

S T a D I a

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Palvelutalon asukkaan hyvä suunhoito

Osio 6: Hammashoitopalvelut, niiden sisältö ja saatavuus

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma,
suuhygienisti
Opinnäytetyö
30.5.2008

Tarja Kirjatankki
Aninka Lounasmaa



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Sosiaali- ja terveysala		Suun terveydenhuolto	
Tekijä/Tekijät			
Kirjatankki, Tarja ja Lounasmaa, Aninka			
Työn nimi			
Palvelutalon asukkaan hyvä suunhoito. Hammashoitopalvelut, niiden sisältö ja saatavuus.			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2008	42	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyömme Palvelutalon asukkaan hyvä suunhoito on osa Helsingin kaupungin terveyskeskuksen hammashuollon ja Vanhainkotien ja palveluasumisen asiakkaiden yhteistä hammashoidon kehittämishanketta. Yhteistyökumppaneina ovat Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia sekä Helsingin sosiaaliviraston vanhusten palveluiden vastualueen yksikkö. Projektin tavoite on kehittää ja yhdenmukaistaa Helsingin kaupungin palvelutaloissa ja ryhmäkodeissa olevien asukkaiden suun terveydenhoitokäytänteitä lisäämällä hoitohenkilöstön valmiuksia motivoida ja kannustaa asukkaita päivittäisessä suunhoidossa. Tavoitteena on myös aktivoida asukkaita oman suunsa hoitoon asukkaiden hyvän olon edistämiseksi ja toimintakyvyn kohtentamiseksi.</p> <p>Projekti toteutettiin nk. toiminnallisena opinnäytetyönä. Teoriaosuudet sisälsivät seuraavat sisältöteemat: ikääntyminen ja suu, vanhuksen tyypillisimmät suun sairaudet ja suun kuivuus, vanhuksen yleissairauksien ja suusairauksien vastavuoroinen yhteys, ikääntyneen hyvä ravitsemus, vanhuksen päivittäinen suunhoito sekä hammashoitopalveluiden sisältö ja saatavuus. Teoriaan pohjautuen suuhygienistiryhmämme SD05K1 suunnitteli koulutuksen Palvelutalon asukkaan hyvä suunhoito ja koulutti kaikkien Helsingin kaupungin palvelutalojen henkilökunnan. Koulutustilaisuuksiin osallistui myös palvelutalon asukkaita. Koulutustilaisuudet järjestettiin 2-3 henkilön tiimeissä.</p> <p>Tiimimme vastualue on Hammashoitopalveluiden sisältö ja saatavuus. Hammashoitopalveluiden sisältö -osuudessa käsittelemme hammashoidon tarjoavaa henkilökuntaa sekä hammashoidossa tehtäviä eri toimenpiteitä. Hammashoitopalveluiden saatavuus -osuus käsittelee julkisen ja yksityisen hammashuollon toimipaikkoja, joista hammashoitopalveluita voi hakea sekä sitä, kenelle palvelut on tarkoitettu ja mitä taloudellisia helpotuksia hammashoitopalveluiden käyttäjän on mahdollista hakea.</p> <p>Palvelutaloissa pitämässämme opetustilaisuuksissa havaitsimme, että suun hoitoa koskevalle asiantuntemukselle on tarvetta. Hyvä suun terveys liittyy olennaisena osana yksilön yleisterveyteen, ja sen ylläpitäminen vaatii hoitohenkilökunnalta vankkaa tietopohjaa käytännön toteuttamisen tueksi.</p>			
Avainsanat			
palvelutalo, hammashoitopalvelut, suun hoito			



Degree Programme in		Degree	
Oral Hygiene		Bachelor of Health Care Services	
Author/Authors			
Kirjatankki, Tarja and Lounasmaa, Aninka			
Title			
Good Oral Health Among Patients in a Service Block. Contents and Availability of Dental Care Services.			
Type of Work	Date	Pages	
Final Project	Spring 2008	42	
<p>ABSTRACT</p> <p>Our final project was a part of the mutual dental health development programme of Helsinki Municipal dental health services and Nursing home and service block authorities. The aim of the project was to provide the nursing staff in the service blocks with factual present-day information on oral health care among the elderly.</p> <p>The project was conducted as a functional enterprise in which in addition to the theoretical part we also visited Helsinki municipal service blocks in which we held information meetings for their staff. These meetings were conducted in teams of 2-3 students.</p> <p>Our team's area of expertise was to provide information on what is included in dental care and the availability of those services. In the contents section we discuss the personnel providing dental health care and the accessible treatments. In the availability section we consider the suppliers of dental care, and which financial facilitations may be obtained.</p> <p>During the information meetings in the service blocks we attended, we observed that there is a strong need for factual information on oral health care. Good oral health is a substantial part of a person's well-being, and it's maintaining calls for a firm informational base with the nursing staff.</p>			
Keywords			
Service block, dental care services, oral hygiene			

1	JOHDANTO	2
1.1	HANKKEEN TAVOITTEET	2
1.2	TIETOPOHJAN SISÄLTÖ OSA-ALUEITTAIN.....	2
2	HAMMASHOITOPALVELUT, NIIDEN SISÄLTÖ JA SAATAVUUS	3
2.1	SUUSAIRAUKSIEN EHKÄISEVÄ HOITO.....	3
2.2	SUUN KORJAAVA HOITOON HAKEUTUMINEN JA SEN ESTEET	3
2.3	HAMMASHOITOPALVELUIDEN SAATAVUUS	5
2.4	SUUNTERVEYDENHOIDON KUSTANNUKSET.....	5
3	HANKKEEN TOTEUTUS VAIHEINEEN	6
4	ARVIOINTI JA POHDINTA	7

Raportti

PALVELUTALON ASUKKAAN HYVÄ SUUNHOITO

1 JOHDANTO

1.1 HANKKEEN TAVOITTEET

Ammattikorkeakoulu Stadian Suun terveydenhuollon koulutusohjelman, suuhygienisti -tutkintoansa suorittavan ryhmä -SD05K1:n ja Helsingin kaupungin sosiaaliviraston Vanhusten palvelujen vastualueen yksikön toteuttamaa hankkeen tavoite oli kehittää ja yhdenmukaistaa Helsingin kaupungin palvelutaloissa ja ryhmäkodeissa olevien asukkaiden suun terveydenhoitokäytänteitä lisäämällä hoitohenkilöstön valmiuksia motivoida ja kannustaa asukkaita päivittäisessä suunhoidossa. Hanke oli osa Helsingin kaupungin terveyskeskuksen hammashuollon ja Vanhainkotien ja palveluasumisen asukkaiden hammashoidon kehittämishanketta.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesin vuonna 2003 asettamien vanhuspolitiikan tavoitteiden mukaisesti yhteistyöhankkeessa asiakaslähtöisyys ja henkilökunnan osaamisen kehittäminen olivat kaksi keskeisintä osa-aluetta. Yhteistyöhankkeen kuvaukseen kuului muun muassa seuraava määrite ”*palvelujen sisältöä ja määrää tuli kehittää asiakkaan yksilöllisiä tarpeita ja voimavaroja vastaavasti*” (Voutilainen, 2006). Ammattikorkeakoululaki sekä laista johdetut terveydenhuollon koulutusohjelman oppimisstrategiat edellyttävät terveydenhoitotyön kehittävää asiantuntijuutta edistävää ja työyhteisössä työelämän kanssa toteutettavia pedagogisia toimintakäytänteitä sisältävää opetusta. Tämä yhteistyöprojekti suunniteltiin toteuttamaan kaikki edellä mainitut tavoitteet.

1.2 TIETOPOHJAN SISÄLTÖ OSA-ALUEITTAIN

Suuhygienisti –tutkintoaan suorittava opiskelijaryhmämme päätyi käsitelyään ensin suurempana asiakokonaisuutena Palvelutalon asukkaan hyvä suunhoito –aihetta, jakamaan aiheen seuraavanlaisiin osakokonaisuuksiin. Katsoimme, että seuraavanlaisella jaolla kaikki aiheeseen kuuluvat osa-alueet tulevat käsitellyiksi eikä päällekkäisyyksiä synny.

1. Vanhuksen terve suu ja sen merkitys toimintakykyyn ja hyvään oloon
2. Vanhuksen tyypillisimmät suun sairaudet ja suun kuivuus
3. Vanhuksen yleissairauksien ja suun terveyden vastavuoroinen yhteys
4. Vanhuksen ravitsemuksen ja suun terveyden välinen yhteys
5. Vanhuksen päivittäinen suun terveydenhoito

6. Hammashoitopalvelut, niiden sisältö ja saatavuus

2 HAMMASHOITOPALVELUT, NIIDEN SISÄLTÖ JA SAATAVUUS

2.1 SUUSAIRAUKSIEN EHKÄISEVÄ HOITO

Asiakkaan oma säännöllinen ja tarpeeksi tehokas omahoito on aina parasta suun terveyden hoitoa. Lisäksi tämä oma hoito on niin asiakkaalle itselleen kuin yhteiskunnallekin halvinta ja kokonaisterveyden ja muun yleisen hyvinvoinninkannalta parasta hoitoa. Ennaltaehkäisevään hoitoon sisältyvät myös säännölliset suun terveystarkastukset, suuhygienistin suorittamat retentioiden poistot (pastapuhdistukset ja hammaskivenpoistot) ja fluorikäsittelyt sekä suun itsehoitotottumusten päivittäminen. Asiakkaan tietojen ja taitojen tarkentaminen sekä mahdollisten, esimerkiksi iän, sairauden tai onnettomuuden mukanaan tuomien motoristen esteiden voittaminen. Uusien, vaihtoehtoisten puhdistusrutiinien etsiminen mahdollisesti uusilla eri apuvälineillä saattaa olla edellä mainituissa tapauksissa tarpeellinen.

Korjaavaa hoitoa tarvitaan suunterveydenhoidon puolella, kun ennaltaehkäisevä hoito ei ole asiakkaalla syystä tai toisesta onnistunut. Hammaslääkärin, suukirurgin, proteetikon, parodontologin tai kokonaisen leikkaussalitiimin kustannukset pitkälle edenneen huonon suuhygienian aiheuttaman koko suunalueen tai yksittäisen hampaan tulehdussairauden hoidossa ovat niin potilaalle itselleen kuin koko yhteiskunnalle kustannuksina merkittäviä ja vältettävissä olevia. Suun terveyttä ylläpitävä hoito on palvelukotiasukkaan yleisterveyden, suunterveyden, yleisen hyvinvoinnin ja taloudellisen hyvinvoinnin kannalta merkittävä. Palveluasumisasukkaiden parissa työskentelevän hoitohenkilökunnan lisäkouluttaminen kiinnittämään huomiota ja kannustamaan asukkaita suunterveyteen vaikuttaviin omahoidollisiin ja suunterveydenhoidon ammattilaisten suorittamiin hoitotoimenpiteisiin on ymmärretty tärkeäksi ja sitä kehitetään.

2.2 SUUN KORJAAVA HOITOON HAKEUTUMINEN JA SEN ESTEET

Vaikka niin valitettavaa kuin se onkin, meistä itse kullakin ennalta ehkäisevän hoidon taso eri elämän vaiheissa saattaa laskea ja tarve korjaavaan hoitoon syntyä. Korjaavassa suunterveyden hoidossa on syytä muistaa että sama sääntö kuin muussakin korjaavassa hoidossa, jota suoritamme esimerkiksi kiinteistöille tai autoille pätee myös tässä – mitä pidempään odotetaan ja annetaan korjaavan hoidon tarpeen edetä, sitä kalliimmaksi se tulee. Suunterveyden ollessa kyseessä ja tulehdussairauden jatkaessa kehittymistään on kyse myös jo asiakkaan kokonaisterveyden vaarantumisesta ja jopa kuolemaan johtavasta massiivisen tulehdustilan syntymisestä kehossa

Lähdimme kokoamaan aineistoa ja muodostamaan siitä valmiiksi tulleen Hammashoitopalvelujen sisältö ja saatavuus –osuuden kaltaista kokonaisuutta yhden kysymyksen ympärille muodostuneista vaihtoehtoista. Pohtimamme kysymys kuului: miksi suomalainen aikuinen ihminen jättää a) omahoidon b) terveyden huollon ammattilaisen suorittaman hoidon - joko vähälle huomiolle tai kokonaan pois normaalista elämänrytmistään? (Runko pohdiskeluun suunterveydentilan hoidon henkisten esteiden kartoittamiseen palvelukotihenkilökunnalle, omaisille ja asiakkaille itselleen)

Syitä miksi suomalainen aikuinen ihminen jättää

- a) omahoidon
- b) terveydenhuollon ammattilaisten suorittaman hoidon

joko “vähälle huomiolle” tai kokonaan pois normaalista elämänrytmistään voivat olla;

1. Toimivan suun merkitystä kokonaisyhyvinvoinnille ei ole joko ymmärretty tai sitä on alettu vähätellä.

- 1. Oireeton suu on saanut ao. henkilön jättämään suun hoitorutiinit ja säännölliset hammastarkastuksissa käynnit vähemmälle tai kokonaan pois

- a) aina siihen asti kunnes oireilu alkaa tai
- b) ...kunnes joku tai jokin saa taas palaamaan hyviin opittuihin rutiineihin. (hyvä, herättävä terveyskampanja tai henkilökohtaisesti saatu “terveystuokio” terveydenalan ammattilaisen kanssa tai kokon muu...)

3. Kipu – pelko

4. Taloudellinen tilanne

5. Terveystilan muutos esim:

- a) syöpähoidot – muuttavat suun koko tilannetta ja aiheuttavat voimakasta kipua suun limakalvoilla syödessä ja puhdistettaessa
- b) mielenterveyden järkkäminen esim. masennus – arkirutiinien hoidossa vaikeuksia ja omasta terveydestä ja ulkonäöstä huolehtiminen ei kiinnosta

Koska omasta suusta huolehtimatta jättäminen voi johtua niin monista eri seikoista (ja kaikkien ed. mainittujen syiden kombinaatioista) on sekä

- a) yksilön itsensä
- b) hänen läheistensä
- c) hänestä huolehtivan hoitohenkilökunnan
- d) hänestä huolehtivan terveydenhoitohenkilöstön

tarkistettava päivittäisiä rutiineita, löydettävä uusia hoitorutiinien suorittamistapoja jos vanhat ylitsepääsemättömän vaikeita ja vielä mielellään koitettava löytää uutta motivaatiota jopa intoa tähän kaikkeen.

Onko palvelukotiasukas käyttänyt suunhoidon palveluja milloin viimeiksi? Mikä on asukkaan henkilökohtainen tarkastusväli suuhygienistille ja mikä hammaslääkärille?

Käydessämme läpi listaa mahdollisista hoitoon hakeutumattomuuden syistä päädyimme siihen, että varmasti merkittävimmät ovat taloudelliset syyt, pelko (kipupelko, epävarmuus) ja/tai se, ettei ymmärretä asiaa merkitykselliseksi. Koska nämä syyt ohjaavat niin asiakkaiden itsensä kuin heidän omaistensa ja heitä hoitavan hoitohenkilöstönkin toimintaa, on syytä yrittää virittää mahdollisimman avointa ja uusia ratkaisuja löytävää keskustelua suunhoidon ympärillä. Päivitetty tieto siitä, mitä eri korjaavankin hoidon toimenpiteet pitävät sisällään ja mistä näitä palveluja lähimpää ja vaivattomammin voi hakea, ovat hyviä apuja näissä keskusteluissa. Suun ja hampaiden korjaavassa hoidossa on hyvin moni asia muuttunut ikäihmisten pitkän hammashoitohistorian aikana, kuten muun muassa se, että hammashoitohenkilökunta kertoo asiakkaalle toimenpiteiden aikana mitä milloinkin ollaan tekemässä. Toinen muuttunut seikka on kivunlievityksen kehittyminen ja käyttö viime vuosina.

Tietomäärän lisääntyminen hammashoidon toimenpiteistä luo asiakkaalle (ja myös palvelutalon henkilökunnalle) paremmat mahdollisuudet varautua niin henkisesti, fyysisesti, taloudellisesti kuin ajallisestikin niihin. Tässä auttaa myös se, että asiakas voi olla hammashoitohenkilökunnan mukana suunniteltaessa mm. hoidon eri vaihtoehtoja, materiaalivalintoja ja aikatauluja suun kokonaistilanteen kannalta mahdollisimman kustannustaloudellisesti ja asiakkaan kokonaisterveyden ja voimavarat huomioon ottaen. Halvin ja pikaisin apu korjattavassa tilanteessa saattaa tulla taloudellisesti kalleimmaksi ja paljon korjaavan hoidon käyntejä vaativaksi. Toisaalta ylimitoitettu kustannusratkaisukaan ei välttämättä ole se asiakkaan kokonaistilan huomioon ottaen paras.

2.3 HAMMASHOITOPALVELUIDEN SAATAVUUS

Tässä osuudessa halusimme tuoda esille valtiollisen ja kuntasektorin terveyspalveluja suunnittelevien elinten ikäihmisten suunterveyden hoitoa koskevat suunnitelmat. Niihin sisältyy suunterveyden merkitys kokonaisterveydelle sekä se, että väestön ikääntyminen muutakin kuin hampaattomana lisää tarvetta kehittää sekä ikäihmisten omahoidon perusedellytysten parantamista että korjaavan hoidon saatavuutta.

Lisäksi halusimme kartoittaa palvelutaloasukkaiden ikäluokalle vielä uuden hammashoitopalvelujen tarjoajan – kunnallisen hammashoidon - saatavuuden. Tärkeätä tässä osuudessa oli pitää mukana kunnallisen terveydenhuollon kuormittuneen tilanteen (jonot) johdosta myös yksityiset palveluntarjoajat – yksityiset hammaslääkärivastaanotot.

2.4 SUUNTERVEYDENHOIDON KUSTANNUKSET

Hoitotakuu, joka tuli voimaan 1.3.2005 ja joka edellyttää, että hoitoon pitää päästä vähintään kuuden kuukauden kuluessa hoidon tarpeen määrittämisestä (hoidontarpeen arviointiin on päästävä kolmen päivän kuluessa yhteydenotosta) ei lain voimaan tulemisen jälkeen aluksi toiminut, ja monelle huonosta taloudellisesta tilanteesta kärsivälle pitkään jatkunut jonotilanne merkitsi suurta inhimillistä kärsimystä ja hätäpäivystyksessä poistettuja hampaita. Jonotilanne on kuitenkin saatu korjattua (muun muassa tarjoamalla palveluseteleitä yksityisellä sektorilla suoritettavaan hoitoon). Kaikesta edellä mainitusta on tärkeää kertoa vanhusten palvelutaloissa asukkaiden lisäksi myös hoitohenkilökunnalle, sillä huonot uutiset missä asiassa tahansa ja varsinkin asioissa, joita jo muutenkin siirtää, pysyvät hengissä pitkään ja sitkeästi. ”Ei sinne kuitenkaan kannata soittaa kun ei siellä ole tarjota kuin eiota”.

Samassa yhteydessä on syytä mainita yksityissektorin hammashoitopalveluita käyttäville siitä, että asukkaiden ikäluokka kuuluu nykyään Kela –korvausten piiriin. Asiakkaalle jää kuitenkin aina oma osuutensa kustannuksista. Yksityissektorin palveluista Kela korvaa nykyisin noin 40–60 %, toimenpiteestä riippuen. Kunnallisen palvelun käyntimaksu on 7 euroa ja toimenpidemaksut erikseen keskimäärin 35 euroa käyntiä kohden.

Proteettisesta hoidosta ei Kela-korvausta anneta kuin sotaveteraaneille. Palvelutalon henkilökuntaa ja asukkaita tulee kuitenkin muistuttaa siitä, että kenenkään kokonaisterveys ei Suomessa saa vaarantua hoitamatta jätetyn suun takia, vaan jos taloudellinen tilanne on huono, on henkilökunnan syytä auttaa asukasta kaupungin sosiaaliviranomaisten kanssa asioimisessa suun kuntoon saattamisen kustannuksissa.

3 HANKKEEN TOTEUTUS VAIHEINEEN

Suun terveydenhuollon koulutusohjelman ryhmälle SD05K1 yhteistyöhanke tutkimusnäyttöön perustuvan tietopohjan rakentamisineen, koulutustilaisuuksineen ja raportoimisineen oli lopputyö kolmen ja puolen vuoden ammattikorkeakoulun oppilaitokselle.

Hankkeen työvaiheet sisältöineen olivat seuraavanlaiset:

Hankkeen suunnitteluvaihe piti sisällään seuraavat osiot: hml Hannaliisa Salmen ja Suun terveydenhuollon koulutusohjelman opettaja Marja Roosin välillä käydyt keskustelut hankkeesta osana Helsingin terveystieteiden tutkimuskeskuksen hammashuollon vanhainkotien ja palveluasumisen kehittämishanketta, hankkeen käynnistämistä käydyt keskustelut sosiaaliviraston vanhusten palvelujen vastuualueen kehittämiskonsultti Maarit Eriksonin ja Suun terveydenhuollon koulutusohjelman opettaja Marja Roosin kesken, sekä Suun terveydenhuollon koulutusohjelman SD05K1 ryhmän ja opettaja Marja Roosin opinnäytetyön ideoinnin ja vastuualueista sopimisen. Tuolloin hankkeesta tehtiin projektisuunnitelma ja laadittiin yhteistyösopimus. Kaikki yllämainittu tapahtui vuoden 2006 syksyllä.

Koulutuksen suunnitteluvaihe toteutettiin Suun terveydenhuollon koulutusohjelman lehtorin Marja Roosin ohjauksessa keväällä 2007. Suuhygienistiryhmä SD05K1 suunnitteli vastuuryhmittäin tutkimusnäyttöön perustuvan koulutustilaisuuksien opetusmateriaalin. Samalla suunniteltiin opetusmenetelmiä ja sitä miten

opetustilanteessa asioita voitaisiin havainnollistaa. Koulutustilaisuuksien ajoista ja paikoista sovittiin myös tuolloin. Vastuualueet mm. hammashoitotuote -ryhmä (joka keräsi maahantuojilta näytteitä nimenomaan kuivansuun- ja proteettisia ratkaisuja sisältävien suiden hammashoitotuotteista palvelutaloissa jaettaviksi), markkinointi – ryhmä (jonka vastuulla oli koulutustilaisuuksista informoivan julisteen toteutus), jne jaettiin myös samassa toteutuksen vaiheessa.

Koulutuksen toteutusvaihe ajoittui syksyyn 2007. Alkusyksystä suoritettiin vielä koulutustilaisuuksien laadun varmistaminen käymällä läpi vastuuryhmittäin esitettävän materiaalin sisällöt, menetelmät ja kokonaisuus. Jokainen vastuuryhmä hioi ensimmäiselle harjoituskerralle oman vastuualueensa esityskuntoon. Toinen harjoitus piti sisällään jokaisen kuuden vastuualueen ryhmän koko koulutustilaisuuden läpikäynnin, eli kuusi viimeisteltyä esitystä. Jokaista opiskelijatiimiä kohden tuli noin 2-3 tilaisuutta ja ryhmät hoitivat itse tiedottamisen vastuupalvelukoteihinsa. Tärkein toteutuksen vaihe oli Palvelutalojen hoitohenkilöstöjen ja asukkaiden koulutustilaisuudet syys- lokakuussa 2007.

Hankkeen arviointivaihe on meneillään näin opintojemme viimeisenä keväänä. Arviointivaihe tulee sisältämään tämän hankkeesta raportoinnin vastuuryhmittäin, hankkeen yhteisarvioinnin ja hankkeen julkistamisen kehittämisareenana pääkaupunkiseudun vanhustyöntekijöille.

Ryhmämme palvelukotihenkilökunnan ja asukkaiden koulutustilaisuudet pidettiin Helsingissä 24.10.2007 Kinaporin palvelutalolla ja 5.11.2007 Myllypuron palvelutalolla.

Koulutustilaisuus Kinaporin palvelutalolla oli palvelutalon johtajattaren hyvin organisoima henkilökunnan koulutustilaisuus. Asukkaat olivat samanaikaisesti palvelutalolla järjestetyssä juhlatilaisuudessa ja saimme suurimman osan hoitohenkilöstöstä huomion. Henkilökunta oli kiinnostunutta ja molemminpuolinen tunne siitä, että tilaisuuden aikana koettiin ”ahaa-elämyksiä” ja saatiin uutta motivaatiota asukkaiden päivittäiseen suun hoitoon, oli palkitseva kokemus meille kouluttajille.

Koulutustilaisuus Myllypuron palvelutalolla oli enemmänkin ”täyteohjelmaa” asukkaille ennen kahvia ja kahvittelun aikana. Henkilökunta oli paikalla hetkittäin, johtajatarkin kai jonkin aikaa. Tilaisuus tuntui olevan asukkaille sitäkin tärkeämpi. Myös muutama koko tilaisuuden ajan paikalla ollut hoitohenkilökunnan edustaja esitti rakentavia kysymyksiä, jotka kohdensivat suunterveyden tietopakettimme koskemaan heidän yksikkönsä asukkaiden suunterveystilannetta ja puhdistusrutiineja

4 ARVIOINTI JA POHDINTA

Hanke oli tutkintoansa suorittavalle, SD05K1 suuhygienistiryhmälle hyvä tilaisuus oppia suun terveydenhoitotyön asiantuntijuutta ja pedagogisia toimintakäytänteitä yhteistyössä työelämän ja suun terveydenhuollon koulutusohjelman opettajien kanssa. Tutkinnon suorittuaan suuhygienistiksi opiskelleilla suunhoidon ammattilaisilla on

vanhusten suunhoidon kehittämisessä hyvään lopputulokseen päästäkseen edessään nimenomaan moniammatillinen yhteistyö

Koulutustilaisuuksien onnistumisien kannalta tärkeä vaihe oli se, jossa jokainen ryhmä ”koe-esitti” kaikista eri ryhmien aihekokonaisuuksista yhteen liitetyn koulutuspaketin. Toisten ryhmien esitysten seuraaminen, omat lisämuistiinpanot muiden tarkentamista kokonaisuuksista, kielikuvista ja ilmaisusta lisäsivät koko ajan omaa tietopohjaa. Keskustelut koko ryhmän ja opettajan kesken auttoivat vielä kokonaisuuden haltuun saamisessa ja sisällön ja merkitysten painottumisten muodostumisessa.

Kaiken kaikkiaan projekti oli meille, sitä toteuttamassa olleille suunhoidon tuleville ammattilaisille, loistava kokonaisuus oppia ja soveltaa koulutuksen aikana oppimaamme tiedollista ja käytännön mukanaan tuomaa tietotaitoa käytännössä koskien kaikkia Palvelukotiasukkaan hyvän suunhoidon osa-alueita. Koulutustilaisuudet olivat hoitohenkilökunnalle ja asukkaille jo olemassa olevien tietojen ja taitojen kertausta, tarkentamista ja uudistamista. Tilaisuuksien yleishenki oli hyvin keskusteleva ja varmasti kaikille osapuolille uusien kehittämisideoiden synnylle hyvät pohjat luova.

LÄHTEET

Voutilainen, Päivi, Stakes, Vastaukset valtioneuvoston kansainvälisten kysymyksiin I vanhustenhuolto II Hoitotakuu, Vanhuspolitiikan tavoitteet, 24.5.2006.

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on Palvelutalon asukkaan hyvä suunhoito, josta tämä työ muodostaa yhden osa-alueen. Työ laadittiin koko opiskelijaryhmän yhteisenä toiminnallisena opinnäytetyönä. Työhön sisältyy sekä teoreettinen tietopuolinen osuus että toiminnallinen käytännön osuus. Työn toiminnallinen osuus muodostui opetuskäynneistä kolmessatoista Helsingin kaupungin palvelutalossa, joissa kävimme pienryhmissä kouluttamassa henkilökuntaa asukkaiden suun terveydenhoidossa pitämällä luentomuotoisia terveydenedistämistilaisuuksia syksyllä 2007. Vaikka koulutukset oli pääasiassa suunnatut henkilökunnalle, myös asukkaat olivat tervetulleita osallistumaan. Hanke on osa Helsingin kaupungin terveystieteiden hammashuollon ja Vanhainkotien ja palveluasumisen asiakkaiden hammashoidon kehittämishanketta. Sen yhteistyökumppaneina toimivat Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia ja Helsingin sosiaaliviraston Vanhusten palveluiden vastuualueen yksikkö. Hankkeen tavoitteena on kehittää ja yhdenmukaistaa Helsingin kaupungin palvelutaloissa ja ryhmäkodeissa olevien asukkaiden suun terveydenhoitokäytänteitä lisäämällä hoitohenkilöstön valmiuksia motivoida ja kannustaa asukkaita päivittäisessä suunhoidossa. Tavoitteena on myös aktivoida asukkaita oman suunsa terveyden hoitoon. Päivittäisellä suunhoidolla ja säännöllisellä hammashoidolla pyritään edistämään asukkaiden hyvää oloa ja kohentamaan heidän toimintakykyään.

Tämä pienryhmämme työ on nimeltään Hammashoitopalveluiden sisältö ja saatavuus. Hammashoitopalveluiden sisältö -osuudessa käsitellään keitä ovat hammashoidon tarjoava henkilökunta ja mitä eri toimenpiteitä hammashoidossa voidaan tehdä. Hammashoitopalveluiden saatavuus -osuudessa puolestaan käydään läpi julkisen ja yksityisen hammashuollon toimipaikkoja, joista hammashoitopalveluita voi hakea sekä sitä, kenelle nämä palvelut on tarkoitettu, ja mitä taloudellisia helpotuksia hammashoitopalveluiden käyttäjän on mahdollista hakea.

2 HAMMASHOITOPALVELUIDEN SISÄLTÖ

2.1 Hampaan paikkaushoito

Karies (hampaiden reikiintyminen) on mikrobisairaus, jonka syntyyn vaikuttavat monet tekijät. Ensisijaisia tekijöitä ovat ravinto, suun mikrobiston koostumus, hampaiden vastustuskyky sekä erittyvän syljen määrä ja laatu. Ensisijaisesti reikiintymistä voidaan kuitenkin sanoa ihmisen elämäntavoista johtuvaksi krooniseksi sairaudeksi, jonka esiintyvyyteen ihminen itse omilla valinnoillaan vaikuttaa. Yksinkertaistettuna tämä tarkoittaa sitä, että suun bakteerien saadessa ravintoa, syntyy maitohappoa, joka aiheuttaa demineralisaation ja altistaa hampaan kariekselle. (Tenovuo 2003:372.)

Hammaslääketieteen Suomessa keskeisimmässä kirjassa *Therapia Odontologicassa* (käytämme jatkossa teoksesta lyhennettä TO) todetaan johdanto-osuudessa, että ”karies on yleinen ongelma aikuisilla ja hampaallisilla vanhuksilla”. Mahdollisiksi syiksi TO mainitsee seuraavat seikat:

- Aikuisväestöön kohdistettu kariesprofylaksi on huomattavasti niukempaa kuin lapsiin ja nuoriin kohdistettu
- Kariesdiagnostiikassa kausaaliteetti jää usein selvittämättä, minkä vuoksi profylaksiaa, jos sitä ylipäätään annetaan, ei osata suunnata oikein
- Proteettisen hoidon kalleus johtaa korjaavassa hoidossa kompromisseihin, jotka lyhentävät hampaan elinikää
- Hampaiden säilyminen aiempaa kauemmin altistaa ne pidempään parodontaalisairauksille ja kariekselle. Parodontiitin prevalenssin kasvaessa juurikarieksen esiintyminen lisääntyy
- Hyposalivaatiopotilaiden yleistyminen väestön ikääntyessä
- Paikkamateriaalinen subjektiivinen tai objektiivinen sopimattomuus: uusintapaikkaus useimmiten heikentää hammasta (Tenovuo 2003:369.)

Voidakseen ymmärtää jatkuvan suunterveystottumusten tarkistamisen merkityksen, suun päivittäiseen puhdistamiseen liittyvien tiedollisten ja taidollisten tottumusten tarkistamisen merkityksen ja säännöllisten suun terveystarkastusten ja mahdollisimman aikaisessa vaiheessa suoritettujen korjaavien hoidon merkityksen on edellä luetellut ”aikuisten ja hampaallisten vanhusten kariuksen yleisyyden syyt” syytä purkaa tarkemmin. (Tenovuo 2003:369.)

Aikuisväestöön kohdistettu kariesprofylaksi on huomattavasti niukempaa kuin lapsiin ja nuoriin kohdistettu

Kariesprofylaksi eli reikiintymisen ennaltaehkäisy voi olla joko potilaiden omien suunhoitotottumusten parantamista tai yksittäisen hampaan vastustuskyvyn parantamista, kuten esimerkiksi kiilteen vahvistamista lisäfluorilla. Aikuisväestö ei ole saanut samassa määrin ennaltaehkäisevää hoitoa – ei säännöllisinä hampaiden fluorauksina, kariesriskihampaiden pinnoituksina eikä suunhoidon opetuksena – lapsena eikä aikuisina, kuin nuoremmat ikäpolvet. (Luentomuistiinpanot 2005.)

Kansanterveyslaki 1972 velvoitti kuntia järjestämään alueillaan ilmaisen hammashoidon lisäksi suunterveyden ennaltaehkäisevää hoitoa koululaisille. Terveys 2000–tutkimuksen tuloksia pohdittaessa todettiin, että 1970–luvulla lapsille ja nuorille annettu järjestelmällinen ehkäisevä hoito pinnoituksineen ja fluorikäsittelyineen on auttanut kyseisen ikäluokan ja sitä nuorempien suuntilannetta. Säännölliset hampaiden fluoraukset ja vuosittain suoritettu hampaiden pesun opetus ja pesutuloksen tarkastus (plakkivärjäys) nostivat Suomen lyhyessä ajassa maailman johtavaksi maaksi lasten ja nuorten suunterveyttä mittaavissa tilastoissa. (Luentomuistiinpanot 2005.)

Päivittäiseen suunhygienianhoitoon kuuluvat toimet, hampaiden harjaus ja hammasvälien ja ienrajan puhdistus sekä mahdollisten hammasproteesien päivittäinen puhdistus ovat kuten muutkin rutiinina suoritettavat toimet alttiita muuttua liian arkipäiväisiksi ja karsiutua, sekä pitkän ajan kuluessa jäädä muodolliseksi ja tehottomiksi. Huomaamatta hampaiden puhdistuksesta tulee asiaan paneutumatta tehty pelkkä hammasharjan ”kuljettelu” purupinnoilla. Yllättävän moni aikuinen ei muista tai ole kuullut, että vertavuotavat ikenet ovat merkki ientulehduksesta, ja että tuolloin on syytä lisätä puhdistuskertoja, samoin kuin että vain paremmalla suuhygienialla voidaan välttää tulehduksen eteneminen. Suomessa hampaiden puhdistustottumuksia on tutkittu säännöllisesti 1-2 vuoden välein jo vuodesta 1978. Kaikissa näissä tutkimuksissa on kuitenkin kysytty vain harjauskertojen määrää. ”Suun puhdistumisen onnistumista ei voi selvittää kyselytutkimuksin, vaan sen tulos puhdas suu ja puhtaat hampaat on todettava kliinisesti.” (Vehkalahti 2004:41)

2.2 Mahdollisia tilannetta parantavia toimenpiteitä

- Yleisellä tasolla (joukkotiedotusvälineet, informaatiotilaisuudet...) suoritettava suunhoidon opetus

- Yksilöllinen, kunkin oman suuntilanteen ja suunhoitoa rajoittavien tekijöiden huomioon ottava opetus

Kariesdiagnostiikassa kausaliteetti jää usein selvittämättä, minkä vuoksi profylaksiaa, jos sitä ylipäätään annetaan, ei osata suunnata oikein

”Kariologisen hoidon pääperiaate on terveyden ylläpito, mikä edellyttää kokonaiskäsityksen saamista jokaisesta ns. kokonaihoidossa olevasta potilaasta”. (Tenovuo 2003:386.)

Voidakseen muodostaa kokonaiskäsityksen tilanteesta on hammaslääkärin kartoitettava mm. potilaan suun terveyden arvostus, asenteet ja kotihoitotottumukset. Hänen on myös sekä anamnestisin että diagnostisin keinoin pystyttävä arvioimaan potilaan kariesalttius. Toisena kariologisen hoidon pääperiaatteena Therapia Odontologica mainitsee ns. kausaalisen kariesterapian eli syihin kohdistuvan hoidon. (Tenovuo 2003:386.)

”Tämä edellyttää hammaslääkäriltä taudin syiden hallitsemista ja niiden tunnistamista yksilötasolla, koska vasta syyn tai syiden löydyttyä on niiden poistaminen ja paikkauskierteen katkaiseminen mahdollista. (Tenovuo 2003:386.)

On selvittävä, onko paikattavan karieslesion aiheuttanut suun puhdistuksenpuutteeseen liittyvät seikat, vähentyneen syljenerityksen aiheuttama pienentynyt mineralisaatio tai jokin muu seikka, eli tarvitseeko potilas tehostettua suunpuhdistuksen opetusta, syljenerityslisäviä tuotteita vai jotakin muuta suun bakteeritasapainoon vaikuttavaa tai hampaiden vastustuskykyyn liittyvää toimenpidettä. Samoin on kysyttävä potilaalta nauttiiko potilas paljon makeita virvoitusjuomia, juoko hän päivässä useita kuppeja kahvia. Suun oman vastustuskyvyn parantaminen on ehdoton edellytys reikiintymisen pysäyttämiseksi. Paikkaushoito on aina vain korjaushoitoa, siinä ei puututa sairauden syyhyn. Reikiintymistä aiheuttavaa bakteeria ei voida poistaa, mutta sen määrää voidaan laskea patogeenisen tason alittavaksi ja suun omaa vastustuskykyä (remineralisaatio, syljen huuhteleva vaikutus) voidaan koettaa parantaa. (Tenovuo 2003:377.)

Proteettisen hoidon kalleus johtaa korjaavassa hoidossa kompromisseihin, jotka lyhentävät hampaan elinikää.

Paikkaushoidon tarpeesta kirjoitettaessa proteettiset hoidot ovat aina osaproteeseja tai siltaratkaisuja. Purennallisista tai esteettisistä syistä proteettisiin vaihtoehtoihin päädyttäessä on otettava huomioon monia seikkoja. Tärkeintä on yrittää päästä ratkaisuun, jolla voidaan taata mahdollisimman pitkäikäinen ratkaisu. Muita päätökseen vaikuttavia tekijöitä ovat mahdolliset komplikaatiot ja ylläpito-hoidon onnistumiseen vaikuttavien seikkojen huomioon ottaminen. Vajaan hampaiston hoidossa implanttikantoista ratkaisua lukuun ottamatta kaikki muut ratkaisut ovat riski suussa oleville omille hampaille. (Hujanen 2003:626.)

”Vaikka kiinteät proteettiset hoidot ovat usein suositeltavampia, ovat irrotettavat hammasproteesit edelleen edullisuutensa vuoksi yleisin hoitomuoto korvattaessa hammaspuutoksia. Koska erityisesti osaproteesin käyttö lisää hampaiden reikiintymisen ja kiinnityskudossairauksien riskiä, vaatii niiden käyttö aina huolellista kotihoitoa.” (Nordblad ym. 2004:114)

Osaproteesien pinteet vaativat tukihampaiden ehdottoman hyvää puhdistusta. Siltaratkaisuisissa tyngäksi hiottujen ja kruunutettujen hampaiden hammaskaulojen karioituminen olisi pystyttävä ehdottomasti estämään, sekin hyvällä kotihoidolla ja säännöllisillä tarkastuksilla sekä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa hoidetuilla paikkauksilla tukihampaan vitaliteetin säilyttämiseksi. Ennen kaikkea *inlayksi* kutsutut, laboratoriossa valmistettavat täytteet voisivat parantaa varsinkin kovalla purentarasituksella olevien takahampaiden ennustetta. Halvempia, esim. muovisia ratkaisuja käytettäessä menetetään aina paikkaa uusittaessa omaa hammasta. (Hujanen 2003:626.)

Hampaiden säilyminen aiempaa kauemmin altistaa ne pidempään parodontalisairauksille ja kariekselle. Parodontiitin prevalenssin kasvaessa juurikarieksen esiintyminen lisääntyy.

Hampaattomuus vanhuuteen lähes väistämättömästi kuuluvana osana on väistymässä. Terveys 2000 – Suomalaisen aikuisten suunterveys – tutkimuksessa hampaattomaksi katsottiin tutkittu, jolla ei ollut kliinisesti havaittuja hampaita tai hammasjuuria. Heitä

oli tuolloin tutkituista 15 %. Työikäisistä (30–64 –vuotiaista) 6 % oli menettänyt kaikki hampaansa, eläkeikäisistä 44 %. (Suominen-Taipale ym. 2004:72.)

”Hampaattomat eivät koe hoidon tarvetta eivätkä he käy juuri koskaan hammaslääkärillä, vaikka suunterveys olisi huono. Suurempi määrä hampaita merkitsee suurempaa todennäköisyyttä sairastua erilaisiin hammassairauksiin ja hakeutumista hammashoitoon, mikä asettaa lisävaatimuksia palvelujärjestelmälle.” (Suominen-Taipale ym. 2004:72.)

Hampaiden pitkä ikä altistaa ne kulumisen sekä tapaturmien lisäksi myös elämäntilanteiden mukaan tuomille päivittäisten puhdistusrutiinien notkahduksille. Pitkän elämän aikana hyvänäkin rutiinina oleva päivittäinen puhdistus saattaa olla tuloksellisuudessaan laskenut niin huonolle tasolle, että säännöllinenkään hammaslääkärissä käynti ja siellä suoritettu korjaava hoito eivät pelasta hampaiden menetykseltä etenevän kiinnityskudossairauden (parodontiitti) tuhotessa hampaiden kiinnityskudoksia. (Luentomuistiinpanot 2005.)

Iän myötä paikkaushoito on muuttunut lapsille ja nuorille suoritettavasta purupintojen paikkauksesta ienrajojen ja approksimaaliväljen kariuksen hoitoon. Kyseiset paikat ovat niitä, joilta plakki jää helpoiten puhdistamatta. Purupinnat ovat jo usein paikattuja ja hampaan morfologiset muodot kuluneet niin, että retentiokohtia ei jää. Puhdistus tehdään ns. rutiininomaisessa harjauksessa vain purupinnoille. Kiinnityskudossairauden edetessä hampaan kaulaa (kiilteetöntä osaa) jää yhä enemmän esille. Koska kiille ei suojaa hampaan kaulaa, ne ovat tavallista alttiimpia karioitumaan. (Luentomuistiinpanot 2005.)

2.3 Hyposalivaatiopotilaiden yleistymisen väestön ikääntyessä.

Hyposalivaatio eli syljen väheneminen näkyy nopeana hampaiden karioitumisena ja suun mikrobimäärien moninkertaistumisena. Syljen mukanaan tuomat kaliumvarastot eivät ole mukana remineralisaatiovaiheessa. Hampaan menettäessä ruokailun jälkeisessä happohyökkäyksessä mineraaleja sylkeä onkin vähemmän tuomassa korvaavia ainesosia. Alkaa reikiintyminen. Ikääntyneellä väestöllä yleinen suun kuivuus ei ole seurausta ikääntymisestä sinänsä, vaan iän myötä kasvavasta lääkkeiden käytöstä.

Merkittävimpiä lääkkeitä yleisyytensä vuoksi tässä hyposalivaation lisääntymisessä ovat verenpainelääkkeet ja psyykenlääkkeet. (Vehkalahti 2003:721.)

”Tutkimusten mukaan noin joka neljännen eläkeikäisen syljeneritys on viitearvoja pienempi. Heillä erittyy sylkeä stimuloituna vähemmän kuin 1 ml/min ja stimuloimattomana (leposylki) vähemmän kuin 0,1 ml/min. Suunterveyden kannalta ongelmallisinta on leposyljen vähäisyys. Tätä havaittiin lähes joka toisella Helsingin vanhustutkimukseen osallistuneista, keskimäärin 80 vuoden ikäisistä” (Vehkalahti 2003:721).

2.4 Paikkamateriaalinen subjektiivinen tai objektiivinen sopimattomuus

Paikkamateriaalin valinta on tarkka kestävyuden, esteettisiä arvoja huomioiva taloudellisten rajoitteita huomioonottava ja kokonaisuutta ajatteleva ratkaisu, johon potilas ja hammaslääkäri yhdessä päätyvät. Koska kullekin hampaalle ja hampaan pinnalle on sen mukaan, kuinka paljon se on purentarasitukselle alttiina, olemassa suositusmateriaali (objektiivisesti paras vaihtoehto), on myös kyseiseen hampaan/hampaiston kohtaan sopimattomia paikkamateriaaliratkaisuja. Suuri, lähes koko hampaan kokoinen amalgaamipaikka molaarialueella halutaan vaihtaa kultaan, mutta kulta on taloudellisesti kertakorvauksena suuri kustannus – ja näin päädytään muovimateriaaliin. Tällä tavoin on potilaan subjektiivinen toive ratkaissut vanhasta amalgaamipaikasta luopumisen. Joskus amalgaamispaikasta luopumiseen on myös terveydellinen syy, esimerkiksi allergia. (Kerosuo 2003:398.)

Uusintapaikkauksen yhteydessä kaviteettia porattaessa tulee hammaslääkäri vanhan paikkamateriaalin ja mahdollisen karioituneen hammasaineksen poiston yhteydessä aina poistaneeksi myös hammasta – eli jokaisen paikanvaihdon yhteydessä hammas heikkenee. Kaikki edellä mainitut syyt edesauttavat sitä, että vanhenevalla väestöosallamme on paljon hoidettavaa kariesta. Mahdollisimman aikaisen ja hyvän korjaavan hoidon lisäksi kaikki mahdollinen ennaltaehkäisevä niin omahoidon tehostamiseen kuin esim. hammaskiven poisto ovat toimia, joilla karioitumista voidaan vähentää. (Luentomuistiinpanot 2005.)

2.5 Korjaavan karieshoidon vaiheet

2.5.1 Diagnostiikka ja hoitopäätöksen teko

Hammaslääkäri tekee aluksi kariologisen tutkimuksen näköhavaintoon perustuen (inspektio) käyttäen apunaan sondia eli koetinta. Kuituvaloa apunaan käyttäen hammaslääkäri tutkii hampaiden approksimaalivälit ja vaaleiden muovitäytteidien reunat alueet. Lopuksi vielä on syytä tehdä röntgentutkimus ja varmistaa että hampaissa jo olevien paikkojen alle ei ole tullut kariesta. Näitä kolmea tutkimustapaa käyttäen lääkäri diagnosoi kariesen. (Kerosuo 2003:389.)

2.5.2 Kariesen poisto tai pysäyttäminen

Alkava karies tai pysähtynyt karies saattavat näkyä hampaan pinnalla valkeana juovana ("liitukaries"), tai mustana pisteenä. Suun olosuhteiden muuttuessa voi karies pysähtyä tai se voidaan alkuvaiheessa pysäyttää voimakkaalla fluoriannoksella. Korjaavaan hoitoon päädytään yleensä, jos jokin seuraavista yleisistä kriteereistä täyttyy: hammas oireilee, edellytykset pysäytyskariesille puuttuvat, pysäytysyritys on epäonnistunut tai esteettiset syyt. Approksimaalikariesen ollessa kyseessä korjaavaan hoitoon päädytään, jos kavitaatio tuntuu sondilla tai leesio dentiinissä näkyy röntgenissä, ja okklusaalikariesen kohdalla, jos dentiini on paljastunut tai epäillä kyseessä olevan dentiinikariesen, tai jos se, että karies on edennyt dentiiniin näkyy röntgenkuvissa. (Kerosuo 2003:391.)

2.5.3 Puudutus

Tavallisimmin hammashoitotoimenpiteet tehdään *infiltraatio*- (puudute ruiskutetaan toimenpidealueelle) tai *johtopuudutuksessa*. Puudutusaineina käytetään yleisimmin lidokaiinia, prilokaiinia ja artikaiinia, jotka ovat amidipuudutteita. Puudutteen vaikutus alkaa nopeasti, muutamassa minuutissa, ja niiden kesto vaihtelee noin tunnista kahteen. Vaikutuksen kesto voidaan pidentää lisäämällä puudutusaineeseen adrenaliini (huomioitava anamnestiset tiedot – poikkeavuudet sydämentoiminnassa yms.). Pintapuudutusta voidaan käyttää vähentämään neulan pistämisestä aiheutuvaa kipua. Neulanpiston ja injektio kivun lisäksi pintapuudutteet vähentävät operatiivisten

toimenpiteiden sekä pinnallisten limakalvoleesioiden aiheuttamaa kipua. (Suuronen ym. 2003:341.)

2.5.4 Kaviteetin tekeminen

Kaikki karioitunut aines poistetaan hampaasta sekä *turbiiniporalla* (nopeakierroksinen) että *ruusuporalla* (hitaampikierroksinen) ja mahdollisesti vielä käsi-instrumentilla (mm. terävä ekskavaattori) viimeistellen. Nykyisin voidaan kaikki edellä mainittu tehdä myös *laserporalla* jonka erbiumlasersäde absorboituu erityisen hyvin tervettä hammasta nestepitoisempaan karioituneeseen hammasluuhun poistaen siten lähes selektiivisen tarkasti hampaasta bakteerien vaurioittaman kovakudoksen. (Kerosuo 2003:393.)

2.5.5 Täyttemateriaalin valinta

Käytetyimmät paikkausmateriaalit hammashoidossa ovat *amalgami* ja *yhdistelmämuovit*. Amalgamia käytetään, koska se on kestävä paikkausmateriaali, ja yhdistelmämuovia taas siksi, että se valkoisen värinsä vuoksi ei erotu suusta paikkana, ja näin miellyttää potilasta esteettisesti enemmän. *Kulta* on myös paikkauksessa käytetty kestävä materiaali. On hyvä muistaa, että vaikka paikan voi uusida sen lohjettua tai sauman alettua vuotaa, menettää hammas jokaisen paikan uusimiskerran yhteydessä lujuuttaan ja useissa tapauksissa menetettyä täytettä ei pystytä korvaamaan uudelleen samalla materiaalilla, koska joudutaan tekemään suurempia konstruktioita (esim. tukinastat) tai juurihoitamaan hammas. Pahimmassa tapauksessa koko hammas menetetään. On siis erittäin tärkeää valita paikattavan hampaan purentarasisituksesta, näkyvyydestä ja suun kokonaistilanteesta riippuen oikea paikkamateriaali ja osattava perustella potilaalle kertakustannuksena mahdollisesti kalliimmän vaihtoehdon valinta, jos se kokonaisuhoiton kannalta on järkevämpää. (Kerosuo 2003:398.)

2.5.6 Kaviteetin täyttö

Kaviteettia täytettäessä joudutaan paikattavasta hampaasta ja paikattavasta hampaankohdasta riippuen laittamaan hampaan ympärille kiristettävä metallinen matriisi tai muovinen matriisinauha. Matriisin asettaminen saattaa ärsyttää ientä ja tuntua potilaasta sen verran kivuliaalta, että vaikka paikattava hammas olisi

juurihoidettu eikä tarvitsi muuten paikkaushoidon ajaksi puudutusta, puudutus on aiheellinen. Kun hammas on matriisin asennuksen jälkeen puhdistettu ja kuivattu, se täytetään amalgaamilla, tai käytettäessä täytteenä yhdistelmämuovia, käsitellään etsaushapolla paikkamateriaalin kiinnittymisen takaamiseksi. Tämän jälkeen hammas huuhdellaan vedellä ja puhalletaan kuivaksi, minkä jälkeen kaviteetti käsitellään liimamateriaalilla, kuivataan jälleen ja täytetään yhdistelmämuovilla. Muovipaikan ollessa kyseessä täyte muotoillaan, ja kovetetaan sen jälkeen valokovettajalla. Amalgaamipaikan asettamisen jälkeen potilaan on oltava ruokailematta vähintään 2 tuntia, jotta paikka ehtii kovettua. (Luentomuistiinpanot 2005.)

2.5.7 Täytteen viimeistely

Kun paikkamateriaali on kovettunut, täyte hiotaan purennan mukaiseksi ja retentiovapaaksi. Amalgaamipaikan ollessa kyseessä viimeistely voidaan tehdä vasta seuraavalla hoitokerralla, kun täyte on kovettunut. Muovipaikka voidaan viimeistellä samalla hoitokerralla, sillä se on kovetettu välittömästi uv-valolla. Lopuksi paikka kiillotetaan sileäksi kumikupilla. (Luentomuistiinpanot 2005.)

2.6 Protetiikka

Suomessa vanhimmissa ikäryhmissä hampaattomien osuus alkoi vähetä 1980-luvun lopulla mutta vähenemisvauhti on ollut melko hidasta. Merkittävä tavoite suomalaisen suunterveyden kannalta on hampaiden säilyttäminen, koska kaikilla tulisi olla toimiva hampaisto. Hampaiden menettämistä seuraavat psykososiaaliset, ravitsemukselliset tai puheen tuottamiseen liittyvät ongelmat sekä leukojen ja kasvojen kiputilat huonontavat elämänlaatua. Maailman terveysjärjestö (WHO) laati vuonna 1982 yhdessä Federation Dentaire Internationalen (FDI) kanssa suun terveyteen liittyviä tavoitteita vuodelle 2000. Maailmanlaajuinen tavoite oli mm. 50 % yli 65-vuotiaista olisi vähintään 20 toimivaa hammasta. Ikäryhmässä 65 ja enemmän oli keskimäärin 15,4 hammasta Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneilla. (Nordblad ym. 2004:72.)

Suomessa toteutetuissa kahdessa kansainvälisessä mittakaavassakin varsin huomattavassa suunterveyttä koskevassa tutkimuksessa Mini-Suomi – tutkimus 1978–80 ja Terveys 2000 – Suomalaisen aikuisten suunterveys saatujen tulosten pohjalta

voidaan sanoa, että irrotettavat hammasproteesit ovat yhä yleisiä. Hampaattomuus on toki vähentynyt, mutta on vielä kansainvälisesti verrattuna varsin yleistä. Keväällä 2005 miehistä 25 %:lla ja naisista 36 %:lla ei ollut lainkaan omia hampaita. (Sulander ym. 2006:13.)

Purentaa kuntoutettaessa hammasproteettisin keinoin se tulee toteuttaa toiminnalliset ja ulkonäölliset seikat huomioiden. Eri hoitovaihtoehtoja pohdittaessa on arvioitava niiden ennusteeseen vaikuttavat tekijät, mahdolliset komplikaatiot ja ylläpitohoito. (Raustia 2003:668.)

Suun tilanteen ja yksittäisen proteettisen ratkaisun kokonaisennuste, mahdolliset komplikaatiot ja ylläpitohoito ovat kaikki siis asioita, joita hammaslääkärin tulee ottaa huomioon alettaessa suunnitella korvaavia ratkaisuja menetettyjen hampaiden tilalle. Yhdenkin hampaan menetys on aina koko suun purentaan vaikuttava tekijä. Toisaalta tulehduspesäkkeenä koko kehoa rasittava hammas on aina syytä poistaa, jos tulehdustilannetta ei enää voida parantaa. (Luentomuistiinpanot 2006.)

Hampaan poisto oli yleinen hoitotoimenpide Suomessa vielä 1980-luvulla. Syynä tähän ovat aikaisempi vähäinen hammaslääkäreiden määrä erityisesti syrjäseuduilla ja sen myötä hoitokäytännöt, joihin vaikuttavat myös nykyaikaisten vaihtoehtojen puute sekä potilaiden arvostukset ja asenteet”. (Suominen-Taipale ym. 2004:72.)

Niin kutsuttuja pysyviä hampaita aikuisella on normaalisti 28 (32 jos viisaudenhampaat). Inkisiivit ja kulmahampaat (yht.14 hammasta) ovat näkyvät ja niin kutsutusti ”haukkaavat hampaat”. Kulmahampaiden jälkeen suussa on jokaisessa neljänneksessä kaksi premolaaria eli pienemmät ruuan hienonnushampaat (yhteensä 8 kpl), ja molaarit eli suuremmat hienonnushampaat (yhteensä 8 kpl). WHO on määritellyt, että vähintään 20 toimivaa hammasta on riittävä määrä tyydyttämään toiminnalliset, ravitsemukselliset ja esteettiset tarpeet ilman proteettisia korvaushoitoja. Näiden 10 vastapurijoina olevien parien pitäisi voida olla yhtenäisessä hammaskaassa. Iän myötä hampaat työntyvät takaa eteenpäin ja parhaimmillaan täyttävät poistetun hampaan kohdalle jääneen aukon. Purentamuutokset tässä hampaiden siirtymistilanteessa voivat aiheuttaa koviakin kiputiloja ja saattaa jotkin hampaista liian kovalle purentarasitukselle ja johtaa uusiin hampaanmenetyksiin, joten proteettisiin ratkaisuihin päädytään useasti, vaikka potilaalla olisi vielä WHO:n suosittamat 20

toimivaa hammasta. Suurimmalle osalle potilaista esteettisyys on hoidon tärkein päämäärä. (Suominen-Taipale ym. 2004:71.)

2.6.1 Hampaattoman suun protetiikka

Kokoprotetiikalla tarkoitetaan kokonaan hampaattoman suun protetiikkaa, jolloin koko luonnonhampaisto ja menetettyjen hampaita ympäröivien kudosten korvaamista keinotekoisella irtoproteesilla. Päätaivoite potilaan kokoproteettisessa hoidossa on toiminnan, ulkonäön ja ilmehtimiskyvyn palauttaminen, toisin sanoen sen, että voi puhua selvästi ja tuntee olonsa suun ja kasvojen osalta turvalliseksi. Kaikki hampaansa menettäneistä ihmisistä suurin osa adaptoituu hyvin pian uuteen tilanteeseensa, kun taas osa vierastaa hampaatonta olotilaansa eikä toisaalta hyväksy myöskään kokoproteesin mukanaan tuomia toiminnallisia rajoituksia. ”*Pahimmassa tapauksessa hampaattomuus voi invalidisoida ihmisen muuttamalla hänen sosiaalista käyttäytymistään ja jopa eristää hänet lähes täysin ulkomaailmasta.*” (Virtanen 2003:635.)

Hampaiden hoitohenkilöstön samoin kuin vanhusta hoitavan muun hoitohenkilöstön on kannustettava vanhusta proteesin pitämisessä ja seurattava tarkoin jos potilas ei sopeudu proteesiinsa. Hän saattaa alkaa ulkonäöllisistä tai puheen epäselvyydestä johtuvista syistä vältellä sosiaalisia tilanteita. Yksinäisyyden lisääntyessä voi ilmetä ruokahaluttomuutta ja tästä voi muodostua kierre, joka johtaa syvään masennukseen ja aliravitsemustilaan sekä kunnon heikkenemisen myötä vakaviinkin terveyden muutoksiin ja potilaan lääkemäärien lisäyksien myötä uusiin terveydellisiin muutoksiin. (Hujanen 2003:623.)

Suomessa toisin kuin esim. Ruotsissa protetiikka ei kuulu korvattavan hoidon piiriin. Sotainvalidit muodostavat tästä poikkeuksen. Jos kokoproteesin hankinta katsotaan hammaslääketieteellisistä syistä välttämättömäksi eikä potilaalla ole taloudellisista syistä mahdollisuuksia itse hankkia proteesia, tulee hänen hakea siihen avustusta asuinkuntansa sosiaalitoimelta. (Luentomuistiinpanot 2006).

Implanttikantoiisiin koko leuan ratkaisuihin päätyvät hampaattomat henkilöt, joille on aiheutunut merkittäviä hankaluuksia kokoproteesin huonosta pysyvyydestä tai pureskeluvaiveuksista. Implanttikiinnitteinen proteesi on aina lääketieteellisesti perusteltua hampaattomalle henkilölle, jos hänellä on vaikeuksia proteesin pysyvyyden

(pitkä hampaatta olo voi olla madaltanut liaksi alveoliharjannetta, eikä leuassa ole enää muotonsa puolesta mitään mikä pitää proteesia paikallaan) ja purentaelimen toiminnan parantamiseksi sekä leukaluun resorption hidastamiseksi. (Salonen - Kemppi 2003:880.)

2.6.2 Hoidon eri vaiheet

Hoidon vaiheisiin kuuluu aina *anamnististen tietojen* tarkka selvittäminen (potilaan taustatiedot, aikaisempi lääkärin ja hammaslääkärin antama hoito sekä nykyinen terveydentila ja mahdollinen lääkitys). Diagnoosia tehtäessä on anamnististen tietojen huolellisella läpikäymisellä tärkeä osuus, koska mm. psyykkisillä tekijöillä on suuri merkitys erilaisten oireiden ja häiriöiden synnyssä. Seuraava vaihe on *suun kliininen tutkimus*, joka muodostuu suun ulkoisesta tutkimuksesta (sisältäen mm. purentalihaksiston palpoinnin, jossa vertaillaan kipukohtia, huomioidaan konsistenssin muutokset, voimakkuus ja toiminta) ja sisäisestä tutkimuksesta (huulten ja poskien limakalvot, alveoliharjanteen reseptioaste, muoto ja terävät luupiikit ja reunat, sylkirauhaset, kielen ylä- ja alapinta sekä kova ja pehmeä suulaki). Lisäksi tarvitaan purentaelimen *röntgenkuvaus*. Ortopantomografisesta kuvasta tarkastetaan leukaluiden rakenteen lisäksi resorptioastetta ja luussa mahdollisesti esiintyviä patologisia muutoksia, retinoituneita hampaita ja/tai juuria sekä mahdollisia vierasesineitä ja fraktuuroja. (Hujanen 2003:623.)

Hoidon suunnittelu tapahtuu kaikki edellisessä kappaleessa käsitellyt seikat huomioon ottaen ja suusta otettujen kipsijäljennöksiä apuna käyttäen. Onnistuneeseen lopputulokseen pääsemiseksi saatetaan suussa joutua ensi tekemään *kirurgisia toimenpiteitä*. ”Kirurgisilla toimenpiteillä pyritään vaikuttamaan tulevaan proteesikonstruktioon siten, että proteesin limakalvopinta-ala saataisiin mahdollisimman suureksi proteesin paremman retention aikaansaamiseksi ja okklusaalisten voimien jakautumiseksi mahdollisimman suurelle alueelle” (Hujanen, 2003:626.)

Suun parannuttua kirurgisista toimenpiteistä otetaan hampaattomasta leuasta *esijäljennös*, jonka pohjalta laboratorio valmistaa nk. ”henkilökohtaisen octalusikan” johon otetaan seuraava jäljennös, nk. *tarkkuusjäljennös*. Tarkkuusjäljennöksestä valmistetaan ns. *purentakaavio*, vahasta valmistettu sovitussmalli johon hammaslääkäri merkitsee kokoproteesin optimaalisen toiminnan kannalta leukojen horisontaalisen ja

vertikaalisen parentasuhteen. Hampaiden muodon, koon ja värin vallinnassa otetaan huomioon potilaan ulkonäkö, ikä, kasvojen rakenne, ihon, hiusten ja silmien väri sekä ennen kaikkea potilaan omat toivomukset ja odotukset. (Hujanen 2003:629.)

2.6.3 Osaprotetiikka

Hampaan poisto on tänä päivänä suorastaan harvinainen toimenpide. Osaprotetiikkaa kuitenkin yhä tarvitaan, jopa enenevässä määrin, koska vajaahampaisia suita varsinkin ikääntyneemmissä potilaissa on yhä edelleen, ja koska mm. erilaiset yleissairaudet, lisääntyneet lääkitykset ja huonot kotihoitotottumukset aiheuttavat liian pitkälle edenneen kiinnityskudossairauden sekä kariuksen johdosta suoritettuja hampaanpoistoja. Aikaisemmin, jolloin tavanomaisin proteesi oli kokoproteesi, osaproteeseja valmistettiin lähinnä esteettisistä syistä, yksinkertaisina akryyli-osaproteeseina, ja oli tavanomaista, että ne vain entisestään nopeuttivat jäljellä olevien hampaiden menetystä (Virtanen 2003:635.)

Nykyään osaproteesit valmistetaan kuitenkin lähes poikkeuksetta hammasystävällisemmin metallirunkoisiksi. ”Osaproteesista voi toisaalta olla selviä haittoja ja vaaroja jäljellä oleville hampaille ja suun muille kudoksille. Näiden minimoimiseksi tuleekin osaproteesisuunnittelun ja hoidon perustua huolelliseen diagnoosiin, ennaltaehkäisyyn ja hoitoon kariuksen ja tukikudossairauksien sekä purentaelimen toimintahäiriöiden osalta”. (Virtanen 2003:635.)

2.6.4 Kruunu- ja siltaprotetiikka

Kruunu- ja siltaprotetiikka kohdistuu pysyvään hampaistoon, jossa tapahtuu kulumista, jatkuvaa hampaiden siirtymistä kolmiulotteisesti ja vastaavasti tukikudosten muotoutumista. Hampaan menetyksen jälkeen tapahtuva parentatoiminnan sopeutuminen tapahtuu suhteellisen nopeasti, mutta yksilöllinen vaihtelu on suurta. Ikäviä seurauksia voivat olla mm. hampaiden siirtyminen kallistumalla tai kiertymällä, kontaktiväljen avautuminen ja siten ruoan pakkautuminen hammasväleihin, hammasvallin menetys hammaspuutosalueella tai parentakorkeuden menetys. Pahimpia seurauksia on se, että jäljellä olevien hampaiden parentakuormitus voi kasvaa liikaa. ”Tutkimuksen mukaan alaleuan ensimmäisen molaarin puuttuminen voi aiheuttaa jopa

40 % menetyksen pureskelutehossa. Purentatoimintaan liittyvien refleksien takia tehon heikkeneminen on suurempi kuin purentapinta-alan menetyksestä voisi päätellä.” (Mähönen ym. 2003:649.)

Hoitosuunnitelma perustuu kruunu- ja siltaprotetiikassa anamnistisiin tietoihin, kliinisiin ja röntgentutkimuksiin sekä kipsimallianalyysistä saatuihin tietoihin. Jos päädytään edellä mainittuihin hoitomuotoihin, ratkaistaan rakenteelliset yksityiskohdat, kuten käytettävät materiaalit ja kruunutyyppit sekä proteettisen hoidon edellyttämät toimenpiteet purentaelimen alueella. ”Viime aikoina hampaiden ulkonäön merkitys on entisestäänkin korostunut, joten proteesirakenteilta vaaditaan yhä enemmän luonnonmukaisuutta – usein toiminnallisten tekijöiden kustannuksella.” (Mähönen ym. 2003:651.)

Yleisiä indikaatioita kruunu- ja siltaproteettisille ratkaisuille ovat esimerkiksi irtoproteesikammo, irtoproteesin aiheuttama komplikaatoriski, kiskotustarve (parodontiitti, ortodontia), foneettiset syyt (irtoproteesi ei peitä suulakea) ja se, että näiden toiminta on parempi kuin irtoproteesilla. Paikallisia puoltavia syitä ovat esimerkiksi se, että paikkaus ei johtaisi pysyvään ratkaisuun tai hampaassa on voimakas kuluminen. Kontraindikaatioita ovat esim. huono suuhygienia, riittämätön parodontaalinen tuki tai pitkä jänneväli. (Mähönen ym. 2003:651.)

2.6.5 Kruunutyyppit

2.6.5.1 Metallinen vaippakruunu

Metallisen vaippakruunun etuja ovat rakenteellinen lujuus ja vähäinen tilantarve metallien kestäessä purentarasitusta ohuempina rakenteina kuin esim. keraamiset materiaalit. Ulkonäkösytyt rajoittavat kokometallisen vaippakruunun käytön lähinnä takahampaisiin. Joissakin vieraisissa kulttuureissa tosin kultaisia vaippakruunuja suositaan myös etualueella. (Mähönen ym. 2003:654.)

2.6.5.2 Osakruunu

Osakruunu korvaa vain osan hampaan kliinisestä kruunusta ja on näin hammaskudosta säästävä. ”Kruunu- ja siltaprotetiikassa osakruunuja käytetään silloin, kun halutaan säästää hammaskudosta hiottaessa intakteja tai lähes intakteja hampaita sillan tukihampaiksi”. (Mähönen ym. 2003:654.)

2.6.5.3 Metallokeraminen kruunu

”Metallokeraminen kruunu koostuu metallirungosta ja sen päälle sintratusta hammaskeraamiosasta. Niitä käytetään sekä yksittäisinä kruunuina sekä siltarakenteina sekä etu- että takahammasalueella. Se on tänä päivänä kruunu- ja siltaprotetiikan käytetyin kruunutyyppejä”. (Mähönen ym. 2003:654.)

2.6.5.4 Muovifasadikruunu

”Muovifasadikruunu koostuu metallisesta runko-osasta ja labiaalisesta fasadiosasta, joka valmistetaan tänä päivänä yhdistelmämuovista. Koska muovi kuluu purennassa, sitä ei uloteta kruunun okklusaalipinnalle, joka valmistetaan metallista. Muovimateriaalit pyrkivät värjäytymään ajan kuluessa, mistä seuraa esteettisiä ongelmia.” (Mähönen ym. 2003:654.)

2.7 Hampaiden kiinnityskudossairaudet

Hammasta ympäröivät kudokset eli parodontium kiinnittää hampaan leukaluuhun. Parodontium suojelee hammasta purentavoimilta ja osallistuu puolustusreaktioihin suun patogeenisii mikrobeja vastaan. ”Vaikka parodontiumissa on monipuoliset puolustussysteemit, taistelu yli 500 suun eri bakteerilajia vastaan päättyy usein parodontiumin sairauksiin.” (Uitto 2003:460.)

Hampaiden kiinnityskudossairauksista yleisimpiä ovat ientulehdus eli gingiviitti sekä parodontiitti, jolla taas tarkoitetaan hampaan luuhun kiinnittyvän säierakenteen ja hampaan juurta ympäröivän luun tuhoutumista. Jos tämä hampaiden kiinnityskudosta tuhoava ientulehdus saa jatkua hoitamattomana kauan, johtaa se hampaan /hampaiden irtoamiseen vuosien tai vuosikymmenien aikana. Terveys 2000 –tutkimuksen tulokset osoittavat, että hampaiden kiinnityskudostulehdukset ovat erittäin merkittävä

hammashoidollinen kansanterveysongelma suomalaisella aikuisväestöllä. Parodontologisen hoidon toteutus ja taso kaipaa pikaista parantamista. (Knuuttila 2004: 88.)

Ientulehdus eli gingiviitti tai kiinnitystuhoa aiheuttava parodontiitti eivät kumpikaan ole ”hetkellisen hampaiden pesemättömyyden” tulosta. Plakki eli bakteeripeite hampaan pinnalla alkaa kovettua yksilölliset vaihtelut huomioonottaen jopa vuorokaudessa. Juuri kovettumaan alkaneen plakkikerroksen pystyy kuitenkin jokainen itse poistamaan harjaamalla jonkin verran pidempään, ei kuitenkaan kovempaa. On kuitenkin hyvä ymmärtää, että pesutuloksen jäädessä keskinkertaiseksi tai huonoksi niin sanottu säännöllinen hampaidensa harjaajakin alkaa kerätä hampaidensa pinnalle hammaskiveä, jota hän ei enää kotikonstein enää saa poistettua. (Luentomuistiinpanot 2005.) ”Kun suussa ei ole bakteeripeitteiden kiinnittymistä edistäviä tekijöitä, kuten hammaskiveä, pinnoiltaan epätasaisia paikkoja hampaissa tai avoimia kariespesäkkeitä, jokaisella on mahdollisuus itse puhdistaa oma suunsa hyvin ja terveyden kannalta tuloksekkaasti.” (Keto 2003:1055.)

Parodontiumin sairaudet eli hampaiden kiinnityskudossairaudet ovat lähes oireettomia tai lieväoireisia kroonisia infektioita. ”Potilas hakeutuu hoitoon harvoin itseohjautuvasti, joten vastuu parodontiumin tutkimisesta, diagnoosin tekemisestä ja hoitopäätöksestä on paljolti suun yleistutkimuksen tehneellä hammaslääkärillä”. (Nieminen 2003:476.) Varsinkin vanhemman ikäpolven ihmiset eivät ole tietoisia näistä hampaidensa kiinnitystä uhkaavista sairauksista. Heistä osalle heiluva hammas, jonka hammaslääkäri haluaisi poistaa yleisterveyttä uhkaavana tulehduspesäkkeenä, tai joka vain irtoaa itsekseen, on suorastaan käsittämätöntä. Harvinaisia eivät ole kommentit siitä kuinka ”tämä on aivan väärin. Olen koko ikäni käynyt hammaslääkärissä säännöllisesti ja hampaitani on paikannut sama hammaslääkäri jo 40 vuotta. Kuinka hän ei ole tutkinut ikeniäni, tai jos on, ei ole kertonut minulle vakavasta tilanteesta ja ennen kaikkea siitä miten voin itse niitä hoitaa”. Isolle osalle vanhempaa aikuista ikäpolvea suuhygienisti käsitteenä on aivan vieras. (Luentomuistiinpanot 2005.)

Terveys 2000 –tutkimuksen tuloksissa todettiin että, tutkimukseen osallistuneista 65 vuotta täyttäneistä 70 prosentilla oli parodontiittia. Kuinka monta turhaan menetettyä hammasta se merkitseekään? (Knuuttila 2004:91.)

2.7.1 Hoidon vaiheet

2.7.1.1 Tutkimus

Parodontiumin tutkiminen aloitetaan keräämällä potilaan *anamnestiset tiedot*. Mahdolliset oireet ja syy hoitoon hakeutumiseen, ikä, yleissairaudet ja mahdolliset lääkkitykset (potilas ei aina välttämättä katso jotain terveyteensä tai lääkkitykseensä kuuluvaa tietoa suunsairauksien kannalta oleelliseksi ja jättää siksi mainitsematta asiasta – on muistettava kysyä vielä erikseen keskeisimmät ja parodontiumiin eniten vaikuttavat), mahdollinen tupakointi, sen määrä ja kesto, aiempi hammashoito, milloin, missä ja kenen toimesta se on tehty, sekä potilaan hammashoitotavat ja –tottumukset. (Nieminen 2003:477.)

Seuraavaksi suoritetaan *purentaelimen kliininen tutkimus*. Se tehdään ekstraoraalisesti (suun ulkoinen tutkimus) ja intraoraalisesti (myös limakalvot, kieli, posket, suunpohja, suulaki ja nielu) sekä tutkitaan purenta ja leuan toiminnalliset liikkeet. (Nieminen 2003:477.)

Radiologinen tutkimus on syytä tehdä tässä vaiheessa. Ortopantomogrammi, röntgenkuva otetaan koko purentaelimestä ja tarvittaessa täydennetään periapikaalikuvilla ja/tai BiteWing -kuvilla. Radiologisen tutkimuksen yhteydessä otetuista kuvista tarkastellaan luukadon määrää suhteessa kiille-menttirajaan/juuren pituuteen, luureunan kulkua (horisontaalinen luukato, vertikaaliset luutaskut ja maljamaiset luunsisäiset taskut), muutoksia lamina durassa, laajentuneet parodontaaliraot (marginaalisesti, apikaalisesti, furkaatiossa), furkaatioleesiöt, endodontaalinen status ja periapikaaliset leesiöt, täyte- ja kruunuylimäärät ja hampaiden kallistumiset. (Nieminen 2003:477.)

Kun röntgenkuvat on diagnosoitu, voidaan alkaa *parodontiumin kliininen tutkimus*. Kuvista voidaan päätellä jo paljon ja yleensä ienten silmämääräinen ja ientaskumittarilla suoritettava tutkimus suun sisällä vahvistavat kuvista nähdyt muutokset. Ikenestä tarkastellaan sen tulehdusastetta, myös implanttien ympäriltä (esim. ödeeminen, vuotava), ikenen rakenne (fibriottinen, liikakasvuinen), mitataan ientaskumittarilla *ientaskujen syvyydet* kuudelta pinnalta mitattuna (yli 3 mm syvät ientaskut kirjataan), *plakin määrä* ja paikantuminen, *hammaskivi* (supra- ja subgingivaalinen),

ienverenvuoto ja *märkäverenvuoto* taskumittauksen yhteydessä, *furkaatioleesiot* ja niiden vaikeusaste, *täyte- ja kruunuylimäärät* ja mahdolliset muut plakkia retentoivat tekijät, *hampaiden liikkuvuusaste* ja mahdollinen liikkuvuus eri purenta-asennoissa, *CPITN-indeksin määrittäminen* hoidon tarpeen ja sen vaikeusasteen selvittämiseksi, purentasuhteet (esim. avo-, syvä-, kärkipurenta), ienreunan kulku (lähinnä ienvetäytymät), ahtaus (hampaiden siirtymät, kiertymät, kallistumiset ja ylipuhkeamiset), raot hampaiden välissä ja avoimet kontaktit, hampaiden kulumisaste (attritio) ja abraasio, parafunktiot (merkit bruksaamisesta tai yhteenpuristamisesta, esim. painaumat kielessä ja puruvallit poskissa). Edellisestä luettelosta kursivoidut kohdat ovat tärkeitä, aina tehtäviä ja kirjattavia havaintoja. (Nieminen 2003:477.)

Lisäksi voidaan hampaistosta ottaa subgingivaalinen eli ikenen alta tehtävä bakteerinäyte. Tästä voi olla hyötyä tutkimuksen tukena vaikea-asteisten ja uusiutuvien parodontiittien määrityksessä. Mikrobiologinen tutkimustulos voi vahvistaa diagnoosia ja ohjata hoitopäätöstä mahdollisen suunnatun systeemisen mikrobilääkkeen käytöstä mekaanisen hoidon tueksi. Lisäksi mikrobiologinen tutkimuksen myötä mahdollistuu myös hoitotulosten tarkempi/mitattavissa olevampi seuranta. (Nieminen 2003:477.)

Kaikkia edellisiä tutkimusmenetelmiä voivat olla suorittamassa joko hammaslääkäri tai suuhygienisti, paitsi röntgentutkimusta, johon suuhygienistillä ei toistaiseksi ole valtuuksia. Diagnosointi- eli taudinmääritysoikeus on vain hammaslääkärillä. (Luentomuistiinpanot 2005.)

2.7.1.2 Täytteiden viimeistely

Täytteiden viimeistely on ilman muuta tehty jo paikkauksen yhteydessä, mutta esimerkiksi verenvuoto matriisia poistettaessa voi olla niin runsasta, että paikkaa hiottaessa ei päästä täydelliseen tulokseen. Jos täytteeseen jää yli- tai alijäämää saumakohtaan tai paikan pinta jää karheaksi, saattaa täyte alkaa kerätä plakkia muita hampaita enemmän. Tällainen niin kutsuttu retentiokohta on viimeisteltävä hiomalla. (Luentomuistiinpanot 2006.) ”Ennen täytteiden viimeistelyä tarkistetaan mahdollisten hammasproteesien sekä niiden pinteiden kontaktit täytteisiin. Täytteitä viimeisteltäessä on varmistettava, että kontaktit säilyvät.” (Keto 2003:1055.) Täytteiden viimeistely ei saa muuttaa potilaan normaalia purentaa. Tämä varmistetaan sillä, että heti aloitettaessa tarkistetaan purenta purentapaperilla, ja hionnan edetessä seurataan, että siihen ei tule

tehtyä muutoksia. Täytteiden viimeistelyn tarkoitus on saada täytteistä niin hyvät ja anatomisen muotoiset, etteivät ne kerää bakteereja. Vanhoja täytteitä viimeisteltäessä täytteiden kervikaaliosien ja approksimaalivälien mahdollisiin täyteylimääriin ja karheuteen sekä täytteen saumakohtien tasaisuuteen on kiinnitettävä erityistä huomiota. ”Kun täytteet ovat hyvin viimeistellyt, sileät ja kiiltävät, se auttaa osaltaan ehkäisemään parodontaalisaireuksien syntymistä ja sekundaarikarieksen syntymistä täytteiden saumakohtiin. Tällöin on myös potilaan helppo itse puhdistaa suunsa ja hampaistonsa bakteeripeitteistä.” (Keto 2003:1056.)

2.7.1.3 Depuraatio eli mekaaninen hammaskiven poisto

2.7.1.3.1 Karkea depuraatio

Karkea depuraatio on hyvä aloittaa ultraäänilaitteella, jos plakkia keräävää supragingivaalista hammaskiveä on runsaasti. Ultraäänipuhdistuksessa hampaistoa puhdistetaan mekaanisesti, ja puhdistus tehostuu voimakkaasta vedentulosta johtuen. Supragingivaalinen hammaskivi voidaan poistaa myös käsi-instrumentein hammaskivisirpeillä. (Keto 2003:1060.)

2.7.1.3.2 Hienodepuraatio

”Hienodepuraation tavoitteena on poistaa biofilmi ja bakteereita retentoiva hammaskivi hampaan pinnalta ja ientaskuista sekä silottaa hampaan juurenpinta.” (Keto 2003:1060.) Subgingivaalinen työskentely hienodepuraatiossa asettaa instrumenteille erityisiä vaatimuksia. Depuraatio pyritään aina suorittamaan niin, että ei synny kudosaauriota. Tämän vuoksi ientaskuissa työskenneltäessä käytetään kyrettejä, käsi-instrumentteja, joissa on niin sanottu leikkaava pinta juuripintaa vasten ja tylppä pinta ientaskua vasten. Viimeistelyssä juuripinnat silotellaan tasaisiksi, jotta ne jäisivät mahdollisimman retentiovapaiksi ja lopputulos kestäisi mahdollisimman kauan. Parin viikon kuluttua ientaskujen puhdistuksesta ientaskujen pitäisi alkaa kiinnittyä uudelleen hampaan juurenpintaan. Työskentelyn tulee olla järjestelmällistä ja kaikki kohdat tulee käydä läpi. Jäännöskivi voi aiheuttaa ientaskun ”sulkeutumisen” ja tulehduksen jatkumisen syvemmällä. Hienodepuraatio suoritetaan aina alue kerrallaan, esimerkiksi sekstanteittain tai leukaneljänneksittäin. Työskentelyssä tulee kiinnittää myös huomiota

työergonomiaan, aseptisten ohjeiden noudattamiseen sekä siihen, että instrumenttien käyttö on oikeaa oikeisiin paikkoihin ja turvallista sekä potilaalle että hoitavalle hammaslääkärille tai suuhygienistille.

(Keto 2003:1061.)

2.7.1.4 Pastapuhdistus

Pastapuhdistuksella pyritään hampaiden pinnat saamaan niin vapaaksi bakteeripeitteistä kuin se mekaanisin keinoin on mahdollista. Lisäksi pyritään poistamaan mahdolliset värjäymät sekä saamaan hampaiden pinnoista sileät ja kiiltävät. Potilaan on helpompi tämän jälkeen pitää itse hampaansa puhtaana. ”Pastapuhdistuksella voidaan myös lisätä potilaan motivaatiota suun puhdistukseen, koska sillä voidaan osoittaa potilaalle, miltä tuntuu puhdas raikas suu.” (Keto 2003:1068.)

Pastapuhdistukseen käytetään puhdistuspastaa ja hidaskierroksista mikromoottorikulmakappaletta varustettuna erilaisilla kiinnitettävillä puhdistuskärjillä. Karheaa pastaa käytettäessä (värjäymien poisto) on aina muistettava käyttää vielä hienoa pastaa pinnan kiillottamiseksi. Pastapuhdistus voidaan tehdä pelkästään keskikarhealla pastalla silloin, kun potilaalla ei ole hampaistossaan paljastuneita juuripintoja. Mikäli hänellä on paljastuneita juuripintoja, täytyy keskikarhean pastan jälkeen silottaa hampaiden pinnat vielä hienolla pastalla. Jos hampaiden pinta jää silottamatta hienolla pastalla, jää lopputulos karheaksi ja bakteereja ja värjäymiä kerääväksi. (Keto 2003:1068.)

2.8 Endodontia eli juurihoito

Hammashoidossa päädytään juurihoitoon tavallisimmin silloin, kun hammasydin on tulehtunut ja/tai kuollut. Yleisin mikrobien pääsytie pulpaan ja juurikanavaan on hampaan kruunu. Karies, epätäydellinen karieshoito, resorptio (sisäinen tai ulkoinen), hammastraumat, mikroskooppiset halkeamat hoidetussa tai jopa intaktissa hampaassa (esim. purentarasituksen tai bruksismin aiheuttamana) voivat avata tien dentiinitubulusiin ja juurikanavaan. Bakteereita ja sieniä voi päästä pulpaan myös verenkierron mukana tai tunkeutua syvistä tulehtuneista ientaskuista juuridentiiniin ja sitä kautta pulpaan. Juurihoitoon ei tule ryhtyä, jos juurihoidetun hampaan ennuste on

huono hoidon jälkeenkin. Samoin hoitoa ei tule aloittaa, jos juurihoidon tekninen tai aseptinen onnistuminen on hyvin epätodennäköistä, tai jos hampaasta ei ole lyhyellä eikä pitkällä tähtäimellä mitään hyötyä potilaalle (esim. sijaitsee taka-alueella eikä osallistu puretaan). (Haapasalo 2003:435.)

Juurihoidon tavoitteena on aina infektion hoito tai ehkäisy. Kanavatila puhdistetaan ja desinfioidaan, minkä jälkeen se eristetään periapikaalialueesta juuritäytteellä. Onnistuessaan juurihoidolla sekä poistetaan kipu että estetään kanavaa toimimasta bakteerivarastona, ja ehkäistään resorboivan sidekudoksen kasvu sekä mahdollistetaan apikaalisen leesioin paraneminen, ja mahdollistetaan normaalin luustrukturin palautuminen. (Haapasalo 2003:434.)

2.8.1 Juurihoidon diagnoosi

Juurihoitoa varten potilaalta tarvitaan yleisanamnistiset tiedot. Endodontisessa anamneesissa pyritään potilasta haastatteleamalla selvittämään oireiden lokalisaatio, tyyppi ja voimakkuus. ”Osa potilaista kykenee luotettavasti paikantamaan hampaan, johon oireilu/ongelmat liittyvät, mutta usein syyllinen hammas löydetään vasta tarkkan ja huolellisen kliinisen ja röntgenologisen tutkimuksen avulla.” (Haapasalo 2003:435.)

Kliinisessä tutkimuksessa pyritään selvittämään tarkasti mihin hampaaseen oireet liittyvät, hampaan vitaliteetti, se, ovatko oireet peräisin juurikanavasta ja/tai periapikaalialueelta vai muualta (esim. ienkudoksista), purenta, ovatko oireet mahdollisesti fysikaalisia (esim. purennasta johtuvia), tai mikrobiologisen ärsykkeen (esim. karies) aiheuttamia. Lisäksi tutkitaan onko tulehduksesta syntynyt abskessia tai fisteliä, infektion leviämisen aste sekä se, löytyykö hampaasta tai juuresta fraktuuroja ja onko hampaassa värimuutoksia. (Haapasalo 2003:435.)

2.8.2 Hoidon vaiheet

Aloitettaessa hoito on tärkeää, että käytössä on tuore röntgenkuva ja että mikrobiologinen lääkitys päästään aloittamaan välittömästi diagnosoinnin jälkeen. Hammas on vielä tunteva ja mahdollisesti tulehduksen aiheuttaman paineen takia hyvin

arka. Puudutus on syytä tehdä mahdollisimman tehokkaasti kiputuntemukset poistavaksi. (Luentomuistiinpanot 2006.)

Kruunun kiilleosan läpi mennään turbiiniporalla. Hampaasta poistetaan kaikki karioitunut kudos. Preparointia jatketaan poistamalla pulpa. Kun hampaan pohja on puhdistettu, alkaa juurikanavien tutkiminen, preparointipituuden määrittäminen ja kanavien luonnollisen laajuuden määrittäminen preparointipituuteen vietyjen neulojen avulla. Seuraavaksi tehdään kaikkien juurikanavien kemomekaaninen preparointi huuhteluliuksena natriumhypokloriitti ja EDTA. (Haapasalo 2003:445.)

Ensimmäisellä hoitokerralla juurikanavat täytetään lääkeaineella ja kaviteettiin laitetaan väliaikainen paikka. Seuraavalla hoitokerralla tarkistetaan, onko tulehdus saatu kuriin (esimerkiksi haistamalla kuivausnastaa, jota on käytetty juurikanavassa, josta on lääkeaine juuri poistettu). Juurikanavia preparoidaan laajemmiksi, ja jos tulehdus on saatu pois, voidaan kanavat täyttää lopullisesti. Jos taas tulehdusta ei ole saatu pois, täytetään juuret laajennusten jälkeen uudelleen lääkeaineella ja jatketaan hoitoa, kunnes lääkeaine on vaikuttanut ja tulehdus on saatu paranemaan. Hoitokertoja saattaa kertyä useita ja potilas joutuu usein tekemään hoitopäätöksen taloudelliset resurssinsa mielessään. Hyvin usein potilas valitsee juuri taloudellisista syistä kertaluonteisemman vaihtoehdon – hampaan poiston, varsinkin kun hampaan juurihoidon onnistumisesta ei koskaan voida antaa sataprosenttista onnistumislupausta. Hampaan juurissa voi olla niin paljon pieniä lähes näkymättömiä sivujuuria, joiden hoitamatta jääminen voi vaarantaa koko juurihoidon ja aiheuttaa tulehduksen jatkumisen. Lisäksi on vaarana, että hammas verisuonituksen poistuttua yksinkertaisesti kuivuu ja alkaa halkeilla, päästäen uuden tulehduksen juurialueelle. Onnistunut juurihoito takaa sen, että leukaluu ei ala resorboitua, vaan juurihoidetun hampaan juuret pitävät luun ympäriltään. (Luentomuistiinpanot 2006.)

2.9 Hampaan poisto

Jos hammas on pahoin vaurioitunut esimerkiksi kariuksen takia, se joudutaan usein poistamaan, vaikka hampaiden täytemateriaalit ja –menetelmät ovatkin viime vuosikymmenen aikana parantuneet. Kariuksen lisäksi muita syitä hampaan poistoon ovat esimerkiksi se, että hammas on niin pahoin tulehtunut, että siitä tulee märkävuo-
toa,

tai se, että hampaasta on pelkkä juuri jäljellä, ylimääräinen hammas, hampaan juuren kuoliotila tai proteettiset syyt. (Meurman – Murtomaa – Le Bell – Autti 2003:736-741.)

Poistoa varten leuan alue puudutetaan hampaan ympäriltä. Hammaslääkäri poistaa hampaan vipua ja pihtejä apuna käyttäen. Jos hammas ei ole puhjennut, se joudutaan poistamaan kirurgisesti leikkaamalla se ensin esiin ikenen sisältä. Toisinaan hammas myös joudutaan rikkomaan osiin, ennen kuin se voidaan poistaa. Tarvittaessa poistokuoppa tikataan kiinni ompelein. Poiston jälkeen potilaalle laitetaan sideharsotaitos poistokuopan alueelle. Syöminen ja juominen ovat sallittuja noin kahden tunnin kuluttua poistosta. Poiston jälkeen on suuhygieniasta huolehdittava, yleensä purskuttelemalla suuhuuhTELULiuosta päivittäin. Hampaiden harjausta on suositeltavaa välttää parin vuorokauden ajan poiston jälkeen. (Meurman ym. 2003:736-741, Luentomuistiinpanot 2007.)

3 HAMMASHOITOPALVELUIDEN SAATAVUUS

3.1 Ikääntyneiden suun terveyden turvaaminen

Suun terveyden turvaaminen on osa kuntien vanhuspoliittista strategiaa. Suomen perustuslain mukaan on julkisen vallan taattava jokaiselle riittävät terveystalvet, eikä kestään saa asettaa esimerkiksi iän perusteella eri asemaan ilman hyväksyttävää syytä. Valtioneuvoston hyväksymässä Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa TATO:ssa vuosille 2000-2003 nostettiin ikääntyneiden hoito kuntien yhdeksi painoalueeksi. Stakesin vuonna 2002 laatimassa oppaassa Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu – opas laatuun luetellaan ikäihmisten suun hoidon keskeiset tavoitteet: suun huolellisen päivittäishoidon varmistaminen, suun kunnon säännöllinen arviointi erityisesti riskiryhmät huomioiden, suun kuntoa uhkaavien riskitekijöiden tunnistaminen sekä säännöllisten hammaslääkärikäyntien järjestäminen. (Ikäihmisten suun hoito 2003:6.)

3.2 Hoitopalveluiden järjestäminen eri tahojen välisenä yhteistyönä

Suun terveydenhuollon ammattilaisten ja ikääntyneitä päivittäin hoitavan henkilökunnan välisellä yhteistyöllä voidaan parantaa monen ikääntyneen elämänlaatua.

Avainasemassa ovat terveyskeskuksen vastaava hammaslääkäri yhdessä sosiaali- ja terveysalan muiden esimiesten kanssa yhteistyötä kehitettäessä. Suomen Hammaslääkäriliitto, Suomen Kuntaliitto, Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia sekä Suun Terveydenhuollon Ammattiliitto esittivät vuonna 2001 kunnille lähettämässään kirjeessä vähimmäistavoitteet kaikkien ikääntyneiden suunhoitopalveluille. Sen mukaan ikäihmisten toimintakyvyn arvioon liittyy suun toiminnan ja terveyden arviointi, ja suun hoidon palvelut kuuluvat kotisairaanhoidon ja kotipalvelun asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Lisäksi pysyvään laitoshoitoon tulevalle ikääntyneelle hammaslääkäri tekee hampaiston ja suun tutkimuksen ja hoitosuunnitelman. Näiden tavoitteiden pohjalta voidaan sopia yksityiskohtaisista kunnallisista ja paikallisista tavoitteista. (Ikäihmisten suun hoito 2003:6.)

Henkilökohtaiset hoitosuunnitelmat sekä päivittäisen hoidon tavoitteet pohjautuvat iäkkään yleisen sekä suun terveydentilan tutkimukseen, jotka ammattihenkilöstö tekee yhdessä hänen kanssaan. Silloin kun se on mahdollista, ikääntyneen aikaisempi hoitosuhde yksityiseen tai terveyskeskushammaslääkäriin kannattaa säilyttää. (Ikäihmisten suun hoito 2003:6.)

4 HAMMASHOITO SUOMESSA

Koko aikuisväestöllä on oikeus saada kunnallista hammashoitoa tai vaihtoehtoisesti sairausvakuutuskorvausta yksityisen hammashoidon kustannuksiin. Tämä oikeus laajeni koskemaan koko väestöä portaittain joulukuun 2002 alusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

”Potilaslaissa määritellään potilaan hoitoon pääsyn yleiset edellytykset. Lain mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri vaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Jos henkilöä ei hänen terveydentilansa, käytettävissä olevien voimavarojen tai muun syyn vuoksi voida ottaa joko heti hoidettavaksi tai ylipäätään hoitoon asianomaiseen terveydenhuollon toimintayksikköön, on häntä kuitenkin asianmukaisesti neuvottava ja ohjattava. Jos henkilö ei ole kiireellisen hoidon tarpeessa, hänet ohjataan odottamaan hoitoon pääsyä asettamalla hänet tarvittaessa jonoon. Tällöin hänelle on ilmoitettava odotuksen syy ja sen arvioitu kesto. Jos henkilön terveydentila vaatii muuta hoitoa kuin mitä

toimintayksikkö voi antaa, hänet ohjataan tai toimitetaan muualla asianmukaisesti hoidettavaksi.” (Meurman ym. 2003:1094.)

”Kiireellisen hoidon tarpeessa olevan henkilön hoitoon ottamisesta ja lääkärinavun antamisesta hänelle on olemassa kansanterveislain, erikoissairaanhoitolain ja terveydenhuollon ammattihenkilöstölain määräykset. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee aina antaa kiireellisen hoidon tarpeessa olevalle apua.” (Meurman ym. 2003:1094.)

4.1 HOITOTAKUU

Hoitotakuu astui voimaan 1.3.2005. ”Terveyskeskukseen on saatava arkisin terveyskeskuksen aukioloaikana välittömästi puhelinyhteys tai sinne on voitava mennä käymään. Potilaan hoidon tarve voidaan arvioida usein jo puhelimesta, ja sen voi tehdä muukin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri. Jos hoidon tarpeen arviointi vaatii terveyskeskuksessa käyntiä, sinne on saatava aika kolmen arkipäivän kuluessa yhteydenotosta.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.) Edellä mainittu koskee myös hammashoitoa.

4.1.1 Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi ja hoidon perusteet perusterveydenhuollossa

Hoidon tarpeen arvioinnissa huomioidaan potilaan oireet, niiden kesto ja muut potilaan ongelmaan liittyvät asiat, yleinen terveydentila sekä hoitokertomuksesta ilmenevät aikaisemmat tiedot. Kiireellisyysryhmä voi vaihdella sekä suun sairauden hoidon tarpeen että muun sairauden perusteella samankin potilaan kohdalla hoitajakson aikana. Potilaat, joilla on äkillisiä särkyjä, voimakkaita oireita, turvotuksia, tulehduksia ja tapaturmapotilaat hoidetaan joko päivystyksenä tai kiireellisenä. Lähetteellä hoitoon tulevien potilaiden hoidon tarpeen arvio ja hoito järjestetään aina hoidon kiireellisyys huomioon ottaen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Hoitotakuun mukaisesti potilaan on päästävä kiireettömään hoitoon seuraavan aikataulun mukaisesti:

Kolmen vuorokauden kuluessa:

Potilaalla on selkeitä oireita, jotka hoidon tarpeen arvion ja potilaan mielestä eivät vaadi päivystyksellistä hoitoa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Kolmen viikon kuluessa:

Potilaalla on lieviä oireita ja vaivoja, jotka vaativat hoidon tarpeen arviointia ja hoitoa. Hoitoaika annetaan yleensä hammaslääkärille ja tarvittaessa suuhygienistille. Lähetteellä hoitoon tulevat ja päivystykselliset jatkohoidot. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Kolmen kuukauden kuluessa:

Epätietoiset potilaat, joita jokin suun muutos askarruttaa (sairauden epäily), mutta joilla ei ole oireita. Annetaan aika hammaslääkärille tai suuhygienistille, jolla on mahdollisuus konsultoida välittömästi hammaslääkärää. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Kuuden kuukauden kuluessa:

Uusille oireettomille potilaille, joilla ei ole aikaisempia hoitotietoja tai edellisestä hoitokerrasta on useampia vuosia (3-5 vuotta), annetaan aika hammaslääkärin tutkimukseen. Hoitosuunnitelman ja työnjaon perusteella potilas voidaan ohjata myös suuhygienistille hoidon kuluessa. Edellisen hoitojakson päätteeksi on sovittu tutkimus, joka liittyy sairauden etenemisen seuraamiseksi. Hammaslääkärin tutkimuksen ja hoitosuunnitelman mukaisesti osa potilaista voidaan ohjata sovitun työnjaon mukaisesti suuhygienistille tai hammashoitajalle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

4.2 SUUN TERVEYDENHOIDON KUSTANNUKSET

4.2.1 Kunnallinen sektori

Terveyskeskuksen perimät asiakasmaksut ja korvaukset määräytyvät asiakasmaksulain ja -asetuksen mukaan. Terveyskeskuksen asiakasmaksut ovat todellisia kustannuksia alempia, sillä niitä tuetaan verovaroista. Teknisistä töistä samoin kuin protetiikasta peritään kuitenkin niiden todelliset kustannukset. Jos hammaslääkäri tulee potilaskäynnille potilaan kotiin, peritään sama maksu kuin lääkärinkin kotikäynnistä.

Hammashuoltajan tai muun hammashoitohenkilökunnan kotikäynnistä taas peritään sama maksu kuin kotisairaanhoidon henkilökunnan käynnistä. Avohoidossa (koti, asumispalvelu) asuvan henkilön hakeutuessa terveyskeskukseen hammashoitoon peritään häneltä enintään asiakasmaksulainsäädännössä säädettyjä maksuja ja korvauksia. Näistä maksuista ei makseta sairausvakuutuskorvausta. Kunnallisessa laitoshoidossa olevalta potilaalta ei peritä erillistä maksua hammashoidosta, vaan ne sisältyvät hoitopäivämaksuun. Henkilön ollessa lyhytaikaisessa laitoshoidossa käsittää hammashoito ainoastaan ensiapuluonteisen hoidon. (Ikäihmisten suun hoito 2003:56.)

4.2.2 Yksityinen sektori

Yksityishammaslääkärin tekemän hammashoidon kustannuksia korvataan sairausvakuutuslaissa määrättyin ehdoin ja rajoituksin. Sairasvakuutuslain mukaisesti ei yksityisen hammashoidon korvausta kuitenkaan suoriteta ajalta, jolloin henkilö on hoidossa julkisessa sairaalassa tai laitoksessa tai esimerkiksi kuntoutusjaksolla. Henkilön ollessa yksityisessä laitoshoidossa sovitaan henkilön hammashoidon järjestymisen ja kustannukset erikseen laitokseen siirryttäessä. (Ikäihmisten suun hoito 2003:56.) ”Yksityishammaslääkärin tekemän suun ja hampaiden tutkimuksen ja hoidon kustannuksista maksetaan Kela-korvausta kaikille Suomen sairausvakuutuksen piiriin kuuluville.” (Kansaneläkelaitos 2007.)

4.2.3 Kelan korvattavuus

Vuonna 2003 Kela korvasi yksityistä hammashoitoa 60 % Kelan vahvistamasta taksasta, käytännössä 35–40 %. Korvattavaa hoitoa on tavanomainen suun ja hampaiden hoito, kuten ikenien hoito, paikkaukset ja juurihoidot, hampaiden poistot, suun limakalvosairauksien hoito sekä ehkäisevä hoito. (Ikäihmisten suun hoito 2003: 56.) Loppuosa kustannuksista, ns. omavastuu, jää vakuutetun itsensä kustannettavaksi. (Meurman ym. 2003:1089.)

Lain sairausvakuutuslain muuttamisesta (1202/2000) perusteella korvataan sairaanhoitona hammaslääkärin suorittama suun ja hampaiden tutkimus enintään kerran kalenterivuodessa. Hammaslääkärin tekemästä suun ja hampaiden tutkimuksesta maksetaan korvausta taksan mukaisesta määrästä enintään 20 minuuttia kestävältä

toimenpiteeltä. Lisäksi korvataan hammaslääkärin suorittama suun ja hampaiden hoito, lukuun ottamatta proteettisia toimenpiteitä ja hammasteknisiä kustannuksia. Ehkäisevää hoitoa korvataan hoitajaksossa yleensä vain yksi aikaperusteinen toimenpide. Useamman ehkäisevän hoidon toimenpiteen tarpeellisuus tulee korvaamista varten perustella. Näitä perusteita ovat esimerkiksi säde- ja sytostaattihoitoa ja/tai hampaiden kiinnityskudossairauden riskipotilaat. (Meurman ym. 2003: 1089.)

Korvausta saa myös hammaslääkärin määräämistä laboratoriotutkimuksista, röntgentutkimuksista, lääkkeitä ja matkoista, jotka liittyvät korvattavaan hammashoitoon. Korvaukset laboratorio- ja röntgentutkimuksista sekä hammashuoltoon liittyvistä matkakustannuksista määräytyvät sairausvakuutuksen yleisten periaatteiden mukaisesti. Korvausta ei saa kunnallisen hammashoidon maksuista, proteettisten toimenpiteiden kustannuksista, kuten irtoproteeseista tai niiden korjauksista, hammaskruunuista, -silloista tai -implanteista eikä hammasteknisen työn kustannuksista. (Kansaneläkelaitos 2007.) Proteettinen hoito korvataan ainoastaan rintamaveteraaneille. (Ikäihmisten suun hoito 2003:56.) Oikomishoito korvataan vain, jos se on tarpeen muun sairauden kuin hammassairauden parantamiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007.)

Korvausta haetaan toimittamalla postitse tai henkilökohtaisesti mihin tahansa Kelan toimistoon hammaslääkärin antama lomake SV 126 ja potilaan täyttämä ja allekirjoittama korvaushakemus sekä maksukuitti, josta ilmenee hammaslääkärin nimi. Korvausta on haettava kuuden kuukauden kuluessa hoidon maksamisesta. (Kansaneläkelaitos 2007.)

4.2.4 Poikkeukset

”Henkilöille, joilla on rintamasotilastunnus, rintamapalvelutunnus, rintamatunnus, veteraanitunnus tai todistus osallistumisesta miinanraivaustöihin, on hampaiden tarkastus, ehkäisevä hoito ja protetiikkaan liittyvä kliininen työ terveyskeskuksessa maksutonta.” (Ikäihmisten suun hoito, 2003:56.)

Yksityishammaslääkärin tekemää hoitoa korvataan rintamaveteraaneille eräiltä osin laajemmin kuin muun väestön hammashuoltoa. Rintamaveteraanit ja miinanraivaajat saavat korvausta 100 % taksan mukaisesta määrästä hampaiden tutkimuksesta,

ehkäisevästä hoidosta sekä protetiikkaan liittyvästä kliinisestä työstä. Proteesien teknisestä työstä Kela korvaa 50 % taksan mukaisesta määrästä. Erikoishammasteknikon tekemä kokoproteesihoito korvataan hammaslääkärin tutkimuksen ja lähetteen perusteella samalla tavalla kuin edellä: kliinisestä työstä 100 % ja teknisestä työstä 50 %. Rintamaveteraanit ja miinanraivaajat saavat muusta hammashoidosta korvausta 60 % taksan mukaisesta määrästä. Korvausta saa lisäksi hammaslääkärin määräämistä röntgen- ja laboratoriotutkimuksista, lääkkeitä sekä matkoista, jotka liittyvät korvattavaan hammashoittoon. (Kansaneläkelaitos 2007.)

Korvausta haetaan toimittamalla Kelan toimistoon hammaslääkärin antama lomake SV 126 ja/tai erikoishammasteknikon täyttämä lomake SV 3 sekä potilaan täyttämä ja allekirjoittama korvaushakemus. Proteettisen hoidon yhteydessä lomakkeen mukaan liitetään hammaslaboratorion selvitys tai sen kopio. Lisäksi mukaan liitetään maksukuitti, josta ilmenee hoitavan hammaslääkärin tai erikoishammasteknikon nimi. Korvausta on haettava kuuden kuukauden kuluessa hoidon maksamisesta. (Kansaneläkelaitos 2007.)

4.2.5 Hammashuollon vanhuspalvelut Helsingissä

Helsingin kaupungin tilastokeskuksen tekemien selvitysten mukaan vanhusten osuus tulevaisuudessa Helsingissä on pienempi kuin muualla Suomessa. Helsinkiläisten 65 vuotta täyttäneiden koulutustaso on selvästi muuta maata korkeampi. Ikääntyviä siirtyy syrjään työelämästä työttömyyden myötä, vaikka helsinkiläiset ikääntyvät muuten pysyvätkin pidempään työelämässä kuin muualla Suomessa. Muualla Suomessa asuviin verrattuna helsinkiläiset eläkeläiset ovat melko hyvätuloisia ja heillä on miltei kaksinkertaisesti varallisuutta. Eläkeläisten asumistaso on korkea ja yleisimmin asutaan itse omistetuissa kaksiossa. Palveluasunnossa asuminen alkaa yleistyä 75 ikävuoden jälkeen ja laitoksiin siirrytään yleisimmin 85 ikäisinä ja sitä vanhempina. Edelliset tilastot siis kertovat, että Helsingissä on paljon vakavaraisia eläkeläisiä. On syytä muistaa, että Helsingissä, väkiluvultaan suuri kun on, on myös paljon niitä vanhuksia joille ”...maksut muodostavat merkittävän hammashoittoon hakeutumisen esteen.” (Helsingin kaupunki 2006:59.)

Vuonna 2002 Valtioneuvoston tekemän periaatepäätöksen mukaan käynnistettiin *Kansallinen projekti terveyshuollon turvaamiseksi*. Tämän kansallisen projektin

tavoitteena on terveystalvelujen kehittäminen kuntien ja valtion yhteistyönä niin, että myös järjestöjen ja yksityisen sektorin toiminta otetaan huomioon. Päätöksessä on kuusi pääkohtaa, joiden aihepiirit ovat toimiva perusterveydenhuolto ja ennaltaehkäisevä työ, hoitoon pääsyn turvaaminen tietyissä määrärajoissa, hoidon saatavuus, laatu ja määrä osaavan ja riittävän henkilöstön avulla, toimintojen ja rakenteiden uudistaminen, terveydenhuollon rahoituksen vahvistaminen sekä hanke-ehdotuksen toteuttaminen. (Helsingin kaupunki 2006:67.)

Helsingin Sanomat kirjoittaa 21.4.2007 lehdessä siitä, että Helsinki kiertää hoitotakuuta järjestämällä ensimmäisen käynnin ajoissa (hoidon tarpeen arviointi), toista käyntiä saattaa joutua odottamaan jopa 16 kuukautta. ”Lisäksi jonot uhkaavat edelleen pidentyä.” (Huhta 2007.) Samaisessa artikkelissa todetaan, että ”Käytännössä heikkokuntoisen purukaluston kunto ehtii huonontua nopeammassa tahdissa kuin Helsingin kaupunki ehtii sitä hoitaa.” (Huhta 2007.)

16.10.2006 päivitetyn tiedon mukaan Helsingin kaupungin kunnallinen hammashoito tapahtuu kaupungin omissa (45 kpl) hammashoitoloissa. Kiireellinen hammashoito on keskitetty Ruskeasuon hammashoitolaan, Mannerheimintie 172, ja se on avoinna arkisin klo 8–15. Viikonloppuisin ja pyhinä kiireellistä hammashoitoa annetaan Kallion terveysaseman hammashoitolassa, Toinen linja 4 C, klo 8.30–14.

Helsingissä on (26.4.2007 päivitetyn tiedon mukaan) 389 Suomen Hammaslääkäriliiton jäsentä yksityishammaslääkärinä (voivat toimia myös hammashuollon palveluksessa), ja virkamiehinä Helsingissä toimii liiton jäsenistä 268.

4.2.6 Hammashoitopalvelut Helsingissä

Helsingin kaupungin hammashoitopalvelut ovat kaikkien kaupunkilaisten käytettävissä. Osaava hoitohenkilökunta neuvoo palvelukotiasukkaalle ajanvarausnumeron tai auttaa asukasta ajan varaamisessa hammaslääkärille tai suuhygienistille. Palvelukotiasukas ei välttämättä tiedä, että hänellä on mahdollisuus käyttää kuntasektorin hammashoitopalveluita. Vastaanottoajan voi varata alueellisista ajanvarausnumeroista ma–to klo 8 -18, pe klo 8 -16. Alueelliset hammashoitolat jakautuvat seuraavanlaisesti:

Eteläisen alueen hammashoitolat: Kampin hammashoitola(*, Kivelän sairaala/Hammashoitola,, Lapinlahden hammashoitola, Lauttasaaren terveysasema/Hammashoitola, Myllykallion hammashoitola, Punavuoren hammashoitola(*, Taivallahden hammashoitola ja Vironniemen hammashoitola. Yhteensä 8 hammashoitolaa. Ajanvarausnumero: 09 -310 51400,

Itäisen alueen hammashoitolat: Itäkeskuksen terveysasema/Hammashoitola, Kivikon terveysasema/Hammashoitola, Kontulan terveysasema/Hammashoitola, Mellunmäen hammashoitola, Myllypuron hammashoitola, Myllypuron sairaalan hammashoitola, Ristinpolun hammashoitola, Vartiokylän hammashoitola ja Vuosaaren terveysasema/Hammashoitola. Yhteensä 9 hammashoitolaa. Ajanvarausnumero: 09-310 61450,

Kaakkoisen alueen hammashoitolat: Herttoniemen terveysasema/hammashoitola, Herttoniemenrannan hammashoitola, Porolahden hammashoitola ja Laajasalon sosiaali- ja terveysasema/hammashoitola. Yhteensä 4 hammashoitolaa. Ajanvarausnumero: 09-310 61450,

Keskisen alueen hammashoitolat: Kallion terveysasema/hammashoitola, Killinmäen hammashoitola, Koskelan sairaala/hammashoitola, Sofianlehdon hammashoitola ja Vallilan terveysasema/hammashoitola. Yhteensä 5 hammashoitolaa. Ajanvarausnumero: 09-310 53500,

Koillisen alueen hammashoitolat: Jakomäen terveysasema/Hammashoitolan Malmin terveysasema/hammashoitolan Pihlajamäen terveys- ja sosiaaliasema/hammashoitolan Puistolän hammashoitola, Pukinmäen terveysasema/hammashoitola ja Suutarilan hammashoitola. Yhteensä 6 hammashoitolaa. Ajanvarausnumero: 09-310 53438,

Läntisen alueen hammashoitolat: Haagan terveysasema/hammashoitola, Kannelmäen terveysasema/hammashoitola, Laakson suun erikoishoidon yksikkö, Malminkartanon terveysasema/hammashoitola, Meilahden hammashoitola, Munkkiniemen terveysasema/hammashoitola, Pitäjänmäen terveysasema/hammashoitola, Helsingin kaupungin yliopistohammasklinikka ja Suun erikoishoidon yksikkö. Yhteensä 9 hammashoitolaa. Ajanvarausnumero: 09-310 51400

sekä

Pohjoisen alueen hammashoitolat: Maunulanmäen hammashoitola, Maunulan terveysasema/hammashoitola, Oulunkylän terveysasema/hammashoitola ja Paloheinän terveysasema/hammashoitola. Yhteensä 4 hammashoitola. Ajanvaraus: 09-310 53500.

Helsingin kaupungin kunnallisella hammashoidolla on kiireellinen hammashoito järjestetty seuraavalla tavalla. Aikuisten kiireellinen hammashoito annetaan keskitetysti Ruskeasuon hammashoitolassa (Mannerheimintie 172, 4. kerros) klo 8-15. Yhteydenotto tapahtuu etukäteen keskitetyn ajanvarauksen kautta (eteläisen ja läntisen alueen asukkaat p. 09-310 51400, keskisen ja pohjoisen alueen asukkaat p. 09-310 53500, koillisen alueen asukkaat p. 09-310 53438, itäisen ja kaakkoisen alueen asukkaat p. 09-310 61450). Tarvittaessa potilas ohjataan jatkohoitoon yksityiselle kaupungin sopimuskumppanina toimivalle hammaslääkärille. Viikonloppuisin ja pyhinä kiireellistä hammashoitoa annetaan Kallion terveysaseman hammashoitolassa klo 8.30–14 (Toinen linja 4 C, 2. kerros). Yhteydenotto etukäteen p. 09-310 47450. Palvelukotiasukkaan kohdalla huomioidaan liikuntarajoitteisuuden ja saattajan aiheuttama tarve, ja hänelle yritetään ensisijaisesti varata aika omaan lähimpään hammashoitolaan.

Tietoa päivystävistä yksityishammaslääkäreistä saa terveystietopalvelujen neuvontanumerosta p. 09-100 23. Palvelukotiasukkaalle on hyvä kertoa, että jokainen potilas saa halutessaan tarkan hoitosuunnitelman ja kustannusarvion hoidostaan, sekä että kunnallisessa hammashoidossa suoritettusta hammashoidosta ei potilas enää saa Kansaneläkelaitoksen (Kela) korvausta, vaan laskun loppusumma (käyntimaksuineen ja toimenpidemaksuineen) sisältää jo niin kutsutun yhteiskunnan tuen.

*) lakkautettu 2007

5 LOPUKSI - SUUN HOITAMATTA JÄTTÄMISEN SYITÄ

Moni ikäihminen ajattelee vieläkin vanhanaikaisesti, että hammaslääkärille mennään ainoastaan silloin, kun on särkyä. Samoin ajatellaan, että ”...vanhana ei kannata tehdä hammasremonttia” tai että ”...hammaslääkärissä ei tarvitse käydä, kun suussa on

tekohampaat”. Jos näin todella on, miksi suomalainen ”ikäihminen” ajattelee niin? (Suomen Hammaslääkäriliitto 2007.)

Kuinka moni pohjimmiltaan ajattelee näin, ja kuinka moni vain sanoo niin voidakseen olla paljastamatta todellisia syitä? Voisivatko todelliset syyt, niiden noin 60 % ikäihmisen suun hoitamatta jättämisen takaa, löytyä esimerkiksi taloudellisista syistä, asenteista tai hammaslääkäripelosta?

5.1 Yleistä

Terveys 2000 – Suomalaisen aikuisen suunterveys –tutkimuksen mukaan ikäryhmässä 65–74 vuotta miehistä 43 % ja naisista 45 % oli käynyt viimeisen vuoden aikana hammaslääkärissä. Yli 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä prosenttiluvut taas olivat seuraavat: miehet 36 % ja naiset 30 %. Tutkimukseen haastatelluista hampaallisista 65–74 vuotiaista 61 % ja hampaattomista 18 % oli käynyt vuoden aikana hammaslääkärissä. (Suominen-Taipale 2004.) Tilastolukujen mukaan siis tekohampaista suussaan pitävät eivät pidä säännöllistä hammaslääkärin/suuhygienistin suorittamaa suun ja proteesien tarkastusta joko tärkeänä tai heillä ei ole siihen taloudellisesti varaa. Suusyövän paranemisennustetta parantaa aina varhainen diagnosointi ja hoidon aloittaminen. Suunhoidon ammattilainen on tässä aina tärkeässä asemassa. Pelkästään jo hammaskiven poisto proteeseista, niiden mahdollinen hionta ja uudelleen pohjaus ovat suun olotilaa niin paljon parantavia toimia, että hampaattomien alhainen hammaslääkärissä käynti on merkillepantavaa.

Kansanterveyslaitoksen *Eläkeikäisen väestön terveystilatyminen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993–2005* –tutkimuksessa tutkittujen määrä oli 2394 henkilöä (1195 miestä ja 1199 naista). Tämän tutkimuksen mukaan hammaslääkärissä kävi edellisen vuoden aikana 54 % miehistä ja 50 % naisista. Koulutustasolla näytti olevan suuri merkitys, sillä tutkimukseen osallistuneista miehistä viimeisen vuoden aikana ylemmästä koulutusryhmästä 71 % ja alemmasta koulutusryhmästä 43 % oli käynyt hammaslääkärissä. Samat luvut naisilla olivat 67 % ja 37 %. (Sulander 2006.)

5.2 Taloudelliset syyt

Suomessa aikaisemmin käytössä ollut hammashoidon kustannusjärjestelmä rajasi iäkkäämmän ikäpolven tuettujen hammashoitopalvelujen ulkopuolelle. ”Subvention puute ei kuitenkaan kokonaan selitä vähäistä palvelujen käyttöastetta verrattuna muihin Pohjoismaihin, koska esimerkiksi Norjassa aikuisten hammashoitoa ei korvata mitenkään ja Ruotsissa taas päinvastoin laajemmin kuin Suomessa” (Suominen - Taipale 2004.) Tosin Pohjoismaat eivät kyllä tässä asiassa varmaankaan ole vertailukelpoisia bruttokansantalouden eroavuuksien vuoksi, eivät viimeisen viiden, kymmenen eivätkä sadankaan vuoden aikavälillä. Korkean kustannustason Suomessa helppo kohde tehdä säästöjä yksittäisen perheen taloudenpidossa on ollut aikuisten hammaslääkäri- ja lääkärin käyntikulut. Tämä lyhyellä tähtämellä säästöjä tuova yksittäinen kohde on kuitenkin pitkällä tähtämellä tullut monelle iäkkäälle ihmiselle kalliiksi.

Terveys 2000 –tutkimuksen osassa *Hammashoitopalvelujen käyttö* tuodaan esille tutkimuksessa ilmennyt aktiivisuuden lisääntyminen hammashoitopalvelujen käytössä ikäluokassa 55-64 –vuotiaat. ”Tämän ikäryhmän aikuisilla on enemmän paikattuja hampaita, jotka ovat todennäköisimmin sekä korjaavan karieshoidon tai kiinnityskudosten hoidon tarpeessa.” (Suominen - Taipale 2004.) Taloudellisen tilanteen paraneminen juuri tuossa ikäryhmässä lienee varmasti myös varteenotettava syy. Perheen lapset on saatu taloudellisesti jo omilleen, asuntolainat on maksettu ja työstä saatava taloudellinen korvaus on korkeimmassa luokassa. Se, muodostuuko eläkkeelle jääneen yksilön eläke pelkästään kansaneläkkeestä vai onko hän pystynyt työhistoriansa aikana kerryttämään yksityistä eläkekertymänsä asettaa jälleen ikäihmisemme mm. hammashoidon palvelujen suhteen eriarvoisiksi. ”Suomessa hammashoidon korkea hinta on luultavasti ollut esteenä pienituloisten hoitoon hakeutumiselle”. (Suominen - Taipale 2004.)

5.3 Asenteista johtuvat syyt

Omaa terveyttään voi yksilö pitää hyvänä, tyydyttävänä tai huonona jokainen oman historiansa, ympäristönsä ja elämäntilanteensa tuomiin näkökohtiin peilaten. Ihmisellä ei ole kehossaan mitään niin otollista infektioporttia bakteerien päästä kehoon kuin suu. Se on lämmin, kostea ja ravintoa on koko ajan tarjolla. Koulutus- ja talouseroista huolimatta jokainen suomalainen tietää, että suu on puhdistettava päivittäin. Puhdistus ei kuitenkaan toteudu niin hyvin kuin sen tulisi toteutua suun bakteerimäärän pitämiseksi tautia aiheuttavan rajan alapuolella. Saadun terveystieteellisen tutkimuksen määräästä ja

laadusta riippuen esiintyy paljon vaihtelua siinä, kuinka hyvin yksilö ymmärtää suun terveyden merkityksen kokonaisterveydelle ja kuinka päivitettyjä hänen suunpuhdistustietonsa/taitonsa ovat. ”Suun omahoidon kaikilla osa-alueilla näkyi naisten ja eniten koulutusta saaneiden kiinnostus ja kyky toteuttaa suun terveyttä edistäviä elämäntapoja. Silti naistenkin toteuttama suun puhdistaminen oli sekä määrältään (harjauskerrat) että laadultaan (hampaiden puhtaus) riittämätöntä.” (Vehkalahti 2004:49.)

5.4 Hammashoitopelosta johtuvat syyt

Vuonna 2003 Suomen Hammaslääkärilehti julkaisi artikkeleita pohjoismaisten hammaslääkärilehtien teemanumerosta koskien hammashoitopelkoa. Aihe on hyvin tärkeä ihmisen kokonaishyvinvoinnille ja terveydentilalle aiheuttamiensa uhkien vuoksi. ”Pohjoismaissa asuu noin 600 000 eli kolme kertaa Islannin väkiluvun verran ihmisiä, jotka kärsivät niin suuresta hammashoitopelosta, että he välttelevät hammashoitoa.” (Kvale ym. 2003:203-209.) Artikkelissa aihetta hammashoitopelkoa käsitellään prosessina: pelkona, ahdistuksena ja fobiana. Tämä pelkotilan kasvu on artikkelissa määritelty sairaudeksi, jonka eri asteista pohjoismaissa kärsii noin 1,7 miljoonaa ihmistä. Suomessakin monet ihmiset (tutkimuksesta riippuen prosenttiluvut ovat 4 ja 20 % välillä pohjoismaisella tasolla) ovat mieluummin vuosikausia hoitamatta huonoja ja särkeviä hampaitaan (joita häpeävät kovasti) kuin menevät hammaslääkäriin. (Kvale ym. 2003:203-209.)

Osa potilaista ei edes tunnista tietoisella tasolla pelkäävänsä. Heidän fysiologiset reaktionsa (hikoilun lisääntyminen, pulssin kiihtyminen, suun kuivuminen/hyposalivaatio ym.) ovat kuitenkin merkkejä, joista hoitohenkilökunnan olisi tehtävä johtopäätöksiä ja osattava rauhoittaa hoitotilanne niin rauhalliseksi ja kivuttomaksi kuin mahdollista. Vaikka tällainen, ei vielä syvästä ahdistuksesta tai fobiastakaan kärsivä, mutta epävarma ja pelokas potilas ei sitä itse tiedostaisikaan, hänen ajan- ja rahankäyttöönsä liittyviä päätöksiä se voi ohjailla. Hammashoidon vuositarkastusajat jäävät varaamatta ja niitä siirrellään tai ne jätetään käyttämättä.

Pohdinta

Palvelutaloissa pitämissämme opetustilaisuuksissa havaitsimme, että suun hoitoa koskevalle asiantuntemukselle on tarvetta. Hyvä suun terveys liittyy olennaisena osana yksilön yleisterveyteen, ja sen ylläpitäminen vaatii hoitohenkilökunnalta vankkaa tietopohjaa käytännön toteuttamisen tueksi. Edelleen on vallalla erilaisia vanhentuneita tai suorastaan virheellisiä käsityksiä suun hoidosta, jotka on hyvä saada oikaistua. Koska hoitoalan henkilökunnan saama suun terveyden opetus on melko suppeaa, on heidän tietopohjaansa hyvä kerrata ja päivittää säännöllisesti suunhoitoalan ammattilaisten ohjauksessa. Tältä kannalta moniammatillinen yhteistyö palveluasumisen hoitohenkilökunnan ja suun terveyden ammattilaisten välillä on tärkeää ja tarpeellista.

LÄHTEET

- Haapasalo, Markus – Siren, Eva 2003: Juurihoito. Endodontia Teoksessa Meurman ym. (toim.): Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy.
- Helsingin kaupunki 2006: Helsingin vanhuspalveluohjelman 2006 – 2009 taustaineisto. Sosiaalivirasto. Terveyskeskus. Helsinki.
- Helsingin kaupunki 2007: Helsingin kaupungin kunnallinen hammashoito. Verkkodokumentti. Päivitetty 16.10.2006. http://www.hel2.fi/terveyskeskus/suomi/paivystys/hammashoito_paiv.html. Luettu 25.4.2007.
- Helsingin kaupunki 2006: Hammashoito Helsingissä. Verkkodokumentti. Päivitetty 5.1.2006. <http://www.hel2.fi/terveyskeskus/suomi/palvelut/hammashoito.html>. Luettu 24.1.2008.
- Huhta, Matti 2007: Pääkaupunkiseudun kunnat eivät selviä hammashoitajonoista. Helsingin Sanomat 21.4.2007. A 15.
- Hujanen, Erkki 2003: Hampaattoman suun protetiikka. Teoksessa Meurman ym. (toim.) Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 623-634.
- Kansaneläkelaitos 2007: Miten hammashoidon kuluja korvataan. Rintamaveteraanit ja miinanraivaajat. Verkkodokumentti. <http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/280302113442EH?openDocument>. Luettu 23.4.2007.
- Keto, Anu – Murtomaa, Heikki 2003: Kliininen suun terveydenhoitotyö. Teoksessa Meurman ym. (toim.): Therapia Odontologica, Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 1055-1068.
- Kerosuo, Eero 2003: Korjaava karieshoito. Teoksessa Meurman ym. (toim.): Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-kustannus. 387-411.
- Knuuttila, Matti 2004: Hampaiden kiinnityskudossairaudet. Suomalaisen aikuisen suunterveys. Terveys 2000 –tutkimus. Helsinki.
- Kvale, Gerd – Klingberg, Gunilla – Moore, Rod – Tuutti, Heikki 2003: Mitä on hammashoitopelko ja miten se voidaan diagnosoida? Suomen Hammaslääkärilehti 5/2003. 203-209.
- Luentomuistiinpanot 2005: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Suun terveydenhuollon koulutusohjelma. Hoitotyön auttamistavat asiakkaan suun kariologisessa hoidossa. Etelälahti, Tuula.
- Luentomuistiinpanot 2006: Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Suun terveyden koulutusohjelma. Hoitotyön auttamistavat suun proteettisessa hoidossa. Eeva Lindroos.

- Meurman, Jukka – Murtomaa, Heikki – Le Bell, Yrsa – Autti, Heikki 2003: Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja. Helsinki: Academica-Kustannus Oy.
- Mähönen, Kalevi – Könönen, Mauno 2003: Kruunu- ja siltaprotetiikka. Teoksessa Meurman ym. (toim.): Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 649-667.
- Nieminen, Anja 2003: Parodontiumin tutkiminen. Teoksessa Meurman ym. (toim.): Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy.
- Nordblad, Anne – Könönen, Mauno – Suominen-Taipale, Liisa 2004: Irrotettavien hammasproteesien yleisyys ja kunnostustarve. Teoksessa Suominen-Taipale, Liisa – Nordblad, Anne - Vehkalahti, Miira – Aromaa, Arpo (toim.): Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. 114.
- Nordblad, Anne - Suominen-Taipale Liisa - Vehkalahti Miira 2004: Hampaattomuus ja hampaiden määrä, Teoksessa Suominen-Taipale, Liisa – Nordblad, Anne - Vehkalahti, Miira – Aromaa, Arpo (toim.): Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004.
- Raustia, Anne 2003: Protetiikka Teoksessa Meurman ym. (toim.) Therapia Odontologica, Helsinki: Academica-kustannus. 668.
- Salonen-Kemppi, Maarit 2003: Implanttiprotetiikka. Teoksessa Meurman ym. (toim.): Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: Hammashuolto. Verkkodokumentti. Päivitetty 14.2.2007.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/hammashuolto.htx>.
Luettu 23.4.2007.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: Hoitotakuu. Verkkodokumentti. Päivitetty 19.1.2007. <http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/hoitoon.htx>.
Luettu 23.4.2007.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: Hammas- ja suusairaudet: Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi ja hoidon perusteet perusterveydenhuollossa. Verkkodokumentti. Päivitetty 11.3.2005.
<http://www.stm.fi/Resource.phx/vastt/tervh/thpal/hoitopaasy/hammassuhtx.i898.pdf>. Luettu 23.4.2007.
- Suomen Hammaslääkäriliitto 2007: Hammaslääkärit paikallisosastoittain. Verkkodokumentti. Päivitetty 26.4.2007.
<http://jasenpalvelut.hammasll.fi/liitto/tilastoja/poshtml.asp>. Luettu 28.4.2007.
- Suomen Hammaslääkäriliitto 2007: Yli puolella eläkeikäisistä suu vailla hoitoa. Verkkodokumentti. Päivitetty 20.5.2003. <http://jasenpalvelut.hammasll.fi/suu/>.
Luettu 25.4.2007.

- Suomen Hammaslääkäriliiton vanhustyöryhmä 2003: Ikäihmisten suun hoito. Opas sosiaali- ja terveysalan henkilöstölle. Hammaslääkäriliiton Kustannus Oy.
- Suominen-Taipale, Liisa – Nordblad, Anne – Arinen, Sisko – Vehkalahti, Miira 2004: Hammashoitopalvelujen käyttö. Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 –tutkimus. Helsinki.
- Suominen-Taipale, Liisa – Nordblad, Anne - Vehkalahti, Miira – Aromaa, Arpo (toim.) 2004: Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki.
- Suuronen, Riitta – Autti, Heikki – Randell, Tarja 2003: Puudutus. Teoksessa Meurman ym. (toim.): Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 341.
- Sulander, Tommi – Helakorpi, Satu – Nissinen, Aulikki – Uutela, Antti 2001: Eläkeikäisen väestön terveystyytymisen ja terveys keväällä 2001 ja niiden muutokset 1993- 2001. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B17/2001. Helsinki.
- Sulander, Tommi – Helakorpi, Satu – Nissinen, Aulikki – Uutela, Antti 2006: Eläkeikäisen väestön terveystyytymisen ja terveys keväällä 2005 ja niiden muutokset 1993-2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/2006 Helsinki.
- Tenovuo, Jorma 2003: Johdanto. Kariologia. Teoksessa Meurman ym. (toim.): Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-kustannus. 372.
- Uitto, Veli-Jukka 2003: Parodontaalisairauksien tausta ja diagnostiikka. Teoksessa Meurman ym. (toim.) Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 460-462.
- Vehkalahti, Miira – Knuuttila, Matti 2004: Suun omahoito. Teoksessa Suominen-Taipale, Liisa – Nordblad, Anne - Vehkalahti, Miira – Aromaa, Arpo (toim.): Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004:41.
- Virtanen, Kauko 2003: Osaprotetiikka. Teoksessa Meurman ym. (toim.): Therapia Odontologica. Helsinki: Academica-Kustannus Oy. 635-648.

1	JOHDANTO.....	1
2	HAMMASHOITOPALVELUIDEN SISÄLTÖ.....	1
2.1	Hampaan paikkaushoito	1
2.2	Mahdollisia tilannetta parantavia toimenpiteitä.....	3
2.3	Hyposalivaatiopotilaiden yleistyminen väestön ikääntyessä.....	6
2.4	Paikkamateriaalinen subjektiivinen tai objektiivinen sopimattomuus	7
2.5	Korjaavan karieshoidon vaiheet.....	8
2.5.1	Diagnostiikka ja hoitopäätöksen teko.....	8
2.5.2	Karieksen poisto tai pysäyttäminen.....	8
2.5.3	Puudutus.....	8
2.5.4	Kaviteetin tekeminen.....	9
2.5.5	Täyttemateriaalin valinta.....	9
2.5.6	Kaviteetin täyttö	9
2.5.7	Täytteen viimeistely	10
2.6	Protetiikka.....	10
2.6.1	Hampaattoman suun protetiikka.....	12
2.6.2	Hoidon eri vaiheet	13
2.6.3	Osaprotetiikka	14
2.6.4	Kruunu- ja siltaprotetiikka	14
2.6.5	Kruunutyypit	15
2.6.5.1	Metallinen vaippakruunu	15
2.6.5.2	Osakruunu	15
2.6.5.3	Metallokeraaminen kruunu	16
2.6.5.4	Muovifasadikruunu	16
2.7	Hampaiden kiinnityskudossairaudet	16
2.7.1	Hoidon vaiheet	18
2.7.1.1	Tutkimus	18
2.7.1.2	Täytteiden viimeistely.....	19
2.7.1.3	Depuraatio eli mekaaninen hammaskiven poisto	20
2.7.1.3.1	Karkea depuraatio	20
2.7.1.3.2	Hienodepuraatio	20
2.7.1.4	Pastapuhdistus	21
2.8	Endodontia eli juurihoito	21
2.8.1	Juurihoidon diagnoosi.....	22
2.8.2	Hoidon vaiheet	22
2.9	Hampaan poisto.....	23
3	HAMMASHOITOPALVELUIDEN SAATAVUUS	24
3.1	Ikääntyneiden suun terveyden turvaaminen	24
3.2	Hoitopalveluiden järjestäminen eri tahojen välisenä yhteistyönä.....	24
4	HAMMASHOITO SUOMESSA.....	25
4.1	HOITOTAKUU	26
4.1.1	Kiireettömän hoidon tarpeen arviointi ja hoidon perusteet perusterveydenhuollossa.....	26
4.2	SUUN TERVEYDENHOIDON KUSTANNUKSET	27
4.2.1	Kunnallinen sektori.....	27
4.2.2	Yksityinen sektori.....	28
4.2.3	Kelan korvattavuus	28
4.2.4	Poikkeukset	29
4.2.5	Hammashuollon vanhuspalvelut Helsingissä.....	30
4.2.6	Hammashoitopalvelut Helsingissä	31
5	LOPUKSI - SUUN HOITAMATTA JÄTTÄMISEN SYITÄ.....	33

5.1	Yleistä.....	34
5.2	Taloudelliset syyt	34
5.3	Asenteista johtuvat syyt.....	35
5.4	Hammashoitopelosta johtuvat syyt	36