

**Kehittämiprojektin käynnistäminen peruspalvelukuntayhtymä Kallion
suun terveydenhuollossa**
- **Toimintamalli alle 18-vuotiaiden karieksen hallintaan**

Ritva Korpi-Tassi
Opinnäytetyö

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveystalouden kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Ritva Korpi-Tassi	
Työn nimi Kehittämiprojektin käynnistäminen peruspalvelukuntayhtymä Kallion suun terveydenhuollossa –Toimintamalli alle 18-vuotiaiden karieksen hallintaan	
Päiväys 12.10.2010	Sivumäärä/Liitteet 72/3 (+3)
Ohjaaja(t) Annikki Jauhiainen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Peruspalvelukuntayhtymä Kallion suun terveydenhuolto	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli käynnistää kehittämisprojekti peruspalvelukuntayhtymä Kallion suun terveydenhuollossa. Opinnäytetyön vaiheita olivat kyselytutkimus koko työyhteisölle (N=49), koulutuspäivä henkilöstölle toimintojen kehittämisestä ja työnjaon kustannusvaikutuksista sekä kehittämistyötä varten perustetun työryhmän työskentely. Työryhmän ensimmäisenä tehtävänä oli laatia toimintamalli alle 18-vuotiaiden karieksen hallintaan.</p> <p>Kyselytutkimuksen tarkoitus oli tuoda esille henkilöstön ideoita ja näkökulmia karieksen hallintaan. Henkilöstölle järjestetyn koulutuksen tarkoitus oli tuoda tutkimuksiin perustuvaa tietoa ja käytännön kokemuksia toiminnan kehittämiseen ja rohkaista toimintojen kriittiseen tarkasteluun. Työryhmätyöskentelyn tarkoitus oli käynnistää kriittinen vuoropuhelu toimintojen kehittämisestä. Työryhmässä on edustus kaikista ammattiryhmistä ja kaikista kuntayhtymän kunnista.</p> <p>Opinnäytetyön keskeisimpiä tuloksia olivat kehittämistyön käynnistyminen ja kyselytutkimuksesta esille nousseet halu tarkastella toimintoja kriittisesti ja yhtenäistää toimintojen päälinjat. Ennaltaehkäisevä työ ja voimavarojen kohdentaminen varhaiseen ehkäisyyn nähtiin ensiarvoisen tärkeinä keinoina karieksen hallinnassa. Kyselytutkimuksen lomakkeista palautui 92 %, joten henkilökunnan näkemykset tulivat kattavasti esille. Kysely analysoitiin sekä kvantitatiivisesti että kvalitatiivisesti.</p> <p>Työryhmän tuotoksena syntynyt karieksen hallinnan toimintamalli on tehty tämänhetkisen tutkimustiedon ja henkilöstön käytännön kokemustiedon perusteella. Kehittämisprojekti jatkuu toimintamallin valmistumisen jälkeen muiden osa-alueiden toimintojen tarkastelulla. Opinnäytetyöprosessi oli merkittävä askel kohti yhtenäistä suun terveydenhuoltoa. Siitä käynnistynyt kehittämisprojekti tukee myös peruspalvelukuntayhtymä Kallion strategisia linjauksia.</p>	
Avainsanat karieksen hallinta, suun terveyden edistäminen, terveystalouden keskustelu, varhainen preventio, muutoksen hallinta, työnjako	

Field of Study Social Services, Health and Sports	
Degree Programme Management and Development Education Programme for Healthcare Professionals	
Author(s) Ritva Korpi-Tassi	
Title of Thesis Start of Developing Project in Kallio Public Dental Care–Models for Preventing Caries among Children and Adolescence up to 18 Years of Age	
Date 12.10.2010	Pages/Appendices 72/3(+3)
Supervisor(s) Annikki Jauhiainen	
Project/Partners Kallio Public Dental Care	
<p>Abstract</p> <p>The aim of the thesis was to start a developing project in Kallio Public Dental Care. The thesis included three elements; first, a questionnaire survey for the personnel of dental care (N=49), second, a lecture for the personnel, and third, team work aiming to create a model for preventing caries among children and adolescence under 18 year old.</p> <p>The aim of the questionnaire survey was to find out personnel's opinions concerning effectiveness of caries prevention. The lecture was based on new research results concerning oral health promotion and working methods and also practice-based experience. It was aimed to courage the personnel to educate and evaluate methods and work division in oral health care. The objective of the team work was to start a critical conversation and integration of working methods. The team work group consisted of dentists, dental hygienists and assistants from all four municipalities in the district of Kallio Public Dental Care.</p> <p>The important result of this thesis project was the start of the developing work. The personnel found both critical conversation and integration of working methods necessary. Oral health promotion and early caries prevention, especially among pregnant mothers and families with newborn babies, were considered very important. The participation in the questionnaire survey was very good (92 %). The data were analyzed with both quantitative and qualitative analyses.</p> <p>The caries preventing model for under 18-olds in Kallio Public Dental Care was developed. This model was based on scientific knowledge and practice-based experience of the dental care personnel. The developing work is going to continue in other sectors. This thesis project was the first significant step at the rate of integrity in Kallio Public Dental Care.</p>	
<p>Keywords</p> <p>caries prevention and control, oral health promotion, health conversation, early prevention, control of change, work division</p>	

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA JA TARVE	7
2	TERVEYDEN EDISTÄMISTYÖN HAASTEITA	12
2.1	Näkökulmia terveyden edistämiseen	12
2.2	Yhteiskunnan velvoitteet terveyden edistämistyössä	12
2.3	Tavoitteena terveyden lukutaidon vahvistaminen.....	14
2.4	Terveysviestintä vaikuttavaksi	18
2.5	Terveyden edistäminen suun terveydenhuollossa	19
3	KARIEKSEN EHKÄISY JA HALLINTA.....	23
3.1	Karies – tarttuva infektiosairaus	23
3.2	Suun terveyteen vaikuttavia tekijöitä	24
3.2.1	Mutansstreptokokkitartunta.....	24
3.2.2	Suuhygienia- ja ravintotottumukset.....	25
3.2.3	Hampaan vastustuskykyä lisääviä tekijöitä	26
3.2.4	Sosioekonomiset tekijät.....	30
3.2.5	Muut tekijät.....	31
3.3	Keinoja kariesen ehkäisyyn ja hallintaan.....	32
3.3.1	Prevention eri menetelmiä	32
3.3.2	Kariesriskin arviointikeinot ja toimiva kutsujärjestelmä	34
3.3.3	Kariesen hallinnan perusta on omahoito	36
4	TOIMINNAN KEHITTÄMINEN PPKY KALLION SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA	38
4.1	Muutoksen hallinta toiminnan tarkastelussa.....	38
4.2	Tehtävänkuvan tarkastelu ja työnjako	40
4.3	Peruspalvelukuntayhtymä Kallio – yhteistyön ja kehittämisen tiellä.....	42
5	KARIEKSEN HALLINNAN KEHITTÄMISPROJEKTI.....	45
5.1	Kariesen hallintaprojektin tarkoitus ja tavoite.....	45
5.2	Kariesen hallintaprojektin tehtävät	46
5.3	Kariesen hallintaprojektin toteutus	47
5.3.1	Kehittämisprojektin vaiheet.....	47
5.3.2	Kyselytutkimuksen aineisto ja sen analysointi.....	49
6	KARIEKSEN HALLINTAPROJEKTIN TULOKSET.....	52
6.1	Kyselytutkimuksen tulokset.....	52
6.1.1	Omahoitoon ohjaus	52
6.1.2	Hoitoon kutsujärjestelmä ja työnjako	56
6.1.3	Tulevaisuuden haasteisiin vastaaminen: toiminnan kriittinen tarkastelu ja oman osaamisen kehittäminen	56

6.2 Työryhmätyöskentelyn tulokset	58
6.2.1 Toimintamalli kariksen ehkäisyyn ja hallintaan alle 18-vuotiaille	58
6.2.2 Yhteistyön syventäminen ppky Kallion suun terveydenhuollossa	59
7 POHDINTA	60
7.1 Kariksen hallintaprojektin luotettavuus ja eettisyys	60
7.2 Kariksen hallintaprojektin tulosten arviointi ja hyödyntäminen	63
7.3 Saadaanko karies hallintaan?	66
7.4 Projektin eteneminen ja jatkotutkimusaiheet.....	70
8 LÄHTEET	72

LIITTEET

Liite 1. Kyselylomake

Liite 2. Tutkimuslupa

Liite 3. Toimintamalli alle 18-vuotiaiden kariksen hallintaan

Liite 3a. 0 – 2 –vuotiaiden suun terveyden edistäminen ja suun terveystarkastukset

Liite 3b. 3 – 6 –vuotiaiden suun terveyden edistäminen ja suun terveystarkastukset

Liite 3c. 7 – 18 -vuotiaiden suun terveyden edistäminen ja suun terveystarkastukset

1 KEHITTÄMISTYÖN TAUSTA JA TARVE

Tulevaisuus tuo uusia haasteita terveydenhuollolle, minkä seurauksena tarvitaan monipuolisempia ja joustavia palvelujen järjestämistapoja sekä uusia toimintamalleja. Lisääntynyt vaatimustaso kohdistuu myös suun terveydenhuoltoon, mikä näkyy muun muassa asiakkaiden lisääntyneenä tietoisuutena oikeuksistaan ja hoitovaihtoehdoista sekä laadukkaana asiakaspalvelun odotuksina. Väestöennusteiden mukaan ikääntyneiden osuus Suomen väestössä jatkaa kasvuaan (Laine, Sinko & Vihriälä 2009, 49). Yhä useammalla vanhuksella on hampaat suussa elämän loppuun saakka. Hoidon vaatavuustaso kasvaa ja yksittäiset hoitotoimenpiteet vievät entistä enemmän aikaa, sillä vanhemman väestön hampaissa on paljon vaikeasti korjattavia rakennelmia, esimerkiksi kiinteää siltaprotetiikkaa tai implantteja. Suun terveydenhuollon tarve ja kysyntä siis tulevat kasvamaan. Jos lasten ja nuorten hampaiden reikiintymistä ei saada hallintaan, julkisen sektorin resurssit eivät tule riittämään kaikkien kansalaisten tasapuoliseen suusairauksien hoitoon (Suusairauksien ajankohtaisseminaari 2009.)

Tietoisuuden lisääminen on yksi keino vähentää sairauden uhkaa. Suun terveydenhuollossa alettiin toteuttaa laajamittaista terveysneuvontaa kansanterveyslain voimaan tultua 1970-luvun alussa. Terveyskeskuksiin perustettiin ennaltaehkäisevän työn vakansseja. Valistushammashoitajat kiersivät kouluissa ja päiväkodeissa jakamassa tietoa ja opastamassa, miten reikiintyminen estetään. Neuvontatyö tuotti nopeasti tulosta, ja reikiintyminen vähentyi voimakkaasti, sillä väestöllä ei aiemmin ollut tarpeeksi tietoa, mitä olisi tarvittu hampaiden reikiintymisen torjuntaan. Tenovuo (2001, 1657) pitää fluorihammas-tahnojen käyttöä, suuhygienian kohentumista ja hampaiden arvostuksen lisääntymistä tärkeimpinä syinä kariksen vähenemiseen. Myös ksylitoli on parantanut tilannetta.

1970-luvulla alkanut hyvä kehitys kuitenkin pysähtyi 1990-luvun alkupuolella, ja karies alkoi voimakkaasti polarisoitua; osalla väestöä on täysin ehjä hampaisto ja osalla karies-ta on erittäin runsaasti (Varsio 1999, 197 - 198). Nykypäivän tilanne näyttäisi olevan edelleen samanlainen, eli voimakas polarisaatio on havaittavissa. Syitä hyvän kehityksen pysähtymiseen lienee monia; ruokailutottumukset ja yleinen ravintokulttuuri sekä elämäntavat ovat muuttuneet. (Tenovuo 2002, 1657 – 1662; Läärä 1999, 28 – 30). Osuutensa huonoon kehitykseen saattaa olla myös sillä, että suun sairauksien ennaltaehkäisevä työ on monissa kunnissa vähentynyt, kun terveydenhuollon kustannuksia on jouduttu pienentämään.

Karies on sairaus, mikä on ehkäistävissä. Terveyden edistämistyö on järkevä investointi tulevaisuuteen. Vaikuttavuus näkyy viiveellä, mutta tulokset havaitaan sekä yksilön elämänlaadun paranemisena että kustannussäästöinä niin yksilö- kuin yhteiskunnankin tasolla. Velkaantuvan valtiontalouden ja sen seurauksena kiristyvän kuntatalouden myötä uhkaa Suomen rapautuminen hyvinvointivaltiona, ellei terveyden edistämistoimilla saada tuloksia aikaan.

Terveysnäkökohtien huomioon ottaminen yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmässä on nostettu esille muun muassa hallituksen terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa (2007) ja sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisissa kehittämissuunnitelmissa (Terveys 2015). Asetuksessa neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta (380/2009) on toimenpideohjeet muun muassa terveysneuvonnan sisältöön. Lisäksi asetuksessa on ohjeistettu suun terveystarkastusten vähimmäismäärä. Käypä hoito -suositus kariksen hallinnasta (2009) painottaa omahoidon osuutta kariksen ehkäisyssä sekä kansalaisten oikeutta saada tarvittaessa yksilöllistä ohjausta. Suun terveydenhuollon palvelujen tulee painottua ennaltaehkäisyyn ja suusairauksien varhaiseen toteamiseen sekä oikea-aikaiseen hoitoon, sillä terveyden parantuessa vähenee sairauksien hoitoon tarvittavien palveluiden käyttö. (Terveyden edistämisen politiikkaohjelman toteuttaminen suun terveydenhuollossa 2009).

Valtakunnallisten ohjelmien painotuksen mukaan yhteiskunnan tulee luoda mahdollisuudet väestön terveyden ylläpitoon ja ottaa vastuu siitä, että yksilö saadaan ymmärtämään vastuunsa omasta terveydestään. Suun terveyden edistämistoimenpiteitä tarvitaan sekä lasten vanhemmille että koululaisille, jotta lasten ja nuorten kariesongelma saadaan hallintaan. Suomalaisten suuhygieniatottumuksilla ei voi kehua; kaksi kertaa päivässä hampaitaan harjaavien osuus on alle EU:n keskiarvon (Honkala, Rimpelä, Välimaa, Tynjälä & Honkala 2009, 18 – 22). Ennaltaehkäisevän suun terveydenhoidon vaikuttavuuteen on kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Toimintamalleja tulee tarkastella uudestaan sekä sisällön että toteuttamistavan osalta ja kohdentaa tehostetut toimenpiteet niitä todella tarvitseville. Kustannuspaineet ovat yksi merkittävä tekijä, mikä pakottaa uudistumaan ja etsimään vaihtoehtoisia toimintatapoja.

Peruspalvelukuntayhtymä Kallio on 1.1.2008 toimintansa aloittanut sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatio, mikä tuottaa palvelut Alavieskan ja Sievin kunnille sekä Nivalan ja Ylivieskan kaupungeille Pohjois-Pohjanmaalla (kuvio 1 seuraavalla sivulla). Väestöpohja on koko alueella 33 133 asukasta; Ylivieskassa 13 802, Nivalassa 10 988, Sievissä 5 310 ja Alavieskassa 2759 asukasta (tilasto 2009).



KUVIO1. Peruspalvelukuntayhtymä Kallion alue. (Peruspalvelukuntayhtymä Kallio 2010)

Peruspalvelukuntayhtymä Kallion strategian (2009) painopistealueiksi terveyden edistämiseksi on asetettu asiakastarpeiden tunnistaminen, varhainen puuttuminen ja osallisuuden lisääminen. Tämä johtaa toiminnan vaikuttavuuden tarkasteluun ja henkilöstön osaamisen varmistamiseen. Strategiassa viitataan myös siihen, että kiristynyt kuntatalous pakottaa uudistumaan ja etsimään vaihtoehtoisia toimintatapoja. (Kallion strategia 2009.) Jatkossa tässä työssä peruspalvelukuntayhtymä Kalliosta käytetään lyhennettä Ppky Kallio, mikä on kuntayhtymän virallinen lyhenne.

Ppky Kallion suun terveydenhuolto tuottaa palvelut koko väestölle toistaiseksi ilman jonoa. Vaikka tällä hetkellä resurssit vastaavat melko hyvin hoidon tarvetta, tulevaisuuden haasteet väestön ikääntymisen seurauksena ovat suuret. Ppky Kallion alueella väestömäärään ennuste on kasvava, mikä tuo osaltaan paineita henkilöstöresurssien riittävyyteen.

Kallion strategian mukaisesti suun terveydenhuollon terveyden edistämistyön tavoitteena on ohjata väestöä omatoimiseen suun terveydenhoitoon. Korkealaatuisia palveluja pyritään järjestämään taloudellisesti ja tehokkaasti. Suun terveydenhuoltoon on asetettu kaksi strategista päämäärää; järjestää ja tuottaa omana toimintana suun terveydenhuollon palvelut lähipalveluna koko väestölle jokaisessa jäsenkunnassa sekä kehittää edelleen suun terveydenhuollon työnjakoa ja sen toimivuutta ennaltaehkäisevää toimintaa painottaen. (Suun terveydenhuollon toiminta- ja taloussuunnitelma 2011 – 2013.)

Aloite tämän opinnäytetyön aiheesta tuli työnantajalta. Ppky Kallion suun terveydenhuoltoon tarvittiin toimintamalli lasten kariuksen ehkäisyyn. Toimintamallia tarvitaan ohjaamaan käytännön toimintaa yhtenäisesti koko kuntayhtymän alueella. Työpaikkaohjaajana opinnäytetyössä toimi 25 vuotta terveystieteiden hammaslääkärinä työskennellyt, syksyllä 2010 väitellyt hammaslääketieteen tohtori Marja-Liisa Laitala. Hän on ollut suurena

apuna karieksen hallintaan liittyvän lähdemateriaalin hankinnassa. Toimenpiteet opin-
näytetyön toteuttamiseksi olemme suunnitelleet yhdessä.

Lähtökohdaksi asetettiin se, että kehittämistyöhön osallistuu koko työyhteisö. Osallistu-
minen toiminnan suunnitteluun lisää sitoutumista kehittämiseen ja helpottaa mahdollisen
muutoksen kohtaamista (ks. Sydänmaanlakka 2001, 125; Laaksonen, Niskanen, Ollila &
Risku 2005, 52). Henkilöstön osallistuminen toimintamallin laadintaan tapahtui kysely-
tutkimuksen ja työryhmätyöskentelyn kautta. Kyselytutkimuksen jälkeen järjestettiin li-
säksi koulutuspäivä koko henkilöstölle. Koulutuksen aiheena oli toiminnan kriittinen tar-
kastelu ja tulevaisuuden haasteisiin vastaaminen ja tavoitteena henkilöstön motivointi
kehittämistyöhön.

Kyselytutkimuksen kohderyhmänä oli koko henkilöstö (N=49) ja se toteutettiin marras-
kuussa 2009. Työryhmätyöskentely, jonka vetäjänä toimin, alkoi alkuvuodesta 2010, ja
ryhmän toiminnan tuotoksena syntyi toimintamalli karieksen hallintaan alle 18-vuotiaille.
Kyselytutkimuksen tuloksia käytettiin toimintamallin laadinnassa.

Tämän opinnäytetyön alkuperäinen tavoite oli toimintamallin laadinta karieksen hallin-
taan alle 18-vuotiaille. Kyselytutkimuksen tulokset ja käynnistynyt työryhmätyöskentely
ohjasivat kuitenkin laajentamaan tavoitetta laajamittaisemmaksi kehittämistyöksi. Siten
tavoitteeksi tuli käynnistää kehitysprojekti, jonka ensimmäinen osaprojekti oli toiminta-
mallin laadinta karieksen hallintaan alle 18-vuotiaille. Kehittämistoiminta jatkuu muiden
osa-alueiden tarkastelulla ja uusien toimintamallien laatimisella. Tämän opinnäytetyön
teoriaosassa käsitellään terveyden edistämisen roolia terveyden ylläpitämisessä sekä
yhteiskunnan että yksilön näkökulmasta, karieksen hallintaan vaikuttavia tekijöitä sekä
toiminnan kehittämiseen ppsy Kallion suun terveydenhuollossa liittyviä seikkoja (kuvi-
o 2).



Kuvio 2. Opinnäytetyön viitekehys

Opinnäytetyössä esiintyviä termejä:

ADA: American dental association. Amerikan hammaslääkärijärjestö

Anaerobinen: hapeton tila

Approksimaaliväli: Hammasväli

Biofilmi (hammasplakki): Hampaan pinnoilla esiintyvä biofilmi on mikrobeista ja niiden aineenvaihduntatuotteista muodostunut rakenne, joka helpottaa bakteerien kiinnittymistä hampaan pintaan ja toimii mikrobeille ravintona.

d: uutta maitohammaskariesta kuvaava indeksi

Demineralisaatio: mineraalien liukeneminen

Dentiini: Kiihteen alla oleva pehmeämpi kudos, sanotaan myös hammasluuksi

DMF: indeksi, mikä kuvaa uutta kariesta, poistettuja ja paikattuja hampaita

Hydroksiapatiittikiteet: kiihteen koostumusta

Initiaaliekaries: Alkava ekariesleesio, pysäytettävissä oleva

Kiille: Hampaan pinnalla oleva erittäin kova ja läpikuultava, lähes kokonaan mineraaleista (96 %) koostunut kudos (elimistön kovin kudos)

Karies: Hampaan reikiintyminen

Kariogeeninen: reikiintymistä suosiva

Kolonisaatio: ”asuttaminen”, bakteerikolonisaatio = bakteerit pesiytyvät pysyvästi

Maisema-malli: Talouden seurantamalli (käynnit, asiakkaat, sairastavuusindeksit). Maisema-työkalu on tilaaja-tuottaja –malli, jossa on resurssi- ja tilaustaulukot. Vertailu tehdään vuosittain kuntien tilinpäätöksen valmistuttua.

Preventio: ennalta ehkäisy

Remineralisaatio: mineraalien saostuminen takaisin

SUHAT: Malli lasten ja nuorten asetuksen mukaisiin tarkastuksiin ja terveyden edistämiseen. Suun terveydenhuollon kehittämishanke, mikä käynnistyi vuonna 1999 Stakesissa (nykyisin THL) lääkintöneuvos Anne Nordbladin toimesta. Hankkeessa on mukana kuntia sekä kuntayhtymiä eri puolilta Suomea (kaikkiaan 40; väestöpohja yli 3 milj.) sekä YTHS (Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö), Suomen kuntaliitto ja KELA.

2 TERVEYDEN EDISTÄMISTYÖN HAASTEITA

2.1 Näkökulmia terveyden edistämiseen

Käsitteenä terveyden edistäminen ilmaantui kirjallisuuteen 1970-luvulla Kanadan sosiaali- ja terveystieteiden ministeri Marc Lalonden (1974) julkaistua raporttinsa 'A New Perspective on the Health of Canadians'. Perussanoma raportissa oli, että parantamalla ympäristöä (yhteisöä korostava rakenteellinen lähestymistapa) ja muuttamalla käyttäytymistä (yksilösuuntautunut lähestymistapa) voidaan vähentää sairastavuutta. (Perttilä 1999, 65.)

Terveyden edistäminen perustuu kansanterveystieteeseen ja on osa kansanterveystyötä. Terveyden edistämisen tehtävänä on ihmisten voimavarojen lisääminen. (Kalimo & Vertio 1986, 6.)

Terveyden edistämistä voidaan tarkastella joko promotiivisesta tai preventiivisestä näkökulmasta. Promotiivinen näkökulma pyrkii vaikuttamaan ihmisen terveyteen jo ennen ongelmien syntyä ylläpitämällä ja vahvistamalla terveyttä suojaavia voimavaroja. Terveyden edistäminen perustuu tässä positiiviseen terveystieteeseen. Preventiivisessä näkökulmassa taas ehkäistään sairauksia lähinnä ongelmalähtöisen ajattelun avulla. (Haarala & Mellin 2008, 54 – 55.)

Preventiivinen näkökulma koostuu primaari-, sekundaari- ja tertiääripreventiosta. Primaari-prevention avulla tarkastellaan, miten sairauksia voidaan ennaltaehkäistä, ja miten riskitekijöitä voidaan vähentää jo ennen niiden ilmaantumista. Sekundaari-preventiossa pyritään pysäyttämään jo olemassa olevan sairauden paheneminen puuttamalla riskitekijöihin ja vähentämällä niiden vaikutusta. Tertiääri-prevention avulla korjataan syntyneitä vaurioita, ettei ongelma pahene entisestään. (Haarala & Mellin 2008, 54 – 55.)

2.2 Yhteiskunnan veloitteet terveyden edistämistyössä

Yksi merkittävimmistä terveyden edistämistä käsittelevistä foorumeista oli vuonna 1986 Ottawassa järjestetty konferenssi, jonka tuloksena syntyi Ottawan asiakirja. Se määritteli terveyden edistämisen merkityksen ja mahdollisuudet. Julkilausumassa rajattiin viisi avainaluetta: terveellisen ympäristön aikaansaaminen, terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveystieteiden uudelleenkäynnäytyminen. Ohjelmassa painotetaan terveyden edistämisen johdonmukaista politiikkaa, rakenteisiin investoimista ja liittoutumien rakentamista julkisen ja yksityisen sektorin, järjestöjen ja kansainvälisten organisaatioiden välillä. (Kalimo & Vertio 1986, 6 – 8.)

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma on yksi hallituksen kolmesta politiikkaohjelmasta. Ohjelman keskeisenä tehtävänä on edesauttaa terveystieteen huomioimista yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmässä yli sektorirajojen. Ohjelmassa kiinnitetään huomiota muun muassa terveyden edistämisen ja ehkäisevän työn vastuiden jakoon ja resursointiin. Yhteiskunnallisia vaikuttavuustavoitteita ovat terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen ja terveyden edistämisen uusien työmuotojen kehittäminen. Lisäksi pyritään elintapamuutoksiin ohjaamalla vaikuttamaan kansansairauksien ehkäisyyn sekä vahvistamaan sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluja sekä järjestöjen toimintaa ja roolia terveyden edistämässä. (Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007.)

Valtakunnalliset ohjelmat edellyttävät myös ohjelmien toimeenpanoa. Terveys 2015 on terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla pyrkivä yhteistyöohjelma. Kaste-ohjelman tavoitteina ovat osallisuuden lisääntyminen, syrjäytymisen väheneminen, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saatavuuden paraneminen. (Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma 2008–2011.)

Julkisen vallan vastuu on sitä, että peruskunnan tehtävänä on väestön hyvinvoinnista ja terveydestä huolehtiminen (Terveyden edistäminen kunnassa – haasteena tietoinen strateginen valinta kuntasuunnittelussa ja talousarviovalmistelussa 1998). Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on nostettava yhdeksi toiminnan painoalueeksi kaikissa kunnissa. Kansallisissa ohjelmissa on aiempaa täsmällisempiä ohjeita terveyden edistämisen tavoista ja sisällöistä. Ehkäisevässä toiminnassa on paljon käyttämättömiä mahdollisuuksia, ja hyvin toimiva ja joustava yhteistyö eri ammattiryhmien välillä on hyvän suunnittelun perusta. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006; Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen – vahvuus uusiin palvelurakenteisiin 2007.)

Tuloksellinen terveyden edistäminen perustuu siihen, että yhteistyö eri toimijoiden kesken on toimivaa ja joustavaa. Yhteistyössä tulee painottua yhteisöllisyys, verkostojen rakentaminen ja mahdollisuuksien luominen. Terveystieteen syihin tulee vaikuttaa entistä tehokkaammin, sillä ne johtuvat yleisimmin elintapoihin ja elintapoihin liittyvistä tekijöistä, ja ovat periaatteessa muutettavissa. Palvelujärjestelmän tulee tukea sitä, että ihmisillä on mahdollisuus terveellisten valintojen tekemiseen. (Kaste-ohjelma 2009.)

2.3 Tavoitteena terveyden lukutaidon vahvistaminen

Terveyden edistämisen tavoitteena tulee olla se, että yksilö oppii soveltamaan asiantuntijalta saamaansa tietoa ja tekemään terveyttään edistäviä valintoja. Elämäntapoja ei pidä painostaa muuttamaan, vaan asiantuntijan tulee ohjata yksilö tekemään oikeita valintoja kunnioittaen hänen itsenäisyyttään ja itsemääräämisoikeuttaan. Terveyden edistämistyöllä tulee parantaa yksilöiden mahdollisuuksia hallita omaa terveyttään ja rohkaista ottamaan siitä vastuu. Terveysosaamista eli terveyden lukutaitoa tulee kehittää monin eri tavoin sekä menetelmällisesti että sisällöllisesti paikallisten lähtökohtien ja tarpeiden mukaan. (Ewles & Simnett 1995, 33 – 34; Pietilä ym. 2002, 165.)

Terveysneuvonta on yleisesti käytössä oleva terveyden edistämisen muoto. Terveysneuvonnan tavoitteena on positiivinen terveyden edistäminen arkielämässä, ja keinoina terveyttä vahvistavaan käyttäytymiseen ohjaaminen ja saavutetun terveyden hoitaminen (Poskiparta 1997, 21). Terveysneuvonnan interventioiden onnistumisen edellytyksenä on se, että tunnistetaan asiakkaan terveystilanne. Tilanteen muodollisuutta tulee välttää, sillä muodollisessa ilmapiirissä asiakkaan terveystilanne on yleensä yleisesti hyväksytty käsitys ja asiakkaan oma tulkinta puuttuu. (Perttilä 1999, 82.) Ewlesin ja Simnett'n (1995, 5) mukaan oman terveyden tulkintaan vaikuttavat elämäntilanteet sekä aikaisemmat kokemukset, arvot ja odotukset.

Terveysneuvonnan toteutustavan valinnassa on otettava huomioon sekä asiakkaan tarpeet ja kiinnostukset että oma tapa toimia (Ewles & Simnett (1995, 35 – 36). Hirvosen, Pietilän ja Eirolan (2002, 239) mukaan terveysneuvontaa toteutettaessa on tärkeää kehittää oman toiminnan reflektiivisyyttä ja oppia tarkastelemaan omaa osaamista ja asiakkaan tilannetta laajemmissa yhteyksissä. Watt (1999, 57) painottaa sitä, että oman toiminnan arviointia tulee tehdä säännöllisesti ja opetella objektiivisuuteen, eli myös kielteiset arviointitulokset omasta toiminnasta on otettava esille.

Terveysneuvontaa toteutetaan sekä yksilöneuvontana että ryhmäneuvontana. Ryhmäneuvonta voi olla joko autoritääristä tai osallistumista korostavaa tai jotain tältä väliltä. Autoritääriinen tapa sopii silloin, kun on tarve pitää ryhmä hallinnassa; esimerkiksi sairastuneet tai vammaiset. Osallistumista korostava ote sen sijaan sisältää kohderyhmän aktiivisen roolin. (Ewles & Simnett 1995, 141.) Ryhmäneuvonnan etuna pidetään sitä, että samassa elämäntilanteessa olevat ovat oman tilanteensa parhaita asiantuntijoita, ja ryhmässä on mahdollista oppia toisten esittämien kysymysten ja havaintojen kautta (Pietilä, Eirola & Vehviläinen-Julkunen 2002, 66).

Pietilä, Eirola ja Vehviläinen-Julkunen (2002,165) korostavat terveyden edistämisen yksilölähtöistä toimintaa, jossa myös kulttuuriset ja eettiset näkökohdat otetaan huomioon. Tulee muistaa, että tuetaan yksilön elämönhallintaa kokonaisuutena, sillä hyvä elämönhallinta ennakoii terveyden säilymistä. Ewles ja Simnett (1995, 36) pitävät asiakaslähtöisen mallin tavoitteena asiakkaan oma-aloitteisuuden edistämistä.

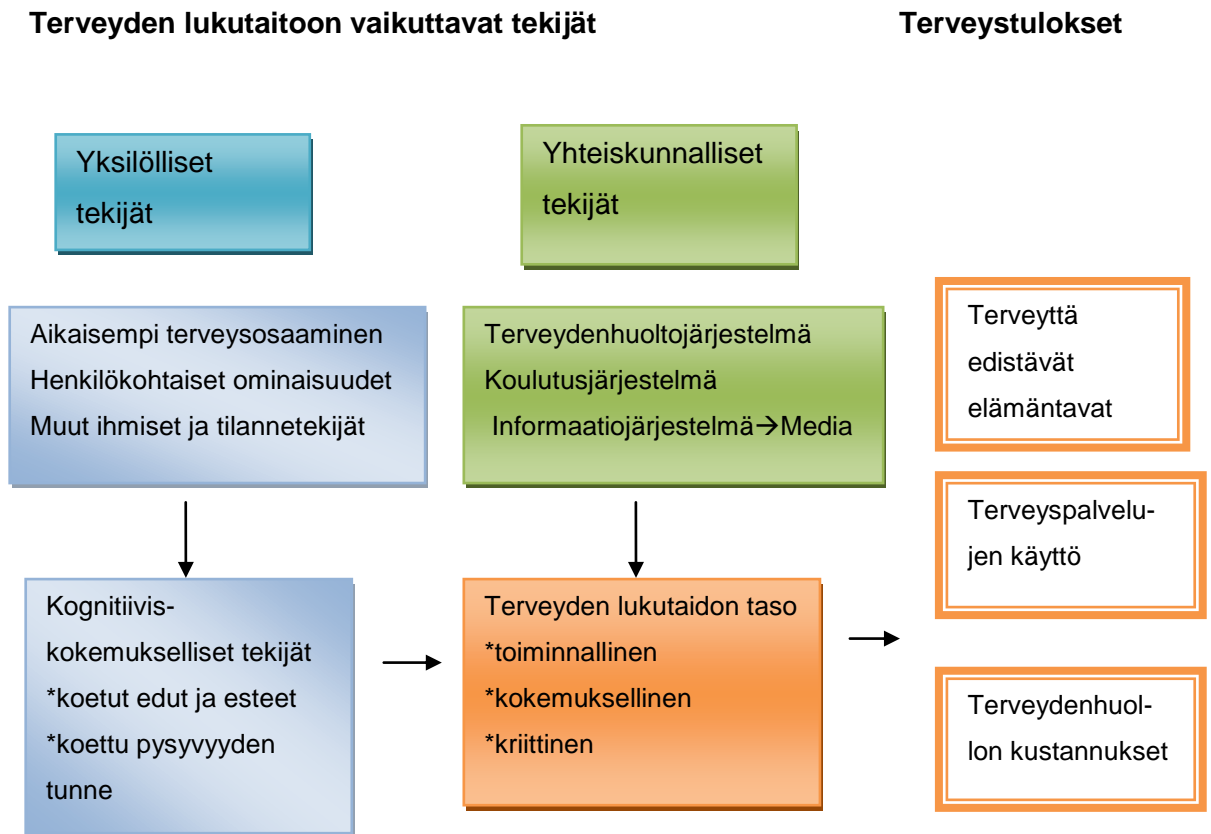
Yksilökohtaista terveysneuvontaa voidaan toteuttaa joko asiantuntijalähtöisesti tai asiakaslähtöisesti. Poskiparta (1997, 21 – 22) suosittelee asiakaskeskeistä mallia, sillä asiantuntijalähtöistä mallia käytettäessä terveysneuvonnan kohde eli asiakas on passiivisessa roolissa eikä sisäistä tiedonjanoa pääse syntymään. Ohjaustilanne on tässä tiedon siirtämistä eikä vuorovaikutusta synny. Vuorovaikutteisessa neuvonnassa yksilön terveys pyritään kytkemään hänen arkielämäänsä ja kokemusmaailmaansa. Asiakkaalla tulee olla mahdollisuus osallistua, vaikuttaa ja tehdä valintoja suhteessa omaan itseensä ja elinympäristöönsä. Asiantuntijan tehtävä on antaa tarvittava tieto ja tukea asiakkaan terveyttä edistäviä valintoja. Näin päästään aktiiviseen vuorovaikutukseen, mikä mahdollistaa asiakaslähtöisen terveysneuvonnan. (Poskiparta 1997, 22 – 23.)

Mönkkönen (2002, 53 – 56) korostaa kuitenkin sitä, että asiantuntijan on oltava aktiivisessa roolissa, eikä vuorovaikutustilanteen tule toimia vain asiakkaan ehdoilla. Kehittynein vuorovaikutuksen muoto hänen mukaansa on toiminta, jossa vuorovaikutus on vastavuoroista; sekä asiakas että asiantuntija ovat aktiivisessa roolissa, ja pyrkimyksenä on yhteisen ymmärryksen rakentaminen. Jos tulkintaeroja ei ole, päästään argumentoivaan keskusteluun, jossa yritetään konkretisoida toisen näkökulma. Mönkkönen puolustaa myös asiantuntijalähtöistä toimintaa silloin, kun yksilö tarvitsee jonkun asiantuntemusta kyetäkseen jäsentämään elämäntilannettaan uudella tavalla. Vaikeassa elämäntilanteessa olevalla saattaa olla heikentynyt kyky suhtautua tilanteeseensa objektiivisesti, ja asiantuntijalähtöiselle toiminnalle on tällöin paikkansa.

Parhaimmillaan asiakaslähtöinen terveyden edistämistapahtuma on terveyskeskustelua. Se on asiantuntijalähtöisen monologin sijasta vuorovaikutteista keskustelua, jossa asiakkaan tietoinen mukaan ottaminen ja tunteminen on tärkeä lähtökohta. Asiakkaan tulee saada tarvitsemansa tiedot ja tuki valintojen tekemiseen, mutta hänen on saatava myös ilmaista itseään vuorovaikutustilanteessa. Terveyskeskustelun ydin rakentuu kysymyksille, ja tärkeää on, miten kysytään ja mitä sanotaan. (Pietilä ym. 2002, 219 – 232.) Hägman-Laitila (2002, 189) pitää terveyskeskustelun ydinkysymyksenä asiakkaan hyödynnäkökohtien korostamista. Asiakas on oman elämänsä asiantuntija ja neuvonnan antaja (terveyskasvattaja) on työprosessin asiantuntija. Vastuu prosessin etenemisestä on

asiantuntijalla. Tavoitteena terveystietokeskustelussa on asiakkaan terveyden lukutaidon vahvistaminen.

Nuutinen (2010, 5 – 13) pitääkin terveystietokeskustelua terveyden lukutaitoa edistävänä toimintana. Asiantuntija on ikään kuin valmentajan roolissa asiakkaan omahoidon tukemisessa. Terveystietokeskustelu on vuorovaikutusta, jossa myös asiakas itse asettaa omat tavoitteensa. Terveyden lukutaitoa, mikä on terveystiedon, -taidon ja terveyden hallintaa, voidaan pitää terveystietokeskustelun tuloksellisuutta mittaavana tekijänä. Myös yhteiskunnallisilla tekijöillä, kuten terveydenhuoltojärjestelmällä ja koulutusjärjestelmällä, on osuutensa yksilön terveyden lukutaidon kehittämisessä. Kuviossa 3 seuraavalla sivulla on esitetty terveyden lukutaidon viitekehys.



Kuvio 3. Terveyden lukutaidon viitekehys (Nuutinen 2010, 9)

Kuten kuvio 3 ilmenee, terveyden lukutaitoon vaikuttavat sekä yksilölliset tekijät että yhteiskunnan taholta luodut raamit. Jotta kansalaisilla olisi mahdollisuus tehdä terveyttään edistäviä valintoja, siihen on luotava edellytykset. Tulee keskittyä yhteiskunnan rakenteiden muuttamiseen tavoitteena tehdä terveyttä edistävä ympäristö. (Poskiparta 1997, 35.) Tähän tähtäävät hyvinvointihankkeet ja valtakunnalliset ohjelmat (ks. esimerkiksi Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007; Kaste-ohjelma 2009).

Tavoitteena on, että yksilön terveyden lukutaito vahvistuu. Jotta toivottu terveystietäminen jäisi pysyväksi, täytyy asiakkaalla syntyä halu ja kiinnostus sekä ymmärrys, mikä merkitys terveydellä on koko elämänlaadun kannalta. Kun tälle tasolle päästään, on terveyden lukutaito jo kriittisellä tasolla, mikä on terveyden ymmärryksen ylin taso. (Nuutinen 2010, 10 – 13.)

Terveystieto on tullut oppiaineeksi koulussa. Sen tavoitteena on lisätä nuorten terveyden lukutaitoa ja auttaa heitä tekemään terveyttä edistäviä valintoja omassa elämässään. Opetussuunnitelman mukaan kouluterveydenhuollon tulee täydentää terveystiedon opetusta, jotta oppi välittyisi terveystietämiseksi eli siirtyisi käytäntöön. Terveyden lukutaitoa

tulee siis opettaa jo peruskoulussa ja korostaa sitä, että vastuu omasta terveydestä on ensisijassa yksilöllä itsellään. (Tervaskanto-Mäentausta 2008, 375 – 376.)

Arpalahti (2006, 30) nostaa esille terveyslähtöisen terveystieteiden mallin, jossa hän mukailee Downien, Fyfen ja Tannahillin 1992 kehittämää terveyteen suuntautunutta mallia. Arpalahti esittää, että terveyssanoma tuodaan esille korostamalla terveystieteen käyttämiseen liittyviä positiivisia puolia ja yksilön omaa vastuuta. Halutaan vaikuttaa myös uskomuksiin; jos yksilö uskoo kykenevänsä parantamaan terveyttään, hän todennäköisesti myös saavuttaa tavoitteensa. Mallissa yksilö nähdään yhteisön osana toteuttamassa positiivista terveystieteen käyttämistä omassa viitekehityksessään, esimerkiksi koulussa tai harrastepiirissä. Yksilön itsetuntoa vahvistetaan ja autetaan terveyttä suosivien elämäntaitojen kehittämisessä. Neuvontatilanteissa yksilö otetaan mukaan suunnittelemaan omaa terveystieteen käyttämistään ja löytämään omat voimavaransa terveytensä edistämiseksi. Terveyslähtöisen mallin käyttö tukee kriittisen terveyden lukutaidon kehittymistä.

2.4 Terveystieteen vaikuttavaksi

Terveystieteen on valistavaa ja ohjaavaa terveyteen vaikuttamista. WHO:n määritelmän mukaan

”Terveystieteen on keskeisin keino välittää yleisölle terveystietoa ja pitää yllä julkista keskustelua merkittävistä terveystieteen kysymyksistä. Kaikkia joukkoviestinnän muotoja, sekä uusia että vanhoja, voidaan käyttää levitettäessä yleisölle hyödyllistä terveystietoa sekä lisättäessä tietoisuutta niin yksilön kuin yhteisönkin terveyden merkityksestä kehitykseen.” (Torkkola 2002, 5.)

Viestintä kuuluu terveyden edistämisen perustaitoihin. On tärkeää huomata mahdolliset viestinnän esteet, ja tulee ottaa huomioon sosiaaliset ja kulttuurierot sekä vastaanottajan mahdolliset rajoitteet tiedon vastaanottamisessa ja omaksumisessa. Myös terveystieteen antavan riittämätön paneutuminen asiaan sekä ristiriitaiset viestit (esimerkiksi terveydenhuollon eri sektoreilta saa erilaista viestiä samasta asiasta) ovat esteitä onnistuneelle viestinnälle. (Ewles & Simnett 1995, 95.)

Ihmiset saavat terveyteen liittyvää tietoa monesta eri lähteestä. Tiedotusvälineillä saattaa olla suuri vaikutus terveystieteen käyttämiseen. Voidaan puhua jopa tietotulvasta, josta pitäisi osata poimia oleellinen ja oikea tieto. Yksilön kognitiivisilla ja sosiaalisilla taidoilla on merkitystä tiedonkäsittelyssä (ks. kuvio 3), ja kriittistä terveyden lukutaitoa pitäisi kehittää ja pystyä ohjaamaan asiakkaita oikeille tiedon lähteille. (Torkkola 2002, 5 – 6.)

Joukkoviestimistä ja muista lähteistä (esimerkiksi sosiaaliset mediat) tuleva terveystieto ja muutosherkkä kohderyhmä, kuten nuoret, asettavat suuria haasteita terveyden edistämistyössä olevalle. Lähtökohdaksi vaikuttavalle toiminnalle on ajanmukainen ja riittävä tieto, mikä terveyden edistämistyötä tekevän tulee hallita. (Sirkiä 2001, 3 – 6.) Joukkoviestimet ovat hyvä keino saada terveystieto perille. Joukkoviestimien avulla saadaan helposti aikaan emotionaalinen reaktio, joka saattaa johtaa välittömään toimintaan. Tulee kuitenkin muistaa, ettei annettu tieto lisää tahattomasti tuskaa. Paikallislehtien artikkeleissa tulee muistaa, että paikallisten ihmisten rooli tulee esille. Joukkoviestimien kautta saatu heräte on kuitenkin vain lyhyen aikavälin reaktio, ja pysyviin muutoksiin tarvitaan muitakin keinoja. (Ewles & Simnet 1995, 245.)

Terveydenhuollon viestinnässä ammattilaisten tehtävänä on suunnitella organisaation viestintää johdonmukaisesti ja pitkäjänteisesti. Terveydenhuollon viestinnällä voidaan nähdä neljä tehtävää: toiminnan perustoimintojen tukeminen, tietojen välittäminen, henkilökunnan sitoutumisen tukeminen ja yhteisökuvan muotoutumisen tukeminen haluttuun suuntaan. Tietoisuuden lisääminen ja yhteiseen päämäärään sitoutuminen muodostavat raamit terveystiedon viestinnälle. Tässä juuri tarvitaan moniammatillista yhteistyötä sekä sosiaali- että terveyssektorilla. (Nordman 2002, 123 – 124.) Pietilä ym. (2002, 167) peräänkuuluttavat myös valmiuksia muutoksen hallintaan ja tutkimustiedon hyödyntämiseen vaikuttavaa terveystiedon viestintää suunniteltaessa.

Terveystiedon viestinnässä käytettävällä materiaalilla on tärkeä sija terveyden edistämistyössä. Materiaalin pitäisi olla houkuttelevaa ja kiinnostusta herättävää eikä se saa syyllistää tai olla rasistista. Materiaalin ymmärrettävyys ja tietojen perustuminen tosiseikkoihin ovat myös tärkeitä näkökohtia. On myös tärkeää analysoida, mikä materiaali on sopivinta kuhunkin tarkoitukseen. (Ewles & Simnet 1995, 226 – 228.) Akehurstin ja Sandersonin (1993, 52) mukaan ihmisten on helpompaa omaksua ne terveystottumukset, jotka sallivat tekemään jotain, kuin ne, jotka vaativat luopumaan jostain. Esitteiden laatimisessa tulee tämä näkökulma ottaa huomioon.

2.5 Terveyden edistäminen suun terveydenhuollossa

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman toteuttamiseksi on suun terveyden asiantuntijaryhmä asettanut päämääräksi väestön suuterveyden lisäämisen, suun sairauksien ja terveystietojen vähentämisen sekä suun terveyteen liittyvien terveyserojen kaventamisen. Keinoina suun terveyden edistämiseen on esitetty vaikuttamista suun terveyden taustatekijöihin. Terveystietojen kaventamisen näkökulmasta tulee huomioida perheen sosi-

aalinen tausta ja suuhygienia- ja ravintotottumusten keskeinen osa suun terveyden edistämässä. (Terveyden edistämisen politiikkaohjelman toteuttaminen suun terveydenhuollossa 2009.)

Suun terveyden edistämässä aiemmin mainitun Ottawan asiakirjan (1986) toimet tarkoittavat esimerkiksi sitä, että puhutaan terveellisiä valintoja tukevan lainsäädännön ja verotuksen puolesta. Terveyttä vaarantavat tekijät tulee tunnistaa ja pyrkiä vaikuttamaan niihin. Kouluympäristö pitää saada terveyttä tukevaksi, jossa lapset eivät altistu epäterveellisille houkutuksille. On otettava huomioon, että useilla sairauksilla on yhteiset syyt. Voimat tulee siis yhdistää terveyssektorin sisällä, koulutoimessa ja kulttuurin saralla. Terveyden edistäminen tulee olla kaikkien hallinnon alojen yhteinen tehtävä. (Lahti, Mörk, Sagnes & Fien 2008, 6.)

Terveyden edistäminen on Ottawan asiakirjan julkilausuman mukaisesti prosessi, mikä mahdollistaa ihmisiä ottamaan terveytensä ja siihen vaikuttavat tekijät hallintaansa. Pohjoismaissa tulee hammaslääkäreiden sitoutua terveyden edistämiseen kaikissa muodoissa. Heidän tulee luoda mahdollisuuksia parempaan terveyden lukutaitoon ja olla suun terveyden puolestapuhujia paikallisilla, alueellisilla ja kansainvälisillä areenoilla. (Lahti ym. 2008, 6.)

Nuutisen (2010, 5 – 13) mukaan terveyden edistämistyön painopistettä pitää siirtää promotiivisempaan eli terveysmahdollisuuksia suosivaan suuntaan. Tämä näkökulma painottaa sitä, että sairauden aiheuttamien muutosten lisäksi tunnistetaan yksilön sisäiset ja ulkoiset suun terveyttä suojaavat ja ylläpitävät tekijät, ja niitä pyritään vahvistamaan. Sisäisiä tekijöitä ovat esimerkiksi suun terveyttä ylläpitävät elämäntavat ja myönteinen asenne suun terveyteen sekä myönteinen käsitys omista mahdollisuuksista ja kyvyistä oppia uutta. Ulkoisiin tekijöihin luetaan ne tekijät, mitkä mahdollistavat suun päivittäisen hoidon toteutumisen. Näitä ovat ajankohtainen tutkimustieto suun terveydestä sekä suunhoitovälineistä ja niiden käytöstä.

Suun terveydenhuollossa terveysneuvonta tulee kuulua jokaiseen käyntikertaan oikein kohdennetusti. Kohderyhmä ja vaikuttavuus tulee ottaa huomioon valittaessa menetelmää. Varsinaiset ehkäisevän yksilökäynnit tulisikin kohdentaa vain riskiryhmiin. (Käypä hoito -suositus Kariuksen hallinta 2009.) Asetuksen (380/2009) mukaisesti terveyden edistäminen tulee sisältyä oleellisena osana myös suun terveystarkastuksiin. Terveysneuvonnan on oltava ajanmukaista, ajantasaista ja tutkimuksiin perustuvaan tietoon pohjautuvaa. Neuvonta on toteutettava kullekin perheelle ja yksilölle soveltuvalla tavalla. Asetuksessa suositellaan koko odottavan perheen suun terveydentilan ja hoidon tarpeen arviota haastattelulla ja tarvittaessa muilla menetelmillä.

Terveysneuvonta tulee kohdentaa yksilöiden lisäksi ryhmiin ja lähiyhteisöihin. Neuvonnalla tuetaan tiedon soveltamista käytäntöön ja korostetaan vastuun ottamista omasta terveydestä. Erityisesti ensimmäistä lastaan odottavien perheiden suun terveysneuvonta tulee olla kattavaa. Alle kouluikäisten vanhemmille ja kouluikäisille on annettava riittävä yksilöllinen terveysneuvonta. (Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009.)

Käytännössä terveyden edistäminen siis alkaa jo odotusajasta. Neuvonnan tavoitteena tulee olla se, että vanhemmat saadaan arvostamaan suun terveyttä, sillä vanhempien esimerkki ja käyttäytyminen vaikuttavat siihen, millaiset tavat ja tottumukset lapsi omaksuu. Varsinkin ensimmäistä lastaan odottavat perheet ovat otollinen kohde vaikuttaa koko perheen tulevaan terveystyöskäytymiseen. Odottaville perheille annettavaan suun terveysneuvontaan tulee sisältyä ohjeet sekä vanhempien oman suun hoitoon että tulevan lapsen ensimmäisten vuosien ajalle. (Kärkkäinen 1997, 30; Joensuu 2010.) Terveydenhoitaja on avainhenkilö odottavien vanhempien motivoimiseen. Terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyön tiivistäminen lisää toiminnan vaikuttavuutta. (Asetus 380/2009.)

Riskiryhmille suunnataan tehokkaampi preventio. Preventio-ohjelmien suunnitteluun tulee paneutua ja pyrkiä kohdentamaan ohjelmat vastaanottajalähtöisesti; yksilöllisesti kullekin ryhmälle suunniteltu suun terveyttä positiivisesti korostava ohjelma takaa paremman vaikuttavuuden kuin ”yleispätevä” kaikille suunnattu malli. Terveyteen suuntautuvalla neuvontamallilla ei pelkästään ehkäistä sairautta, vaan pyritään edistämään terveyttä positiivisella tavalla. Terveyttä siis markkinoidaan tuoden esille terveellisten vaihtoehtojen positiivisia puolia; puhdas suu tuntuu raikkaalta ja terveellisesti syöden pysyy hoikkana. (Arpalahti 2006, 30.)

Perinteisesti suun terveyden edistäminen on mielletty vain suun terveydenhuollon ammattilaisten tehtäväksi. Suun terveyden edistämistarpeiden ja suusairauksien ehkäisymenetelmien esille nostaminen on edelleen suun terveydenhuollon ammattilaisten tehtävä. Kuitenkin terveyden edistämisen päämäärien saavuttaminen suun terveydessä edellyttää poikkihallinnollista yhteistyötä, sillä terveyttä uhkaavat ongelmat tulisi pystyä tunnistamaan mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. (Terveyden edistämisen politiikka-ohjelma 2007.) Varhainen puuttuminen (ks. myös Kaste-ohjelman 2009 tavoitteet) on sitä, että kun ongelmia havaitaan, niihin pyritään vaikuttamaan välittömästi. Keskeistä on riskiperheiden ongelmien varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen moniammatillisena yhteistyönä. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 24 – 25; Huhtanen 2007,

228 – 230; Kariuksen hallinta Suomen nykyoloissa 2008,2; Terveyden edistämisen politiikkaohjelman toteuttaminen suun terveydenhuollossa 2009.)

Voidaan jopa sanoa, että verkostoituminen muiden terveydenhuollon toimijoiden sekä päiväkotien, koulujen ja vanhempien kanssa on edellytys onnistuneelle suun terveyden edistämiselle (Malli lasten ja nuorten asetuksen mukaisiin terveystarkastuksiin 2010, 38). Mattila ja Rautava (2007, 819 – 823) nostavat esille myös sen, että lääkärin vastaanotolla vilkaisu lapsen suuhun lisää perheen kokemaa arvostusta suun terveyttä kohtaan. Jos lääkäri kehottaa ottamaan yhteyttä hammashoittoon, perhe saa tarvitsemansa sysäyksen yhteydenottoon.

Yksilötasolla hampaiden reikiintymistä ehkäistään ensisijaisesti arkielämässä toteutettavalla omahoidolla, mutta yhteiskunnan ja suun terveydenhuollon tehtävänä on huolehtia siitä, että kansalaisilla on tiedossaan keinot, joiden avulla omahoidosta saadaan vaikuttavaa. Terveellisistä vaihtoehtoista tulee tehdä helppoja vaihtoehtoja niin, että ne voivat olla luontainen osa jokapäiväistä elämää. (Suusairauksien ajankohtaisseminaari 2009.) Hausenin (2008) mukaan kariuksen hallinta arkielämässä edellyttää suun terveydenhuollosta entistä suurempaa painotusta sellaiseen terveyttä edistävään toimintaan, mikä kohdistuu laajoihin ihmisryhmiin eikä tapahdu hammashoitoloissa. Tällä hän viittaa laaja-alaiseen tiedon välittämiseen ja yhteistyöhön kunnan johdon, muiden terveystoimen sektoreiden, päivähoidon, koulujen, työpaikkojen, hoito- ja hoivapalveluiden ja kansalaisjärjestöjen kanssa.

Valtakunnallisten ohjelmien painotuksen mukaan yhteiskunnan tulee ottaa vastuu siitä, että yksilö saadaan ymmärtämään oma vastuunsa omasta terveydestään. Vaikka yksilö itse on vastuussa omista valinnoistaan, tulee yhteiskunnan taholta luoda mahdollisuudet oman terveyden ylläpitoon. Sepän (2001, 26 – 29) katsauksessa kariespreventiotutkimuksiin korostetaan sitä, että terveysneuvontaa tarvitaan myös matalan kariestason maissa (kuten Suomi), eikä tervehampaisten osuutta tule pitää itsestänselvyytenä.

3 KARIEKSEN EHKÄISY JA HALLINTA

Kaikilla on oikeus terveisiin hampaisiin ja suuhun. Karies on ehkäistävissä oleva sairaus. Karieksen hallinnan käypä hoito suosituksen (2009) mukaan jokaisen tulee saada peruspreventio ja riskiyksilöille on annettava henkilökohtainen tehostettu profylaksia. Kariesta tulee siis ensisijaisesti ehkäistä, ettei vaurioita kiilteeseen pääse ollenkaan tulemaan. Karieksen hallinta on sitä, että pyritään ylläpitämään hampaiden mineraalien liukenemisen ja saostumisen välillä sellainen tasapainotila, ettei korjattavia vaurioita pääse syntymään. (Käypä hoito -suositus Karieksen hallinta 2009.)

Vaikka karioitunut hammas saadaankin paikattua ja pahempien vaurioiden syntyminen estettyä, ei voi tuudittautua siihen, että hammasta ei enää sen jälkeen tarvitse korjata. Hampaan paikkaaminen ei siis paranna sairautta, vaan sillä estetään yksittäisessä hampaassa vaurion eteneminen, ja joudutaan useassa tapauksessa paikkauskierteseen. Jopa yksi viidestä paikasta joudutaan uusimaan joka neljäs vuosi. Kun reikiintymisen saadaan estetyksi, se on sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta järkevää. (Kotiranta 2010, 40 – 44.)

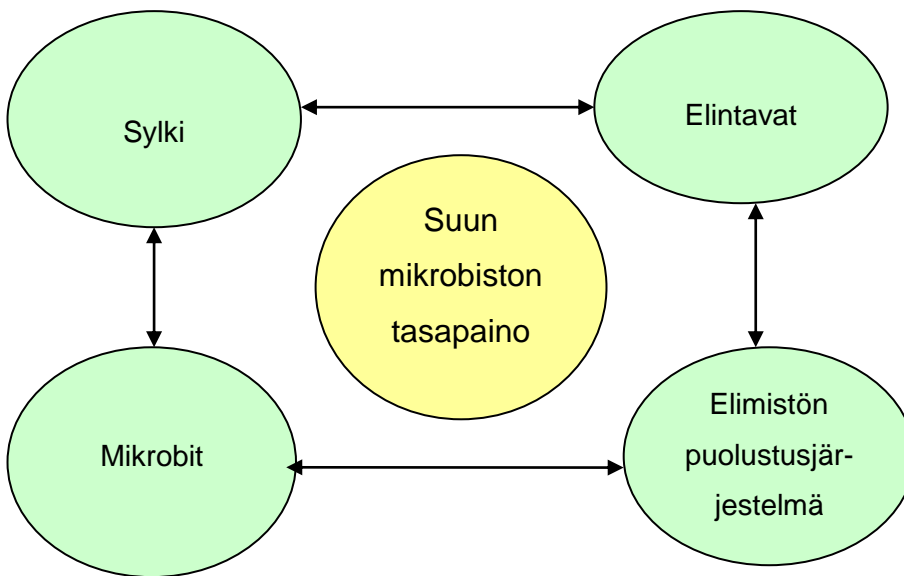
3.1 Karies – tarttuva infektiosairaus

Karies eli hampaiden reikiintyminen on maailman yleisin kudostuhoon johtava infektiosairaus, johon ihminen voi elintavoillaan vaikuttaa. Reikiintyminen on usean osatekijän summa. Karkeasti määriteltynä siihen tarvitaan hammaspinnan lisäksi mikrobeja, jotka pystyvät käyttämään ravinnokseen sokereita ja muita fermentoituvia (käymiskelpoisia) hiilihydraatteja (esim. sakkaroosi, tärkkelys, fruktoosi, glukoosi ja laktoosi). Aineenvaihduntatuotteena syntyy hampaan kiilteen liukenemisen aiheuttavia happoja (pH alle 5,5), mikä kariogeenisissä olosuhteissa johtaa hampaiden reikiintymiseen. (Karieksen hallinta 2009.) Kariesta aiheuttaville bakteereille on yhteistä hapontuottokyvyn lisäksi ja kyky sietää happoja. Plakittomissa olosuhteissa karieksen eteneminen voidaan pysäyttää. (Mäkinen 2003, 12 – 13; Tenovuo 1996, 497; The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care 2002; Käypä hoito -suositus Karieksen hallinta 2009.)

Biofilmi (hammasplakki) on mikrobeista ja niiden aineenvaihduntatuotteista muodostunut hyvin organisoitunut rakenne. Se helpottaa bakteerien kiinnittymistä hampaan pintaan ja toimii mikrobeille ravintona. (Käypä hoito -suositus Karieksen hallinta 2009.) Kiilteen liukenemisen nopeuteen ja laajuuteen vaikuttavat muun muassa biofilmin koostumus ja organisoituminen, ravinto, hampaan vastustuskyky, syljen määrä ja laatu sekä aika, jonka hampaan pinta on biofilmin peittämä (Selwitz, Ismail & Pitts 2007, 51 – 59). Mahdolli-

suudet kariuksen etenemisen pysäyttämiseen kiilteessä ovat hyvät, mutta dentiinissä karies etenee nopeasti (Käypä hoito -suositus Kariuksen hallinta 2009).

Tärkeimpinä karioitumisprosessissa osallisena olevana bakteereina pidetään mutansstreptokokkeja (tarkemmin kappaleessa 3.2.1). On myös tutkimuksia, jotka osoittavat sen, että kariesprosessissa näyttelevät merkittävää osuutta muutkin bakteerilajit kuin mutansstreptokokit (Aas ym. 2008, 1407 – 1417; Marsh & Martin 2009). Martin ja Marsh (2009, 4) esittelevät perinteisen kariesteorian rinnalle suun mikrobiston tasapainoon perustuvan mallin (kuvio 4), minkä mukaan suun bakteeritasapainolla on merkittävä rooli kariuksen ilmaantuvuudessa.



KUVIO 4. Suun mikrobiston tasapainoon vaikuttavia tekijöitä Marsh & Martinin 2009, 4 mukaan.

Perinteinen teoria, niin sanottu Keyesin ympyrämalli, perustuu siihen, että on isäntäkuodos eli hammas, minkä terveenä pysymiseen vaikuttavat bakteerien olemassaolo suuontelossa sekä ravinto (fermentoituvat hiilihydraatit), ja heikentävinä tai vahvistavina tekijöinä suuhygienia- ja ruokailutottumukset sekä fluorin käyttö. Martinin ja Marshin luoma malli ei olennaisesti poikkea aiemmin esitetystä mallista. Erona siinä on, että elimistön puolustusjärjestelmä nostetaan esille karioitumiseen vaikuttavana tekijänä.

3.2 Suun terveyteen vaikuttavia tekijöitä

3.2.1 Mutansstreptokokkitartunta

Ihmisen suussa on tunnistettu yli 700 erilaista mikrobia (Aas, Paster, Stokes, Olsen & Dewhirst 2005, 5721 – 5723). Suun mikrobeista mutansstreptokokkeja pidetään tär-

keimpinä kariesta aiheuttavina bakteereina. Ennen hampaiden puhkeamista lapsen suussa ei ole pysyvää mutansstreptokokkikantaa, koska nämä bakteerit tarvitsevat kiinteän pinnan, johon tarttua (Loesche 1986, 353 – 380). Pikkulapsena suuhun pesiytyneen bakteerikannan koostumus vaikuttaa hampaiden reikiintymiseen (Isokangas, Söderling, Pienihäkkinen & Alanen 2000; 79: 1985 – 1989; Laitala 2010, 51 – 53).

Suun bakteereista erityisesti mutansstreptokokit lisäävät lapsen riskiä saada reikiä hampaisiin. Tutkimusten mukaan pysyvä mutansstreptokokkikolonisaatio tapahtuu useimmiten, kun lapsi on 19 – 31 kk ikäinen. Tartunta tapahtuu yleisimmin äidiltä lapselle sylkikontaktin välityksellä. (Caufield, Cutter & Dasanayake 2000, 37 – 45.) Kozain ym. (1999, 99 – 106) tutkimus on osoittanut, että mutansstreptokokkibakteerit voivat tarttua myös isältä lapselle. Aikainen tartunta ja korkea mutansstreptokokkitaso syljessä ovat yhteydessä korkeaan kariesriskiin (Alaluusua & Renkonen 1983, 453 – 457; Köhler, Andreen & Jonsson 1984, 879 – 883). Lapsella saattaa olla väliaikaisesti mutansstreptokokkeja jo ennen hampaiden puhkeamista (Wan ym. 2001, 1945 – 1948). Korkea mutansstreptokokkitaso saattaa merkitä myös sitä, että karies etenee nopeasti (Takashi & Nyvaad 2008, 42: 409 – 418).

Koska mutansstreptokokkien tarttuminen varhaislapsuudessa ennustaa korkeaa kariesriskiä (Köhler, Andreen & Jonsson 1988, 14 – 17; Laitala 2010, 52), on tärkeää, että suun terveydenhuollossa toteutetaan varhaiseen preventioon painottuvaa toimintamallia jo odotusajasta lähtien. (Ks. myös Meriläinen 2004, 48.) Laitalan (2010) tutkimus osoittaa, että mutansstreptokokkitartunnan välttämisellä saatava hyöty on pitkäaikaista. Kun mutansstreptokokkitartunnan on saanut, se on yleensä pysyvää ja peruuttamatonta. Pikkulapsena muodostuva suun bakteerikanta säilyy samanlaisena käytännössä koko elämän. Jos varhainen mutansstreptokokkitartunta saadaan estettyä, lisääntyvät sellaiset bakteerit, jotka eivät ole haitallisia suun terveydelle. (Laitala 2010, 17 – 18.)

3.2.2 Suuhygieni- ja ravintotottumukset

Tenovuon (1996, 497) ja Jokelan (2006, 588 – 590) mukaan on monin tutkimuksin osoitettu selkeä yhteys suuhygienian ja hammasterveyden välillä. Karioksen ehkäisykeinoista tunnetuin onkin bakteeriplakin poistaminen mekaanisesti eli hampaiden harjaus kahdesti päivässä. Karioksen ehkäisyn kannalta on tärkeää, että harjauksella saadaan häiritä biofilmin rakennetta niin, ettei se ehdi muuttua anaerobiseksi ja tuottaa kiillettä syövyttävää happoa. (Tenovuo 2002, 1657 – 1662.)

Hampaiden huolellinen harjaus kaksi kertaa päivässä käyttäen fluoripitoista hammas-tahnaa riittää karioksen hallintaan, jos kariesriski ei ole koholla. Suomalaiset lapset har-

jaavat laiskasti hampaitaan; WHO:n koululaistutkimusten mukaan suomalaisten nuorten hampaiden harjaustottumusten parantuminen on ollut lähes olematonta viimeisen 30 vuoden aikana. (Honkala ym. 2009, 18 – 22).

Haitalliset ravintotottumukset ovat yksi merkittävä uhka suun terveydelle. Suositeltava ateriaritmi on 5 – 6 kertaa päivässä. Nykyisin vallitseva niin sanottu napostelukulttuuri on erittäin tuhoisaa hammasterveydelle, sillä jatkuva happohyökkäys altistaa kiilteen liukenemiselle. (Käypä hoito -suositus Kariuksen hallita 2009.)

Yli vuoden jatkunut imetys, varsinkin yöllä, sekä tuttipullon imeminen öisin nostaa kariotumisiriskiä (Ollila, Niemelä, Uhari & Larmas 1998, 233 - 237). Tutkimusten perusteella voidaan kuitenkin todeta, että imetyksen edut ovat niin moninaiset, että imetyksen pituuteen ei ole tarvetta puuttua; äidinmaito ei yksin aiheuta reikiintymistä, ellei lapsi saa lisäksi sokeripitoisia ruokia ja juomia eikä mutansstreptokokkitartuntaa ole tapahtunut (Jäppinen, Vehviläinen-Julkunen & Spets-Happonen 2010, 15). THL:n suosituksen (Imetyksen edistäminen Suomessa – toimintaohjelma 2009 – 2012, 15) linjausten mukaisesti täysimetystä suositellaan kuuden kuukauden ikään saakka, ja muun ravinnon rinnalla imettämistä suositellaan 1-vuotiaaksi.

3.2.3 Hampaan vastustuskykyä lisääviä tekijöitä

Fluori

Merkittävin ja tutkituin hammaskiillettä vahvistava aine on fluori. Sen edullisuus hammaskiilteeseen perustuu siihen, että fluorilla on kyky muuttaa hammaskiilteen rakennetta sellaiseksi, ettei se liukene helposti happamissa olosuhteissa. Fluori muuttaa hydroksiapatiittikiteiden liukoisuutta siten, että kiteet liukenevat huomattavasti huonommin pH:n laskiessa (demineralisaatio) ja saostuvat nopeammin pH:n noustessa (remineralisaatio). (Tenovuo 1996, 846.)

Fluori vähentää kiilteen liukenemistä happohyökkäyksen yhteydessä, sillä kiilteen happosietokyky paranee. Toinen fluorin paikallisista vaikutuksista on, että se hillitsee plakin bakteerien aineenvaihduntaa, lähinnä niiden hapontuottoa. Voimakkain vaikutus on amiini- ja tinafluoridilla, mutta käytännössä merkitys on vähäinen verrattuna natriumfluoridiin. (Seppä 2008, 2.) Tehokkaimmin fluori varastoituu kehittyviin hampaisiin, joten hampaiden puhkeamisvaiheessa saatu fluorimäärä on yksittäisen hampaan kannalta tärkein resistenssiä lisäävä tekijä. (Tenovuo 1996, 486; Seppä 2001, 26 – 29.)

Fluorin merkitys kariuksen ehkäisyssä on kiistanaton sekä alhaisen että korkean kariestason maissa (Seppä 2001, 26 – 29). Tieteellistä näyttöä siitä, onko hampaiden harjauk-

sella ilman fluorihammastahnaa kariesta ehkäisevää vaikutusta, ei ole (Prevention of Dental Caries 2002). Fluori vahvistaa kiillettä paikallisesti, jos sitä käytetään 12 tunnin välein (Honkala ym. 2009, 18).

Hammastahnat otettiin käyttöön 1950-luvulla (Ellwood, Fejerskov, Cury & Clarkson 2008, 309). Hammastahnoihin ja suuvesiin lisättävä fluori on yleisimmin natriumfluoridia (NaF). Myös amiinifluoridia voidaan käyttää sekä tahnoissa että suuvesissä. On oleellista, että fluoria on läsnä kiille-plakkinesteessä happohyökkäyksen alkaessa. Fluorihammastahna on asiantuntijoiden mukaan suositeltavin tapa saada optimaalinen määrä fluoria. (Seppä 2001, 2.)

Lisäpreventiona voidaan käyttää myös fluoritabletteja (0,25 mg), jolloin saadaan paikallisen vaikutuksen lisäksi systeeminen vaikutus verenkierron kautta. Fluoritablettien annostus on määritelty lapsilla painon mukaan. (Käypä hoito -suositus Kariuksen hallinta 2009; Seppä 2008, 3.) Fluoritabletteja ei suositella kaikille, vaan käyttöä suositellaan vain erityistapauksissa, kun kariesriski on koholla (Ellwood ym. 2008, 316; Käypä hoito -suositus Kariuksen hallinta 2009). Koska fluorin paikallinen vaikutus on merkittävästi systeemistä vaikutusta tärkeämpi, suositellaan kaiken ikäisille peruspreventiona fluorihammastahnan käyttöä kahdesti päivässä, fluoripitoisuus iästä riippuen 500ppm – 1500 ppm. (Seppä 2001, 26 – 29; Käypä hoito -suositus Kariuksen hallinta 2009).

Vastaanottokäytössä voidaan lisäksi käyttää vahvaa, pitoisuudeltaan 5000 ppm, fluorilakkaa tai -geeliä. Käsiteltäessä kiillettä fluorivalmisteilla syntyy kalsiumfluoridia, mikä reagoidessaan syljen kanssa kiinnittyy pitemmäksi aikaa kiilteen pintaan, etenkin alkaaviin kariesvaurioihin. Fluori varastoituu kalsiumfluoridina kiilteen pinnalle, ja vapautuu etenkin pH:n laskiessa, jolloin fluoria juuri tarvitaan kiilteen liukenemisen vähentämiseen ja uudelleen kovettumisen edistämiseen (Seppä 2008, 2.) Fluorilakkausta voi käyttää lisäpreventiona silloin, kun kariesriski on koholla (Käypä hoito -suositus Kariuksen hallinta 2009; Seppä 2008, 3) sekä silloin, kun suussa on oikomishoitokojeistus (Stecksen-Blicks, Renfors, Oscarson, Bergstrand & Twetman 2007, 244 – 459).

Vahvempien fluorivalmisteiden käyttö on siis perusteltua alkavien kariesleesioiden pysäyttämässä ja kiilteen kehityshäiriöissä (Käypä hoito -suositus Kariuksen hallinta 2009). Fluorilakan käytöstä pysyvien hampaiden kariesriskin ehkäisyyn on vahva näyttö, mutta maitohammaskariesriskin ehkäisyyn näyttö on heikko (Rozier 2001, 1063 – 1072). Fluorigeelien ja -lakkojen kustannusvaikuttavuus on kyseenalaista, sillä niiden käyttö

vaatii terveydenhuollon resursseja, mutta vaikuttavuus matalan kariestason maissa ei ole kovin hyvä (Seppä 2001, 26 – 29).

Fluorilakan käyttöä ei suositella niille, joilla kariesriski on matala, sillä näytöt lakan tehosta puuttuvat. Kohtuullisen ja korkean riskin potilaille fluorilakkaus 6 kuukauden välein on suositeltavaa. Korkeariskisille voidaan tehdä useampikin lakkauskäsittely, mutta näytön astetta vaikuttavuudesta pidetään heikkona. (Professional Applied Topical Fluoride 2006, 1152.) Fluoriliuoksen käyttö on perusteltua korkeariskisille muun omahoidon tukena (Moberg Sköld, Birkhed, Borg & Petersson 2005, 534 – 535).

Liiallinen fluorin saanti aiheuttaa hammaskiilteeseen vaurioita ja heikentää hampaan vastustuskykyä. Tätä ilmiötä kutsutaan fluoroosiksi. Sen vuoksi suositeltuja fluoriannoksia ei pidä ylittää. Fluoroosivaaran takia maitohammasvaiheessa lisäfluoria tulee käyttää harkitusti, sillä katsaus fluorin käytön ja fluoroosin välillä osoittaa, että riski fluoroosin kehittymiseen maitohammasvaiheessa on kohtalainen. (Ismail, & Hasson, 2008, 1457 - 1468). Varsinkin 5 – 7 -vuotiailla, joilla etuhampaiden ja ensimmäisten poskihampaiden kruunut ovat kehittymässä, on suuri fluoroosivaara (Ellwood ym. 2008, 322).

Ksylitoli

Ksylitoli, suomalaiselta nimeltään koivusokeri, on luonnossa koivun lisäksi muun muassa hedelmissä ja meren eläimissä esiintyvä 5-hiilinen polyoli (sokerialkoholi). Sitä syntyy myös ihmisen ruuansulatuksen tuotteena. Sen hammaslääketieteellinen merkitys ja kariesta ehkäisevä vaikutus löydettiin 1970-luvun alussa Turun yliopistossa tehdyissä tutkimuksissa. Ksylitoli muuttaa syljen bakteerikoostumusta siten, että plakin tarttuvuus hampaan pintaan heikentyy. Ksylitolin käytön on todettu vähentävän mikrobien hapon tuottoa ja näin ollen vaikuttavan syljen ja plakin pH-arvoon (Mäkinen 2003, 12, 51.) Ksylitolilla on osoitettu olevan myös remineralisaatiovaikutusta; kiilteen liukeneminen pysähtyy ja liennut kiille kovettuu uudelleen (Honkala ym, 2006, 18 – 22; Mäkinen 2003, 12, 31).

Ensimmäiset kliiniset tutkimukset koskivat ksylitolin vaikutusta hammasplakin määrään ja koostumukseen. Ksylitolin käyttö alensi hammasplakin massaa 50 % verrattuna sakkaroosin käyttöön. Tämä oli alkusysäys tutkia ksylitolin vaikutusta kariotumiseen. (Mäkinen 2003, 30.)

Myöhemmin Suomen lisäksi ulkomailla (Neuvostoliitto, Polynesia, Unkari, Kanada, Belize, USA, Eesti) tehdyissä tutkimuksissa ksylitolilla on todettu olevan joko ei-kariogeeninen tai kariesta ehkäisevä vaikutus. Erittäin merkittävänä pidetään Ylivieskas-

sa 1980-luvulla kouluikäisillä tehtyjä tutkimuksia. Ksylitolin kariesta ehkäisevä teho todettiin parhaimmaksi vastapuhjenneissa hampaissa. Eräs Ylivieskan tutkimusten johtopäätös oli, että säännöllinen ksylitolipurukumin käyttö saa aikaan merkittävän lisäprevention muiden kariesta ehkäisevien menetelmien lisänä. (Mäkinen 2003, 30 – 33.)

Ylivieskassa toteutettu kliininen tutkimus, niin sanottu Ylivieskan äiti -lapsi -tutkimus osoitti, että ksylitoli vähentää merkittävästi mutansstreptokokkien siirtymistä äidiltä lapselle (Söderling , Isokangas , Pienihäkkinen & Tenovuo 2000, 882 – 887) ja vähentää siten lasten maitohampaiden reikiintymistä (Isokangas, Söderling, Pienihäkkinen & Alanen 2000, 1885 – 1889; Laitala 2010, 52). Ksylitolin käytön täytyy kuitenkin olla säännöllistä (päivittäinen ksylitoliannos vähintään 5 g), jotta mutansstreptokokkitaso syljessä laskee (Isokangas 1993, 147; Mäkinen 2003, 25 – 26; Alanen, Mäkinen & Söderling 2005, 1292 – 1293). Hujoelin ym.1999, 797 – 803) tutkimuksen mukaan ksylitolin käyttö tulee aloittaa vähintään vuosi ennen pysyvien hampaiden puhkeamista.

Laitalan (2010) väitöstutkimuksessa seurattiin ylivieskalaislasten maitohampaiden terveyttä syntymästä kymmenvuotiaaksi. Kun korkean mutansstreptokokkitason äidit käyttivät säännöllisesti ksylitolia lapsen ollessa alle 2-vuotias, lapsen hammasterveys oli vertailuryhmää parempi vielä kymmenvuotiaana. Tutkimuksensa yhtenä johtopäätöksensä Laitala toteaa, että äidin ksylitolin käyttö on taloudellisesti järkevä tapa välttää mutansstreptokokkitartunta, koska sillä saavutettu pitkäaikainen terveyshyöty vähentää merkittävästi hampaiden paikkaushoidon tarvetta.

Ksylitoli on hyväksytty terveysvaikuttiseksi elintarvikkeeksi. Euroopan elintarviketurvalisuusviranomaisen EFSA (Euroopan komission neuvoa antava elin) on antanut myönteisen päätöksen Leafin tekemästä terveysväitettutkimuksesta. EFSA on todennut lausunnossaan, että sataprosenttinen ksylitolipurukumi 2 – 3 grammaa kerrallaan vähintään kolmesti päivässä aterioiden jälkeen nautittuna vähentää kariesriskiä. Tehokkaimman suojan saa, jos käyttää ksylitolia ennen aterioita ja aterian jälkeen. Ksylitoli hyväksyttiin vuonna 2009 terapeuttiseksi terveystuotteeksi koko EU:n alueella. (Scientific opinion 2008; Leaf sai EFSA:n hyväksymän terveysväitteen 2009; Komission asetus 2009; Täysksylitoli hyväksytysti terveellistä 2009).

Ksylitoli ja fluori yhdessä on tehokas yhdistelmä kariesten ehkäisyssä, sillä ne vaikuttavat eri tavoin. Imeskeltävissä fluoritableteissa on yhtenä ainesosana ksylitoli. Myös joihinkin hammastahnoihin on lisätty ksylitolia. Jotta ksylitolista hammastahnassa olisi merkittävää hyötyä, täytyy sen osuus kaikista aineista olla vähintään 10 %. (Mäkinen 2003, 66 – 67.)

Klooriheksidiini

Klooriheksidiini on laaja antimikrobiaine, joka vähentää tilapäisesti suun mikrobien kokonaismäärää; erityisen herkkiä sille ovat mutansstreptokokit. Klooriheksidiiniä on suuvesissä ja geelinä. (Karieksen hallinta 2009.) Korkean mutansstreptokokkitason äidille geelimuotoisesti käytettynä klooriheksidiinin ja fluorin yhdistelmälakka vähentää lasten mutansstreptokokkitasoa maitohammasvaiheessa (Tenovuo, Hakkinen, Paunio & Emilson 1992, 275 – 280).

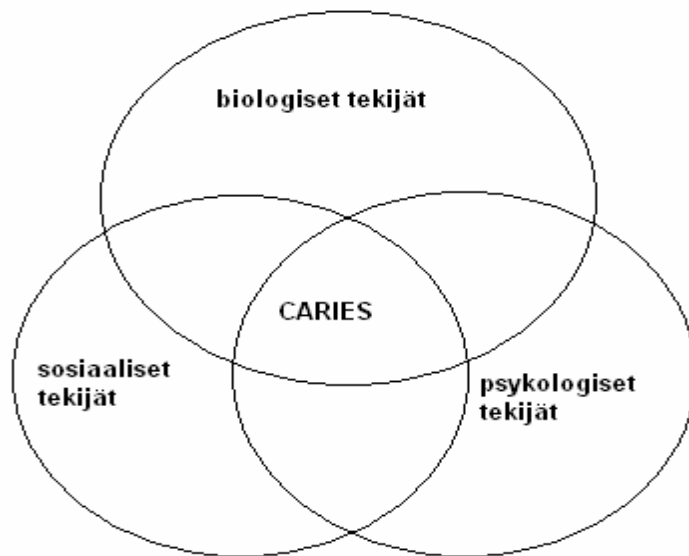
Nykytiedon valossa klooriheksidiinin käyttöön rutiinisti kariespreventiossa ei ole riittävästi perusteita. Karieksen hallinnassa klooriheksidiinin käyttöä suositellaan muun tehostetun omahoidon ja ammattihenkilön toteuttaman hoidon täydentäjänä vain yleissairaille, joilla syljeneritys tai kyky huolehtia suuhygieniasta on heikentynyt. Raskauden ja imetämisen aikana klooriheksidiiniä ei suositella, sillä tutkimuksia aineen siirtymisestä sikiöön tai erittymisestä maitoon ei ole käytettävissä. (Käypä hoito -suositus Karieksen hallinta 2009.)

3.2.4 Sosioekonomiset tekijät

Lapsilla, joiden perheen sosioekonominen asema on huono, on suurempi riski saada reikiä hampaisiinsa kuin niillä lapsilla, joiden perheillä ei ole taloudellisia eikä sosiaalisia ongelmia. Sosiaaliryhmien erot eivät kokonaan selity elintapojen eroilla. Myös maahanmuuttajaperheissä reikiintyminen on yleisempää kuin perusväestössä. (Milen 1987, 252 – 256.)

Läärän (1999, 28 – 30) mukaan karies on vahvasti sidoksissa sosioekonomiseen taustaan siten, että kariesta esiintyi eniten matalimmissa sosiaaliryhmissä. Vahvimmin karies oli yhteydessä omaan koulutukseen, mutta myös vanhempien koulutustaustalla oli merkittävä vaikutus. Hyssälä, Hyttinen, Rautava ja Sillanpää (1993) sekä Paunio, Rautava, Sillanpää ja Kaleva (1993) ovat tutkimuksissaan todenneet, että lasten terveystietoisuuteen vaikuttavat ratkaisevasti vanhempien tavat ja tottumukset sekä perinteet. Hammassairauksien ehkäisyohjelmien vaikuttavuus on edellä mainittujen tutkijoiden mukaan vähäisintä alemmissa sosiaaliluokissa.

Arpalahti esittelee hammassairauksien psykososiaalisen mallin, minkä mukaan sosiaaliset ja psykologiset tekijät vaikuttavat joko vahvistavasti tai heikentävästi hammassairauksien syntyyn (kuvio 5 seuraavalla sivulla). Sosiaalisia tekijöitä ovat perhe, ammatti, koulutus- ja tulotaso, ja psykologisiin tekijöihin kuuluvat muun muassa stressi, itsetunto ja elämänhallinta. Jos yksilöllä on riskitekijöitä kaikilla sektoreilla yhtä aikaa, voidaan hänet määritellä riskipotilaaksi. (Arpalahti 2006, 34.)



KUVIO 5. Hammassairauksien biopsykososiaalinen malli (Reisine & Litt, 1993 mukailen) Arpalahti 2006.

Watt (1999, 8) kehottaa satsaamaan terveydenhuollon voimavaroja huono-osaisimpiin. Hänen mukaansa ne, jotka vähiten pyytävät, tarvitsevat eniten. Samaa ajatusta tukee myös Wilkinsonin ja Marmot'n (2003, 10) tutkimus, jonka mukaan köyhyys ja alhainen sosiaalinen status ennustavat huonoa terveyttä läpi elämän. Varsinkin huonot ruokailutottumukset siirtyvät vanhemmilta lapsille.

3.2.5 Muut tekijät

Monilla yleissairauksilla ja lääkityksillä on vaikutus suun terveyteen. Kaikki sairaudet ja lääkitykset, jotka vähentävät syljen eritystä, altistavat karioitumiselle. Astmaa sairastavilla suuhengitys ja astmalääkkeistä erityisesti inhalaatiojauheet, jotka sisältävät bakteerimetaboliaan kelpaavaa laktoosia, ovat riskitekijä karioitumisen suhteen. Astmapotilaiden katsotaankin tutkimusten mukaan kuuluvan kohonneen kariesriskin ryhmään. (Tenovuo 1996, 489.)

Diabetes ja reumasairaudet, etenkin Sjögrenin syndrooma, lisäävät kariesalttiutta. Diabeteksen kariesta lisäävä vaikutus perustuu siihen, että tihentyneiden ruokailukertojen vuoksi ruokavalio lisää kariesriskiä. Myös ientaskunesteen koostumus saattaa diabeteksen hoitotasapainon vaihtelujen aikana muuttua; ientaskunesteen glukoosipitoisuus kasvaa. Reumasairauksissa taas syljenerityksen väheneminen lisää kariesriskiä, sillä syljen puolustusmekanismi puuttuu. (Tenovuo 1996, 488 - 489.)

Ruuansulatuskanavan sairaudet, kuten keliakia ja laktoosi-intoleranssi, saattavat lisätä suun happamuutta ja alentaa syljen eritystä. Näistä seuraa kiilteen kulumista ja limakalvo-ongelmia. Mikäli ruokavalio ei muutu, ilmaantuvat kiillehäiriöt kehittyvään hampaaseen sen kehitysvaiheen aikana. (Meurman 1996, 1091 – 1094.)

Syömishäiriöt ja usein toistuvat paastot altistavat hampaiden reikiintymiselle. Muutokset normaaliateriarytmiin aiheuttavat kariksen kannalta epäedullisia vaikutuksia; esimerkiksi syljeneritysnopeuden väheneminen, syljen musiinien synteessin häiriöt, syljen vastainetason lasku ja plakin kasvunopeuden kiihtyminen. (Tenovuo 1996, 489.)

Syöpäsairaat lasketaan kariksen riskiryhmään. Lapsilla syöpä (useimmiten leukemia) voi aiheuttaa viivästynyttä hampaiden puhkeamista, normaalia enemmän kiillehäiriöitä ja epänormaalin heikkoa juurten kehitystä. Syynä tähän voivat olla lääkkeet, oksentelu, muutokset ruokavaliossa, huonontunut suuhygienia tai syljen happamuus. Kun sairaus on akuutissa vaiheessa, sekä mutansstreptokokkien että laktobasillien määrät kohoavat. (Tenovuo 1996, 491.)

Veritaudit saattavat lisätä infektioherkkyyttä. Varsinkin, jos on kyseessä pahanlaatuinen veritauti, esimerkiksi leukemia. Suun sairauksista ientulehdusta saattaa esiintyä herkästi sytostaattihoidoista heikentyneen vastustuskyvyn takia. Lisäksi hampaiden puhdistaminen saattaa olla puutteellista, ja oksentelujen takia happamia mahanesteitä nousee suuhun, mikä aiheuttaa kiilteen kulumista eli eroosiota. (Meurman 1996, 1093 – 1095.)

Lääkkeiden yhteisvaikutus vähentää syljeneritystä. Jos käytössä on kolme tai useampi lääke, syljeneritys vähenee. Sylki suojelee hampaita karioitumiselta; nestevirtaus huuhtelee ja kostuttaa limakalvoja, liukastava vaikutus suojaa limakalvovaurioilta ja auttaa nielemisessä ja puhumisessa, ja mikrobeja estävä vaikutus suojelee hampaita ja limakalvoja bakteereilta, viruksilta ja sieniltä. Lisäksi syljellä on puskurivaikutus. (Tenovuo 1996, 184 – 185.)

3.3 Keinoja kariksen ehkäisyyn ja hallintaan

3.3.1 Prevention eri menetelmiä

Kariksen ehkäisyä ja hallintaa voidaan toteuttaa väestöperusteisesti, jolloin kaikki saavat saman prevention tai riskiperusteisesti, jolloin preventio kohdennetaan niille, joilla on havaittu olevan korkea kariesriski. Koska kariesta esiintyy edelleen, molempia strategioita tarvitaan. (Seppä 2001, 26 – 29; Rose 2001, 427 – 432.)

Sepän (2001) katsaus 1990-luvun kariespreventiotutkimuksiin läntisissä teollistuneissa maissa osoittaa, että riskiperusteisen prevention käyttöä puoltaa se, että karies on voimakkaasti polarisoitunut pieneen osaan väestöä. Samassa katsauksessa hän tuo esille Hausenin (2000) tutkimuksen, jonka tulokset taas osoittivat, että riskiryhmälle suunnattu preventio ei vähentänyt kariesta merkittävästi enemmän kuin kaikille suunnattu peruspreventio. Myöhemmin ovat Jokela ja Pienihäkkinen (2003, 110 – 114) pikkulapsilla tehdyn tutkimuksensa johtopäätöksenä todenneet, että riskiperusteinen preventio on paitsi vaikuttavaa myös kustannustehokasta. Tämä tutkimus on siis ristiriidassa aiemman tutkimuksen (Hausen 2000) kanssa.

Daly, Watt, Bachelor ja Treasure (2002, 54) ovat vertailleet riskiperusteisen strategian etuja ja heikkouksia. Etuina he pitävät ”turhien” käyntien eliminoimista ja kustannustehokkuutta, kun ehkäisevän toimenpiteet kohdistuvat vain riskiyksilöihin. Heikkoutena riskistrategian käytölle on heidän näkemyksensä mukaan ensinnäkin se, että preventio ”medikalisoituu” koskemaan vain sairastuneita, eikä se vaikuta riittävästi väestön käyttäytymiseen. Lisäksi riskiyksilöiden seulominen voi olla vaikeaa, ja tulokset ovat useimmiten oireiden vähentämistä ja väliaikaisia.

Riskistrategiaa käytettäessä tulee tarkentaa, että riskin arviointi on yhteneväistä. Varsio, Vehkalahti ja Murtomaa (1999, 338 – 343) tutkivat, millä perusteilla määriteltiin 6-vuotiaiden kariesriski. Tutkimustulos oli, että hammaslääkäreiden välillä oli suuri ero riskin arvioinnissa. Arviointikriteerit tulee siis yhdenmukaistaa, jos riskistrategiaa käytetään.

Kariespreventio voidaan jakaa myös varhaiseen preventioon ja sekudääriseen preventioon sillä perusteella, missä kariksen etenemisvaiheessa preventiota toteutetaan (ks. myös Haarala & Mellin 2008, 54 – 55). Varhainen preventio pyrkii ehkäisemään kariesta ennen kuin siitä on havaittavissa mitään merkkejä tai oireita, ja hampaat pyritään säilyttämään täysin ehjinä. Sitä voidaan toteuttaa sekä väestö- että riskiperusteisesti.

Varhainen preventio voidaan vielä jakaa primääripreventioon ja primääri-primääripreventioon. Tyypillistä primääripreventiota on ruokavalio- ja suuhygieniaohteet, joilla pyritään vaikuttamaan siihen, että hampaat säilyvät täysin ehjinä. Primääri-primääripreventiolla toimenpiteet kohdistetaan joko odottaviin tai pikkulasten äiteihin tavoitteena suojata lapsen hampaat reikiintymiseltä. Odottavien perheiden suun terveyden ohjaus ja esimerkiksi vanhempien suun bakteerikantaan vaikuttaminen ksylitolin avulla on tyypillistä primääri-primääripreventiota. (Laitala 2010, 11.)

Tutkimusten mukaan vanhempien omien hampaiden kunnolla ja esimerkiksi on merkittävä vaikutus lapsen suun terveyteen (ks. Mattila ym. 2005, 86 – 89; Poutanen, Lahti, Tolvanen & Hausen 2006, 286 – 292). Mutansstreptokokkitartunnan estäminen on saatettava vanhempien tietoon sekä neuvolan terveydenhoitajan että suun terveydenhuollon ammattilaisen toimesta, sillä varhainen tartunta ennustaa korkeaa kariesriskiä (ks. Alaluusua & Renkonen 1983, 453 – 457; Köhler ym. 1984, 879 - 883). Günayn, Dmoch-Bockhornin, Günayn ja Geurtsenin (1988, 137 – 142) tutkimus osoitti, että äiteihin kohdistuva kariespreventio vähensi kariesta myös lapsilla. Varhainen preventio ja terveysneuvonta on ensiarvoisen tärkeää jo odotusajasta lähtien, jotta vanhemmat saadaan kiinnostumaan suun terveyteen vaikuttavista asioista. Lapsille varhain muodostuvat tottumukset säilyvät aikuisikään saakka. (Käypä hoito -suositus Kariuksen hallinta 2009.)

Sekundääripventio pyrkii kariuksen hallintaan, kun ensimmäiset merkit kariuksesta on havaittu. Sekundääripventio on pysäytyshoitoa, jolloin suun terveydenhuollon ammattilainen antaa ohjeita niistä asioista, joissa potilaan omahoidossa on puutetta, esimerkiksi suuhygieniä ja ravintotottumukset. Sen avulla pyritään säilyttämään hampaan pintarakenne ja palauttamaan hampaan mineraalitasapaino. Pysäytyshoitoa on ammattimainen puhdistus, fluorin käytön tehostaminen (fluoritabletit, fluorihuuhtelut, fluorilakkaukset), purupintojen pinnoitukset sekä tehostettu neuvonta. Käytännössä tehdään yksilöllinen pysäytyshoitosuunnitelma. (Käypä hoito -suositus Kariuksen hallinta 2009.)

Yksi pysäytyshoitomuoto on pinnoittaminen eli purupintojen uurteiden suojaaminen lasi-ionomeeri- tai muovipohjaisella pinnoitteella. Syvät purupinnan uurteet ovat vaikeasti puhdistettavia, ja etenkin hampaan puhkeamisvaiheessa, kun hampailla ei ole vielä purukontaktia, uurteiden pohjalle muodostuu suotuisat olosuhteet bakteereille. Pinnoittamisella on saatu hyviä kokemuksia initiaalikariuksen pysäyttämiseksi. Kariuksen eteneminen pysähtyy, sillä bakteerien ravinnon saanti tyrehtyy. (Kervanto-Seppälä 2009, 8.)

Primääri- ja sekundääripvention lisäksi puhutaan myös tertiääripventiosta. Se on kuitenkin jo korjaavaa hoitoa. Preventiona se voidaan käsittää siksi, että sillä estetään pahempien vaurioiden synty; jos hammasta ei paikata, kun kariuksen pysäytys ei ole onnistunut, on seurauksena kipu ja lopulta hampaan menetys.

3.3.2 Kariesriskin arviointikeinot ja toimiva kutsujärjestelmä

Yleisesti käytettyjä kariesriskin arviointikeinoja ovat perheen aikaisempi karieskokemus, suuhygieniä- ja ravintotottumukset, plakin määrä sekä fluorin ja ksylitolin käyttötavat (Jokela 1997, 22 – 23). Kärkkäisen 1997 (20 – 22) mukaan luotettava kariesriskin enustaminen ei ole mahdollista, sillä yksilötason terveystottumukset heijastuvat hyvin

nopeasti kariesriskiin. Kuitenkin mutansstreptokokkitason määrittäminen syljestä pikkulapsilla on osoittautunut hyväksi keinoksi kariesriskin ennustamisessa (Laitala 2010, 54). Tenovuon (1996, 481) mukaan korkea mutansstreptokokkiarvo ennustaa aina kariesriskiä, sillä bakteerit ovat aina valmiina, jos esimerkiksi ruokavaliossa tapahtuu muutoksia hampaille epäedulliseen suuntaan. Kärkkäinen (1997, 30) suosittelee testin ottamista silloin, kun lapsi on 0,5 – 1 -vuotias; varsinkin silloin, kun äidillä on suussa kariesta. Sylkiteksti kannattaa ottaa myös äidiltä, sillä äidin korkea mutansstreptokokkien määrä on riski lapsen suun terveydelle.

Karieksen hallinnan käypä hoito suosituksessa (2009) on kriteerit, mitä suositellaan kariesriskin arviointiin. Lyhyesti ilmaistuna kariesriskiä arvioidaan seuraavin kriteerein: aikaisempi karieskokemus, elintavat, yli 1-vuotiaaksi jatkunut imetys, pitkään jatkuva huvitutun käyttö, ikäkausi (reikiintymiselle alttiita ikäkausia ovat 0 – 2 vuotta, 5 – 7 vuotta, 10 – 13 vuotta), varhainen mutansstreptokokkitartunta sekä paikalliset tekijät suussa (esimerkiksi syvät uurteet hampaassa ja juuri puhkeamassa oleva hammas). Lisäksi kariesriskiä lisääviä tekijöitä ovat hammashoitopelko, tietyt syljeneritystä alentavat sairaudet ja lääkitykset sekä sosioekonominen asema, elämäntilanteet ja huono hoitomyöntyvyys. (Käypä hoito -suositus Karieksen hallinta 2009.)

Arviointikriteereistä tulee huomioida erityisesti hyvän suuhygienian merkitys. Tutkimusten mukaan näkyvä plakki on erittäin hyvä kriteeri kariesriskin ennustamisessa Jokela (1997, 37). Varsinkin jäännösplakki alle 2-vuotiaan etuhampaissa ennustaa voimakasta kariesriskiä. Jokelan mukaan arvioinnissa on huomioitava terveyskäyttäytymiseen liittyvien riskitekijöiden kasaantuminen.

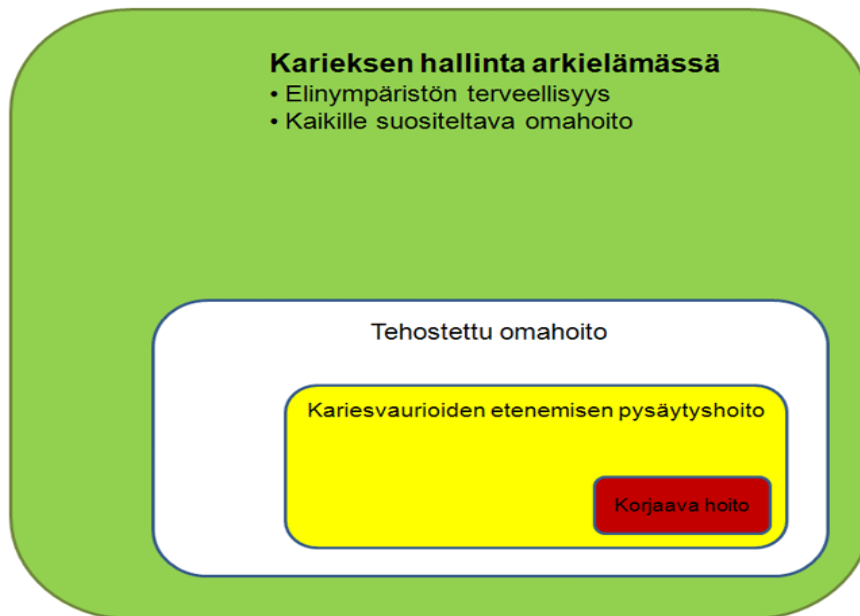
Asetuksen (380/2009) mukaan suun terveystarkastuksen yhteydessä tehdään jokaiselle henkilökohtainen suun terveystarkastus, johon kuuluu suusairauksien riskinarviointi. Suunnitelmassa tulee kiinnittää huomiota kariesriskin primaarisyyhin eli kariesaktiivisuuteen ja -alttiuteen. Kun ne ovat tasapainossa, karies on kontrolloitavissa. Kariesalttiuteen on henkilön kariesta estävät ja säätelevät tekijät, joihin vaikuttavat sekundaarisyyhinä hampaan vastustuskyky sekä syljen ja ientaskunesteen koostumus. Kariesaktiivisuus tarkoittaa kariesta aiheuttavia ulkoisia tekijöitä, joihin vaikuttavat sekundäärisyyhinä suuhygienia- ja ruokailutottumukset sekä plakin koostumus. Terveystarkastuksella voidaan vaikuttaa parhaiten kariesaktiivisuuteen. Riskitekijöiden tunnistaminen on tärkeää, ja ongelmakohdat suussa on näytettävä potilaalle ja annettava yksilökohtaiset ohjeet. (Käkilehto 2008.)

Sekä asetuksen (380/2009) että Kariuksen hallinnan käypä hoito suosituksen (2009) mukaan tarkastusvälit tulee määrittää jokaiselle yksilöllisesti kariesriskin arvion mukaisesti. Lasten ja nuorten tarkastusvälejä määriteltäessä tulee ottaa huomioon ikäkausit; ikäryhmiin 0 – 2 vuotta, 5 – 7 vuotta ja 10 – 13 vuotta kuuluvat tulee tarkastaa mahdollisimman kattavasti. Tarkastusvälejä ja ehkäisevän hoidon tehokkuutta lisätään, jos ilmenee riskitekijöitä.

3.3.3 Kariuksen hallinnan perusta on omahoito

Kariesta hallitaan arkielämässä ensisijaisesti terveellisillä elintavoilla. Asiakas pitää saada itse mukaan kariuksen ehkäisyyn, sillä ammattihenkilön suorittamilla toimenpiteillä saadaan vain lyhytaikainen vaikutus. Vanhempien mukaan ottaminen lapsen suun hoidon suunnitteluun on tärkeää. Tehostettu omahoito on ammattihenkilön neuvojen perusteella asiakkaan itse toteuttamaa hoitoa, mikä tähtää siihen, ettei vaurioita ehdi syntyään. Pysäytysseudolla pyritään pysäyttämään alkaneet vauriot ja korjaava hoito on hammaslääkärin toteuttamaa paikkaus- yms. hoitoa, mikä pyritään estämään omahoidon ja ammattihenkilön toteuttaman pysäytysseudon keinoin. (Seppä 2001; Käypä hoito -suositus Kariuksen hallinta 2009.)

Terveysneuvonnan keinoin tulee siis pyrkiä siihen, että yksilö oppii itse ehkäisemään kariesta. Rozierin (2001, 65: 1063 – 1072) tekemän katsausartikkelin mukaan terveysneuvonnalla saadaan lisättyä ihmisten tietoisuutta suun terveydestä, ja sillä saattaa olla vaikutusta terveyskäyttäytymiseen. Kun henkilö saadaan tiedostamaan omahoidon merkitys ja säännöllisyys suun terveyden ylläpidossa, se on paras keino saada kariotuminen hallintaan. (Käypä hoito -suositus Kariuksen hallinta 2009.) Kuviossa 6, seuraavalla sivulla, on havaintoesitys siitä, mihin kariespreventio-ohjelmilla tulisi pyrkiä.



KUVIO 6. Karieksen hallinta arkielämässä. (Käypä hoito -suositus Karieksen hallinta 2009)

Tulee kuitenkin muistaa, että tehokkaita interventioita tarvitaan edelleen, ja ne tulee kohdentaa niitä tarvitseville (Daly ym. 2002, 7). Karieksen hallinnan käypä hoito -suosituksen (2009) mukaisesti kaikilla on oikeus saada tarvitsemaansa neuvontaa ja ohjausta suun terveydenhuollon ammattilaisilta.

4 TOIMINNAN KEHITTÄMINEN PPKY KALLION SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA

Valtakunnallinen suun terveyden edistämisen hanke (SUHAT) korostaa laaja-alaisen osaamisen ja resurssien optimaalisen hyödyntämisen tärkeyttä. Myös johtamisen osamista on kehitettävä, jotta julkinen terveydenhuolto pystyy vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin. Tulevaisuuden haasteista selviämiseen tarvitaan toimintamalleja, jotka tähtäävät karieksen vähenemiseen lapsilla ja nuorilla, jotta suun terveydenhuollon resursseja riittää myös ikääntyvän väestön hoitoon. (Varsio ym. 2008, 65 – 66.)

Ppky Kalliossa toimintojen kriittinen tarkastelu ja käytänteiden yhtenäistäminen on vasta alussa. Kallion strategian mukaisesti järjestetyillä palveluilla on oltava vaikuttavuutta ja ennaltaehkäisevässä työssä on päästävä sanoista tekoihin. Tarvitaan yhteistyötä yli sektorirajojen ja asiantuntijoiden aktiivisuutta ja oma-aloitteisuutta. (Kallion strategia 2009.)

Ppky Kallion suun terveydenhuollon toimintakäytäntöjä kehitetään alkuvuodesta 2010 perustetun kehittämistyöryhmän toimesta. Toiminnan tarkastelu alkoi toimintamallin laatimisella karieksen hallintaan. Yhtenäistä mallia hiotaan vähitellen ottaen yksi osa-alue kerrallaan kehittämistyön alle. Koska ryhmässä on edustus kaikista toimipisteistä, tulee käytännön ratkaisuisissa jokaisen kuntayhtymän paikkakunnan erityisluonne ja voimavarat huomioon otetuksi.

4.1 Muutoksen hallinta toiminnan tarkastelussa

Toimintojen kriittinen tarkastelu saattaa johtaa siihen, että käytänteitä muutetaan. Muutos on hyvin ristiriitainen ilmiö; toisaalta kaivataan vaihtelua, toisaalta vanhoista tutuiksi tulleista rutiineista on vaikea luopua. Molempia ei kuitenkaan voi saada yhtä aikaa, joten muutoksessa joutuu opettelemaan vanhasta luopumista. (Järvinen 2001, 120.) Ihminen on luonnostaan niin mukavuudenhaluinen, että hän vastustaa muutosta jo sen tuoman mahdollisen riskin vuoksi. Luottamus siihen, että muutos tuo jotain parempaa, auttaa Laaksosen, Niskasén, Ollilan ja Riskun (2005, 47 – 48) mukaan uuteen siirtymistä ja muutokseen sitoutumista. Muutosvastarinta pitäisikin kyetä kääntämään voimavaraksi.

Organisaatiokulttuuria voi kehittää kohtaamaan muutos paremmin. Kun henkilöstölle annetaan vaikutusmahdollisuus omaa työtään koskeviin muutoksiin ja toiminnan kehittämiseen, se lisää motivaatiota, työssä jaksamista ja sitoutumista muutokseen (Ollila 2006, 138). Muutosvalmius, suunnitelmallisuus sekä toiminnan ja osaamisen arviointi edustavat Ollilan mukaan vahvasti strategista näkökulmaa, ja kehityskeskustelut ovat

erinomainen elementti henkilöstön kehitysmahdollisuuksien kartoittamisessa ja kykyjen esille nostamisessa.

Sydänmaanlakan (2001, 225) mukaan henkilöstön kytkeminen organisaation strategiaan on erityinen haaste muutostilanteessa, ja henkilöstön osallistaminen kehitystyöhön on sitoutumisen edellytys. Viitala (2003, 235) pitää tärkeänä keskustelua työyhteisössä, sillä se tuottaa suurempaa sitoutumista suunnitelmien toteuttamiseen ja lisää motivaatioita kuin johdon taholta ilmoitetut päätökset (ks. myös Havunen 2007, 45).

Byrokraattiset systeemit jäykkine lakeineen tai johtajien rajoittuneet näkemykset saattavat estää luovan muutoksen käynnistymisen. Myös johdon saama koulutus ja kokemus aiemmista muutosprosesseista sekä tapa toimia vaikuttavat suhtautumiseen muutokseen. Esteistä pienimpiä eivät ole myöskään poliittiset voimasuhteet ja ryhmien erilaiset intressit. (Dess, Lumpkin & Eisner 2007, 382 – 383.) Sydänmaanlakka (2001, 66 - 67) muistuttaa, että yksilön kohdalla käyttäytyminen muuttuu, jos tarvittavat tiedot, taidot ja asenteet ovat muuttuneet. Hän lisää, että muutoksen kohtaaminen on helpompaa, jos henkilöstölle on kerrottu selkeä ja perusteltu visio siitä, mihin ollaan menossa.

Työntekijän näkökulmasta katsottuna muutos on aina jonkinlainen uhka. Muutostilanteessa on tärkeää, että työyhteisössä vallitsee luottamus ja arvostus, jossa henkilöstön vaikutusmahdollisuudet on turvattu. Nissinen, Anttalainen ja Kauppinen (2008, 90 – 92) peräänkuuluttavat vuorovaikutteista johtamista, jossa työntekijöillä on tunne siitä, että johtoon voi luottaa ja se arvostaa heitä niin ihmisinä kuin työntekijöinä. Hänen mukaansa innostus ja kehityshalu ovat mahdollisia vasta, kun luottamuksen ja arvostuksen perusta on luotu. Kun henkilöstö pääsee vaikuttamaan omaan kehittymiseensä työssään, syntyy hyvinvoinnin lisääntymisen lisäksi kustannussäästöjä, sillä motivoitunut työyhteisö on myös tuottava. Luottamukseen pohjautuu myös avoin dialogi työyhteisössä, mikä on älykkään ja menestyvän organisaation merkki. (ks. myös Sydänmaanlakka 2001, 57.)

Suun terveydenhuollon organisaatio on asiantuntijaorganisaatio, jossa jokaisella on oma tärkeä roolinsa. Työskentely tapahtuu hyvin itseohjautuvasti. Muutostilanteessa on kuitenkin oltava yhteinen ohjaus. Johdon tärkeä rooli on olla suunnan näyttäjänä. Vesterisen (2006, 150) mukaan johdon tehtävä on osoittaa päämäärä, ohjata pelisääntöjen noudattamisessa ja tukea työyhteisöä tavoitteiden saavuttamisessa. Tulee muistaa, että henkilöstö on organisaation tärkein voimavara.

Kiinnostus toimintakäytäntöihin ja niiden muuttamiseen on Mäkelän, Kailan, Lampen ja Teikarin (2007, 160) mukaan suurempaa, jos toimijat itse määrittelevät muutoksentarpeet, tavoitteet ja menetelmät. (ks. myös Järvinen 2000, 62.) Lähtökohtana tulee siis olla, että henkilöstöllä on mahdollisuus osallistua suunnitteluun. Näin muutokset asenteet ajan mittaan hälvenevät. Osallistaminen muutokseen voi tapahtua esimerkiksi kokoamalla sisäisiä työryhmiä, jotka tarkastelevat toimintakäytänteitä ja valmistelevat muutosta. (Laaksonen ym. 2005, 52.)

Kallion suun terveydenhuolto on oma tulosyksikkö, jonka johtaja on ylihammaslääkäri. Hänelle kuuluu myös hammaslääkäreiden henkilöstöhallinto. Hoitohenkilöstön esimies on osastonhoitaja, ja henkilöstöhallinto kuuluu hänelle hoitohenkilöstön osalta. Suun terveydenhuollon kehittämissuunnitelmassa on edustus kaikista ammattiryhmistä ja mukana on myös esimiestaso. Näin henkilöstö on saanut vaikutusmahdollisuudet kehittämistyöhön.

4.2 Tehtävänkuvan tarkastelu ja työnjako

Suun terveydenhuollon toiminnan kehittämiseen kuuluu myös työnkuvien tarkastelu. Jotta suun terveydenhuoltopalvelut pystyttäisiin tuottamaan kustannustehokkaasti, on tarpeen kiinnittää huomio siihen, että lähtökohtana on henkilöstöryhmien osaamisen mahdollisimman tehokas ja laaja-alainen hyödyntäminen. Sopivasti haastava tehtävä lisää työn mielekkyyden tunnetta, ja auttaa siten myös työssä jaksamisessa. Tehtävien ja työnjaon muutokset terveydenhuollossa edellyttävät kuitenkin aina henkilöstön osaamisen varmistamista ennen muutoksen toteuttamista. Lisäkoulutustarve arvioidaan tapauskohtaisesti. Yksi työkalu osaamiskartoitukseen ovat kehityskeskustelut, joissa arvioidaan henkilöstön osaamista ja ennakoitaan strategialähtöisesti tulevia osaamistarpeita. (Joensuu 2009.)

Suun terveystarkastuksia voivat suorittaa hammashoitajat ja suuhygienistit. Hammaslääkärit tekevät purentaelimen tutkimuksen, johon kuuluu diagnoosin tekeminen hampaiden, tukikudosten ja purentaan tilanteesta sekä hoitosuunnitelman laatiminen. Hoitosuunnitelma toteutetaan yhteistyössä kaikkien suun terveydenhuollon ammattilaisten kanssa. Alle kouluikäisten suun terveystarkastuksiin tulisi sisältyä myös yksi terveydenhoitajan tekemä suun terveystarkastus. (Asetus 380/2009.)

Joensuun ja Pienihäkkisen (2009) laatiman tutkimuskatsauksen mukaan järkevällä työnjaolla ja neuvolavaiheeseen panostamalla pystytään vaikuttamaan karieshoidon kokonaiskustannuksiin terveyshyödyn siitä kärsimättä. Tutkimuskatsauksessa on viitattu sekä kotimaisiin (Pienihäkkinen & Jokela 2002 ja 2003; Pienihäkkinen, Jokela & Alanen

2005; Joensuu 2009) että ulkomaisiin, Norjassa, Ruotsissa ja Englannissa tehtyihin tutkimuksiin.

Työnjaon toteuttamisessa on kuitenkin katsottava kokonaisuutta ja vältettävä turhaa hoidon pilkkomista. Jotta työnjaosta saataisiin paras mahdollinen hyöty, on asiakkaan hoito nähtävä tiimityönä, jossa jokaisella on merkittävä ja arvokas rooli. Hammaslääkäriin suorittama tutkimukseen perustuva hoitosuunnitelma on hyvä laatia useammaksi vuodeksi eteenpäin, ja siinä tulee painottaa suun sairauksien ehkäisyä ja itsehoitoa. (Joensuu & Pienihäkkinen 2009.)

Tehtävien siirtoa hammaslääkäreiltä suuhygienisteille on tapahtunut siitä alkaen, kun erikoishammashoitajat alkoivat yleistyä terveyskeskuksissa 1970 – 1980 -luvulla. Aluksi työnkuva oli suurimmalta osaltaan ennaltaehkäisevää työtä. Vähitellen työnkuva on laajentunut, ja nykypäivänä suuhygienistin työajasta merkittävä osa kuluu muuhun kuin ennaltaehkäisevään työhön, vaikkakin ennaltaehkäisevä ote on jokaisessa potilaskäynnissä mukana. Ennaltaehkäisevän työn tarve ei kuitenkaan ole vähentynyt, pikemminkin sen osuutta tulisi kasvattaa. Hammashoitajien työn kuvaa onkin järkevää laajentaa ennaltaehkäisyä toteuttamiseen. (Niiranen & Widström 2005, 1184 – 1191.)

Vuonna 2005 voimaan tulleen hoitotakuun myötä on suuhygienistien työnkuva laajentunut useissa terveyskeskuksissa. Suun terveystarkastusten osuus on lisääntynyt. Tutkimuksen mukaan suuhygienistit halusivat lisää kariesseulontoja ja oikomishoidon toimenpiteitä hyödyntääkseen ammattitaitoaan laajemmin. (Niiranen & Widström 2005, 1184 – 1191.) Hopcraftin ym. (2007, 61 – 66) tutkimuksen mukaan ennustetaan, että hammashoitohenkilökunnasta juuri suuhygienistien osuus tulee lisääntymään. Ammattikunnan työpanosta kannattaa hyödyntää nykyistä enemmän. Tutkimuksensa johtopäätöksissä he kehottavat kiinnittämään huomiota suuhygienistien työtyytyväisyyteen.

Oikein suunniteltu ja hallittu tehtävän kuvan laajentaminen tai työntekijän siirtyminen esimerkiksi toiseen työpisteeseen tuo työhön haasteita ja lisää työn palkitsevuutta ja motivaatiota. Robbins ja Judge (2009, 252 – 254) aukaisevat työn kierrättämisen, laajentamisen ja rikastamisen eroja. Työkierrossa työntekijä siirtyy joustavasti samaa vaativuustasoa olevaan työtehtävään joko toiseen työpisteeseen tai samassa työpisteessä toiseen tehtävään. Henkilöiden siirtely voi kuitenkin heikentää tehokkuutta ja aiheuttaa muutosvastarintaa, jos se ei ole hyvin perusteltua. Työn laajentaminen tarkoittaa sitä, että työnkuvaa laajennetaan lisäämällä siihen uusia tehtäviä suunnitellusti ja kuormitus huomioiden. Laajentamisessa voidaan lisätä työntekijälle vastuullisempia tehtäviä. Työn

rikastamisessa taas on kyse työntekijän roolin vahvistumisesta suunnittelijana, toteuttajana ja arvioijana, siis työnkuvan itsenäisyys kasvaa.

Motivaatio on moniulotteinen käsite, jota on tutkittu erittäin paljon ja josta on luotu lukuisia erilaisia teorioita (Lehtinen & Kuusinen 2001, 213). Nykykäsityksen mukaan ihminen tuottaa itse oman motivaationsa. Samalla tutkimuksissa huomio on siirtynyt motivoinnista motivoitumiseen ja siihen vaikuttaviin tekijöihin. Ihmisen toiminta on motivoitunutta vasta silloin, kun hänen toiminnallaan on jokin tavoite tai päämäärä. (Byman 2002, 26.) Ryan ja Deci (2000, 56) määrittelevät ulkoisen ja sisäisen motivaation eron. Kun yksilö motivoituu tekemään jotakin saadakseen tyydytystä ja iloa toiminnasta itsestään enemmän kuin erillisistä toiminnan seurauksista, puhutaan sisäisestä motivaatiosta. Sisäisesti motivoitunut ihminen toimii omasta vapaasta tahdostaan ilman ulkoisia pakotteita tai odotuksia palkinnoista. (Ryan & Deci 2000, 56; ks. myös Eccles & Wigfield 2002, 112.)

Suun terveydenhuollossa motivaatiota ja työtyytyväisyyttä lisäävää on tiimityö, jossa jokaisella suun terveystarkastajalla on oma tärkeä roolinsa. Kun työntekijöiden tavoitteet, arvot ja visiot ovat organisaatiossa yhteiset, on toiminta joustavaa, ja työnteko on motivoivaa. Jos asiakas hoitojakson päätteeksi on muuttanut terveyskäyttämistään ja vakiinnuttanut sen, se on koko tiimille palkitseva kokemus. Työn kuvan laajentaminen ammattitaidon sallimissa rajoissa on myös luottamuksen osoitus työntekijän taitoja ja työtä kohtaan. (Joensuu 2009, 79 – 81.)

Kallion suun terveydenhuollossa alle kouluikäisten suun terveystarkastukset ja ennaltaehkäisevä työ kuuluu suuhygienistien työnkuvaan. Resurssien sallimissa rajoissa pyritään tulevaisuudessa siihen, että myös koululaisten suun terveystarkastuksia laajennetaan suuhygienisteille hammaslääkärin tekemän hoitosuunnitelman mukaisesti. Asetuksella (380/2009) ohjeistetaan odottavan perheen entistä voimakkaampaan huomioimiseen. Sen mukaisesti suuhygienisteille tulevat odottavien vanhempien suun terveystarkastukset. Hammashoitajien osuutta sekä yksilö- että ryhmäterveysneuvonnassa ja pienten lasten suun terveystarkastuksissa (varhaispreventiossa) pyritään myös lisäämään.

4.3 Peruspalvelukuntayhtymä Kallio – yhteistyön ja kehittämisen tiellä

Leppo (2010, 8 – 9) pitää tärkeänä terveystarkastusten palvelu- ja yhteistyökykyä ja johtamisen, työnjaon ja töiden organisoimisen parantamista. Tarvitaan myös poliittista tahtoa pitää palvelut hyvinvointipolitiikan keskiössä. Yhtenä terveystarkastuksen keskeisenä kysymyksenä hän pitää sitä, miten käytössä olevat voimavarat kohdennetaan järkevästi.

Ppky Kallion tavoitteena on toimia kuin yksi kunta. Tavoitteen saavuttamiseksi tarvitaan toimintatapojen ja palveluiden uudistamista. Ikärakenteen muuttuessa sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoiden tiivis yhteistyö on välttämätöntä. Kallion keskeisin haaste on resurssien suuntaaminen yhteistyön tukemiseen. (Möller 2010.)

Kuntien ja ppky Kallion päätöksentekijöiden vahva tahtotila on kantavana voimana toteuttaessa sosiaali- ja terveyspalveluja kuntalaisille oikeatasoisina, oikea-aikaisina ja oikeassa paikassa. Valtiontalouden kestävyysvaje ja kuntien talouden näkymät pakottavat etsimään vaihtoehtoisia toimintatapoja järjestää lakisääteiset palvelut. Supistusten sijaan Kalliossa on valittu uudistusten ja kehittämisen tie, ja toiminnassa haetaan hyvinvointi- ja terveysvaikutuksia. Tulevaisuuden asiakastarpeiden hoitamiseksi tarvitaan tietoa, taitoa ja tahtoa sekä ennakkoluulotonta kehittämisotetta. (Illikainen, 2010.)

Edellisessä kappaleessa on referoitu Kallion suunnittelupäällikön Kallion www-sivuilla olevaa kommenttipuheenvuoroa. Sen voi tulkita niin, että suun terveydenhuollon kehittämisprojekti on oikea-aikainen ja tarpeellinen, eikä paineita henkilöstövähennyksiin näyttäisi olevan. Päinvastoin voi ajatella, että ennaltaehkäisyn toteuttamiseen tarvittavien resurssien lisääminenkin on mahdollista.

Yhtenä osoituksena terveyden edistämisen esille nostamisesta ja yhteistyön merkityksen korostamisesta oli Kallion johdon aloitteesta ja toimeenpanemana toteutettu teema kesälle 2010: 'Lasten suun terveyden edistäminen'. Jokaisessa jäsenkunnassa järjestettiin toritempaus kunnan kesätapahtuman yhteydessä. Mukana oli sekä Kallion johtoa että suun terveydenhuollon työntekijöitä kaikista ammattiryhmistä. Tämä oli alkuponnistus strategiassa olevalle terveyden edistämisen teemalle.

Kun uusia käytäntöjä ja toimintamalleja laaditaan, on hyvä suunnitella myös se, miten toimintaa arvioidaan. Vaikuttavuuden arvioinnissa tulee keskittyä siihen, miten joku interventio tai toimintamalli toimii eikä siihen, miten ammattihenkilöt kokevat sen toimivan. Tosin ammattihenkilöiden kokemukset voivat synnyttää niin sanottua hiljaista tietoa, mitä ei pidä aliarvioida vaikuttavuuden arvioinnissa. Arvioinnissa on siis keskityttävä siihen, mitä on saatu aikaan. Vaikuttavuuden arviointiin sisältyy sekä vaikuttamisen prosessi että sen vaikutus. (Dahler-Larsen 2004, 20 – 27.)

Vaikuttavuuden arviointi suun terveydenhuollossa on vielä vähäistä. Dahler-Larsenin (2004, 7) mukaan prosesseja ja tuloksia pitäisi tarkastella sekä kokonaisuutena että erikseen. Arvioitaessa pitäisi saada selville se, missä määrin tulokset ovat seurausta

uudesta tavasta toimia ja miten ammattihenkilöiden interventiot vaikuttavat. Vaikuttavuuden arvioinnissa testataan muun muassa interventioiden vaikutusta tulokseen.

Arvioitavat menetelmät voivat tuottaa terveyst- ja kustannusvaikutuksia välittömästi tai kaukana tulevaisuudessa. Kustannusvaikuttavuutta arvioitaessa pitää arvioitavalle toimenpiteelle olla vertailukohta, esimerkiksi vanha menetelmä. (Mäkelä ym. 2007, 103 – 104.) Joensuun (2009) tutkimus käsitteli kahden eri menetelmän kustannusvaikuttavuutta terveyshyötyyn nähden. Tutkimuksessa verrattiin kahden toimintatavan kustannusvaikuttavuutta, ja saatiin selkeä tulos. Ppky Kallion suun terveydenhuollon kehittämistyössä tulee myös tehdä arviointisuunnitelma, ja määritellä keinot, miten toiminnan vaikuttavuutta tullaan mittaamaan.

Arviointia voidaan tehdä tutkimuksen avulla ja itsearvioimalla omaa toimintaa. Vaikuttavuuden tutkimuksella voidaan kehittää terveyttä edistäviä työmenetelmiä. Vaikuttavuuden arviointi on siis toiminnan näkyväksi tekemistä; tavoitteiden, toimenpiteiden ja tulosten seuraamista. (ks.Hakulinen, Pietilä & Kurkko 2002, 288, 295.)

5 KARIEKSEN HALLINNAN KEHITTÄMISPROJEKTI

5.1 Karioksen hallintaprojektin tarkoitus ja tavoite

Karioksen hallinta on koko suun hoitotiimin yhteinen asia (Joensuu 2009). Yksilölle tilaa antava organisaatio arvostaa hiljaista tietoa, mikä kertyy kokemuksen myötä. Yksilön oma ymmärrys strategian suunnasta ja vastuun ottaminen tuloksesta ohjaavat hänen toimintaansa. Näin tapahtuu vastuun ottaminen omista tuloksista ja kehittymisestä. (Santalainen 2006, 282 – 283.)

Toimintojen ja käytänteiden tarkastelua ja niiden yhtenäistämistä ei ole ppky Kallion suun terveydenhuollossa tehty tavoitteellisesti aiemmin. Opinnäytetyö oli alun perin tarkoitus toteuttaa toimintatutkimuksena. Suunnitelma kuitenkin muuttui työn edetessä, sillä suun terveydenhuollossa päätettiin käynnistää laajempi toimintojen kehittämisprojekti, ja opinnäytetyö toteutettiin kehittämisprojektin osaprojektina. Ppky Kallion suun terveydenhuollon kehittämisprojekti on käytännön kokemuksiin ja ajantasaisiin tutkimuksiin pohjautuva projekti, missä hyödynnetään kaikkien ammattiryhmien asiantuntemusta. Joensuu ja Pienihäkkinen (2009, 4) korostavat, että henkilöstön mukanaolo toimintamallien suunnittelussa edistää sitoutumista ja käytäntöjen tuntemusta.

Nyt toteutetussa karioksen hallinnan kehittämisprojektissa on paljon toimintatutkimukselle ominaisia piirteitä. Heikkisen ja Jyrkämän (1999, 25) mukaan toimintatutkimus sopii käytettäväksi yhteisössä, jossa yksilöt pohtivat ja kehittävät työtään ja kehittelevät vaihtoehtoja ongelmien ratkaisemiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Tavoitteena on toimintojen kriittinen tarkastelu ja tarvittaessa niiden järkeistäminen.

Toimintatutkimus voi olla eräänlainen ammatillinen oppimisprosessi, teorian ja käytännön vuoropuhelu, jossa tutkittavat arvioivat kriittisesti toimintaansa, arvojansa ja oletuksiansa verraten toimintaansa tutkijan välittämään teoreettiseen tietoon (Syrjälä, Ahonen, Syrjäläinen & Saari 1996, 31). Toimintatutkimuksen luonteeseen kuuluu Syrjälän ym. (1996, 34 – 35) mukaan usko yhteistyöhön ja demokratiaan, ja lähtökohtana on ajatus, että oman työn ymmärtäminen ja kehittäminen käynnistyy siitä, että alkaa reflektoida omia käytännön kokemuksiaan. Tämän opinnäytetyön prosessi kokonaisuudessaan on ollut ammatillinen oppimisprosessi, jossa on tarkasteltu karioksen hallintaa terveyden edistämisen näkökulmasta soveltaen toimintamalliin tutkimustietoa ja karioksen hallinnan käypä hoito -suositusten ohjeita.

Tässä opinnäytetyössä toimintatutkimukselle tyypillisiä interventioita oli syksyllä 2009 toteutettu koulutus koko henkilökunnalle, ja työryhmän ensimmäisessä kokoontumis-

sa ollut tietoisuus terveyden edistämistyötä ohjaavista suosituksista, sekä terveydenhoitajien osallistuminen toiseen kokoontumiseen asiantuntijoina neuvolavaiheen toimintamallin suunnittelussa.

Tähän osaprojektiin kuului kyselytutkimus ja koulutus (molemmat syksyllä 2009) sekä työryhmätyöskentely vuoden 2010 alusta lähtien. Kyselytutkimuksen tarkoitus oli tuoda henkilöstön näkemyksiä, toiveita ja ehdotuksia kariksen ehkäisyyn ja hallintaan, ja tavoitteena oli saada materiaalia uutta toimintamallia varten.

Koulutuspäivän tarkoitus oli tuoda näkökulmia toiminnan kehittämiseen ja herätellä henkilöstön ajatuksia kriittiseen toimintojen tarkasteluun, ja tavoitteena oli motivoida henkilöstöä kehittämistyöhön. Työryhmätyöskentelyn tarkoitus oli aloittaa kriittinen vuoropuhelu nykyisistä käytänteistä ja pyrkiä löytämään parhaat käytännöt koko Kallion suun terveydenhuoltoon tavoitteena syventää yhteistyötä kuntayhtymän kuntien suun terveydenhuollossa.

Kehittämistyö on myös Kallion strategian linjausten mukaista toimintaa. Kariksen hallintaprojektin tarkoitus oli laatia toimintamalli kariksen hallintaan ja käynnistää toimintojen kehittäminen ja integrointi ppsy Kallion suun terveydenhuollossa. Tämän osaprojektin jälkeen kehittämistyö jatkuu toimintojen tarkastelulla laajemmin kuin kariksen hallinnan osalta. Toimintamalleja muiden osa-alueiden ja ikäryhmien kohdalla ei ole, ja erittäin tarpeellista olisi seuraavaksi ryhtyä laatimaan malli ikääntyvien suun hoitoon.

Pitkän tähtäimen tavoite Kallion suun terveydenhuollossa on saada hammasterveyttä kuvaavat indeksit vuoteen 2013 mennessä laskemaan; 5-vuotiailla d 0,6:een, 12-vuotiailla DMF 1,7:ään ja 16-vuotiailla niiden osuudeksi, joilla ei tarkastuksessa löydy reikiä tai paikkoja hampaista, 25 % (Toiminta- ja taloussuunnitelma 2011 – 2013).

5.2 Kariksen hallintaprojektin tehtävät

Kyselytutkimuksella selvitettiin:

-Mitkä ovat työyhteisön kokemat menetelmät ja keinot vaikuttavan kariesprevention toteuttamiseen; omahoitoon ohjaus.

-Millainen on työyhteisön näkemys toimivasta kutsujärjestelmästä kariksen hallinnan kannalta; kutsujen ajoitus ja työnjako (vastaanotolla tapahtuva kariksen hallinta)

-Millä keinoin vastataan tulevaisuuden haasteisiin; toimintojen kriittinen tarkastelu

Koulutuspäivän tehtävänä oli tuoda sekä tutkimustietoa että kokemustietoa toimintojen kehittämisestä suun terveydenhuollossa. Kouluttaja oli pitkään hammaslääkärinä Kemin

terveyskeskuksessa työskennellyt ja toiminnan muutoksessa mukana ollut, vasta väitellyt hammaslääketieteen tohtori. Kehittämistyöryhmän tehtävä oli laatia toimintamalli kariksen hallintaan alle 18-vuotiaille.

5.3 Kariksen hallintaprojektin toteutus

5.3.1 Kehittämisprojektin vaiheet

Kariksen hallinnan kehittämisprojektiin kuuluivat kyselytutkimus koko suun terveydenhoitohenkilöstölle, koulutus toimintakäytäntöjen vaikutuksesta suun terveydenhuollon kustannuksiin ja työmotivaatioon sekä työryhmätyöskentely. Kyselytutkimus toteutettiin marraskuun 2009 aikana. Kyselylomakkeiden (liite 1) esitestaukseen valittiin arvalla hammaslääkäri, hammashoitaja ja suuhygienisti. Esitestauksen perusteella kyselylomakkeeseen ei tullut muutoksia. Saatekirjeeseen tuli muutama tarkennus esitestaajien kommenttien pohjalta. Kyselylomakkeet (N = 49) jaettiin kuukausipalaverin yhteydessä 4.11.2009 ja palautus pyydettiin 27.11.2009 mennessä. Lomakkeita palautui 45. Vastausprosentti oli 92 %, mitä voidaan pitää erittäin hyvänä.

Kemin terveyskeskuksen hammaslääkäri ja Turun Yliopiston sosiaalihammaslääketieteen apulaisosastonhammaslääkäri HLT Tiina Joensuu luennoi koko henkilökunnalle suun terveydenhuollon toimintakäytännöistä ja varautumisesta tulevaisuuden haasteisiin. Luentoan liittyi myös katsaus hänen tekemäänsä väitöskirjaan 'Lapsen karieshoidon kustannuskertymän muutokset ja karieshoidon toimintakäytäntöjen yhteys kustannuksiin'. Lisäksi sivuttiin ppky Kallion strategisia linjauksia terveyden edistämisen näkökulmasta.

Työryhmätyöskentely alkoi helmikuussa 2010. Työryhmään kuului 16 jäsentä; 6 hammaslääkäreitä, 5 suuhygienistiä, 4 hammashoitajaa sekä suun terveydenhuollon osastonhoitaja. Jokaisesta kuntayhtymän neljästä kunnasta oli edustus. Kokoontumisia on ollut noin kahden kuukauden välein pois lukien kesäaika. Ennen jokaista työryhmän kokoontumista keräsin aiheeseen liittyvää lähdeneaineistoa työryhmätyöskentelyä varten. Lähdeneaineistona käytettiin kariksen ehkäisyyn liittyviä tutkimusartikkeleita, oppikirjoja, ajankohtaista valtakunnallisiin projekteihin liittyviä tiedotteita ja uusinta koulutusmateriaalia. Toimin työryhmän vetäjänä ja kirjoitin muistiot sekä valmistelin kokousten välillä materiaalia seuraavaa kokousta varten.

Ensimmäisessä kokoontumisessa tutustuttiin karieksen hallinnan ja suun terveyden edistämisen suosituksiin ja politiikkaohjelmiin sekä tulossa olevaan uuteen terveydenhuoltolakiin. Toimintaohjelman laadinta aloitettiin sillä, että tehtiin ensin kartoitus nykyisin käytössä olevista käytännöistä kussakin toimipisteessä. Mallia työstettiin kolmella kokoontumiskerralla, ja hyväksyttiin neljännellä, jossa siihen tuli vielä pieniä tarkennuksia.

Työryhmän kokoontumisten välillä koko työyhteisöllä oli mahdollisuus vaikuttaa ohjelman sisältöön, sillä muistiot ja muu kokouksissa valmisteltu materiaali toimitettiin kaikkiin toimipisteisiin paperiversiona. Lisäksi muistiot ja materiaali tallennettiin ppky Kallion sisäiseen sähköiseen arkistoon, Kallio-intraan, missä suun terveydenhuollolla on oma työryhmäosio. Näin koko työyhteisö toimi tämän osaprojektin ohjausryhmänä. Kokoontumisten välillä toimintamallia muokattiin seuraavaa kokoontumista varten, ja ryhmän jäsenet saivat materiaalin sähköpostissa etukäteen. Lopullinen tuotos toimintamallista laitettiin Kallion suun terveydenhuollon www-sivuille. Kehittämisyhmän toiminnan aloittaminen on nostettu esille Maisema-mallin (talouden seurantamenetelmä) vuoden 2009 toteutusraportissa.

Kehittämisyhmän työ alkoi tarvelähtöisesti, sillä aiempaa ohjelmaa karieksen hallintaan ei Kallion suun terveydenhuollon käytössä ollut. Henkilöstö otettiin alusta lähtien mukaan suunnitteluun. Kesäkuun 2009 alussa oli lyhyt informaatio tulevasta kehittämissuunnitelmasta. Ryhmä koottiin vasta alkuvuodesta 2010, sillä kyselytutkimus haluttiin toteuttaa ensin.

Silfverbergin (2007, 18) mukaan tarvekartoituksella pyritään varmistamaan, että lähtökohdaksi otetaan hyödynsaajien kokemat ja priorisoimat uudet mahdollisuudet tai ongelmat. Kettunen (2009, 50) painottaa, että projektiin lähdeittäessä tulee olla tarkkaan mietittynä projektin tarkoitus ja tavoitteet, ja pohjatyö tulee tehdä kunnolla. Projektisuunnitelmaa ei tule toteuttaa niin jäykästi, ettei se salli muutoksia. Kettusen (2009, 55) mukaan hyvä projektisuunnitelma elää koko elinkaaren ajan; sitä tulee päivittää tarpeen mukaan, jotta ohjausmekanismi toimisi. Onnistuneen projektin läpiviemiseen tarvitaan johdon tuki ja tarvittavat henkilö- ja aineelliset resurssit (Kettunen 2009, 60).

Kallion suun terveydenhuollon kehittämissuunnitelmaan ei ole vielä tehty projektisuunnitelmaa, sillä karieksen hallintaprojekti haluttiin viedä ensin päätökseen. Suunnitelma tehdään tämän osaprojektin jälkeen. Kehittämistyöllä on johdon tuki, ja kokoontumisille on saatu järjestettyä aikaa, vaikka ryhmän koko on suuri.

Luonteeltaan tämä osaprojekti oli sisäinen kehitysprojekti, minkä tehtävänä oli laatia toimintamalli kariesin hallintaan alle 18-vuotiaille. Osaprojekti oli tiimityötä ja toimii pohjana suunnittelutyölle, mitä on tarkoitus jatkaa ja juurruttaa osaksi toimintaa. Tiimi työskentelee yhdessä yhteisen mission saavuttamiseksi hyödyntäen yksilöllistä ja yhteistä osaamista (Tiimityö – yksilöllisesti yhdessä 2006,5). Osaaminen voidaan Kallion suun terveydenhuollon kehittämistyhmissä hyödyntää laaja-alaisesti, sillä ryhmä koostuu kaikista ammattiryhmistä.

Ryhmän jäsenet toimivat oman työnsä ohella, ja aikaa kokoontumisiin kului noin 3 tuntia / 2 kk. Tyypilliseen projektityöskentelyyn kuuluu vastuiden jakaminen ryhmän jäsenten kesken. Tämän projektin käynnistämävaiheessa ei lähdetty jakamaan vastuualueita, vaan palaverit vietiin läpi keskustellen. Ensimmäisessä kokouksessa asiaa pohdittiin, eikä silloin ollut halukkuutta siihen, että olisi jaettu osa-alueet ja työstetty ohjelmaa pienryhmissä.

Tässä kehitysprojektissa hyödynsaajia ovat sekä työnantaja, työntekijät että asiakkaat. Jos saadaan jatkossa mahdollistettua se, että koko alueen väestö saa suun terveydenhuollon palvelut omasta terveystakeskuksesta, se on työnantajalle imagoetu. Asiakkaille on niin ikään etu, että he saavat palvelut omasta terveystakeskuksesta. Työntekijöiden sitoutumista vahvistaa se, että kaikki ovat saaneet vaikuttaa ohjelman laatimiseen.

Kehittämistoiminta sitouttaa työntekijöitä, ja työhönsä sitoutuneet työntekijät ovat vahva voimavara työnantajalle ja kantava voima työyhteisössä. Toiminnan on oltava tavoitteellista, ja on hyvä pyrkiä varmistamaan, että myös sidosryhmien intressit otetaan huomioon (Kettunen 2009, 65). Sidosryhmistä tässä osaprojektissa olivat lastenneuvolan terveydenhoitajat yhdessä kokouksessa mukana.

5.3.2 Kyselytutkimuksen aineisto ja sen analysointi

Kyselytutkimus oli kokonaistutkimus, jossa kohderyhmä oli koko Kallion suun terveydenhuollon henkilöstö (N = 49). Tutkimusmenetelmänä oli sekä kvantitatiivisin että kvalitatiivisin menetelmin toteutettu kyselytutkimus, ja tutkimuskohteena oli toiminnan kehittäminen kariespreventiossa. Aineiston keruuta varten laadittiin kyselylomake, jossa oli sekä monivalintakysymyksiä että avoimia kysymyksiä. Tutkimusluvan (liite 2) myönsi ppsy Kallion peruspalvelujohtaja.

Avoimilla kysymyksillä haluttiin saada esiin näkökulmia, mitä monivalintakysymysten avulla ei tule esille. Monivalintakysymykset saattavat kahlita vastaajan ajattelua valmiiksi

rakennettuihin vaihtoehtoihin (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 201). Kyselylomakkeen etuna pidetään Hirsjärven ym. (2009, 195) mukaan sitä, että se on tehokas ja säästää aikaa ja vaivannäköä, ja sillä voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto.

Kyselyn avulla kartoitettiin työyhteisön näkemyksiä karieksen hallinnan toteuttamisesta sekä halukkuutta toimintojen kriittiseen tarkasteluun ja kehittämiseen. Kyselylomake valittiin aineistonkeruumuodoksi, koska haluttiin tehdä tutkimus koko työyhteisölle. Haastattelututkimus olisi tuonut syvällisempää tietoa, mutta koko työyhteisön mukaan ottaminen olisi siinä tapauksessa ollut mahdotonta. Valmista mittaria ei ollut saatavilla, ja kyselylomake laadittiin yhdessä työpaikkaohjaaja Marja-Liisa Laitalan kanssa. Lomakkeen sisältö koostui seuraavista teemoista: omahoitoon ohjaus, vastaanotolla tapahtuva karieksen hallinta (hoitoon kutsujärjestelmän toimivuus, työnjako), kariestietouden ylläpito sekä toimintojen kriittinen tarkastelu huomioiden tulevaisuuden haasteet. Toimintojen kehittäminen laajemmin kuin karieksen hallinnan osalta ei sisällynyt tähän tutkimukseen.

Kyselylomakkeiden aineiston analysointi aloitettiin siten, että kaikki vastaajat numeroitiin ja kirjoitettiin vastaukset kunkin vastaajan kohdalle erikseen. Sen jälkeen vaihtoehtokysymysten 1,4, 5, 6, 8, 12 ja 13 vastaukset syötettiin SPSS-ohjelmaan ja analysoitiin kvantitatiivisesti. Muiden kysymysten osalta vastaukset litteroitiin kirjoittamalla kaikki vastaukset sanasta sanaan.

Kysymykset 2 ja 3 luokiteltiin 3 – 5 kategoriaan ja laskettiin (kvantifioitiin,) kuinka moni vastaaja oli kuhunkin kategoriaan sijoittunut. Analyysi näiden kysymysten osalta aloitettiin aineistolähtöisen sisällön analyysin mukaisesti ensin pelkistämällä ilmaukset ja yhdistämällä ne luokiksi. Tuomen ja Sarajärven (2009, 110 – 111) mukaan klusteroinnin eli ryhmittelyn jälkeen aineisto abstrahoidaan eli erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Klusteroinnin ja abstrahoinnin jälkeen luokiteltu aineisto syötettiin SPSS-ohjelmaan kvantitatiivista analyysia varten. Tuomi ja Sarajärvi (2009, 120) kritisoivat kvantifiointia laadullisten aineistojen kohdalla, sillä aineistot ovat pieniä eivätkä tuo välttämättä lisätietoa tai erilaisia näkökulmia tutkimustuloksiin. Tämän tutkimuksen aineiston kvantifiointi kahden kysymyksen (2 ja 3) oli vaivatonta ja se toi selkeän tuloksen tällä menetelmällä.

Kysymysten 7, 9, 10, 11 ja 14 osalta tehtiin aineistolähtöinen sisällönanalyysi, ja tulokset kuvattiin sanallisesti. Sisällön analyysissä pyritään rakentamaan malleja, jotka esittävät tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa, ja joiden avulla ilmiö voidaan käsitteellistää. Aineistoa voidaan käsitellä joko ilmaisemalla dokumentoitu teksti ilman tulkintaa tai tulkitsemalla myös ”piilossa olevia tekstejä”. (Kyngäs & Vanhanen 1998, 4 – 5.)

Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Avainajatus on, että analyysiyksiköt eivät ole ennalta sovittuja ja harkittuja. Aineistosta etsitään merkityskokonaisuuksia, joista lopuksi muodostetaan synteesi. (Kygäs & Vanhanen 1998, 5; Tuomi & Sarajärvi 2009, 95, 102.)

Laadullisessa analyysissä on tyypillistä, että aineistosta nostetaan esiin olennainen. Sisällön analyysiä varten aineistosta etsittiin samankaltaisuuksia, ja muodostettiin kategorioita (aihepiirejä), jotka analysoitiin aineistolähtöisesti. Tulkintaa on käytetty muutamien pitempien lauseiden analysoinnissa, mutta pääasiassa aineisto analysoitiin pelkistyssä ilmiasussa.

6 KARIEKSEN HALLINTAPROJEKTIN TULOKSET

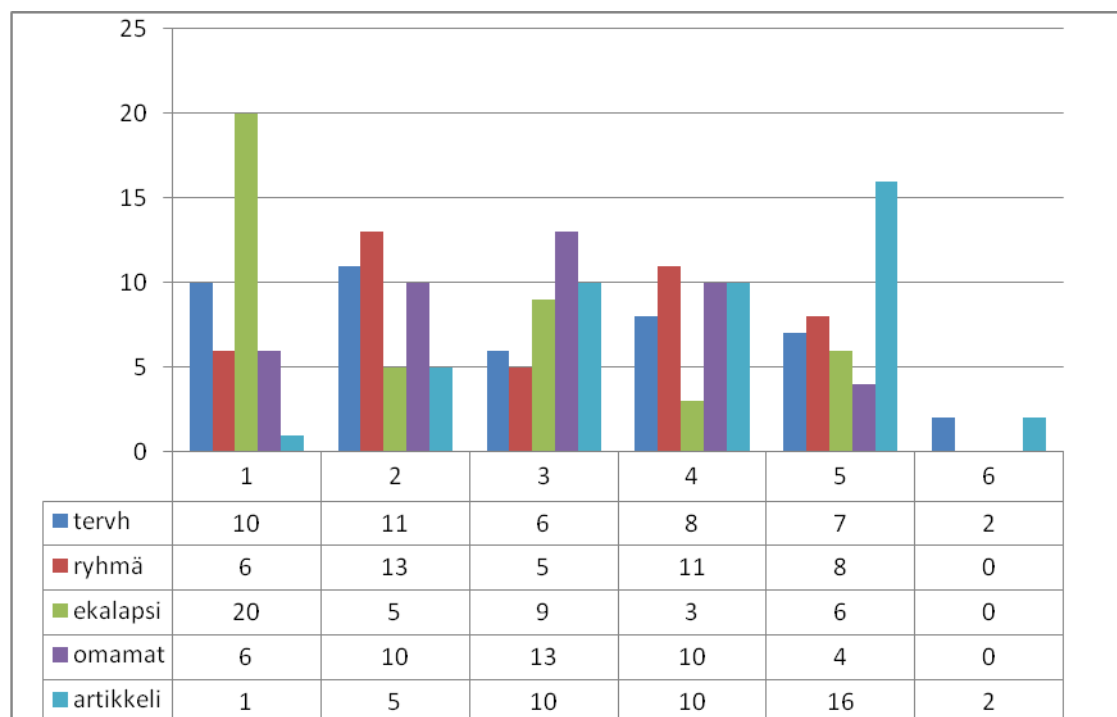
6.1 Kyselytutkimuksen tulokset

Tutkimustulokset on esitelty tutkimuskysymyksittäin. Kohdan 6.1.3. 'Suun terveyden edistämisen markkinointi' on jaettu alle kouluikäisten, alakouluikäisten ja yläkouluikäisten osioon.

6.1.1 Omahoitoon ohjaus

Vanhempien tietoisuuden lisääminen

Vastaajat (n=44) pitivät tärkeimpänä tapana saada vanhemmat tiedostamaan lasten suun terveyden tärkeys satsaamalla suun terveydenhuollon resursseja odottaviin vanhempiin. Ensimmäistä lastaan odottaville mahdollistettava yksilöllinen neuvontakäynti sai eniten kannatusta tärkeimmäksi toimintatavaksi (Kuvio 7).



Kuvio 7. Vanhempien tietoisuuden lisääminen

Huomattavaa on, että kaikki vaihtoehdot saivat kannatusta tärkeimmäksi menetelmäksi. Tärkeysjärjestys kuviossa kulkee kronologisesti; 1 = tärkeimmäksi haluttu menetelmä, 2 = toiseksi tärkein jne. Värien selitykset on lyhennetty; tervh = lisätään terveydenhoitajien tietoisuutta, ryhmä = järjestetään ryhmäneuvontaa pikkulasten vanhemmille, ekalapsi = ensimmäistä lastaan odottaville järjestetään yksilöllinen neuvontakäynti, omamat = tuotetaan Kallion omaa terveysneuvontamateriaalia, artikkeli = laaditaan artikkeli paikallis-

lehteen. Vaihtoehto 'jokin muu' on jätetty taulukosta pois, sillä siinä esiintyneet avoimet vastaukset sisältyivät vaihtoehtoihin. Yhteensä 14 vastaajaa oli jättänyt ruudun tyhjäksi ja 14 vastaajaa oli valinnut sen kuudenneksi tärkeimmäksi. Viidennen sijan antoi 3 vastaajaa, neljännen sijan yksi vastaaja, ja ensimmäiselle sijalle vaihtoehdon jokin muu oli laittanut yksi vastaaja kommentilla "ilmainen käynti ensimmäistä lastaan odottaville". Tämä vastaus kategorisoitiin ryhmään 'ensimmäistä lastaan odottaville mahdollistettava neuvontakäynti'.

Muita avoimia vastauksia olivat: "Kallion nettisivuille infoa pikkulasten vanhemmille", "perhevalmennukseen sisältyvä neuvonta säilytettävä", "odotusaika otollisin ajankohta", "terveydenhoitajien roolia korostetaan". Yksi lomake sisälsi vain avoimia vastauksia, ja niistä tämän kysymyksen kategoriaan kuului se, että perhevalmennuksen yhteydessä on oltava suun terveydenhuollon ammattilaisen toteuttama osuus. Oli korostettu vanhempien vastuuta ja sitä, että ei pidä olettaa, että vanhemmat tietävät hampaiden reikiintymisen vaarat.

Yhteistyö muiden toimijoiden kanssa

Kysymys yhteistyön merkityksestä lasten ja nuorten karieksen hallinnassa oli jaettu kahteen osaan: yhteistyötahot, joiden kanssa yhteistyö nähtiin merkittävänä sekä keinot, millä yhteistyötä tulee toteuttaa.

Yhteistyötahojen osalta vastaukset jaettiin viiteen (5) kategoriaan; yhteistyö koulujen kanssa (43 mainintaa), yhteistyö neuvolan kanssa (36 mainintaa), yhteistyö kodin kanssa (23 mainintaa), yhteistyö päivähoidon kanssa (20 mainintaa) sekä ryhmä muut (12 mainintaa). Kouluyhteistyöhön on sisällytetty myös kouluterveydenhoitajat. Ryhmä muut käsittää urheiluseurat, ruokahuollon, tiedotusvälineet, makeiskauppiat ja kehitysvammailaitokset. Lähes kaikki vastaajat (n = 42) olivat pitäneet useaa tahoa merkittävänä.

Keinojen osalta vastaukset jaettiin neljään kategoriaan; tietoiskut, ryhmäterveyskasvatus (valistustunnit), materiaalin lähettäminen kotiin ja yhteistyö eri tahojen kanssa. Yhteistyö eri tahojen (koulu, kodit, harrasteipiirit) kanssa nousi tärkeimmäksi keinoksi lasten ja nuorten karieksen hallintaan (n = 27). Myös suun terveydenhuollon johdon toivottiin otavan yhteyttä päättäjiin sanoman vaikuttavuuden lisäämiseksi. Yhtenä yhteistyön keinona ehdotettiin suun terveysneuvontaa terveysopin tuntien yhteyteen. Keinona vanhempien motivoimiseen ehdotettiin sitä, että riskipotilaiden mukana tulisi olla vanhemman ainakin kerran hoitojakson aikana, jolloin huoltajalle voisi konkreettisesti selittää

tilanteen. Ryhmäterveysneuvontaa ehdotti 12 vastaajaa, tietoisuuksia eri tapahtumissa 8 vastaajaa, ja kotiin lapsen mukana lähetettävää materiaalia piti tärkeänä 7 vastaajaa. Kaikki vastaajat olivat esittäneet useita vaihtoehtoja.

Terveydenhoitajan käynneillä toivottiin otettavan myös hammasterveys puheeksi, ja suun terveyst materiaalin antaminen terveydenhoitajille nähtiin tärkeänä. Myös nuorten itsensä toiveita haluttiin kuultavan. Rippileirit nähtiin sopivana areenana suun terveyden merkityksen esille nostamisessa. Myös sitä oli pohdittu, miten hammasystävälliset tuotteet saataisiin mainosvaltiksi.

Ryhmäterveysneuvontatuntien sijaan osa vastaajista halusi tietoisuuksia kouluissa, urheilutapahtumissa, vanhempainilloissa sekä tilaisuuksissa, missä on kuntien päättäjiä paikalla. Tietoisuuksien sisällöissä haluttiin korostaa omaa vastuuta oman suun hoidosta, suun terveys osana yleisterveyttä, rahan säästöä, yhteisten pelisääntöjen luomista (esimerkiksi urheilumatkoilla ja muissa yhteisissä kokoontumisissa). Tarkastusten yhteydessä toivottiin saatavan uutta ja mielenkiintoa herättävää materiaalia jaettavaksi koululaisille.

Suun terveyden edistämisen ”markkinointi”

Kysymys oli jaettu alle kouluikäisten, alakouluikäisten ja yläkouluikäisten osioon. Vastaukset jaettiin kolmeen kategoriaan; neuvontamenetelmiin, neuvonnan sisältöön ja yhteistyöhön neuvolan ja vanhempien kanssa.

Alle kouluikäiset

Neuvontamenetelmiksi ehdotettiin tehtäväkirjoja, nukketeatteria, info-tilaisuuksia, juttuja paikallislehteen sekä henkilökohtaista neuvontaa myös tarkastuksen yhteydessä. Neuvonnan sisältöön tulleissa ehdotuksissa korostettiin vanhempien vastuuta ja esimerkkiä, suun terveyden vaikutusta tulevaisuuteen, ja suun terveyden merkitystä yleisterveyden kannalta. Yhteistyötä neuvolan ja vanhempien kanssa korostettiin, ja vanhemmat haluttiin aktiivisiksi toimijoiksi tekemään ”toimintasuunnitelmaa” lapsensa suun terveyden edistämiseksi. Faktatiedon lisäksi pidettiin tärkeänä käytännön neuvojen antamista. Korostettiin myös sitä, että pitäisi kehua ja palkita, kun on aihetta.

Alakouluikäiset

Menetelmien osalta vastaajat halusivat sekä yksilö- että ryhmäneuvontaa, visailuja (esimerkiksi hampaille terveellisten ja epäterveellisten tuotteiden vertailuja), maistiaisia sekä näytteitä ja ”kylläisiä” jaettavaksi koululaisille. Sisällön osalta vastauksissa tuli esille makeisten lihottavan vaikutuksen korostaminen ja rahan säästämisen mahdolli-

suus, kun ei osta karkkia. Positiivista palautetta haluttiin annettavan herkästi, kun on tapahtunut edistymistä, esimerkiksi ”super-harjaaja” - merkki. Yhteistyötä koulun ja harrastepiirin kanssa pidettiin tärkeänä.

Yläkouluikäiset

Menetelmiksi karieksen hallintaan haluttiin tempauksia (esimerkiksi karkiton yläaste ’tupakaton koulu’ tapaan) ja pysäyttävää, positiivista mainontaa pidettiin tärkeänä. Internetin käyttö esimerkiksi mainonnan muodossa ja suun terveystiedon integrointi terveysoppiin nousivat esille. Tarkastusten yhteydessä tapahtuvaa neuvontaa pidettiin tärkeänä. Neuvonnan sisältöön liittyvissä vastauksissa korostettiin ulkonäön ja raikkaan hengityksen ”markkinointia” (vetovoimaisuus vastakkaiseen sukupuoleen). Vastuun ottaminen omasta terveydestä, jossa suun terveys on osana, nousi esille monesta vastauksesta. Yhteistyö koulun ja harrastepiirien kanssa nähtiin myös tärkeänä menetelmänä vaikuttaa suuhygieniatapoihin ja ravintotottumuksiin ja siten ehkäistä hampaiden reikiintymistä.

Vastausjakauma eri ikäryhmien osalta on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Suun terveyden markkinointi (n=44)

	Neuvonta- menetelmät	Neuvonnan sisältö	Yhteistyö
Alle kouluikäiset	13	15	7
Alakouluikäiset	15	9	7
Yläkouluikäiset	14	13	5

6.1.2 Hoitoon kutsujärjestelmä ja työnjako

Kutsujärjestelmän muuttamiseen koki tarvetta 16 vastaajaa ja 24 vastaajan mielestä nykyinen kutsujärjestelmä on toimiva. Neljässä (4) vastauslomakkeessa ei ollut valittu kumpaakaan vaihtoehtoa. Ehdolla kutsujärjestelmän valintaan olleista vaihtoehdoista sai eniten kannatusta (n = 14) 'Vantaan malli', jonka mukaan 2., 4. ja 8. luokilta kutsutaan tarkastukseen vain riskiyksilöt. Yksilöllisiä kariesriskin mukaisia kutsuvälejä kannatti 4 vastaajaa. Kohtaan 'jokin muu' vastanneet (n = 5) kommentoivat, että vuosittaisia kutsuvälejä ei ole syytä harventaa, mutta joidenkin luokkien osalta suun terveystarkastuksen voisi tehdä suuhygienisti, ja 3. luokilla riittäisi tehostettu opetus suun terveydenhoidosta koulussa.

Muutostarvetta työnjakoon koki 10 vastaajaa, 27 vastaajaa ei kokenut tarvetta työnjaon muutoksiin, ja 7 vastaajaa ei valinnut kumpaakaan vaihtoehtoa. Käytännöt, joihin haluttiin muutosta työnjaollisin toimenpitein, oli hammashoitajien osallistuminen enemmän ennaltaehkäisevään työhön resurssit huomioiden. Suun terveystarkastuksia ja oikomishoidon osatoimenpiteitä haluttiin laajennettavan suuhygienisteille.

6.1.3 Tulevaisuuden haasteisiin vastaaminen: toiminnan kriittinen tarkastelu ja oman osaamisen kehittäminen

Suun terveydenhuollon toiminnan peilaamista ppsy Kallion perustehtävään tuottaa palvelut oikeatasoisina, oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa koki hyväksi tai erinomaiseksi 33 vastaajaa ja kehnoksi 5 vastaajaa. Kommenteista nousivat esille erilaiset tarkastuskäytännöt ja päivystyskäytännöt, mitkä haluttiin yhtenäistettävän.

Tulevaisuus nähtiin haastavana ikääntyvien määrän lisääntymisen myötä. Eniten oltiin huolissaan resurssien riittävydestä ja kutsujärjestelmän toimivuudesta jatkossa. Toiminnan rationalisointi nähtiin tärkeänä keinona saada henkilöstöresurssit optimaaliseen käyttöön. Ennaltaehkäisevä työ nähtiin ensiarvoisen tärkeänä, jotta lasten ja nuorten suun terveys kohenisi, ja korjaavan hoidon tarve vähenisi. Ehdotettiin, että pitäisi saada yksi pelkästään ennaltaehkäisevää työtä tekevä hammashoitaja tai suuhygienisti, ja hammashoitajien osuutta itsenäiseen ennaltaehkäisevään työhön haluttiin lisätä, jotta lasten karioituminen vähenisi ja hammaslääkäriresursseja riittäisi aikuisten hoitoon.

Ammattitaidon ylläpito liittyy vahvasti siihen, että tulevaisuuden haasteissa onnistutaan kariuksen hallinnan osalta. Lisätietoa kariuksen hallinnasta halusi erittäin paljon yksi (1) vastaaja, paljon viisi (5) vastaajaa, jonkin verran 35 vastaajaa. Kolme (3) vastaajaa ei kokenut tarvitsevänsä lisätietoa.

Karieksen hallintaan liittyvän lisätiedon parhaimpana hankintatapana pidettiin kuukausipalaverien yhteydessä järjestettäviä tietoiskuja. Myös Kallio-intra koettiin hyväksi kanavaksi tiedottaa uusista tutkimuksista ja tärkeimmistä uutisista. Ehdotettiin myös omien web-sivujen tekemistä ja merkittävien tutkimustulosten ottamista teemoiksi alueellisiin koulutuksiin. Myös se nousi esille, että ensin tiedotetaan kuukausipalaverissa ja sitten tieto laitetaan Kallio-intraan. Vastausten jakauma on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Lisätiedon hankintakanavat (n = 26)

	Kuukausipalaverit	Kallio-intra	Jokin muu
1. tärkein	26	8	0
2. tärkein	6	20	3
3. tärkein	0	1	8

Toimintalinjojen yhtenäistämisen näki tärkeänä 36 vastaajaa ja 7 vastaajaa ei nähnyt siihen tarvetta. Vastausten perusteluissa tuli esille, että liian jäykkiä linjauksia ei haluta, mutta peruslinjat tulee olla yhtenäiset, ja paikkakuntaakohtaiset erot tulee ottaa huomioon. Ehdotukset toiminnoista, joita haluttiin yhtenäistää, jaettiin neljään kategoriaan; kutsujärjestelmän yhtenäistäminen (16 mainintaa), päivystyksen yhtenäistäminen (6 mainintaa), terveysneuvonnan ja ohjeiden yhtenäistäminen (6 mainintaa) sekä ryhmä muut (10 mainintaa), mikä käsitti muun muassa tasapuolisuutta henkilöstöresursseissa ja hankinnoissa eri kuntien kesken. Yhtenäiset käytännöt muillakin osa-alueilla kuin karieksen hallinnassa nähtiin tärkeänä. Ehdotettiin, että verrattaisiin eri kuntien toimintoja ja valittaisiin parhaat käyttöön.

Toiminnan kehittämiseen haluttiin perustettavan työryhmä, ja lisäksi haluttiin suuhygienistien omia palavereita; sekä Kallion sisäisiä että myös lähikuntien kollegojen kesken. Myös sitä korostettiin, ettei ennaltaehkäisevä työ saa olla vain yhden ammattiryhmän (suuhygienistit) vastuulla, vaan koko hoitotiimi vastaa laaja-alaisesti hoidon kokonaisuudesta myös prevention osalta.

6.2 Työryhmätyöskentelyn tulokset

6.2.1 Toimintamalli kariksen ehkäisyyn ja hallintaan alle 18-vuotiaille

Sekä valtakunnallisten ohjelmien että ppky Kallion strategian mukaisesti tulee sairauksien ehkäisyssä painottaa varhaista puuttumista ja ennalta ehkäistä sairauksia ennen kuin ensimmäisiä merkkejä ilmaantuu. Tässä opinnäytetyössä toimintamalli laadittiin alle 18-vuotiaiden kariksen ehkäisyyn ja hallintaan (liitteet 3, 3 a – 3 c). Toimintamalli syntyi työryhmätyöskentelyn tuotoksena. Aiemmasta käytännöstä poiketen Kallion suun terveydenhuollon uudessa kariksen hallinnan toimintamallissa on alle kouluikäisten lasten vanhempien terveysneuvontatilanteeseen suunniteltu malli, jossa vanhempia pyritään motivoimaan sillä, että he itse osallistuvat oman lapsensa suun terveyden riskitekijöiden kartoitukseen.

Yhtenäistä toimintamallia kariksen hallintaan lähdettiin rakentamaan huomioiden henkilöresurssit ja jäsenkuntien tarpeet. Ryhmä tuli siihen tulokseen, että nykyisiä käytäntöjä kehitetään, mutta radikaalia muutosta ei nähty tarpeelliseksi. Kariesriskin arvioinnissa noudatetaan yhtenäisiä arviointikriteereitä. Riskiyksilöt pyritään löytämään ja heille on oma riskipreventio. Tarkastusvälejä ei venytetä 1 - 2 vuotta pidemmiksi, sillä kariesriskin ennustaminen on vaikeaa. Elämäntilanteiden muutokset saattavat romahduttaa hyvänkin tilanteen. Yhteistyötä neuvolan ja koulun kanssa lisätään.

Uuden toimintaohjelman painotus on varhaispreventiossa ja omahoidon tukemisessa, ja siihen sisältyy sekä ohjelman sisältö että kutsujärjestelmä, jossa on määritelty myös työnjako hammaslääkäreiden, suuhygienistien ja hammashoitajien kesken. Lasten vanhempien tukeminen myös suun terveyden edistämässä on erittäin tärkeää, sillä tutkimusten mukaan (ks. Mattila, ym. 2005, 86 – 89; Poutanen ym. 2006, 286 – 292.) vanhempien suun terveys sekä tavat ja tottumukset suun hoidossa korreloivat lasten suun terveyden kanssa. Moniammatillinen yhteistyö terveydenhoitajien ja opettajien kanssa on nostettu esille, kuten valtakunnallisissa ohjelmissa ohjeistetaan (ks. Asetus 380/2009; Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 4.)

Terveysviestinnän toteutukseen ei vielä tässä vaiheessa paneuduttu. Kallion suun terveydenhuollossa nykyisin käytössä olevat viestintätavat ovat jaettavat esitteet vastaanottokäynneillä, henkilökohtainen neuvonta sekä ryhmätilaisuudet, jotka toteutetaan power-point -esityksinä. Menetelmiä kehitellään jatkossa; esimerkiksi www-sivujen päivitykseen on suunnitteilla suun hoidon omat sivut.

6.2.2 Yhteistyön syventäminen ppky Kallion suun terveydenhuollossa

Ppky Kallion suun terveydenhuoltoon perustettu kehittämisryhmä on alkusysäys sille kehittämistyölle, mitä tullaan jatkamaan karieksen hallinnan toimintamallin valmistumisen jälkeenkin. Aidon yhteistyön saavuttaminen edellyttää pitkäjänteistä strategian mukaista yhdessä toimimista ja tahtoa luopua niistä käytännöistä, jotka eivät ole toiminnan kannalta järkeviä. Vuoropuhelu ja toimintojen kriittinen tarkastelu on käynnistynyt työryhmätyöskentelyn myötä.

Merkittävänä tuloksena työryhmätyöstä voidaan pitää myös sitä, että yhteistyö neuvolan terveydenhoitajien kanssa vahvistui. Jatkossa terveydenhoitajat katsovat 6 kk ikäisen lapsen suuhun ja antavat ohjeita myös suun hoitoon. Kokoontuminen käytännöistä sopimiseen ja lisäohjeistukseen on jo sovittu. Koulutuksen terveydenhoitajille toteuttaa HLT Marja-Liisa Laitala, ja paikalle on kutsuttu myös suuhygienistit ja pikkulasten suun terveystarkastuksia tekevä hammashoitaja. Koulutuksen tarkoitus on tuoda terveydenhoitajille lisätietoa karieksen hallinnasta ja tiivistää yhteistyötä suun terveydenhuollon toimijoiden ja terveydenhoitajien välillä.

7 POHDINTA

7.1 Karioksen hallintaprojektin luotettavuus ja eettisyys

Kyselytutkimus

Kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Luotettavuuteen kuuluvat reliabelius ja validius. Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta ja kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius taas on mittarin ja tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä se on tarkoitettu mittaamaan. (Hirsijärvi ym. 2009, 231; Metsämuuronen 2006, 64.) Hirsijärvi ym. (2009, 231) toteavat, että mittari ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa, ja kysymykset on saatettu käsittää toisin kuin tutkija on ajatellut. Kyselylomakkeen luotettavuutta voidaan mitata esimerkiksi esitestauksella.

Tämän opinnäytetyön tutkimusosuuden muodosti kyselytutkimus, missä oli sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista aineistoa. Kyselylomakkeen esitestauksen teki yksi hammaslääkäri, yksi hammashoitaja ja yksi suuhygienisti Kallion suun terveydenhuollosta. Esitestajat totesivat lomakkeen kysymysten olevan ymmärrettäviä, eikä muutoksia lomakkeeseen tullut. Kvantitatiivisen tutkimuksen mittareita voidaan Hirsjärven ym. (2009, 231) mukaan arvioida tutkimalla samaa henkilöä eri tutkimuskerroilla ja vertaamalla, saadaanko sama tulos (ks.myös Valli, 92). Tässä tutkimuksessa ei edellä mainittua vertailua tehty, eikä se mielestäni vaikuta tämän tutkimuksen luotettavuuteen.

Luotettavuuden mittaaminen on selkeämpää kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa reliabelius on aineiston käsittelyn ja analyysin luotettavuutta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit hahmottuvat tutkimusprosessin analyysissä. Laadullinen tutkimus on luotettavaa, jos voidaan osoittaa, että tutkijan kokemuksen voidaan ajatella vastaavan tutkittavan alkuperäistä kokemusta. (Metsämuuronen 2006, 200.) Tässä tutkimuksessa sekä tutkijalla että tutkittavilla on pitkä kokemus suun terveydenhuollossa, ja näin ollen termistö ja ilmaisut ovat tuttuja ja yksiselitteisiä. Olisiko eri tavoin muotoilluilla kysymyksillä saanut erilaisia vastauksia, on tässä tutkimuksessa vaikea arvioida.

Kvantitatiivisen osion kysymykset, joissa pyydettiin laittamaan vaihtoehdot tärkeysjärjestykseen, tulkittiin osassa vastauksia niin, että valittiin ruksaamalla vain yksi vaihtoehto. Analyysissä tämä tulkittiin niin, että sille annettiin vaihtoehto ”tärkein”. Kvalitatiivinen aineisto litteroitiin alkuperäisessä asussa, ja tulkintaa käytettiin pelkistysten jälkeen muu-

tamien vastausten kohdalla ennen ryhmittelyä. Kvantifioidut kysymykset (2 ja 3) oli luokiteltu ryhmiin, eikä vastausten tulkinnessa ollut vaikeuksia.

Vastauslomakkeista (N = 49) palautui 45. Vastausprosenttia (92 %) voidaan pitää erittäin hyvänä. Vallin (2001, 32) mukaan riittävänä vastausprosenttina voidaan pitää kuuttakymmentä. Tosin, kun kysymyksessä on kokonaistutkimus työyhteisölle, sataprosenttinen osallistuminen voisi olla mahdollista. Oliko kenties syynä protesti yhtenäistä toimintamallia vastaan vai unohdus? Vaikea sanoa, mutta puuttuvat vastaukset eivät heikennä luotettavuutta, sillä jakaumat tuloksissa olivat selvät. Yksittäisiä ideoita toiminnan kehittämiseen tosin olisi voinut tulla muutama lisää, jos kaikki olisivat palauttaneet lomakkeen.

Tutkimuksen etiikkaa voidaan lähestyä tutkijan tutkimusprosessin aikana tekemien valintojen ja hänen toimintansa kautta. Eettisiä kysymyksiä on tarkasteltava ensisijaisesti tutkimukseen osallistujien näkökulmasta. Jo aiheen sekä kohderyhmän ja tutkimusmenetelmän valintaa on pohdittava eettisestä näkökulmasta. Tutkimusaineistoa ei saa hyödyntää muuhun tarkoitukseen kuin mihin tutkija on saanut suostumuksen kohderyhmältä. Vastauksista ei saa käydä ilmi vastaajan henkilöllisyys. (Kantelinen, Meriläinen & Pietarinen 2000, 15.) Anttilan (1996, 421 – 422) mukaan tutkijan ja tutkittavien välillä ei saa olla riippuvuussuhdetta, minkä voidaan katsoa olennaisesti vaikuttavan tietojen antamiseen vapaaehtoisesti. Tutkijaa ei saa myöskään ohjata taloudellinen motiivi tai muut eturistiriidat.

Tämän kyselytutkimuksen aineiston käsittely tapahtui niin, että käsittelin itse lomakkeet. Käsiälätunnistusta ei voinut tapahtua, koska olin ollut työyhteisössä vain vajaan puoli vuotta, enkä ollut oppinut tuntemaan tutkittavien käsiäloja. Analyysiin osallistui myös opinnäytetyön työpaikkaohjaaja Marja-Liisa Laitala. Hän olisi voinut tunnistaa tutkittavien käsiälät, mutta hän tutustui aineistoon vasta, kun aineisto oli syötetty SPSS-tilastointiohjelmaan ja litterointi oli tehty. Anonymiteetti säilyi koko tutkimuksen ajan, mikä on oleellista tutkimuksen eettisyyden kannalta. Lupa tämän tutkimuksen tekemiseen on saatu peruspalvelujohtajalta (liite 2). Tutkimuksen tarkoitus on selitetty kyselylomakkeen saatekirjeessä.

Koulutustapahtuma

Koulutus järjestettiin tarkoituksella kyselytutkimuksen palautuksen jälkeen. Jos koulutus olisi ollut aiemmin, olisi sen sanoma saattanut muokata vastaajien ajattelua työnjakoky-

symyksiin ja toiminnan kehittämiseen liittyvissä kysymyksissä. Koulutuksen jälkeen ei kysytty virallista palautetta, mikä on puute tässä opinnäytetyössä. Jälkeen päin käydyt keskustelut kuitenkin osoittivat, että koulutus koettiin hyödylliseksi. Koulutus koettiin mielekkääksi siitäkkin syystä, että kouluttaja oli ”ihan tavallinen hammaslääkäri Kemistä” eikä kymmeniä vuosia tutkijapiireissä elänyt ja tavallisesta hammashoitotyöstä vieraantunut. Hän osasi kertoa ”kansantajuisesti” ja hyvin mielenkiintoisella tavalla toimintatavan muutoksesta, joka oli viety läpi Kemin terveyskeskuksessa. Hän ei esittänyt ainoastaan kirjallista tietoa vaan myös omia kokemuksia. Kuulija kokee sanoman ikään kuin luotettavammaksi, kun luennoija kertoo sen oman kokemuksen kautta.

Työryhmätyöskentely

Työryhmä koottiin siten, että jokainen toimipiste sai valita ryhmään edustajat kaikista ammattiryhmistä. Hammaslääkäreitä tuli Ylivieskasta kaksi ja Sievistä, Alavieskasta ja Nivalasta kustakin yksi hammaslääkäri. Hammashoitajia ryhmätyöskentelyyn osallistui kaksi Ylivieskasta, yksi Alavieskasta ja yksi Nivalasta. Suuhygienistejä ryhmässä oli viisi, eli kaikki kuntayhtymän suuhygienistit (itseni mukaan lukien). Lisäksi ryhmään kuuluivat osastonhoitaja ja opintovapaalla oleva hammaslääkäri, joka toimi myös tämän opinnäytetyön ohjaajana.

Työryhmään hakeutuminen oli siis vapaaehtoista; ainoastaan suuhygienistit ”velvoitettiin” tulemaan kehittämistoimintaan mukaan, koska suuhygienistin ydinvastuualue on terveyden edistäminen. Kyseisellä kokoonpanolla ei ole aiemmin työskennelty Kallion suun terveydenhuollossa. Ensimmäisen kokoontumisen jälkeen tunnelmat olivat sekavat. Kokouksen jälkeen käytyjen keskustelujen ja pyydetyn palautteen perusteella voi päätellä, että ryhmälle ei selvinnyt tarkalleen, mistä projektissa oli kyse.

Jos alkuhämmennykselle etsii syitä, voi yksi olla se, että alkuesittely oli hyvin teoreettinen; terveyden edistämisen laatusuosituksen, uuden terveydenhuoltolain sekä Kallion strategisten tavoitteiden esittely. Esiteltyä asiakokonaisuutta olisi voinut pilkkoa useammalle kerralle, niin asioiden yhteys toimintaan ja merkitys ryhmän toiminnalle olisi paremmin jäsentynyt. Suositusten ja Kallion strategian ydinkohtien esille tuonti oli kuitenkin tarpeellista. Kariuksen hallinnan käypä hoito suositus oli laitettu Kallio-intraan etukäteen tutustuttavaksi.

Seuraavat kokoontumiskerrat tehtiin konkreettisesti toimintamallia. Yhteen kokoontumiseen kutsuttiin kaksi terveydenhoitajaa asiantuntijoiksi. Tämä lisäsi ryhmän edustavuutta suunniteltaessa neuvolaikäisten toimintamallia. Kriittistä keskustelua syntyi kaikilla kokoontumiskerroilla, ja ilmapiiri muuttui kerta kerralta leppoisammaksi, ja kaikki osallistivat keskusteluun. Aluksi oli havaittavissa hieman ”oman reviirin” puolustamista. Hyviä

käytäntöjä ei toki ollut tarkoituskaan muuttaa, ja ehkä aluksi oli pelko siitä, että toiminnot on tarkoitus saattaa täysin yhteneväisiksi.

Yhteistyö on laadukasta, kun tavoite on selkeä ja yhteinen, pelisäännöt on sovittu, käytettävät työtavat hallitaan, kaikkia kuunnellaan ja kaikkien ajatuksia arvostetaan, kukaan ei dominoi ja sovitaan vastuista (Tiimityö – yksilöllisesti yhdessä 2006, 43). Tässä ryhmässä keskustelu kävi vilkkaana; kriittisiä puheenvuoroja käytettiin ja teoretietoa välillä kyseenalaistettiin. Kokemustieto toi arvokasta lisää tutkimustiedon lisäksi. Ryhmän jäsenten asiantuntijuuden merkitys mallin rakentamisessa oli suuri, ja ryhmän kokoonpanoa voidaan pitää luotettavana, koska kaikkien ammattiryhmien ja jäsenkuntien edustus oli varmistettu.

7.2 Karioksen hallintaprojektin tulosten arviointi ja hyödyntäminen

Kyselytutkimus

Kyselytutkimuksessa haettiin työyhteisöltä ideoita ja näkökulmia alle 18-vuotiaiden karioksen hallintaan tulevan toimintamallin suunnitteluun sekä näkemyksiä tulevaisuuden haasteista. Kyselytutkimuksen yhtenä keskeisenä tuloksena voidaan pitää sitä, että ennaltaehkäisevää työtä pidettiin erittäin tärkeänä ja siihen satsaaminen nähtiin kannattavana pitkällä tähtäimellä. Toimintojen kehittämisen kannalta ilahduttavaa on, että halukkuutta kehittämiseen ja toimintojen yhtenäistämiseen näyttäisi olevan, mutta radikaaleja muutoksia ei nähdä tarpeellisina. Merkittävää on myös se, että toimintalinjat eri kuntien välillä suurin osa (84 %) vastaajista halusi yhtenäisiksi.

Vastauksista nousseet ehdotukset karioksen ehkäisyyn noudattelivat valtakunnallisten suositusten linjauksia; oman aktiivisuuden ja vastuun korostaminen, odottaviin perheisiin satsaaminen, yhteistyön lisääminen sidosryhmien kanssa, vuorovaikutteinen ote terveysneuvonnassa. Kun henkilöstön näkemys on linjassa yleisten suositusten kanssa, ei omia näkökulmia ja asenteita tarvitse muokata suositusten mukaiseksi. Tämä auttaa vaikuttavan terveysneuvonnan toteuttamisessa.

Kyselytutkimuksen tuloksia on hyödynnetty uudessa toimintamallissa. Tuloksiin liittyvää tietoa voidaan myös jatkossa hyödyntää kehittämistoiminnassa, sillä monissa vastauksissa tuli laajemmin informaatiota kuin karioksen hallinnan osalta. Tutkimustuloksia käydään työryhmässä läpi seuraavassa kokoontumisessa tammikuussa 2011.

Koulutustapahtuma

HLT Tiina Joensuun toteuttama koulutus koko suun terveydenhuollon henkilöstölle 27.10.2009 oli erittäin tarpeellinen kehittämistoimintaa ajatellen. Koulutus antoi kehittämisajatuksia toiminnan tarkastelulle hammashoitajien ja suuhygienistien työn kuvan laajentaminen huomioiden. Vaikka ppsy Kallion suun terveydenhuolto pystyy tuottamaan suun terveydenhuollon palvelut kaikille kuntalaisille, on tulevaisuuden haasteisiin varauduttava.

Koulutuksen hyödyksi voidaan lukea se, että se rohkaisi henkilökuntaa lähtemään kriittiseen toimintojen tarkasteluun ja työnkuvan laajentamiseen. Esimerkiksi osa hammashoitajista on sen jälkeen ilmoittanut innostuneisuutensa terveyden edistämistyöhön. Ylivieskassa onkin jo pikkulasten suun terveystarkastukset keskitetty hammashoitajalle, ja koululaisten ryhmäterveysneuvontaa toteuttaa hammashoitaja. Aiemmin kyseiset toiminnot on hoitanut suuhygienisti.

Kehittämisryhmän tuotos

Suun terveydenhuollon kehittämisryhmän käynnistyminen on koettu tarpeelliseksi, ja sen toimintaa kannattaa jatkaa. Vuoropuhelu eri kuntien suun terveydenhuollon asiantuntijoiden kesken on tarpeen, vaikka kaikkia toimintoja ei vielä tässä vaiheessa täysin yhtenäistetäkään. Ryhmätoiminnan tuotoksena laadittu toimintaohjelma on osoitus siitä, että yhteistyö onnistuu.

Mallin sisällön rakentamisessa oli teorian tiedon lisäksi merkittävä rooli ryhmän jäsenten kokemuksella. Suurin osa on jo pitkään suun terveydenhuollossa työskennelleitä, mutta joukossa on myös nuoremman sukupolven edustajia. Keskusteluista syntyi mielenkiintoisia, mutta varsinaista tiedollista ristiriitaa nuorempien ja vanhempien kollegojen kesken ei syntynyt, vaikka välillä esimerkiksi Käypä hoito -suositusten ohjeistusta kyseenalaistettiin.

Omahoidon korostaminen on nostettu ohjelmassa entistä suurempaan rooliin. Arkielämässä tapahtuva terveyden edistäminen on sekä yksilölle että yhteiskunnalle kustannustehokasta (ks. mm. Hausen 2008). Valtakunnalliset ohjelmat, kuten terveyden edistämisen politiikkaohjelma ja Käypä hoito suositus kariesin hallinnasta, painottavat omahoidon merkitystä. Ilman sen onnistumista ei tulevaisuuden julkinen terveydenhuolto tule täyttämään sille asetettuja velvoitteita.

Moniammatillisuuden korostaminen nousi ryhmässä hyvin esille. Kariesin varhaisprevention näkökulmasta ovat terveydenhoitajat avainasemassa (ks. asetus 380/2009).

Terveydenhoitajien osallistuminen yhteen kokoukseen oli hyvä osoitus moniammatillisuuden merkityksestä ja arvostuksesta. Mutansstreptokokkitartunnan estäminen on sekä lapsen että vanhempien, mutta myös yhteiskunnan näkökulmasta mielekästä ja kustannustehokasta. Voimavarojen kohdentaminen varhaispreventioon tukee ppyk Kallion strategiaa ja valtakunnallisia suosituksia.

Moniammatillisuus pitäisi ulottaa myös sinne, missä päätökset terveydenhuollon rakenteista tehdään. Työryhmän toimintaan tutustumaan olisi järkevää kutsua päättäjätason toimijoita. Kallion strategiassa terveyden edistäminen on nostettu yhdeksi painopistealueeksi. Konkreettisia tekoja olisi esimerkiksi se, että hammashoitajan ja suuhygienistin vakansseja saataisiin lisää, jotta terveyden edistämistyö onnistuisi vielä laajemmassa mittakaavassa kuin on suunniteltu tässä ohjelmassa. Jalkautuminen pois hammashoitolaista toisi suun terveyttä enemmän koko yhteisön tietoisuuteen. Jos suun terveyttä lähdetään laajamittaisemmin ”markkinoimaan”, tarvittaisiin lisää henkilökuntaa. Suun terveystapahtumia kannattaisi järjestää paikallistasolla. (ks. Hausen 2000.) Varhaisen puuttumisen näkökulmasta yhteistyötä sosiaalisektorin kanssa pitäisi lisätä.

Uuden toimintamallin vaikuttavuutta tulee pystyä tulevaisuudessa arvioimaan. Mittarina suun terveydentilan mittaamisessa yleisesti käytössä oleva DMF-indeksi kertoo vain osan totuutta. Se, mikä parantuneen suun terveyden vaikutus on yksilön hyvinvointiin ja yhteiskunnan kustannuksiin, tulisi olla myös mitattavissa. Myös tehtävänkuvan laajentamisen vaikutusta työmotivaatioon olisi mielenkiintoista arvioida. Työryhmässä ei vielä suunniteltu, millä menetelmillä toimintamallin arviointia tullaan tekemään, mutta arviointisuunnitelma tulee jatkossa tehdä.

Kun vaikuttavuutta selvitetään, voidaan ohjeiden ja neuvojen yhdenmukaistamista pitää laatuksiteereinä. Vaikuttavuuden arvioinnissa testataan muun muassa interventioiden vaikutusta tulokseen (ks. Dahler-Larsen 2004, 7). Kun toiminta ja ohjeet yhdenmukaistuvat, on toiminnan arvioiminenkin mahdollista. Uusi toimintamalli on siis tarpeellinen tästäkin näkökulmasta. Myös suun terveydenhuollon sidosryhmien toiminnan vaikuttavuutta lasten suun terveyteen olisi tärkeää mitata. Jos terveydenhoitajien suorittama lapsen suun terveystarkastus neuvolakäynnin yhteydessä tuottaa saman terveyshyödyn kuin suun terveydenhuollon ammattilaisen suorittama, säästyy suun terveydenhuollon voimavaroja muiden ikäryhmien hoitoon. Yhteistyö terveydenhoitajien kanssa vahvistui kehittämisryhmän myötä; ensimmäinen yhteinen palaveri on jo kalenterissa, ja pyyntö sen järjestämiseen tuli terveydenhoitajien taholta.

Kallion suun terveydenhuollon kehittämisprojekti on prosessi, joka tähtää toimintojen kehittämiseen resurssit huomioiden. Henkilöstöresurssien optimaalinen käyttö on järkevää ja kustannustehokasta (ks. Joensuu & Pienihäkkinen 2009). Henkilöstörakennetta ja työnkuvia onkin jatkossa tarpeen tarkastella kriittisesti. Toimintamallin mukaisesti suuhygienisteille ohjataan odottavien vanhempien suun terveystarkastuksia, mikä on muu-
tosta aiempaan käytäntöön. Myös hammashoitajien osuutta itsenäisessä terveydenedistämistyössä tullaan resurssien sallimissa puitteissa lisäämään.

Toimintojen kehittäminen on edellytys sille, että suun terveydenhuollossa pystytään vastaamaan tulevaisuuden haasteisiin. Kun entisiä käytänteitä tarkastellaan kriittisesti, tulee mahdollisesti muutoksia toimintaan. Muutoksen mukanaan tuomaa hämmennystä on hyvä osata hallita, sillä muutoksen uhka horjuttaa ihmisen mukavuuskehää ja turvallisuudentunnetta (ks. Järvinen 2001; Laaksonen ym. 2005). Tämän työryhmän työskentely antoi rohkeutta jatkaa kehittämistyötä yhtenäisen suun terveydenhuollon kehittämiseksi.

7.3 Saadaanko karies hallintaan?

Hampaiden paikkaushoito vie yhä edelleen huomattavan osan suun terveydenhuoltohenkilökunnan työajasta. Hampaiden reikiintyminen on estettävissä – vai onko? Mistä johtuu, että nykypäivän 1970- ja 1980-luvuilla syntyneiden tervehampaisten vanhempien lapsilla on runsaasti reikiä hampaissaan? Eivätkö vanhat toimintatavat reikiintymisen ehkäisemiseksi enää auta? Tarvitaanko uusia menetelmiä? Voidaan myös spekuloida sillä, olisiko terveysviesti tehokkaampi, jos siitä joutuisi maksamaan. Ja kääntyvätkö niin sanotut varoittavat viestit itseään vastaan? On esitetty, että kariksen ehkäisy epäonnistuu siksi, että ehkäisyn ajoitus on väärä (ks. Hausen 2000; Meriläinen 2004). Kun hoidetaan kariksen oireita, eli ensimmäisiä merkkejä taudista, ollaan jo myöhässä.

Tutkimusten (esim. Akehurst & Sanderson 1993) mukaan ihmisten on helpompi omak-
sua ne terveystottumukset, jotka sallivat tekemään jotain, kuin ne, jotka vaativat luopu-
maan jostain. Makean syömistä ei ole mielekästä täysin kieltää, vaan tulee neuvoa
hammasystävällinen ateriarvot ja makean syönnin ajoitus, ja suositella korvaamaan
sokerimakeiset ksylitolituotteilla. Ksylitoli on varsinainen löytö suomalaisessa hammas-
lääketieteen tutkimushistoriassa, ja sen asemaa pidetään merkityksellisenä kariksen
ehkäisyssä (ks. Mäkinen 2003, 51 – 52).

Ksylitolin plakin määrää vähentävä ja mikrobiston koostumusta hampaille edullisem-
maksi muuttava ominaisuus on siirtänyt monien lasten hampaiden paikkausta myöhäi-
semmälle iälle tai pysäyttänyt kariksen etenemisen. Varsinkin murrosiässä, jolloin nuo-
ren terveyskäyttäytyminen saattaa muuttua epäedulliseen suuntaan, tuo ksylitolin sään-

nöllinen käyttö apua, vaikkei se korvaakaan hampaiden harjausta. Ksylitolilla on erittäin suuri merkitys myös mutansstreptokokkitartunnan ehkäisemisessä. (Isokangas, Söderling, Pienihäkkinen & Alanen 2000; Laitala 2010).

Vaikka käytännössä kaikki suomalaiset tietävät, että hampaita tulee harjata kahdesti päivässä, vain osa noudattaa tätä ohjetta. Koululaisten terveystapoja selvittäneessä tutkimuksessa, niin sanotussa WHO:n koululaistutkimuksessa (ks. Honkala ym. 2009, 18 – 21), vain hieman yli puolet 11 – 15 vuotiaista tytöistä ja alle 40 % samankäisistä pojista ilmoitti harjaavansa hampaat suositusten mukaan. Vain romanialaiset, kreikkalaiset, liettualaiset, turkkilaiset ja maltalaiset olivat laiskempia hampaidensa harjaajia kuin suomalaiset. Syy laiskaan hampaiden harjaukseen tai yleistyneeseen napostelukulttuuriin ja makeiden virvoitusjuomien käyttöön ei voine olla tietämättömyys näiden tapojen haitallisuudesta hampaille.

Miten terveystietoa pitäisi toteuttaa, että sillä olisi vaikuttavuutta? Omatoimiseen tiedon etsintään on paljon kanavia. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että internetissä on runsaasti virheellistä ja epätarkkaa terveystietoa (Mustonen 2002, 158). On kuitenkin sivustoja, joiden sanomaan voi luottaa. Terveystietoon liittyvää tietoa voi omatoimisesti hakea esimerkiksi terveystietoportti.fi -sivustolta tai terveystietokirjastosta (www.terveystietokirjasto.fi), missä on asiantuntijoiden laatimia artikkeleita, joiden sisältö on luotettavaa, riippumattonta ja ajantasaista. Terveystietokirjaston kautta on tilattavissa kirja 'Terve suu' (2009), mikä soveltuu oppaaksi suun itsehoitoon. Myös 'Suun itsehoito-opas' on hyvä opas suun hoidon perusasioista. Se on ladattavissa pdf-tiedostona osoitteesta:

http://www.kansanterveys.info/materiaalit/Suun_itsehoito-opas.pdf

Vaikka luotettavaa ja ajantasaista terveystietoa löytyy monesta lähteestä, tarvitaan myös terveydenhuollon ammattilaisten interventioita (ks. Seppä 2001, 26 – 29). On tärkeää, että interventiot kohdennetaan yksilöllisesti ja oikea-aikaisesti. Mitä varhaisemmassa vaiheessa mahdollinen riskitekijä löydetään sitä paremmin sairaus saadaan hallintaan. Varhainen puuttuminen on sekä yksilön että yhteiskunnan kannalta ensiarvoisen tärkeää (ks Kaste-ohjelma 2009).

Vastaanotolla tapahtuvaa terveystietoneuvontaa tulee kehittää vuorovaikutteisen terveystietokeskustelun suuntaan (ks. Pietilä ym. 2002, 219 – 232; Nuutinen 2010, 5 – 13), sillä nykysuositusten mukaan (mm. Kariuksen hallinnan Käypä hoito –suositus 2009) vuorovaikutteinen toiminta on terveystietoneuvonnan muuttamisessa parempi vaihtoehto kuin pelkkä tiedon ja ohjeiden jakaminen. Terveystietoneuvonnan toteutuksessa tulee etsiä parhaat mahdolliset keinot saada asiakkaan omahoito toimimaan niin, ettei korjattavia vau-

rioita pääse syntymään. Terveysneuvontaa toteuttavan tulee osata arvioida toimintataapaansa kriittisesti. On hyvä pyrkiä kehittämään uusia innovatiivisia tapoja toimia. Neuvonnan sisällössä tulee pyrkiä painottamaan terveyden hyötynäkökohtia terveystyöskäyttämisen negatiivisten seurausten sijasta. Korostetaan siis sitä, mitä hyötyä on pitää suu ja hampaat terveenä.

Arpalahden (2006, 30) esille tuomaan terveyteen suuntautuneeseen terveystyöskäyttämismalliin olisi mielenkiintoinen syventyä paremmin ja viedä se käytäntöön. Uusien mallien käyttöönotto edellyttää kuitenkin perusteellista syventymistä mallin taustalla olevaan teoriaan ja sen harkittua soveltamista käytäntöön. Mallin käyttö yhteisesti koko terveystyöskäyttämisen sektorilla saattaisi olla mielekäästä.

Joukkoviestimiä kannattaa käyttää hyväksi, sillä sieltä saatu informaatio johtaa monesti välittömään toimintaan (ks. Ewles & Simnet 1995, 245). Lehtiartikkeli, jossa on paikallisia ihmisiä, luetaan herkemmin kuin ”kasvottomampi” kirjoitus. Positiivinen sanoma, missä terveystyöskäyttämisen hyötynäkökohdat on tuotu esille, voi vaikuttaa lukijan terveystyöskäyttämiseen. Mutta saavuttaako artikkeli juuri ne, joiden tulee muuttaa käyttäytymistään?

Miten mainonnan keinoja voisi hyödyntää? Erilaisten terveyttä edistävien (funktionaalisten) elintarvikkeiden mainonta on lisääntynyt. Näihin kuuluu myös ksylitolituotteiden mainonta, mikä karieksen hallinnan kannalta on ilahduttavaa. On kuitenkin enemmän sellaista mainontaa, mikä houkuttelee ostamaan reikiintymistä aiheuttavia kuin sitä estäviä tuotteita (makeisten ja virvoitusjuomien mainonta). Tulisi olla keinoja vaikuttaa median lukutaitoon ja oikeiden valintojen tekemiseen. Varsinkin nuorten käyttäytymiseen mainonnalla on suuri vaikutus. Mainonnan keinoja olisikin hyvä oppia käyttämään tehokkaammin muillakin osa-alueilla kuin ksylitolin ja fluorihammastahnojen mainostamisessa.

On myös pohdittu, kyettäisiinkö veropolitiikalla vaikuttamaan karieksen hallintaan Tanskan mallin mukaisesti? Tanskassa on korotettu makeisten ja sokeripitoisten valmisteiden veroa ja vastaavasti alennettu sokerittomien juomien veroa. (ks. Leppo 2010, 100 – 101). Myös koko EU:n alueella ollaan aikeissa nostaa makeisveroa, mikä on sinänsä hyvä asia. Valitettavaa kuitenkin on, että ksylitolituotteita ei aiota vapauttaa siitä, vaikka ksylitoli onkin hyväksytty terveyttä edistäväksi tuotteeksi (Komission asetus 2009). Tärkeä kohde olisi makeisten välipalojen ja virvoitusjuoma-automaattien saatavuuden rajoittaminen kouluissa ja oppilaitoksissa muun muassa poistamalla välipala-automaatit.

On mielenkiintoista todeta, miten eri vuosikymmenillä tehtyjen tutkimusten tulokset tukevat toisiaan (esimerkiksi ksylitolitutkimukset). Suun mikrobiston koostumuksella todettiin

olevan merkitystä kariotumiselle jo 1980-luvun alussa tehdyissä tutkimuksissa (ks. Alaluusua & Renkonen 1983; Köhler 1984), ja edelleen 2000-luvulla tehdyt tutkimukset osoittavat, että varhaisen tartunnan välttämällä on suuri merkitys lasten hampaiden terveyteen, ja vaikutus pitemmällä tähtäimellä myös hammashoidon kustannuksiin (ks. Laitala 2010). Merkittävää oli ksylitolin bakteeritasoa alentavan vaikutuksen löytyminen tutkimusten kautta, sillä ksylitoli on edullinen tapa ehkäistä kariesta omahoitona (ks. Isokangas 1993, Alanen, Mäkinen & Söderling 2005).

Mutansstreptokokkitason määrittäminen sylkitestein on osoitettu olevan luotettava keino kariesriskin ennustamisessa. Voidaan toki spekuloida sillä, kannattaako testien ottaminen, kun korkea mutansstreptokokkitaso löytyy vain pienellä osalla lapsia. Ja tuudittaako nollatuloksella siihen, ettei lapsen hampaiden terveyttä kannata enää vaalia, kun kariesbakteeria ei ole? Vanhemmille onkin tärkeää tuoda esille, että tartunnan välttäminen on yksi erittäin tärkeä tekijä kariesriskin ehkäisyssä, mutta muita kariesriskin hallintakeinoja ei saa unohtaa. Moniammatillinen yhteistyö neuvolan kanssa on avainasemassa riskiyksilöiden esille saamisessa. Yhteistyö myös muiden toimijoiden (sosiaalitoimi, koulu) kanssa nousee tutkimusten ja valtakunnallisten ohjeistusten (mm. Kaste-ohjelma (2009; Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007) mukaisesti merkittävään rooliin. Tämä seikka on otettava konkreettisesti huomioon myös toiminnassa.

Kariesriskin hallinnan yhteydessä puhutaan kustannuksista, mitä reikiintymisestä aiheutuvat toimenpiteet maksavat yhteiskunnalle; alle 18-vuotiaiden hammashoito on ilmaista yksilölle itselleen. Mutta pitäisi puhua myös siitä, millaisia ongelmia reikiintyminen aiheuttaa varsinkin pikkulapsille. Laitala (2010, 85) on nostanut väitöskirjansa pohdintaosiossa esille sen, että myös korjaavan hoidon toimenpiteiden aiheuttama kipu, pelko ja ahdistus tuovat epämukavuutta sekä lapselle että koko perheelle. Kustannusten rinnalla tulee siis ajatella myös terveyshyötyä – prevention ensisijainen tavoite ei ole kustannusten alentaminen vaan terveyden edistäminen.

Asiakkaan suun terveyden hallinnan tukeminen tulee kuulua koko suun terveydenhoitotiimin ydinosaamiseen. Suun terveys on merkittävä osa kokonaisterveyttä, sillä voidaan sanoa, että suu on portti elimistöön. Huono suun terveys vaikuttaa elämänlaatuun, ja saattaa pahentaa jo olemassa olevia sairauksia. Se, millä menetelmillä terveysneuvontaa toteutetaan, tulee miettiä kohderyhmittäin ja resurssit huomioiden. Yksilöneuvonta vaatii enemmän resursseja kuin ryhmäneuvonta. Kuitenkin vaikuttavuusnäkökulma on viisasta ottaa huomioon, sillä hukkaan mennyt terveyden edistäminen on todella kallista.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman (2007) mukaan suun terveydenhuollon palvelujen tulee painottua ennaltaehkäisyyn ja suusairauksien varhaiseen toteamiseen sekä oikea-aikaiseen hoitoon. Valtakunnallisten ohjelmien painotuksen mukaan yhteiskunnan tulee ottaa vastuu siitä, että yksilö saadaan ymmärtämään vastuunsa omasta terveydestään. On luotava puitteet terveyttä edistävään ympäristöön, mikä edellyttää yhteistyötä yhteiskunnan eri toimijoiden kanssa. Karies on mahdollista saada hallintaan, mutta se edellyttää ennaltaehkäisevän työn aseman esillä pitämistä niin, että tarvittavat resurssit ovat käytettävissä. Ennalta ehkäisevää työtä tekeville on turvattava myös mahdollisuus päivittää tietojaan koulutuksen kautta. Jo odotusajasta lähtevä suun terveyden edistäminen on pidettävä yhtenä tärkeimmistä osa-alueista suun terveydenhuollossa.

7.4 Projektin eteneminen ja jatkotutkimusaiheet

Ppky Kallion suun terveydenhuollon kehittämisprojekti jatkuu. Suunnitelma on ottaa seuraavaksi tarkasteluun ikääntyvien suun hoito ja tehdä siihen toimiva malli. Ikääntyvät ovat ryhmä, jonka suun terveyden edistämiseen tulee paneutua entistä voimakkaammin. Ikääntyvän väestön toimintamallissa tulee kariesin hallinnan lisäksi suunnitella malli iensairauksien ehkäisyyn.

Viestintämenetelmiä tulee jatkossa kehittää, jotta terveystiedonoma ei hukkuisi muun tietotulvan joukkoon. Malli siihen, miten terveyden lukutaitoa kehitetään, voisi olla mielenkiintoinen kehitellä yhdessä muiden sektorien terveyden edistämistyössä olevien kanssa. Terveyden edistämiseen pitäisi koota erillinen ryhmä koko ppky Kallion alueelle yli sektorirajojen.

Käynnissä olevia hankkeita tulisi jatkossa hyödyntää myös suun terveydenhuollon näkökulmasta. Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2007 – 2017 on hanke, minkä tavoitteena on laatia keskeisten yliseudullisten hyvinvointiohjelmien yhteistyöohjelma- ja toimintamalli. Merkittävimpinä kehittämishaasteissa ovat ennaltaehkäisevän työn merkityksen kasvu, rakennevaikutuksiin vastaaminen, elämäntapa- ja ajattelun korostaminen, teknologian laaja soveltaminen, kahtiajakautumisen ongelmiin puuttuminen sekä kustannus / rahoituspaineisiin vastaaminen. (Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2007 – 2017.)

Ohjelman keskeisiä päämääriä on saada aikaan vuorovaikutteista yhteistyötä kaikkien maakunnan hyvinvointitoimijoiden kesken ja nostaa toimenpiteiden vaikuttavuutta. Terveyden edistämistyön suunnittelua on mahdollista laajentaa seudulliseksi myös suun terveyssektorilla. Tämän opinnäytetyön kyselytutkimuksesta nousi esille se, että yhteistyötä eri toimijoiden kesken kannattaa lisätä laajemminkin kuin oman kuntayhtymän alu-

eella. Toisten toimintamalleista voi ottaa oppia ja soveltaa niitä mahdollisesti omiin käytäntöihin. Pohjois-Pohjanmaan kehittämishankkeessa on käynnissä hyvien käytänteiden läpikäyntiin liittyvä hanke. Suun terveydenhuolto ei valitettavasti ole siinä mukana.

Tämä opinnäytetyöprosessi on ollut mielenkiintoinen ja haastava kokemus. Yhteistyö pky Kallion kuntien suun terveydenhuollon sisällä on mielestäni lähtenyt hyvin käyntiin. On parempi, että kehitämme toimintaa itse sen sijaan, että odotamme, että sen tekee joku muu. Vain olemalla itse mukana kehittämässä toimintaa voimme vaikuttaa tuleviin, väistämättä tapahtuviin muutoksiin. Toisaalta meillä on myös velvollisuus päivittää tietoa säännöllisesti ja soveltaa uusinta tietoa käytännön toimintaan.

Kallion strategian mukaisesti suun terveydenhuollon tulevaisuus perustuu osaavaan ja innovatiiviseen henkilöstöön, jonka arvoja ovat luottamus, oikeudenmukaisuus, osaaminen ja vastuullisuus. Palvelut tuotetaan oikeatasoisina, oikeassa paikassa ja oikeaan aikaan. Yksi strateginen päämäärä on järjestää palvelut selkeästi määriteltynä ja taloudellisesti tuotettuina yhdenmukaisesti koko alueella. Uusi toimintamalli yhdessä henkilöstön hyvinvoinnista huolehtimisen kanssa on realistinen perusta sille, että Kallion alueen väestö saa korkeatasoiset suun terveydenhuollon palvelut myös jatkossa.

Pky Kallion alueella on tehty ansiokasta tutkimustyötä suun terveyden eteen. Kaksi Ylivieskan terveyskeskuksen hammaslääkäriä, lääkintöneuvos, HLT Pauli Isokangas ja HLT Marja-Liisa Laitala ovat ksylitolitutkimuksillaan vahvistaneet ksylitolin merkitystä kariesen ehkäisyssä ja luoneet edellytyksiä siihen, että kansalaisilla on käytössä helppo ja edullinen keino suun terveyden edistämiseen. Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi selvittää äiti-lapsitutkimuksessa olleiden äitien ksylitolin käyttötapoja tutkimuksen jälkeiseltä ajalta; vaikuttiko tutkimuksessa mukana olo asenteisiin ksylitolin käyttöä kohtaan? Toinen kiinnostava tutkimusaihe olisi tutkia työnkuvan laajentamisen vaikutusta hammashoitajien ja suuhygienistien työmotivaatioon?

8 LÄHTEET

Aas, JA., Paster, BJ., Stokes, LN., Olsen, I., Dewhirst, FE. 2005. Defining the normal bacterial flora of the oral cavity. *J Clin Microbiol.* 2005 Nov; 43(11): 5721 – 5723.

Aas, JA., Griffen, AL., Dardis, SR., Lee, AM., Olsen, I., Dewhirst, FE., Leys, EJ., Paster, BJ. 2008. Bacteria of dental caries in primary and permanent teeth in children and young adults. *J Clin Microbiol.* 2008 Apr; 46(4): 1407 – 1417.

Akehurst, RL. & Sanderson DJ. 1993. Cost-effectiveness in Dental Health: A review of strategies available for preventing caries. York: Centre for Health Economic / York Health Economics Consortium Discussion Paper 106.

Alanen, P., Mäkinen, K. & Söderling, E. 2005. Ei mitään uutta ksylitolirintamalta. *Suomen Hammaslääkärilehti* 2005; 21: 1292 – 1293.

Alaluusua, S. & Renkonen, OV. 1983. Streptococcus mutans establishment and dental caries experience in children from 2 to 4 years old. *Scand J Dent Res* 1983; 91: 453 – 457.

Anttila, P. 1996. Tutkimisen taito ja tiedon hankinta. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Caufield, PW., Cutter, GR. & Dasanayake, AP. 1993. Initial acquisition of mutans streptococci by infants: evidence for a discrete window of infectivity. *J Dent Res* 1993; 72: 37 – 45.

Dahler-Larsen, P. 2004. Vaikuttavuuden arviointi. Hyvät käytännöt – menetelmäkäsikirja. Stakesin julkaisuja 2005.

Daly, B., Watt, R., Batchelor, P. & Treasure, E. 2002. *Essential Dental Public Health*, 7, 54. Oxford University Press.

Dess, G., Lumpkin, G.T. & Eisner, A. 2007. *Strategic Management: Creating competitive advantages*. Boston, McGraw-Hill Irwin.

Eccles, J.S., Wigfield, A., Flanagan, C.A., Miller, C., Reuman, D.A. & Yee, D. 1989. Self-concepts, domain values and self-esteem: Relations and changes at early adolescence. *Journal of Personality* 1989; 57: 2, 183 – 310.

Ellwood R, Fejerskov O, Cury JA, Clarkson B. 2008. Fluorides in caries control. In: Dental Caries. The Disease and its Clinical Management. Fejerskov O, Kidd E. (toim.) Blackwell Munksgaard, 287 – 327.

Ewles, L. & Simnett, I. 1995. Terveyden edistämisen opas. Suom. Lääketieteellinen käännöstoimikunta Meditrams. Keuruu: Otava.

Günay, H., Dmoch-Bockhorn, K., Günay, Y., Geurtsen, W. 1998. Effect on caries experience of a long-term preventive program for mothers and children starting during pregnancy. Clin Oral Investig 1998; 2: 137 – 142.

Haarala, P. & Mellin, O-K. 2008. Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. Teoksessa: Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita, 42 – 61.

Hakulinen, T., Pietilä, A-M. & Kurkko, H. 2002. Terveyden edistämisen vaikuttavuuden arviointi ja tulevaisuus. Teoksessa Pietilä, A-M, Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola K. (toim.) Terveyden edistäminen: uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 282 – 296.

Hausen, H. 2008. Kariuksen hallinta Suomen nykyoloissa. Gaba-symposium. Luentotiliviestelmä 14.10.2002, Oulu.

Havunen, R. 2007. Kehitä valmentajan taitojasi esimiestyöskentelyssä. Helsinki: Talentum.

Heikkinen, T. & Jyrkämä, J. 1999. Mitä on toimintatutkimus? Teoksessa Heikkinen T., Huttunen R. & Moilanen P. (toim.) Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Juva: WSOY, 25 – 56.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus.

Hirvonen, E., Pietilä, A-M. & Eirola, R. 2001. Terveyskeskustelu – tavoitteena dialogi terveyden edistämässä. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M & Sirola, K. (toim.) Terveyden edistäminen: uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 219 – 239.

Hujoel, PP., Mäkinen, KK., Bennett, CA., Isotupa, KP., Isokangas, PJ., Allen, P., Mäkinen, PL. 1999. The optimum time to initiate habitual xylitol gum-chewing for obtaining long-term caries prevention. *J Dent Res* 1999; 78: 797 – 803.

Honkala, E., Honkala, S., Shyama, M. & Al-Mutawa, S.A. 2006. Field trial on caries prevention with xylitol candies among disabled school students. *Caries Res* 2006; 40: 508 – 513.

Honkala, S., Rimpelä, A., Välimaa, R., Tynjälä, J., Honkala, E. 2009. Suomalaisnuoret ovat edelleen laiskoja hampaiden harjauksessa. *Suomen hammaslääkärilehti* Vol 8 / 2009: 18 – 22.

Hopcraft, M., McNally, C., Ng, C., Pek, L., Pham, TA., Phoon, WL., Poursoltan, P. & Yu, W. 2007. Working practices and job satisfaction of Victorian dental hygienists. *Australian Dental Journal* 2008; 53: 61 – 66.

Huhtanen, K. 2007. *Kun huoli herää – varhainen puuttuminen koulussa*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Hyssälä, L., Hyttinen, M, Rautava, P., Sillanpää, M. 1993. The Finnish Family Competende Study: young fathers, views of health education. *Proc Finn Dent Soc*. 1993;89 (3 – 4): 15 – 109.

Hägman-Laitila, A. 2002. Varhainen tuki lapsiperheiden terveyden edistämässä. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) *Terveyden edistäminen: uudistuvat työmenetelmät*, Helsinki: WSOY, 172 – 188.

Imetyksen edistäminen Suomessa – toimintaohjelma 2009 – 2012. Kansallisen imetyksen edistämisen asiantuntijaryhmän raportti 32/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki: Yliopistopaino.

Ismail, A. & Hasson, H. 2008. Fluoride supplements, dental caries and fluorosis. A systematic review. *J Am Dent Assoc*, Vol 139, No 11, 1457 – 1468.

Isokangas, P. 1987. Xylitol chewing gum in caries prevention. A longitudinal study on Finnish school children. *Proc Finn Dent Soc* 1987; 83: 285 – 288.

Isokangas, P. 1993. Ksylitoli suun terveydenhuollossa. Teoksessa Widström E.& Murtomaa H.(toim.) Profylaksian kannattavuus lasten ja nuorten hammashoidossa. Stakesin raportteja 97. Helsinki: Stakes, 141 – 150.

Isokangas, P., Söderling, E., Pienihäkkinen, K. & Alanen, P. 2000. Occurrence of dental decay in children after maternal consumption of xylitol chewing gum, a follow-up from 0 to 5 years of age. *J Dent Res* 2000; 79: 1885 – 1889.

Isokangas, P., Alanen, P., Tiekso, J., Mäkinen, KK. 1988. Xylitol chewing gum in caries prevention: a field study in children. *J Am Dent Assoc* 1988; 117: 315 – 320.

Isokangas, P., Tiekso, J., Alanen, P. & Mäkinen, KK. 1989. Long-term effect of xylitol chewing gum on dental caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989; 17: 200 – 203.

Joensuu, T. 2007. Cumulative Costs of Caries Prevention and Treatment in Children – with Special Reference to Work Division and Cohort Effect. Väitöskirja. Turun Yliopiston julkaisuja. Sarja D, osa 848. *Medica Odontologica*. Turku: Painosalama Oy.

Jokela J. 1997. Kariesriskin arviointi ja prevention kohdentaminen alle kouluikäisillä. Saarijärvi: Gummerus Oy.

Jokela J. 2006. Mitä karies on ja miten sitä tulisi hoitaa nykytutkimuksen valossa? *Suomen Hammaslääkärilehti* 2006; 10 – 11: 588 – 590.

Jokela, J. & Pienihäkkinen, K. 2003. Economic evaluation of a risk-based caries prevention program in preschool children. *Acta Odontol Scand* 2003; 61: 110 – 114.

Jäppinen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. & Spets-Happonen, S. 2010. Hammashoitohenkilökunnan imetyksenäkemykset. *Tutkimusartikkeli. Suun terveydeksi* 2010; 4: 14 – 15.

Järvinen, P. 2001. Esimiestyö ongelmatilanteissa – konfliktien tuomat haasteet työyhteisössä. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Kalimo, E. & Vertio, H. 1986. (toim.) Terveyden edistäminen, Ottawan asiakirja. Maailman terveysjärjestön asiakirja 1986, 6 – 8.

Kantelinen, R., Meriläinen, M. & Pietarinen, J. 2000. Johdatus kasvatuksen tutkimukseen. Opetusmoniste. Joensuu: Yliopisto.

Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma 2008 – 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen selvityksiä 2009:9. Helsinki: Yliopistopaino.

Kervanto-Seppälä, S. 2009. Arresting occlusal enamel caries lesions with pit and fissure sealants. Väitöskirja. Helsinki: Yliopistopaino.

Kettunen, S. 2009. Onnistu projektissa. Juva: WSOY.

Komission asetukset (EY) N:o 1024/2009. Tiettyjen elintarvikkeisiin liittyvien sairauksien riskin vähenemiseen ja lasten kehitykseen ja terveyteen viittaavien terveysväitteiden hyväksymisestä ja hyväksymisen epäämisestä. The EFSA Journal.

Kotiranta, A. 2010 ...havaittiin kariksen pysyvässä hampaistossa –miten toimin? Suuhygienisti 2010; 3: 40 – 44.

Kozai, K., Nakayama, R., Tedjosasongko, U., Kuwahara, S., Suzuki, J., Okada, M., Nagasaka, N. 1999. Intrafamilial distribution of mutans streptococci in Japanese families and possibility of father-to-child transmission. Microbiol Immunol 1999; 43: 99 – 106.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1998. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti 1999; 11: 4 – 11.

Kärkkäinen, S. 1997. Kariuksen ehkäisykäytäntö Suomessa 1990-luvun alussa. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Köhler, B., Andreen, I., Jonsson, B. 1984. The effect of caries-preventive measures in mothers on dental caries and the oral presence of the bacteria Streptococcus mutans and lactobacilli in their children. Archs Oral Biol 1984; 29: 879 – 883.

Köhler, B., Andreen, I. & Jonsson, B. 1988. The earlier the colonization by mutans streptococci, the higher the caries prevalence at 4 years of age. Oral Microbiol Immunol 1988; 3: 14 – 17.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Lahti, S., Mörk, C., Sagnes, G. & Fien NE. 2008. Suun terveyden edistäminen – hammaslääkärin mahdollisuudet. Suomen Hammaslääkärilehti 2008; 3 – 6.

Laine, V., Sinko, P. & Vihriälä, V. 2009. Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 1/2009.

Laitala, M-L. **2010**. Dental Health in Primary Teeth after Prevention of Mother-Child Transmission of Mutans Streptococci. A Historical Cohort Study on Restorative Visits and Maternal Prevention Costs. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D, osa 913. Medica Odontologica. Väitöskirja. Turku: Painosalama Oy.

Lehtinen, E. & Kuusinen, J. 2001. Kasvatuspsykologia. Juva: WSOY.

Leppo, K. 2010. Kansan terveys on tahdon asia. Terveyspolitiikka ja palvelut 2010-luvulle. Kalevi Sorsa säätiön julkaisuja 3/2010. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Loesche, WJ. 1986. Role of Streptococcus mutans in human dental decay. Microbiol Rev 1986; 50: 353 – 380.

Läärä, M. 1999. Polarization of caries and the explanatory background factors on a Finnish conscript population. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja 1999, 24, 28 – 30.

Malli lasten ja nuorten asetuksen mukaisesti terveystarkastuksiin. 2010. Suomen hammaslääkärilehti 2010; 7: 36 - 39.

Marsh, P. & Martin, V. 2009. Oral Microbiology. 5. painos. China: Churchill Livingstone Elsevier.

Mattila, M-L., Rautava, P. , Aromaa, M., Ojanlatva, A., Paunio, P., Hyssälä, L., Helenius, H. & Sillanpää, M. 2005. Behavioural and Demographic Factors during Early Childhood and Poor Dental Health at 10 Years of Age. Caries Res 2005; 39: 85 – 91.

Mattila, M-L. & Rautava, P. 2007. Lapsen suu on perheen peili – mitä peili voi kertoa? Duodecim. 2007; 123(7): 819 – 823.

Meriläinen, T. 2004. Occurrence, polarisation and progression rate of dental decay. Väitöskirja. Turku: Painosalama Oy.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus.

Meurman, J. 1996. Yleissairaudet. Teoksessa Meurman, J., Murtomaa, H., Le Bell Y., Autti, H. & Luukkanen, M. (toim.) *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Helsinki: Academica Kustannus Oy, 1077 – 1087.

Milén, A. 1987. Role of social class in caries occurrence in primary teeth. *Int J Epidemiol* 1987; 16: 252 –256.

Moberg Sköld, U., Birkhed, D., Borg, E. & Petersson, L.G. 2005. Approximal Carie Development in Adolescents with Low to Moderate Caries Risk after Different 3-year School-Based Supervised Fluoride Mouth Rinsing Programmes. *Caries Res* 2005; 39: 529 – 535.

Mäkelä, M., Kaila, M., Lampe, K. & Teikari, M. (toim.)2007. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Stakesin julkaisuja. Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Mäkinen, K. 2003. Ksylimoli ja sen käyttö suun terveyden edistämässä. Toinen uudistettu painos. Forssa: Forssan kirjapaino.

Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena. Vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopiston julkaisuja. Väitöskirja. Kuopio: Yliopistopaino.

Niiranen, T. & Widström, E. 2005. Suuhygienistin työnkuva Suomessa. Suomen hammaslääkärilehti 2005; 12(20): 1184 – 1191.

Nissinen, V., Anttalainen, J. & Kauppinen, R. 2008. Sovella syväjohtamista – huipputuloksiin vuorovaikutusta oppimalla. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Nordman, T. 2002. Viestintä terveydenhuollon organisaatiossa. Teoksessa Torkkola, S.(toim.) *Terveysviestintä*. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 121 – 144.

Nuutinen, E. 2010. 3 askelmaa suun terveyden lukutaitoon. *Suuhygienisti* 2010; 3: 5 – 13.

Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallintaa sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa. Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. Vaasa: Universitas Wasaensis.

Ollila, P, Niemelä, M., Uhari, M., Larmas, M. 1998. Prolonged pacifier-sucking and use of a nursing bottle at night: possible risk factors for dental caries in children. *Acta Odontol Scand* 1999; 56: 233 – 237.

Paunio, P., Rautava, P., Sillanpää, M & Kaleva, O. 1993. Dental health habits of 3-year-old Finnish children. *Community Dent Oral Epidemiol.* 1993 Feb; 21(1): 4 – 7.

Perttilä, K. 1999. Terveyden edistäminen kunnan tehtävänä. *Tutkimuksia* 103. Väitöskirja. Helsinki: Stakes.

Pietilä, A-M., Eirola, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Työmenetelmiä terveyttä edistävissä asiakastyössä. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M & Sirola, K. (toim.) *Terveyden edistäminen: uudistuvat työmenetelmät.* Helsinki: WSOY, 148 – 167.

Poskiparta, M. 1997. *Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä.* Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Poutanen, R., Lahti, S., Tolvanen, M., Hausen, H. 2006. Parental influence on children's oral health-related behavior. *Acta Odontol Scand* 2006; 64: 286 – 292.

Prevention of Dental Caries. 2002. A Systematic Review. SBU. Summary and Conclusions. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care.

Robbins, S. & Judge, T. 2009. *Organizational Behavior* (14 th edition). MyManagement-Lab Series. 252 – 254.

Rose, G. 2001. Sick individuals and sick populations. *Int J Epidemiol* 2001 Jun; 30: 427 – 432.

Rozier, RG. 2001. Effectiveness of methods used by dental professionals for the primary prevention of dental caries. *J Dent Educ* 2001; 65: 1063 – 1072.

Ryan, R.M. & Deci, E.L. 2000. Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology* 25, 54 – 67.

Santalainen, T. 2006. Strateginen ajattelu. Talentum.

Scientific opinion 2008. Xylitol chewing gum / pastilles and reduction of the risk of tooth decay. Scientific substantiation of a health claim related to xylitol chewing gum / pastilles and reduction the risk of tooth decay pursuant to Article 14 of Regulation (EC) No 1924/2006. The EFSA Journal 2008; 852: 1 – 15.

Selwitz, RH., Ismail, AI. & Pitts, NB. 2007. Dental caries. Lancet 2007; 369:51 – 59

Seppä, L. 2008. Fluorin vaikutus kariuksen ehkäisyssä. Gaba-symposium. Luentotiivistelmä 14.10.2008, Oulu.

Seppä, L. 2001. The future of preventive programs in countries with different systems for dental care. Caries Res 2001; 35: 26 – 29.

Silfverberg, P. 2007. Ideasta projektiksi –projektinvetäjän käsikirja. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Sirkiä, P. 2001. Terveystietä on tulevaisuutta. Suuhygienisti 2001; 2: 3 – 6.

Stecksen-Blicks, C., Renfors, G., Oscarson, N.D., Bergstrand, F. & Twetman, S. 2007. Caries-preventive Effectiveness of a Fluoride Varnish: A Randomized Controlled Trial in Adolescents with Fixed Orthodontic Appliances. Väitöskirjakatsaus. Caries Res 2007; 41: 455 – 459.

Sydänmaanlakka, P. 2001. Älykäs organisaatio -tiedon, suorituksen ja osaamisen johtaminen. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Syrjälä, L., Ahonen, S., Syrjäläinen, E. & Saari, S. 1996. Laadullisen tutkimuksen työtapoja. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Söderling, E., Isokangas, P., Pienihäkkinen, K., Tenovuo, J. 2000. Influence of maternal xylitol consumption on acquisition of mutans streptococci by infants. J Dent Res 2000; 79: 882 – 887.

Takahashi, N., Nyvad, B. 2008. Caries ecology revisited: microbial dynamics and caries process. Caries Res 2008; 42: 409 – 418.

Tenovuo, J. 1996. Kariologia. Teoksessa Meurman, J., Murtomaa, H., Le Bell Y., Autti, H. & Luukkanen, M.(toim.) *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Helsinki: Academica Kustannus Oy, 481 – 504.

Tenovuo, J. 1996. Sylki ja suun puolustusmekanismit. Teoksessa Meurman, J., Murtomaa, H., Le Bell Y., Autti, H. & Luukkanen, M.(toim.) *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Helsinki: Academica Kustannus Oy, 183 – 206.

Tenovuo, J., Hakkinen, P., Paunio, P., Emilson, CG. 1992. Effects of chlorhexidine-fluoride gel treatments in mothers on the establishment of mutans streptococci in primary teeth and the development of dental caries in children. *Caries Res* 1992; 26: 275 – 280.

Tenovuo, J. 2002. Kariuksen ehkäisy nyt ja tulevaisuudessa. *Duodecim* 2002; 118: 1657 – 1662.

Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Kouluikäinen ja nuori. Teoksessa: Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) *Terveydenhoitajan osaaminen*. Helsinki: Edta, 365 – 404.

Terveyden edistämisen laatusuositus 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Helsinki: Yliopistopaino.

Tiimityö – yksilöllisesti yhdessä 2006. Aivot työkaluna. Operosus Oy. Operosus kehittää –sarja 8/17.

Torkkola, S. 2002. Näkökulmia terveysviestintään. Teoksessa Torkkola S. (toim.) *Terveysviestintä*. Vammala: Vammalan Kirjapaino oy, 5 – 10.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Viitala, R. 2003. Henkilöstöjohtaminen. Helsinki: Edita.

Valli, R. 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Varsio, S. 1999. Caries preventive approaches for child and youth at two extremes of dental caries occurrence among child and youth populations 1976-1993. *Caries Res* 2004, 197 – 198.

Varsio, S., Vehkalahti, M., Murtomaa, H. 1999. Treatment practices in caries prevention for 6-year-olds in Finland. *Community Dent Oral Epidemiol* 1999; 27: 338 – 343.

Varsio, S., Nordblad, A., Linna, M., Arpalahti, I., Srömmer, P., Karhunen, T. & Huhtala, S. 2008. SUHAT-hankkeen menestystarina. Strateginen johtaminen ja benchmarking-kehittäminen. Stakesin työpapereita 5/2008. Helsinki: Valopaino Oy.

Vesterinen, P. 2006. Huomisen johtamisen kynnyksellä. Teoksessa Juuti, P. (toim.) Johtaminen eilen, tänään, huomenna. Keuruu: Otava Oy, 141 – 146.

Wan, AK., Seow, WK., Walsh, LJ. Bird, P., Tudehope, DL., Purdie, DM. 2001. Association of *Streptococcus mutans* infection and oral developmental nodules in pre-dentate infants. *J Dent Res* 2001; 80: 1945 – 1948.

Watt, R. 1999. (toim.) Oral health promotion: a guide to effective working in preschool settings. London: Health Education Authority, 3 – 90.

Painamattomat lähteet:

Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 380/2009. [Viitattu 5.9.2009] Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090380>

Eerikäinen, R & Hartikainen, S. 2008. Suun itsehoito-opas. Joensuu: Yliopistopaino. [Viitattu 21.8.2010] Saatavana: http://www.kansanterveys.info/materiaalit/Suun_itsehoito-opas.pdf

Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen – vahvuus uusiin palvelurakenteisiin 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön muistio 11.5.2007, 1-4. [viitattu 4.5.2009] Saatavissa: www.stm.fi/hyvinvointi.

Illikainen, K. 2010. Eteenpäin elävän mieli. [Viitattu 21.8.2010] Saatavana: http://www.kalliopp.fi/singlenewsinfo.asp?id=31757&menu_id=18660&selected=18660簍

Joensuu, T. 2009. Suun terveydenhuollon toimintakäytännöt ja työyhteisö. Luentodiat 27.11.2009 Ylivieska.

Joensuu, T. 2010. Neuvolaikäisen suun terveys. Neuvola-asetuksen soveltamisohje. Pohjoisen alueen Kaste. Luentomateriaali 3.5.2010. [Viitattu 19.9. 2010] Saatavana: [http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/19963_Neuvolaikaisen suun terveys Tiina Joensuu tiivistelm](http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/19963_Neuvolaikaisen_suun_terveys_Tiina_Joensuu_tiivistelm)

Kallion strategia 2009. Kalliointra. Power-point diat.

Kaste-ohjelma 2009. [Viitattu 1.3.2010] Saatavana: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/ohjelmat/kaste

Kuntamaisema 2010. Maisema-malli ja –työkalut. Parhaat puolet tilaaja-tuottaja – mallista sekä tuotteistamisesta. [Viitattu 30.9. 2010] Saatavana: http://www.kuntamaisema.fi/index.php?node_id=11810

Käypä hoito -suositus. Kariuksen hallinta 2009. [Viitattu 28.8.2009]. Saatavana: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/navtaartikkeli/tunnus/hoi50078>

Käkilehto, T. 2008. Kariologiaa hoitajille –mitä hammaslääkäri toivoo ja odottaa. Luento-tiivistelmä. [Viitattu 2.8.2010] Saatavana: http://www.stal.fi/mp/db/file_library/x/IMG/39378/file/KARIOLOGIAA_HOITAJILLE.pdf

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. Finlex. [Viitattu 3.9.2010] Saatavana: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leaf sai EFSA:n hyväksymän terveystieteen. Tiedote 28.2.2009. [Luettu 29.9.2009] Saatavana: http://www.leaf.fi/files/leaf/tiedotteet/Tiedote_Leaf_EU_ksylitolipaatos.pdf

Möller, U. 2010. Suuryritysten mittaluokassa. Talousjohtajan puheenvuoro. [Viitattu 12.9.2010] Saatavana: http://www.kalliopp.fi/singlenewsinfo.asp?id=31760&menu_id=18660&selected=18660簐

Ottawan julistus 1986. WHO: n Bangkokin asiakirja terveyden edistämisestä. [Viitattu 21.8.2010]. Saatavana:

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2006/muut_artikkelit/w

Paikkaamatta paras 2009. STT-info. Tiedote 7.4.2009. (Viitattu 1.8.2010] Saatavana: <http://www.sttinfo.fi/pressrelease/detail.do?pressId=23929>

Peruspalvelukuntayhtymä Kallio 2010. [Viitattu 1.10.2010] Saatavana: <http://www.kalliopp.fi/index.asp>

Pienihäkkinen K, Jokela J, Alanen P. 2005. Risk-based early prevention in comparison with routine prevention of dental caries: a 7-year follow-up of a controlled clinical trial; clinical and economic aspects. BMC Oral Health. 2005; 5: 2, [Viitattu 18.9.2010] Saatavana <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/5/2>

Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointiohjelma 2007 – 2017. [Viitattu 18.9.2010] Saatavana: http://www.pohjois-pohjanmaa.fi/maakunnan_suunnittelu_ja_kehittaminen/pohjois-pohjanmaan_hyvinvointiohjelma

Professional Applied Topical Fluoride. Evidence-based clinical recommendations 2006. ADA (American Dental Association) Council on Scientific Affairs. JADA, Vol. 137, 1151-1159. [Viitattu 5.6.2010] Saatavana: <http://jada.ada.org>.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE. 2009. (Viitattu 1.3.2010] Saatavissa: http://www.stm.fi/vireilla/kehittamissuunnitelmat_ja_hankkeet/kaste

Suun ja hampaiden hoito. Esitteitä 2008:8. Sosiaali- ja terveysministeriö. [Viitattu 20.4.2009] Saatavissa: [www.stm.fi/esitteitä_2008:8](http://www.stm.fi/esitteita_2008:8)

Suun terveydenhuollon toiminta- ja taloussuunnitelma 2011 – 2013. Peruspalvelukuntayhtymä Kallio. [Viitattu 3.8.2010] Saatavissa: Saatavissa www.kalliopp.fi /kalliointra

Suusairauksien ajankohtaisseminaari 2009. Jukka Ohtosen luento 20.10.2009, Kuntatalo, Helsinki.

Terveempi Pohjois-Suomi –hanke 2009 - 2011. [Viitattu 18.9.2010] Saatavana: <http://sp.terps.foral.fi/default.aspx>

Terveyden edistäminen kunnassa –haasteena tietoinen strateginen valinta kuntasuunnittelussa ja talousarviovalmistelussa. Kansanterveys-lehti 2/1998. [Viitattu 9.7.2010]

Saatavana:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_1998/2_1998/terveyden_edistaminen_kunnassa

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma. Hallituksen strategia-asiakirja 2007. [Viitattu 29.4.2009]. Saatavissa: www.vnk.fi/julkaisukansio/2007/j18-j19-hallituksen_strategia-asiakirja, 22 – 39.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelman toteuttaminen suun terveydenhuollossa: Yhteistyöverkostolla tavoitteisiin. 2009. Verkostomuistio 10.12.2009. (Viitattu 9.7.2010)

Saatavana:

http://www.stm.fi/arkisto/state09042010/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-10667.pdf

Terveys2015-ohjelma. [Viitattu 24.4.2009]. Saatavissa: www.terveys2015.fi

The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care 2002. [Viitattu 26.11.2009] Saatavana: <http://www.sbu.se/en/Published/Yellow/Preventing-dental-caries>

Täyskysytili hyväksytysti terveellistä. 2008. Tiedote 29.4.2009. [Viitattu 3.5.2009]. Saatavissa: www.poliklinikka.fi/terveysuutiset.

Wilkinson, R. & Marmot, M. 2003. Social Determinants of Health. The Solid Facts. Toinen painos. WHO Regional Office for Europe. ISBN 9283013710. [Viitattu 3.9.2010] Saatavana: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf

Kyselylomake peruspalvelukuntayhtymä Kallion suun terveydenhuollon henkilöstölle alle 18-vuotiaiden kariespreventio-ohjelman suunnittelun tueksi sekä toiminnan kehittämiseksi. Vastaa kysymyksiin kysymysten 2 – 14 osalta ympäröimällä mielestäsi paras vaihtoehto tai kirjoittamalla siihen varattuun tilaan. Kysymysten 1 ja 13 osalta vastausohje on kysymyksen lopussa.

1. Kariuksen hallinnan käypä hoito –suosituksen mukaan ennaltaehkäisyyn pääpaino tulisi olla asiakkaan omahoidon tukemisessa. Vanhemmat ovat vastuussa lastensa suun terveydestä ja jokaisella lapsella on oikeus terveisiin hampaisiin. Millä keinoin vanhemmat saataisiin tiedostamaan lapsen suun terveyden merkitys? Laita vaihtoehdot tärkeysjärjestykseen numeroin 1 – 6 siten, että annat tärkeimmälle numeron 1.
 - Lisätään terveydenhoitajien tietoisuutta lapsen suun terveydestä, ja ohjataan heitä antamaan käytännön harjausopetus heti ensimmäisen hampaan puhjettua
 - Järjestetään ryhmäneuvontaa pikkulasten vanhemmille
 - Ensimmäistä lastaan odottaville vanhemmille annetaan mahdollisuus maksuttomaan yksilöneuvontaan vastaanotolla
 - Laaditaan Kallion suun terveydenhuollon omaa neuvontamateriaalia jaettavaksi neuvolan kautta
 - Laaditaan artikkeli paikallislehtiin aiheena vanhempien vastuu lapsen suun terveyden edistämässä
 - Jokin muu keino, mikä?

2. Terveys 2015 –ohjelmassa painotetaan yhteistyötä eri sektoreiden toimijoiden kanssa terveyden edistämiseksi.

a) Mitkä ovat näkemyksesi mukaan ne tahot, joiden kanssa suun terveydenhuollon tulee toimia yhteistyössä, jotta lasten ja nuorten kariotuminen saadaan hallintaan?

b) Millä keinoin yhteistyötä eri sektoreiden kanssa on mielestäsi parasta toteuttaa?

3. Terveyttä edistävästä vaihtoehtoista pitäisi saada houkuttelevia.

Mainitse keinoja, miten kariesta ehkäiseviä vaihtoehtoja on viisainta ”markkinoida”.

a. alle kouluikäisten vanhemmille

b. alakouluikäisille

c. yläkouluikäisille

4. Näetkö tarvetta muuttaa Kallion suun terveydenhuollon kutsujärjestelmää alle kouluikäisten ja peruskouluikäisten osalta?

a. Kyllä

b. En

5. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, valitse seuraavista vaihtoehdoista mielestäsi paras, tai laita oma ehdotuksesi e-kohtaan.
- a. Yksilöllinen recall-kutsu kaikille kariesriskin arvion mukaan.
 - b. Alle kouluikäisten osalta vastuu jätetään vanhemmille eikä lapsia kutsuta, koululaiset kutsutaan vuosittain.
 - c. Alle kouluikäiset kutsutaan kariesriskin arvion mukaan ja kouluikäiset vuosittain.
 - d. Alle kouluikäiset kutsutaan kariesriskin arvion mukaan ja koululaiset seuraavasti:
(Vantaan malli)
 - 1. , 3., 5. ja 6. luokat; kutsutaan kaikki
 - 2. ja 4. luokat; vain riskipotilaat kutsutaan.
 - 7. ja 9. luokat; kutsutaan kaikki
 - 8. luokat; vain riskipotilaat kutsutaan.
 - e. Jokin muu vaihtoehto, mikä?
6. Monin tutkimuksin (mm. Joensuu 2009) on osoitettu, että järkevällä työnjaolla kustannustehokkuus kasvaa. Onko mielestäsi tarvetta muuttaa Kallion suun terveydenhuollon työnjakoa?
- a. Kyllä
 - b. Ei tarvetta työnjaon muutoksiin
7. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, mitä tehtäviä näet tarpeelliseksi siirtää ammattiryhmältä toiselle?

8. Tarvitaanko Kallion suun terveydenhuollossa yhtenäiset toimintalinjat / -käytännöt?
(Ylivieska, Alavieska, Nivala, Sievi)

a. Kyllä

b. Ei

Perustelut:

9. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, mitä toimintoja / käytäntöjä olisi syytä yhtenäistää?

10. Miten Kallion suun terveydenhuolto vastaa tulevaisuuden haasteisiin, kun ikääntyvien osuus kasvaa, ja suun ongelmat lisääntyvät. Mainitse mielestäsi kolme tärkeintä seikkaa, millä toimilla palvelut saadaan jatkossakin pysymään nykytasoisina.

11. Kallion strategiassa on kirjattu perustehtäväksi tuottaa palvelut oikeatasoisina, oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Miten tuo periaate toteutuu suun terveydenhuollossa?

12. Missä määrin koet tarvitsevasi kariuksen hallintaan liittyvää lisätietoa?

- a. en lainkaan
- b. jonkin verran
- c. paljon
- d. erittäin paljon

13. Uusimmat kariuksen hallintaan liittyvät tutkimukset esitellään ammattilehdissä. Jos koet tarpeelliseksi tiedottaa niistä myös muulla tavoin, laita vaihtoehdot tärkeysjärjestykseen siten, että annat tärkeimmälle numeron 1.

kuukausipalavereiden yhteydessä ”tietoiskuja”

Kallio-intrassa

muuten, miten?

14. Mitä muuta Kallion suun terveydenhuollon kariesprevention toteutukseen ja / tai toimintakäytäntöihin liittyvää haluaisit tuoda esille?

Liite 2 - Tutkimuslupa



tutkimuslupa.pdf

