

EESTI HAIGEKASSA TERVISHOIUTEENUSTE LOETELU MUUTMISE TAOTLUS

1. Taotluse algataja	
Organisatsiooni või ühenduse nimi	<i>Eesti Ortodontide Selts Kaastaotleja: MTÜ The Nordic Association for Myofunctional Therapy</i>
Postiaadress	<i>Raekoja plats 6; Tartu Kaastaotleja aadress: Pärnu mnt 139E/2, Tallinn 11317</i>
Telefoni- ja faksinumber	
E-posti aadress	<i>triin.jagomagi@ortodontia.ee</i>
Kontaktisiku ees- ja perekonnanimi ning kontaktandmed	<i>Triin Jagomägi; e-post: triin.jagomagi@ortodontia.ee,</i>

2. Teenuse nimetus, kood ja kohaldamise tingimus(ed)	
2.1. Teenuse nimetus	<i>Orofatsiaalne müofunktsionaalne ravi</i>
2.2. Teenuse kood tervishoiu-teenuste loetelus (<i>edaspidi</i> loetelu) olemasoleva teenuse korral	<i>Teenus puudub. Soovime lisada uut teenust: orofatsiaalne müofunktsionaalne ravi</i>
2.3. Kohaldamise tingimus(ed)	
2.4. Ettepaneku eesmärk	<input checked="" type="checkbox"/> Uue tervishoiuteenuse (<i>edaspidi</i> teenuse) lisamine loetellu¹ <input type="checkbox"/> Loetelus olemasoleva teenuse piirhinna muutmine ² <input type="checkbox"/> Teenuse kohaldamise tingimuste muutmine ³ <input type="checkbox"/> Teenuse nimetuse muutmine ⁴ <input type="checkbox"/> Teenuse kustutamine loetelust ⁵ <input type="checkbox"/> Teenuse omaosaluse määra muutmine ⁶ <input type="checkbox"/> Muu (selgitada)
2.5. Peatükk loetelus, kus teenus peaks sisalduma	<input type="checkbox"/> Üldarstiabi <input type="checkbox"/> Ambulatoorne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Meditsiiniseadmed ja ravimid <input type="checkbox"/> Statsionaarne eriarstiabi <input type="checkbox"/> Uuringud ja protseduurid <input type="checkbox"/> Operatsioonid <input type="checkbox"/> Laboriuuringud, lahangud ja kudede transplantaadid <input type="checkbox"/> Veretooted ja protseduurid veretoodetega <input checked="" type="checkbox"/> Hambaravi <input type="checkbox"/> Kompleksteenused <input checked="" type="checkbox"/> Ei oska määrata/ Muu (selgitada) ortodontia

¹ Täidetakse kõik taotluse väljad või tuuakse selgitus iga mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

² Kui teenuse piirhinna muutmise tingib uue meditsiiniseadme, ravimi vm lisamine teenuse kirjeldusse, täidetakse taotluses uue ressursi kohta kõik väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja juurde, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita. Kui piirhinna muutmise tingib ressursi maksumuse muutus, täidetakse vähemalt väljad 1- 2 ning 8.1.

³ Täidetakse kõik allpool esitatud väljad või tuuakse selgitus iga vastava mittetäidetava välja kohta, miks seda ei ole võimalik/vajalik täita.

⁴ Täidetakse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse nimetuse muutmise vajalikkuse kohta.

⁵ Täidetakse taotluse punktid 1-2 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus teenuse kustutamise kohta.

⁶ Täidetakse punktid 1-2, 4.6, 9 ning esitatakse vaba tekstina põhjendus omaosaluse muutmise kohta.

3. Tõenduspõhisus ja näidustused

3.1. teenuse osutamise meditsiinilised näidustused ja vajadus teenuse osutamiseks;

Orofatsiaalne müofunktsionaalne ravi (OMR) on näidustatud orofatsiaalsete müofunktsionaalsete häirete puhul (OMH), mille korral esineb orofatsiaalpiirkonna lihaskonna düsfunktsioon ja kuhu alla võib liigitada ka suutervist mõjutavad mittefunktsionaalsed oraalsed kombed .

OMH-le viitavad kõige sagedasemad sümptomid on järgmised :

- *huulte kontakti puudumine rahuolekus, suu kaudu hingamine (Schievano jt 1999)*
- *keele rahuoleku asendi häirumine (Benkert 1997; Smithpeter ja Covell 2010)*
- *keele asendi häirumine rääkimisel, neelamisel (Smithpeter ja Covell 2010)*
- *atüüpiline mälumis- ja neelamismuster (Smithpeter ja Covell 2010)*
- *hambumusanomaaliad (nt frontaalne/sagitaalne lahi) (Benkert 1997; Smithpeter ja Covell 2010)*
- *uneaegsed hingamisprobleemid (Guimaraes jt. 2009)*
- *suurenenud süljevoolus suust (Silvestre-Rangil jt. 2011)*
- *halvad oraalsed harjumused (pöidla/sõrmede/huulte/keele imemine; küünthe/huulte/põskede/ keele närimine; hammaste krigistamine; luti pikaajaline kasutamine) (Aznar jt 2003; Benkert 1997; Smithpeter ja Covell 2010)*
- *rühihäired (Conti jt 2011)*
- *toitmisprobleemid imikutel (Ricke jt 2005)*
- *keelekidusus (Rickejt 2005)*

Ravimata OMH tüsistused lastel

- *muutused näokoljus ja näo struktuurides (ülalõualuu ja alalõualuu arengu peetumine, nina ja huulte kuju) (Muñoz ja Orta 2014; Faria jt 2002))*
- *muutused rühis (Neiva jt 2009; Conti jt 2011)*
- *hambumusanomaaliad (Smithpeter ja Covell 2010;Chour jt 2014; Souki jt 2009; Moimaz jt 2014)*
- *hääldusprobleemid (Smithpeter ja Covell 2010)*
- *suuhingamine ja sellest tingitud komplikatsioonid (nt hingamisteede limaskestast ärritus, suurenenud adenoid ja kurgumandlid) (Jefferson 2009).*
- *uneaegsed hingamisprobleemid (Huang ja Guilleminault 2013)*
- *suutervise probleemid (nt parodontoloogilised probleemid, sülje hulk) (Gulati jt 1998; Al-Awadi ja Al-Casey 2013)*
- *temporomandibularliigese düsfunktsioon (Cortese ja Biondi 2009)*
- *ortodontilise ravi relapseerumine (Smithpeter ja Covell 2010)*
- *imikute väike kaaluiv (Amir jt 2006)*

OMR kujutab endast eelkõige neuromuskulaarset ümberõpet (re-education) ja orofatsiaalsete lihaste omavahelise tasakaalu saavutamist ning mittefunktsionaalsetest oraalsetest kommetest vöörutamist.

Teraapia eesmärgid on järgmised :

- *harjumusliku hingamismustri ümberkujundamine (saavutada nina kaudu hingamine)*
- *huulte asendi korrigeerimine rahuolekus (saavutada huulte kontakt)*
- *keele rahuoleku asendi korrigeerimine*
- *mälumismustri ja neelamismustri korrigeerimine*
- *soodustada halbadest mittefunktsionaalsetest oraalsetest kommetest vabanemist (Benkert 1997).*

3.2. teenuse tõendus põhjus avaldatud kliiniliste uuringute alusel taotletud näidustuste lõikes;

Jrk nr.	Uuringu autorite nimed	Uuringu kvaliteet ⁷	Uuringusse hõlmatud isikute arv ja lühiiseloostus	Uuritava teenuse kirjeldus	Esmane tulemus, mida hinnati	Muud tulemused, mida mõõdeti/hinnati	Alternatiivid millega võrreldi	Jälgimise periood
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	Smith-peter J, Covell D. 2010.	B	<p>Eksperimentaalne grupp (EG) koosnes 27 katsealusest, kel diagnoositud frontaalne lahi ja kes said OMR koos ortodontilise raviga.</p> <p>Kontrollgrupp (KG) koosnes 49 katsealusest, kel oli anamneesis ortodontiline ravi frontaalse lahi korrigeerimiseks ja kelle ortodontiline ravi oli relapseerunud.</p>	<p>EG: kodus soori-tatav harjutuskava, lisaks 14 ± 8 teraapia-seansi koos terapeudiga, lisaks ortodontiline ravi</p> <p>KG: ainult ortodontiline ravi</p>	<p>Ortodontiline ravi relapseerus</p> <p>KG statistiliselt oluliselt rohkemal määral kui EG (frontaalse lahi taasteke/suurenemine);</p>	<p>KG: 74% katsealustel esinesid halvad oraalsed kombat, mis jäid püsima. 82% katsealustest esinesid häädusprobleemid, mis jäid püsima</p> <p>EG: 55% katsealustest esinesid halvad oraalsed kombat, mis eksperimendi lõppedes olid vähenenud 0%ni. Häädusprobleemid vähenesid selles grupis 90%lt 26%ni. Eksperimendi lõppedes esines kõikidel katsealustel korrektne keele rahu-oleku asend ja neelamismuster.</p>	<p>Alternatiiviks oli KG, kus müofunktsionaalne teraapia puudus (vt eelmine punkt)</p>	<p>EG: 96% katsealustest hinnati mini-maalselt 2 aastat pärast teraapiat lõppemist</p>
2.	Guimaraes jt. 2009	B	<p>Hinnata OMR mõju patsientidele, kel esineb mõõdukas obstruktiivne uneapnoe.</p> <p>Hinnata teraapia mõju antropomeetria, norskamise sagedusele/</p>	<p>EK: 16 katsealusest, kes sooritasid 3 kuud iga päev 30 min harjutusi miimilistele lihastele, keelele,</p>	<p>Kontrollgrupis muutuseid uneapnoe raskustmes ja uuritavates sümptomites ei esinenud.</p>	<p>KG muutuseid uuritavates parameetrites ei ilmnenud.</p> <p>EG: kaela ümbermõõt, norskamise sagedus ja intensiivsus, päevane unisus oluliselt vähenesid,</p>	<p>Antud uuringus oli KGs petu-teraapia, mis tulemusi ei andnud. Alternatiivseteks ravimeetoditeks</p>	<p>3 kuud</p>

⁷ Märgitakse järgmiselt:

A – tugevalt tõendus põhine (põhineb süstemaatilisel ülevaatel kõigist asjakohastest randomiseeritud kliinilistest uuringutest ja/või metaanalüüsil);

B – tõendus põhine (põhineb vähemalt ühel korralikult disainitud randomiseeritud kliinilisel uuringul),

C – kaheldav või nõrgalt tõendus põhine (juhul, kui pole A ega B, aga tõendus põhine on kirjeldatud kirjanduse põhjal);

D – muu, selgitada.

			<i>intensiivsusele, päevasele unisusele, une kvaliteedile.</i>	<i>pehme suulaele ja neelu-seinale, hingamisele ja mälu-misele/ neelamisele. KG: 15 katsealusest, kes sooritasid 3 kuud iga päev 30 min ilma mõjuta petuteraapiat (sham-therapy)</i>	<i>Eksperimentaal-grupis: uneapnoe raskusaste ja sümptomid vähenesid.</i>	<i>unekvaliteet paranes.</i>	<i>on veel ortodontiline ravi, kaalu alandamine, operatiivne ravi ja CPAP-teraapia; antud meetodit ega müofunktsionaalset ravi antud artiklis ei võrreldud</i>	
3	<i>Muñoz ja Orta 2014</i>	<i>B</i>	<i>Uuringus osales 118 tüdrukut ja poissi vanuses 6-12 eluaastat, kes jagati kahte gruppi selle põhjal, kas domineerivaks hingamise tüübiks oli ninahingamine või suuhingamine. Uuringu eesmärk oli võrrelda tsefalomeetrilisi näitajaid kahe grupi vahel.</i>	<i>Uuringuga kinnitati, et suuhingamise mõjul toimuvad muutused näokolju arengus.</i>	<i>Leiti, et suu kaudu hingavate lastel esineb rohkem tagapool asetsev alalõualuu, teravam alalõualuu nurk, klass 2 hambumus ja näo vertikaalne kasvu-suund</i>	<i>Veel leiti, et suu kaudu hingavatel lastel on keeleлуу asend sagedamini kõrgem ning hingamisteed on kitsamad.</i>	<i>Alternatiiviks oli kontroll-grupp, kelle moodustasid nina kaudu hingavad lapsed.</i>	

3.3. teenuse sisaldumine punktis 3.1 esitatud näidustustel Euroopa riikides aktsepteeritud ravijuhistes; *Euroopa liidus aktsepteeritud ravijuhiseid ei ole õnnestunud leida.*

3.4. teenuse osutamise kogemus maailmapraktikas ja Eestis punktis 3.1 esitatud näidustuste lõikes; *Müofunktsionaalne terapeut on spetsiaalse väljaõppega spetsialist, kes läheneb probleemile terviklikult. Vajalik oleks võimalikult vara sekkuda orofatsiaalse müofunktsionaalse häire süvenemisse, et ära hoida häirete sümptomite suurenemist ja tüsistusi. Hetkel tegelevad Eestis OMH sümptomite ja tüsistustega erinevad spetsialistid: logopeed hääldeprobleemidega, ortodont hambumusprobleemidega, füsioterapeut rühihäiretega jne. Eestis on orofatsiaalse müofunktsionaalse teraapia koolitusega spetsialistid oma teenust pakkunud umbes pool aastat. Üha enam diagnoositakse orofatsiaalseid müofunktsionaalseid häireid ja nendega seotud struktuurihäireid. Hetkel saadavad patsiente vastuvõtule hambaarstid, ortodontid, nina-kurgu-kõrvaarstid ja unearstid, kuid üldine teadlikkus on ikka veel madal.*

3.5. Meditsiinilise tõenduspõhisuse võrdlus Eestis ja rahvusvaheliselt kasutatavate alternatiivsete tervishoiuteenuste, ravimite jm, *Muutusi näokoljus ning hambumusanomaaliaid saab korrigeerida ortodontiliste sekkumiste või ortognaatse kirurgia abil (ülakaare laiendamine ning distaalse alalõua ettetoimine, sellega laiendatakse ka hingamisteed).*

Hingamisteede laiendamine võib leevendada päevaseid ja öiseid hingamisprobleeme. Hääldusprobleemide puhul saab rakendada logopeedilist ravi.

OMH laste ortodontilise ravi kõrvaltoimed on samad mis kõikide teiste diagnooside puhul. Põhiline ravimetoodika OMH puhul on ülakaare laiendamine ja distaalse alalõua ette toomine.

Uuringu nimetus	Teenusest saadav tulemus	Alternatiiv 1	Alternatiiv 2
1	2	4	5
Tecco et al 2005.	Kiire palatinaalse laiendajaga laiendati ülalõualuud, et suurendada ruumi hingamisteedes ning seeläbi vähendada suuhingamisest põhjustatud eespoolset peasendit.	Alternatiivi ei olnud	puudub

3.6. teenuse seos kehtiva loeteluga, sh uue teenuse asendav ja täiendav mõju kehtivale loetelule;
Teenuste loetellu lisada orofatsiaalne müofunktsionaalne ravi. Ravi eeldab eelnevat OMH diagnoosimist.

3.7. teenuse seos erinevate erialade ja teenuse tüüpidega;
Olenevalt müofunktsionaalse häire olemusest võib vajalikuks osutuda KNK-arsti konsultatsioon või tema poolsed sekkumised (nt hingamisteede vabastamine), unespetsialisti konsultatsioon ja uneuuring, ortodonti konsultatsioon ja ortodontia alased sekkumised (seisundi kaardistamine, ortodontiliste vahendite kasutamine), kirurgi konsultatsioon ja sekkumised (huulekidade, keelekida operatsioon). Kui koos müofunktsionaalse häirega esineb ka häälduspuudeid ja müofunktsionaalse teraapia läbiviija ei ole hariduselt logopeed, võib vajalikuks osutuda ka logopeedi konsultatsioon/ teraapia.

4. Teenusest saadav tulemus ja kõrvaltoimed

4.1.teenuse oodatavad ravitulemused ning nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiividega (ravi tulemuslikkuse lühi- ja pikaajaline prognoos):

P3.2. tabeli uuringu jrk nr.	Teenusest saadav tulemus	Taotletav teenus	Alternatiiv 1	Alternatiiv 2
1	2	3	4	5
1	Ortodontilise ravi tulemus jääb püsima Saavutatakse korrektne keele rahuolekuasend ja korrektne neelamismuster. Patsiendid võõrutatakse halvadest oraalsetest kommetest	OMR	Ortodontilise ravi tulemus ei jää püsima. Korduv ortodontiline ravi koos keelekaitse või muu müofunktsionaalset häiret korrigeeriva aparaadiga.	
2.	Uneapnoe raskusaste väheneb. Kaela ümbermõõt, norskamise sagedus ja intensiivsus, päevane unisus väheneb, unekvaliteet paraneb	OMR	Esmaravi meetod unapnoe raviks lapseeas on adenotonsillektoomia. Teised ravimeetodid on: Positiivne õhurõhuravi (APAP-auto Positive Airway Pressure Therapy), ninasteroidide kasutamine, näolõualuude kirurgiline ravi; ortodontiline ravi.	
3.	Näokolju muutuste ennetamine	OMR	OMH ravi müofunktsionaalsete aparaatidega, ortodontiline ravi.	Hilisemas eas lõualuude asetuse muutmine ortognaatse kirurgia abil.

4.2. teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused, nende võrdlus punktis 3.2 esitatud alternatiivide kõrvaltoimetega:

P3.2. tabeli uuringu jrk nr	Teenuse kõrvaltoimed ja tüsistused	Taotletav teenus	Alternatiiv 1	Alternatiiv 2
1.	<p>OMR ei pruugi õnnestuda, kui patsient ei tööta aktiivselt kaasa. Kodusel harjutus-programmil, patsiendi ja lapsevanema motiveeritusel on suur osa ravi õnnestumisel.</p> <p>OMR ei pruugi anda häid tulemusi, kui sellega alustatakse liiga hilja (puberteedieas).</p> <p>OMR on raskendatud kui patsiendil on raskusi kommunikeerumisel, kõnest/juhistest arusaamisel</p>	OMR	Korduv ortodontiline ravi koos keelekaitse või muu müofunktsionaalset häiret korrigeeriva aparaadiga.	
2.	<p>Müofunktsionaalne ravi ei pruugi õnnestuda kui hingamisteede obstruktsioon ei sõltu müofunktsionaalsetest häiretest.</p> <p>Müofunktsionaalne ravi ei anna soovitud tulemusi, kui patsient ei tööta aktiivselt kaasa.</p>	OMR	<p>Esmaravi meetod unapnoe raviks lapseas on adenotonsillektoomia.</p> <p>Teised ravimeetodid on: positiivne õhurõhu-ravi (APAP-auto Positive Airway Pressure Therapy), ninasteroidide kasutamine, näolõualuude kirurgiline ravi; ortodontiline ravi.</p>	
3.	<p>Näokolju muutuste ennetamine ei õnnestu, kui raviga alustatakse liiga hilja või see on tingitud geneetilistest muutustest.</p>	OMR	Ortodontiline ravi.	<p>Hilisemas eas lõualuude asetuse muutmine ortognaatse kirurgia abil.</p>

4.3. punktis 4.2. ja 3.5 esitatud kõrvaltoimete ja tüsistuste ravi kirjeldus (kasutatavad tervishoiuteenused ja/või ravimid (k.a ambulatoorsed ravimid));

Kui kasvuperiood on möödas, siis kasvu teel alalõuga ette tuua ei ole enam võimalik. Sellisel juhul on näidustatud ortognaatne kirurgia koos ortodontilise raviga. Ortognaatse kirurgia kõige sagedasem kõrvaltoime on tundlikkuse häire eesmise alveolaarnärvi innervatsiooni alas (Kim ja Park 2007).

4.4. taotletava teenuse osutamiseks ja patsiendi edasiseks jälgimiseks vajalikud tervishoiuteenused ja ravimid (s.h ambulatoorsed) vm ühe isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni ning võrdlus punktis 3.5 nimetatud alternatiividega kaasnevate teenustega;

Olenevalt müofunktsionaalse häire olemusest võib vajalikuks osutada KNK-arsti konsultatsioon või tema-poolsed sekkumised (nt hingamisteede vabastamine, uneuuring), ortodonti konsultatsioon ja ortodontia-alased sekkumised (seisundi kaardistamine, ortodontiliste vahendite kasutamine), kirurgi konsultatsioon ja sekkumised (huulekidade, keelekida operatsioon). Kui koos müofunktsionaalse häirega esineb ka hääldepuudeid ja müofunktsionaalse teraapia läbiviija ei ole hariduselt logopeed, võib vajalikuks osutada ka logopeedi konsultatsioon/teraapia.

4.5. teenuse võimalik väär-, ala- ja liigkasutamine; teenuse optimaalse ja ohutu kasutamise tagamiseks teenusele kohaldamise tingimuste seadmise vajalikkus;

Müofunktsionaalse ravi väärkasutamine võib ilmneda olukordades, kus teraapia määratakse seisundites, mis ei ole seotud müofunktsionaalsete häiretega (nt suu kaudu hingamine, mis ei ole tingitud müofunktsionaalsest häirest ega ole harjumuslik, vaid on seotud hingamisteede obstruktsiooniga - nt suurenenud adenoid) - seega ei oleks teraapia edukas. Müofunktsionaalse teraapia kasutamine on konservatiivne meetod, mis on tervisele ohutu. Võimaliku väär-, ala- ja liigkasutamise vältimiseks tuleb teha teavitustööd erinevate erialade spetsialistide seas, õpetamaks märkama erinevaid müofunktsionaalseid häireid.

4.6. patsiendi isikupära võimalik mõju ravi tulemustele;

Patsient võib jätta müofunktsionaalse ravi pooleli ning tulemust ei saavutata. Patsiendi üldine tervislik seisund (vaimne/kehaline) ei võimalda tal teraapias aktiivselt kaasa töötada ning sellisel juhul on OMR rakendamine raskendatud ning ei pruugi anda tulemusi.

5. Vajadus

5.1. Eestis teenust vajavate patsientide arvu hinnang (ühe aasta kohta 4 aasta lõikes), kellele on realselt võimalik teenust osutada taotletud näidustuste lõikes:

Teenuse näidustus	Patsientide arv aastal t*	Patsientide arv aastal t+1	Patsientide arv aastal t+2	Patsientide arv aastal t+3
1	2	3	4	5
OMR	300 <i>*Koolieelses eas on MFP-d ligikaudu 60%-l lastest (Hahn, Hahn, 2003).</i>	300	300	300

*t – taotluse menetlemise aastale järgnev aasta;

5.2. teenuse mahu prognoos ühe aasta kohta 4 järgneva aasta kohta näidustuste lõikes:

Teenuse näidustus	Teenuse maht aastal t	Teenuse maht aastal t+1	Teenuse maht aastal t+2	Teenuse maht aastal t+3
1	2	3	4	5
OMR	300	300	300	300

6. Taotletava teenuse kirjeldus

6.1. teenuse osutamiseks vajalik koht (palat, protseduuride tuba, operatsioonituba, vm);

Teenust saab teostada ruumis/kabinetis. Suuri nõudmisi ruumile ei ole. Spetsiifiliste harjutuste sooritamiseks on vajalikud väiksemad lisaseadmed.

6.2. patsiendi ettevalmistamine ja selleks vajalikud toimingud: premedikatsioon, desinfektsioon või muu;

Patsient ei vaja erilist ettevalmistust.

6.3. teenuse osutamise kirjeldus tegevuste lõikes;

Orofatsiaalse müofunktsionaalse ravi terapeut (vastava koolituse läbinud füsioterapeut, logopeed või muu meditsiinieriala spetsialist) diagnoosib ja sellele järgnevalt viib läbi orofatsiaalse piirkonnaga seotud võtteid ja harjutusi, kasutades vahel lisavahendeid (väikevahendid: nõõbid, nõõrid, kummisikutid, mänguasjad, pastad jne). Müofunktsionaalse ravi protokollid on erineva diagnoosi korral erinevad, koosnedes erinevatest harjutuskavadest ja teraapiavõtetest.

Müofunktsionaalse teraapia programm võib oma kestvuselt olla samuti erinev. On programme, mis koosnevad 11-15 erinevast harjutuskavade tsüklist (nt infantiilse neelamismustri korrigeerimise programm); samas on programme, mis koosnevad 3-4 harjutuskavade tsüklist (nt hingamismustri ümberkujundamise programm, keelekidasuse lõikuse järgne programm). Tsükelite vahe võib olla 1-3 nädalat, sõltuvalt raviplaanist. Ühe visiidi kestus 60 minutit, aga otstarbekas oleks jätta ka võimalus 30 min pikkuseks visiidiks (näiteks tsükelite vahel nõustamiseks või järelkontrolliks). Müofunktsionaalset ravi saab jagada aktiivseks perioodiks, mil teatud aja tagant muudetakse harjutuste iseloomu vastavalt plaanile ja retensiooniperioodiks, mil natuke pikemate vaheaegade tagant kontrollitakse ravitulemuse säilimist.

7. Nõuded teenuse osutajale

7.1. teenuse osutaja (regionaalhaigla, keskhaigla, üldhaigla, perearst, vm);

Ravi teostab eriväljaõppe saanud logopeed, füsioterapeut, hügienist vm. meditsiiniga seotud spetsialist.

7.2. infrastruktuur, tervishoiuteenuse osutaja täiendavate osakondade/teenistuste olemasolu vajadus;

Koostöö peaks toimuma arstidega, kes vastava diagnoosi olemasolul määravad orofatsiaalse müofunktsionaalse ravi. Meditsiinilise diagnoosi paneb arst või eriarst (hambaarst, KNK-arst, ortodont, näo- ja lõualuude kirurg jne). Erinevate osakondade/teenistuste loomine ei ole vajalik. Vajalik on koostöö erinevate spetsialistide vahel ja meeskonnatöö, mis võib toimida erinevate asutuste vahel, isegi erinevate linnade vahel. Tänapäeva tingimustes on võimalik raviseansse läbi viia ka Skype vahendusel. See eeldab muidugi arvuti ja kaamera olemasolu nii müofunktsionaalsel terapeudil kui ka patsiendil.

7.3. personali (täiendava) väljaõppe vajadus; <i>Meditsiinilise, logopeedilise või füsioterapeudi kvalifikatsiooniga inimene peaks olema läbinud täienduskursused müofunktsionaalse ravi osas.</i>	
7.4. minimaalsed teenuse osutamise mahud kvaliteetse teenuse osutamise tagamiseks; <i>Kuna teenust ei ole varem olnud, siis sellele küsimusele raske vastata. Hetkel on Eestis kaks müofunktsionaalset terapeuti (Tallinnas ja Tartus üks), kes töötavad täiskoomusega. Vajadus sellise ravi osas on aga palju suurem, kuna pidevalt täieneb suunavate arstide teadlikkus antud võimalusest. Tormiliselt areneb antud valdkond ka maailmas. Kui arstid, lapsevanemad jne ei ole antud ravimeetodist teadlikud, ei osata häireid märgata ega ka määrata. Viimase kahe aasta jooksul oleme täiendkoolituste ja erialaste artiklite kaudu tõstnud tugevalt medikute teadlikkust. Hetkel veel patsientide informeerimisega tegeleda ei ole palju jõudnud.</i>	
7.5. teenuse osutaja valmisoleku võimalik mõju ravi tulemustele. <i>Varakult alustatud müofunktsionaalne ravi aitab ära hoida palju näo- ja kolju struktuuridega seotud probleeme (kõneprobleemid, vale neelamismuster, häirunud lõualuude kasv, unepnoe, alalõualiigeste probleemid, hambumusanomaaliad). Kõige suuremad muutused on ehk hambumusanomaaliate ravis. Funktsiooni normaliseerumine ennetab hambumusanomaalia teket, varane keelekidasuse avastamine ja orofatsiaalse piirkonna lihastasakaalu normaliseerimine tagab ka normaalse kõnearengu. Ninahingamise taastamine suuhingamise asemel laseb patsiendil suu sulgeda, mille tõttu õhk ei kuivata enam suud. Sülje antibakteriaalne ja remineraliseeriv mõju aitab normaliseerida suu mikrofloorat ja ennetada nii kaariese kui ka parodontiitide teket. Müofunktsionaalne ravi on efektiivne ka täiskasvanueas, aga tulemuse saavutamise efektiivsus ja kestus on parem noortel patsientidel. Lisaks on noortel patsientidel olemas kasvupotentsiaal, mis valedest harjumustest võõrutamisel taastab oma loomuliku suuna.</i>	
8. Kulutõhusus	
8.1. teenuse hind; hinna põhjendus/selgitused; <i>60 min seanss - 30 eur, 30 min seanss - 15 eur</i>	
8.2. teenuse osutamisega kaasnevate teenuste ja soodusravimite, mis on nimetatud p 4.4, isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni esitatud kulude võrdlus alternatiivsete teenuste kuludega isiku kohta kuni vajaduse lõppemiseni; <i>Ei ole vajadust</i>	
8.3. ajutise töövõimetuse hüvitise kulude muutus ühe raviepisoodi kohta tuginedes tõenduspõhiste uuringutele võrreldes alternatiivsete teenustega; <i>Ei ole vajadust</i>	
8.4. patsiendi poolt tehtavad kulutused võrreldes alternatiivsete teenuste korral tehtavate kuludega <i>Patsiendil tekib vajadus osta harjutamise sooritamiseks kodustes tingimustes lisavahendid, mis on ühekordselt kasutatavad (nööbid, nõörid, kummitorud, vatirullid, kummisikutid jne). Patsient tasub visiiditasu.</i>	
9. Omaosalus	
9.1. hinnang patsientide valmisolekule tasuda ise teenuse eest osaliselt või täielikult <i>Patsient tasub visiiditasu.</i>	
10. Esitamise kuupäev	16.01.2015
11. Esitaja nimi ja allkiri	Triin Jagomägi /allkirjastatud digitaalselt/

12. Kasutatud kirjandus

1. Al-Awadi RN, Al-Casey M. 2013. Oral health status, salivary physical properties and salivary Mutans Streptococci among a group of mouth breathing patients in comparison to nose breathing. *J Bagh College Dentistry* 25: 152-159
2. Amir LH, James JP, Donath SM. Reliability of the Hazelbaker Assessment Tool for Lingual Frenulum Function. *International Breastfeeding Journal* 1:3.
3. Aznar T, Galán AF, Marín I, Domínguez A. 2006. Dental Arch Diameters and Relationships to Oral Habits. *The Angle Orthodontist* 76: 441-445.
4. Benkert KK. 1997. The effectiveness of orofacial myofunctional therapy in improving dental occlusion. *International Journal of Orofacial Myology* 23: 35-46.
5. Chour RG, Pai SM, Chour GV, Kenchappannavar SM, Parameshwarappa P. 2014. Assessment of various deleterious oral habits and its effects on primary dentition among 3-5 years old children in Davangere city. *J Pediatr Dent* 2:37-43.
6. Conti PB, Sakano E, Ribeiro MA, Schivinski CI, Ribeiro JD. 2011. Assessment of the body posture of mouth-breathing children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)* 87 (4): 357-363
7. Cortese SG, Biondi AM. 2009. Relationship between dysfunctions and parafunctional oral habits, and temporomandibular disorders in children and teenagers. *Archivos Argentinos de Pediatría* 107: 134-138.
8. Faria PTM, Ruellas ACO, Matsumoto MAN, Anselmo-Lima WT, Pereira FC. 2002. Dentofacial morphology of mouth breathing children. *Braz Dent J* 13 (2): 129-132.
9. Guimaraes KC, Drager LF, Genta PR, Marcondes BF, Lorenzi-Filho G. 2009. Effects of oropharyngeal exercises on patients with moderate obstructive sleep apnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 179: 962-966.
10. Gulati MS, Grewal N, Kaur A. 1998. A comparative study of effects of mouth breathing and normal breathing on gingival health in children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 16 (3): 72-83.
11. Hahn, V., Hahn, H. 2002. Myofunktionale Störungen. (Hrsg.) M. Grohnfeldt. *Lehrbuch der Sprachheilpädagogik und Logopädie. Bd. 3. Diagnostik, Prävention und Evaluation.* (321–329). Stuttgart: Kohlhammer.
12. Huang YS, Guilleminault C. 2013. Pediatric obstructive sleep apnea and the critical role of oral-facial growth: evidences. *Frontiers in Neurology* 3: 184.
13. Jefferson Y. 2009. Mouth breathing: Adverse effects on facial growth, health, academics, and behavior. *Growth and Development* January/February 18-25.
14. Kim SG, Park SS. 2007. Incidence of Complications and Problems Related to Orthognathic Surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 65: 2438-2444.
15. Moimaz SAS, Garbin AJ, Lima AMC, Lollo LF, Saliba O, Garbin CAS. 2014. Longitudinal study of habits leading to malocclusion development in childhood. *BMC Oral Health* 14: 96
16. Muñoz ICL, Orta PB. 2014. Comparison of cephalometric patterns in mouth breathing and nose breathing children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 78: 1167–1172.
17. Neiva PD, Kirkwood RN, Godinho R. 2009. Orientation and position of head posture, scapula and thoracic spine in mouth-breathing children. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 73: 227–236.
18. Ricke LA1, Baker NJ, Madlon-Kay DJ, DeFor TA. Newborn tongue-tie: prevalence and effect on breast-feeding. *J Am Board Fam Pract.* 2005 Jan-Feb;18(1):1-7.
19. Schievano D, Rontani RMP, Berzin F. 1999. Influence of myofunctional therapy on the perioral muscles. Clinical and electromyographic evaluations. *Journal of oral rehabilitation* 26 (7): 564-569
20. Silvestre-Rangil J, Silvestre FJ, Puente-Sandoval A, Requeni-Bernal J, Simo-Ruiz M. 2011. Clinical-therapeutic management of drooling: review and update. *Medicina Oral Patologia Oral Y Cirurgia Bucal* 16: 763-766
21. Smithpeter J, Covell D. 2010. Relapse of anterior open bites treated with ortodontic appliances with and without orofacial myofunctional therapy. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics* 137: 605-614.
22. Souki BQ, Pimenta GB, Souki MQ, Franco LP, Becker HM, Pinto JA. 2009 Prevalence of malocclusion among mouth breathing children: do expectations meet reality? *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 73 (5): 767-773.
23. Tecco S, Festa F, Tete S, Longhi V, D'Attilio M. Changes in Head Posture after Rapid Maxillary Expansion in Mouth-Breathing Girls: A Controlled Study. *The Angle Orthodontists* 75: 171-176.