile, profülaktilisele läbivaatusele, kas neile tehti fluoroterapiat, kas neile asetati mõnele jäävmolaarile silant, kas teostati piimahammaste valikulist lihvimist, kas teostati amputatsiooni, kas neile asetati täidiseid, kas tehti juureravi ning kas tehti kirurgilisi protseduure.

Ravile pöördumist kontrolliti aasta jooksul pärast uuringut.



Joonis 1. Tervete hammaste ja normaalse hambumusega laste osa uuritutest.



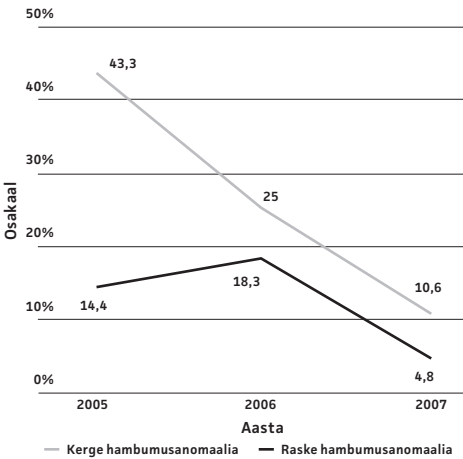
Joonis 2. Tervete hammastega laste osakaal uuritute hulgas.

TULEMUSED

Nende laste arv, kellel on terved hambad ja normaalne hambumus (uuringurühm 1), on aastatega suurenenud (vt jn 1).

Samas on kõikide uuritud laste seas tervikuna tervete hammastega laste osakaal aastatega vähenenud (vt jn 2).

Kergemaid hambumusanomaaliaid esineb rohkem (ravi eest tasuvad lapsevanemad) kui raskemaid (ravi eest tasub haigekassa). Aastatega on erinevate hambumusanomaaliatega laste arv vähenenud (vt jn 3).



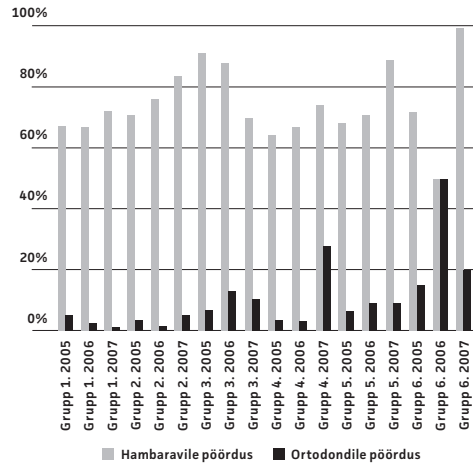
Joonis 3. Hambumusanomaaliat esinemissagedus.

Lapsevanemate suhtumine hambaravisse on igati positiivne, ravile pöördus läbivaatuse järel aastate jooksul palju lapsi vaatamata sellele, millisesse uuringurühma laps kuulus, kas tal oli tarvis hammaste ravi või mitte. Lapsevanemad tunnevad huvi oma laste hammaste tervise vastu ning hambararsti juurde jõuab igast grupist üle poole.

Samas on suhtumine ortodontilisse ravisse väga üllatav. Väga vähe võeti nõuannet kuulda ja väga vähe pöörduti spetsialisti konsultatsioonile vaatamata sellele, et osale teatati, et lapse ravi eest tasub haigekassa.

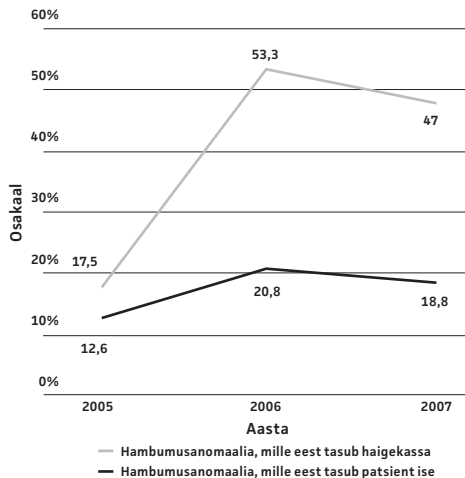
Ülevaatlik graafik (vt jn 4) näitab hambaravile pöördunud laste ja ortodontilisse

konsultatsiooni pöördunud laste arvu suurt erinevust.



Joonis 4. Suunatud laste pöördumine hambararsti ja ortodonti vastuvõtule.

Kui võrrelda pöördumist ortodonti konsultatsioonile sõltuvalt sellest, kes peab tasuma lapse ortodontilise ravi eest, siis selgus, et meie ühiskonnas on siiski materiaalne pool oluline. Konsultatsioonile pöördus palju enam lapsi siis, kui ravi eest tasus haigekassa (vt jn 5).



Joonis 5. Laste pöördumine ortodonti konsultatsioonile sõltuvalt maksjast.

ARUTELU

Teadlikumad lapsevanemad pööravad suuremat tähelepanu oma lapse suuõhne tervisele. Meie rõõmuks on hästi hooldatud laste arv aastatega suurenenud, seda ka tänu mitmetele suutervist edendavatele projektidele.

Lapsevanemad tunnevad rohkem huvi oma laste hammaste tervise vastu ning hambaarsti poole pöörduvad igast grupist üle poole, näitaja on küll parem kui näiteks Inglismaal, kus 42% ravi vajavatest lastest pöördus hambaarsti vastuvõtule (2). Tekib siiski küsimus, miks mitte kõik lapsevanemad ei too lapsi hambaravile, ehkki ravi eest tasub haigekassa ja vanematele see väljaminekuid ei tekita.

Hambaarstide täienduskoolitus hambumusanomaaliat leidmiseks ja lapsevanemate sihipärasemaks teavitamiseks on vajalik, sest ortodontide kaasamine lastekollektiivide läbivaatuse teostamisse ei ole otstarbekas. Uuringud näitavad, et hambaarsti antud soovitus ortodontilise ravi alustamise vajaduse kohta on väga oluline motiveeriv tegur (6).

Teatud hambumusanomaaliad (risthambumus, progeenne hambumus) ja funktsiooninomaaliad vajavad võimalikult varajast korrigeerimist. Seda seisukohta toetavad ka teised autorid (7, 8). Vaatamata sellele,

et osa Eesti inimeste nõudmised hambaravi suhtes on kõrged, ei pea kõik lapsevanemad hammaste head tervist oluliseks. Seetõttu on edaspidi väga oluline selgitada inimestele suu- ja hambahaiguste ennetamise põhitõdesid ning regulaarse hammaste kontrolli ja ravi vajadust.

Lihtsustatud reegel on ju kõigile teada, et hambaarsti juurde on lapsega soovitatav tulla siis, kui suhu lõikub esimene piimahammast ehk siis kuue kuu vanuse lapsega, ja ortodonti konsultatsioonile esimese klassi õpilasega. Kuna lastevanemate ükskõiksus laste ortodontiliste probleemide suhtes oli üllatav, oleks vajalik uurida ka põhjuseid, mis ravile tulekut mõjutavad.

JÄRELDUSED

Analüüsitud materjalide põhjal võib järeldada, et meie laste hammaste tervis on rahuldav. Lastekollektiivides tehtav suuõhne tervise läbivaatus on kasulik. Inimeste teadlikkus suuõhne tervisest on puudulik.

TÄNUAVALDUS

Uuringut rahastas Tartu Linnavalitsus. Autorid tänavad Sirje Kreed (Tartu linna tervishoiuosakonna juhataja), ning Jaak Tamme (Eesti Haigekassa Tartu osakonna ökonomist) abi ja nõuannete eest.

Rita.Nommela@kliinikum.ee

KIRJANDUS

1. Tickle M, Milsom KM, Buchanan K, et al. Dental screening in school. *Br Dent J* 2006;201:769–73.
2. Harding M, Taylor G. The outcome of school dental screening in two suburban districts of Greater Manchester, UK. *Community Dent Health* 1993;10(3):269–75.
3. Donaldson M, Kinirons M. Effectiveness of the school dental screening programme in stimulating dental attendance for children in need of treatment in Northern Ireland. *Community Dent Oral Epidemiol* 2001;29(2):143–9.
4. Milsom KM, Threlfall AG, Blinkhorn AS, et al. The effectiveness of school dental screening: dental attendance and treatment of those screened positive. *Br Dent J* 2006;200: 687–90.
5. Rodgers J. School dental screening does not increase dental attendance rates or reduce disease levels. *Evid Based Dent* 2007;8(1):5–6.
6. Hans M, Minh N, Armogan V, et al. Orthodontic care in suburban Guyahoga County, Ohio: Who provides treatment and whom do they treat? *Angle Orthod* 2004;74(3):293–7.
7. Nirmi K, Richardson A. Interceptive orthodontics in the real world of community dentistry. *Int J Pediatr Dent* 2000;10(2):99–108.
8. Väkiparta MK, Kerosuo HM, Nyström ME, et al. Heikinheimo orthodontic treatment need from eight to 12 years of age in an early treatment oriented public health care system: a prospective study. *Angle Orthod* 2004;75(3):344–9.

SUMMARY

Applying for dental and orthodontic treatment after preventive check-up of oral health in children

AIM. The aim of the current study was to evaluate the oral health of children in the oldest group of kindergartens and in the first forms at school. Another aim was to estimate the effectiveness of the advice given by examining dentists regarding further consultations and treatment.

METHODS. A total of 1472 children (679 boys and 745 girls) with an average age of 6.5 years participated in the study. Visual check-up was performed using a spotlight, a dental mirror and a liner. The need for dental and orthodontic treatment was evaluated and the parents were informed by mail about the further need for treatment or consultation by a specialist. Visits to the

dentist and to the orthodontist according to the given advice were checked after one year using the database of the Estonian Health Insurance Fund.

RESULTS. The parents of the studied children had been active in visiting the dentist (the rate varying from 56 to 100%) but had shown comparative passiveness towards recommended orthodontic treatment (2–56%).

CONCLUSIONS. There was no significant difference in registering for treatment between the group of children for whom orthodontic treatment was paid by the Health Insurance Fund and the group whose families had to pay for treatment.