

Mari Heinonen

Moniammatillinen lasten ja nuorten suun terveyden edistäminen Porvoon kaupungin terveyspalveluissa

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Suuhygienisti YAMK

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen

Opinnäytetyö

2.11.2016

| | |
|---|---|
| Tekijä(t) Otsikko | Mari Heinonen Moniammatillinen lasten ja nuorten suun terveyden edistäminen Porvoon kaupungin terveystalveissa |
| Sivumäärä Aika | 58 sivua + 2 liitettä 2.11.2016 |
| Tutkinto | Suuhygienisti YAMK |
| Koulutusohjelma | Sosiaali- ja terveystalvejohtaminen |
| Suuntautumisvaihtoehto | Sosiaali- ja terveystalvejohtaminen |
| Ohjaaja(t) | lehtori Antti Niemi TtM, osastonhoitaja Eliisa Roine |
| <p>Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli kehittää lasten ja nuorten suun terveydenhuollon ennaltaehkäisevää, moniammatillista yhteistyötä Porvoon kaupungissa. Lasten ja nuorten terveyden edistämiseksi pyritään ennaltaehkäisemään lasten sairauksien syntymistä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja siten ennaltaehkäisemään suurempien terveysriskien kasautumista tai terveyserojen kasvua.</p> <p>Opinnäytetyö on laadullinen kehittämistyö, jonka tavoitteena on parantaa moniammatillista yhteistyötä Porvoon kaupungin suun terveydenhuollon ja neuvola- ja kouluterveydenhuollon kanssa. Opinnäytetyön työelämäohjaajana toimii preventioyksikön osastonhoitaja. Opinnäytetyö on toteutettu Delfoi-tutkimusmenetelmällä asiantuntijoiden (n = 13) mielipiteitä tutkimalla sekä vertaamalla saatuja mielipiteitä asiantuntija-asiakkaiden (n = 3) mielipiteisiin lasten suun terveydentilasta ja ennaltaehkäisevästä hoidosta. Samalla tutkittiin asiakkaiden ja asiantuntijoiden näkemyksiä Porvoon kaupungin tulevaan organisaatiomuutokseen.</p> <p>Asiantuntijoista lasten hammastarkastukset ovat ennaltaehkäisyn kannalta tärkein vaikuttamisen kanava. Tarkastuksiin varattu aika kuitenkin koettiin riittämättömäksi. Terveystalvehoitajien suorittamia suun tarkastuksia pitivät puolestaan asiantuntija-asiakkaat tärkeinä. Suuhygienistit ja terveystalvehoitajat näkivät yhteistyön kehittämisen mahdollisina mm. työparitoiminnan ja yhteisten kokousten avulla. Asiakkaiden näkökulmasta yhteisesti toteutetut ryhmäneuvolat olisivat kokeilemisen arvoisia uusia toimintamuotoja. Organisaatiomuutokseen asiantuntijat ja asiantuntija-asiakkaat suhtautuvat kaikki odottavin ja luottavaisin mielin.</p> | |
| Avainsanat | Suun terveydenhuolto, moniammatillinen yhteistyö, ennaltaehkäisy, terveyden edistäminen |

| | |
|--|---|
| Author(s) Title Number of Pages Date | Mari Heinonen Multi-professional preventive oral healthcare among children and teens in the healthcare department of Porvoo. 58 pages + 2 appendices 2.11.2016 |
| Degree | Master of Health Care |
| Degree Programme | Social- and Healthcare Management |
| Specialisation option | Social- and Healthcare Management |
| Instructor(s) | Antti Niemi, Lecturer Eliisa Roine, MHA, ward administrator nurse |
| <p>This thesis aims for the development of multi-professional co-operation for preventive oral healthcare for children and teens in the City of Porvoo. Promoting oral health among children and teens, oral diseases can be prevented in their early stages as well as that work can prevent children's health problems accumulation or differentiation between their peers.</p> <p>This thesis aims to enhance the development of co-operations between dental staff and the public health nurses that work with children under school age and at comprehensive schools. The work life instructor for this thesis also works as a ward administrator nurse in Porvoo. This thesis is carried out by a qualitative research method Delphi. Delphi method allows experts (n=13) to give their opinions and they can be processed in to a new opinions. These opinions can then be compared to the opinions of a clients or patients (n=3). In this thesis the experts opinions were asked about children's preventive oral healthcare, co-operation between different professions and experts opinions about the new organization structure.</p> <p>The experts mainly think that dental examinations are the most effective place to give guidance and health knowledge to children and their parents. The time booked for these examinations is considered to be too short by the experts. The clients consider that healthcare nurses play an important role in the oral health of their children and should pay more attention to the oral challenges at their appointments. The general development to the co-operation among these occupation groups is considered to be important for the future. Working partners among dental hygienists and healthcare nurses are considered to be a possibility to try a new way to work among children's oral health. The clients feel that group surgery together would be also worth trying.</p> <p>Both the experts as well as the clients are relating easily to the on-coming organization change and it is considered to be consumer oriented.</p> | |
| Keywords | Oral health, health nurses, multi-professional co-operation, health prevention, health promotion |

Sisällys

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Johdanto | 1 |
| 2 | Terveys ja terveyden edistäminen | 2 |
| 2.1 | Terveyden sisältö | 2 |
| 2.2 | Terveyden edistämisen käsitteet | 4 |
| 2.2.1 | Kansanterveys, terveyden edistäminen ja preventio | 4 |
| 2.2.2 | Terveysmallit ja –filosofiat | 6 |
| 2.2.3 | Terveyshyötymalli | 7 |
| 2.2.4 | Terveydenhuolto terveyden edistäjänä | 8 |
| 2.3 | Moniammatillisuus | 9 |
| 2.4 | Asiakkaan ja/tai vanhempien osallisuus | 10 |
| 2.5 | Lainsäädäntö ja velvoitteet | 12 |
| 2.6 | Terveyden edistäminen Porvoon terveystalouksissa | 16 |
| 2.6.1 | Porvoon kaupungin terveydenhuollon organisaatiouudistus | 18 |
| 2.6.2 | Suuhygienisti terveyden edistäjänä | 20 |
| 2.6.3 | Terveydenhoitaja suun terveyden edistäjänä | 21 |
| 2.7 | Terveydenedistäminen ja kuntatalous | 23 |
| 3 | Tavoite, tarkoitus, kehittämistehtävä ja tutkimusongelma | 25 |
| 3.1 | Tavoite ja tarkoitus | 25 |
| 3.2 | Kehittämistehtävä ja tutkimusongelmat | 25 |
| 4 | Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdat, prosessit ja aikataulu | 26 |
| 4.1 | Tutkimusmenetelmien valinta | 27 |
| 4.2 | Prosessin kuvaus ja aikataulu | 28 |
| 4.3 | Asiantuntijajaneelin kokoaminen ja valinta | 29 |
| 4.4 | Ensimmäisen kierroksen kyselylomakkeen muodostaminen | 30 |
| 4.5 | Toisen kyselykierroksen kyselylomakkeen rakentaminen | 30 |
| 4.6 | Kyselylomakkeiden vastausten litterointi | 31 |
| 4.7 | Asiantuntija-asiakkaiden haastattelu 29.9.2016 | 32 |
| 4.8 | Aineiston analyysi | 33 |
| 5 | Tulokset | 34 |
| 5.1 | Lasten ja nuorten suun terveyden edistäminen moniammatillisesti | 34 |
| 5.1.1 | Yhteistyö ja yhteiset pelisäännöt | 34 |

| | | |
|-------|---|----|
| 5.1.2 | Ennaltaehkäisyyn varattu aika suun terveydenhuollossa | 37 |
| 5.2 | Ennaltaehkäisevät palvelut | 38 |
| 5.2.1 | Lasten ja nuorten suun terveystarkastukset | 39 |
| 5.2.2 | Ennaltaehkäisevän hoidon määrä | 41 |
| 5.3 | Moniammatilliset suun terveydenhuollon prosessit | 43 |
| 5.3.1 | Asiakkaiden kehittämissuositukset | 43 |
| 5.3.2 | Organisaation muutoksen vaikutukset yhteistyöhön | 45 |
| 6 | Pohdinta | 47 |
| 6.1 | Tulosten pohdinta | 48 |
| 6.2 | Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys | 50 |
| 6.2.1 | Luotettavuus | 51 |
| 6.2.2 | Eettisyys | 52 |
| 6.3 | Tarpeellisuus / hyöty | 54 |
| 6.4 | Jatkokehittämistarpeet | 54 |
| | Lähteet | 56 |
| | Liitteet | |
| | Liite 1. Kyselylomake 1 | |
| | Liite 2. Kyselylomake 2 | |

1 Johdanto

Suun terveydenhuollon ja muun terveydenhuollon välillä olevaa ”kaulaa” on pyritty kuromaan yhteen niin suun terveydenhuollon ammattilaisten, kuin alalla vaikuttavien ammattiyhdistysten ja eri alan koulu- ja koulutustahojen toimesta. Suun terveyden merkitystä yleisterveydelle ymmärretään nykyisen tutkimustiedon puitteissa paremmin, mutta yhä useissa kaupungeissa suun terveydenhuolto jää muun terveydenhuollon ”jalkoihin”, esimerkiksi ennaltaehkäisevän hoidon linjauksia päätettäessä.

Suun terveydenhuollon ja neuvola- ja kouluterveydenhuollon yhteistyö voi parhaimmillaan saavuttaa merkittäviä parannuksia lasten ja nuorten suun terveyteen. Yhteistyö edesauttaa heidän yleisterveyttään myös myöhemmässä iässä, puhumattakaan terveen suun psyykkisistä- ja sosiaalisista merkityksistä nuoren ja nuoren aikuisen kokemukseen omasta terveydestä, ja sitä kautta asemasta ja arvostuksesta yhteiskunnassa.

Tähän kansanterveyttäkin edistävään työhön ennalta ehkäisevät suun terveydenhuollon palvelut ovat avainasemassa ja niiden tuottamiseen tulisi panostaa. Yhteistyössä lasten ja nuorten luonnollisen terveydenhoitoympäristön eli neuvolan tai kouluterveydenhoitajan vastaanoton kanssa, suun terveydenhuollon ammattilaisilla olisi paremmat mahdollisuudet päästä vaikuttamaan nykyistä enemmän vanhempien sekä lasten ja nuorten terveystottumuksiin.

Yhteistyön uusia malleja ja kanavia tulisi kaikissa organisaatioissa etsiä aktiivisesti uudesta ja mahdollisesti hyödyntää uusia teknologisia ja digitaalisia ratkaisuja yhteistyön tekemisessä. Moniammatillinen yhteistyö tulisi saada paremmin osaksi jokapäiväistä toimintaa.

2 Terveys ja terveyden edistäminen

Jotta voidaan käsitteellistää ja hahmottaa terveyden edistämistä, tulee ensin määrittää mitä on terveys. World Health Organization (WHO) määritteli terveyden jo vuonna 1948 olevan ”täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkästään sairauden tai vammaisuuden poissaoloa” (Vertio 2003: 26.) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kuvaa terveyttä näin:

Fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tila. Laajempi merkitys, kuin pelkkä vaivan tai sairauden puute. Voimavara, jonka avulla myös monet muut hyvinvoinnin osatekijät ja hyvä elämä ylipäänsä voivat toteutua. Terveys on inhimillinen perusarvo ja välttämätön sosiaaliselle ja taloudelliselle kehitykselle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos verkkosivut n.d. s.v. terveys)

Hyvinvointi taas määritellään THL:n verkkosivujen mukaan seuraavasti:

Hyvinvoinnin osatekijät jaetaan yleensä kolmeen ulottuvuuteen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin tai elämänlaatuun. Hyvinvointi-käsite viittaa suomen kielessä sekä yksilölliseen hyvinvointiin että yhteisötason hyvinvointiin. Yhteisötason hyvinvoinnin ulottuvuuksia ovat mm. elinolot, työllisyys ja työolot sekä toimeentulo. Yksilöllisen hyvinvoinnin osatekijöiksi taas luetaan sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen, onnellisuus ja sosiaalinen pääoma. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos verkkosivut n.d. s.v. hyvinvointi)

Hyvinvointi voidaankin laajasti määritellä siten, että ”hyvinvointi on myös osallisuutta ja vapautta eli mahdollisuus osallistua täysipainoisesti siihen yhteisöön, jossa elää ja jossa on mahdollisuus tehdä vapaasti omaa elämää koskevia valintoja.” (Koivuniemi ym. 2014: 40).

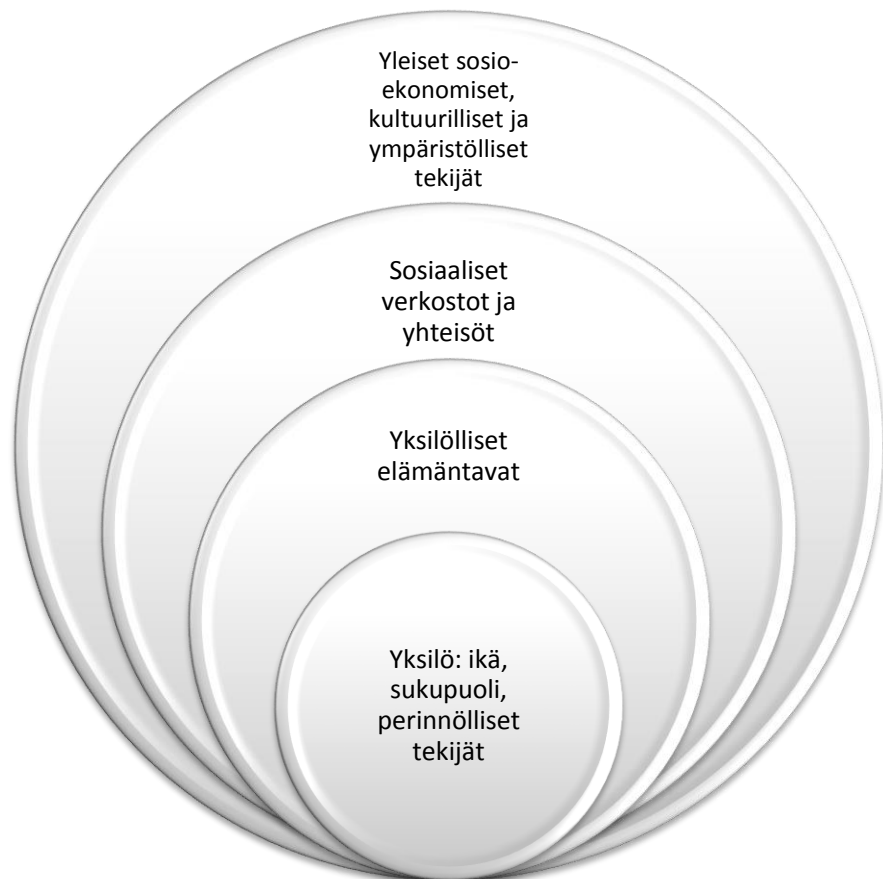
Vuonna 2011 Machteld Huberin (Huber ym. 2011.) johtama tutkijaryhmä haastoi WHO:n määrittelemään terveyden uudelleen. Heidän mukaansa terveyden määritelmä tulisi olla pikemminkin ”ihmisen kysyä sopeutua ja ohjata itse oman elämänsä erilaisten haasteiden keskellä (sosiaaliset, fyysiset ja psyykkiset / henkiset).” (Huber ym. 2011.) Terveyden määritelmäksi on myös tarjottu ”ihmisen kykyä pärjätä omillaan ja tulla toimeen arjessa omien vaivojensa kanssa”. (Koivuniemi ym. 2014: 39.)

2.1 Terveys

Huberin (ym. 2011.) mukaisesti ajateltuna terveyden määritelmään kuuluu siis fyysinen terveys, psyykkinen eli henkinen terveys sekä sosiaalinen terveys. Fyysiseen terveyteen

kuuluu haasteet, jotka koskettavat ihmisen omaa kehoa tai organismeja, ja jotka kuormittuessaan voivat aiheuttaa korjaamattoman ongelman (sairauden). Henkiseen eli psyykkiseen terveyteen kuuluu tutkijoiden mukaan kyky hallita jännitteitä, jotka voivat olla positiivisia tai negatiivisia, sekä ihmisen luottamus omaan pärjäämiseen eli koherenssiin. Sosiaalinen terveys on puolestaan yhteydessä niin henkiseen kuin fyysiseenkin terveyteen, ja liittyy pääasiassa siihen, miten ihminen pystyy toimimaan omassa elämässä ja ohjaamaan oman elämänsä suuntaa huolimatta fyysisistä tai henkisistä haasteista. (Kouvuniemi ym. 2014: 41 - 42.)

Terveys voidaan jakaa myös eri osa-alueisiin: yksilön tasolle, yhteisöntasolle, sosiaalisille tasoille sekä yleiselle sosio-ekonomiselle tasolle johon vaikuttaa mm. Kulttuurilliset ja ympäristölliset tekijät. Tasot on kuvattu kuviossa 1. (Mikkonen 2015: 10.)



Kuvio 1. Terveyttä määrittävät tekijät (mukaillen) Juha Mikkonen 2015: Terveiden tasa-arvon tulevaisuus

2.2 Terveyden edistämisen käsitteet

Terveyden edistämisen käsitteet voidaan jakaa useaan kategoriaan: kansanterveys, terveyden edistäminen ja preventio eli ennaltaehkäisy. (Kauhanen - Erkkilä - Korhonen – Myllykangas - Pekkanen 2013: 101.) Näistä jokainen tarkastelee hieman eri kantilta samaa asiaa. Lisäksi osana terveyden edistämisen käsitteitä, tässä kappaleessa tarkastellaan terveydenhuoltoa terveyden edistäjänä sekä lakeja ja asetuksia, jotka asettavat terveydenhuollolle velvoitteita terveyden edistäjinä. Lisäksi erillisessä kappaleessa tarkastellaan Porvoon kaupungin terveystalveluiden toimintamalleja.

2.2.1 Kansanterveys, terveyden edistäminen ja preventio

Kansanterveys tai väestön terveys, ”public health”, käsite sisältää niin väestön terveyden tutkimuksen kuin toiminnan sen edistämiseksi. Käsitteen juuret juontavat 1800-luvulle, jolloin ensi kertaa ymmärrettiin, että väestön terveyteen voidaan vaikuttaa myös julkisen vallan kautta. Tuolloin alettiin myös kerätä tietoa väestön terveydestä ja tunnistamaan riskitekijöitä. Täytyy kuitenkin muistaa, että terveyden edistämiseen on jokaisella aikakaudellaan liittynyt myös muut yhteiskunnalliset intressit kuten sota, teollistuminen ja niin edelleen. Ensimmäinen ”moderni” määritelmä kansanterveydestä on julkaistu 1923. Tuolloin Winslow sisällytti kansanterveysliikkeen alle tautien ja sairauksien ehkäisyn ja hoidon lisäksi myös yhteisöjen sosiaalisten rakenteiden ja toimintojen kehittämisen organisoituun, terveyttä suojelemaan suuntaan. Tästä määritelmästä 1940-luvulla johdettiin ensimmäiset toiminta-ajatukset ehkäisevään lääketieteeseen, perusterveydenhuoltoon ja terveyden edistämiseen (Ståhl - Rimpelä (toim.) 2010: 12 - 13).

Terveyden edistäminen, ”*health promotion*”, käsitteen varhainen tulkinta sisälsi vielä 1960-luvulla yleisesti kaiken sen toiminnan, jolla pyrittiin tautien riskitekijöiden havainnointiin. Vuonna 1974 Kanadassa julkaistu raportti ”A new perspective on the Health of the Canadians” (Lalonde M.) käynnisti kehityksen terveyden edistämisen hahmottumisesta ammatilliseksi ja tieteelliseksi käsitteeksi. (Ståhl ym. 2010: 16 - 17).

Yhteinen kansainvälinen tulkinta terveyden edistamisestä alkoi WHO:n Euroopan yhteisön toimesta 1980-luvun alussa. Ottawan kongressissa vuonna 1986 WHO julkaisi ensimmäisen terveyden edistämisen julistuksen, joka sisälsi viisi toimintalinjaa: terveyttä edistävä yhteiskuntapolitiikka, terveyttä tukevien ympäristöjen luominen, yhteisöllisen toiminnan vahvistaminen, yksilöllisten taitojen kehittäminen ja terveystalvelujen uudelleen suuntaaminen (WHO 1986.)

Terveydenedistäminen on myös ihmisten tietoisuuden lisäämistä terveydentilasta yksilö- ja yhteiskuntatasolla. Edistäminen terveys sanan yhteydessä tarkoittaa parantamista, edistämistä, tukemista, rohkaisemista ja terveyden asettamista korkeammalle ihmisten ja yhteisöjen toimintaohjelmissa. Terveyden edistämällä pyritään saamaan ihmiset voimaantumaan oman terveytensä hoidossa ja siten vaikuttamaan omaan elämäänsä positiivisesti. (Scriven 2010: 17 – 18.)

Sairauksien ennaltaehkäisyssä eli preventiossa terveyden edistäminen pohjautui pitkälti biolääketieteelliseen terveystalliin, jossa kiinnitettiin huomiota kliinisiin sairauksiin, niiden luokitteluun, diagnosointiin ja hoitoon. Malli tuottaa täsmällistä tietoa ja tilastoa tautien ja sairauksien kuvauksista ja luokista, ja siten niiden vertaileminen kansainvälisesti on mahdollista. Tällaisessa mallissa terveys ymmärretään vain sairauden tai taudin puutteena (Kauhanen ym. 2013: 101 - 102).

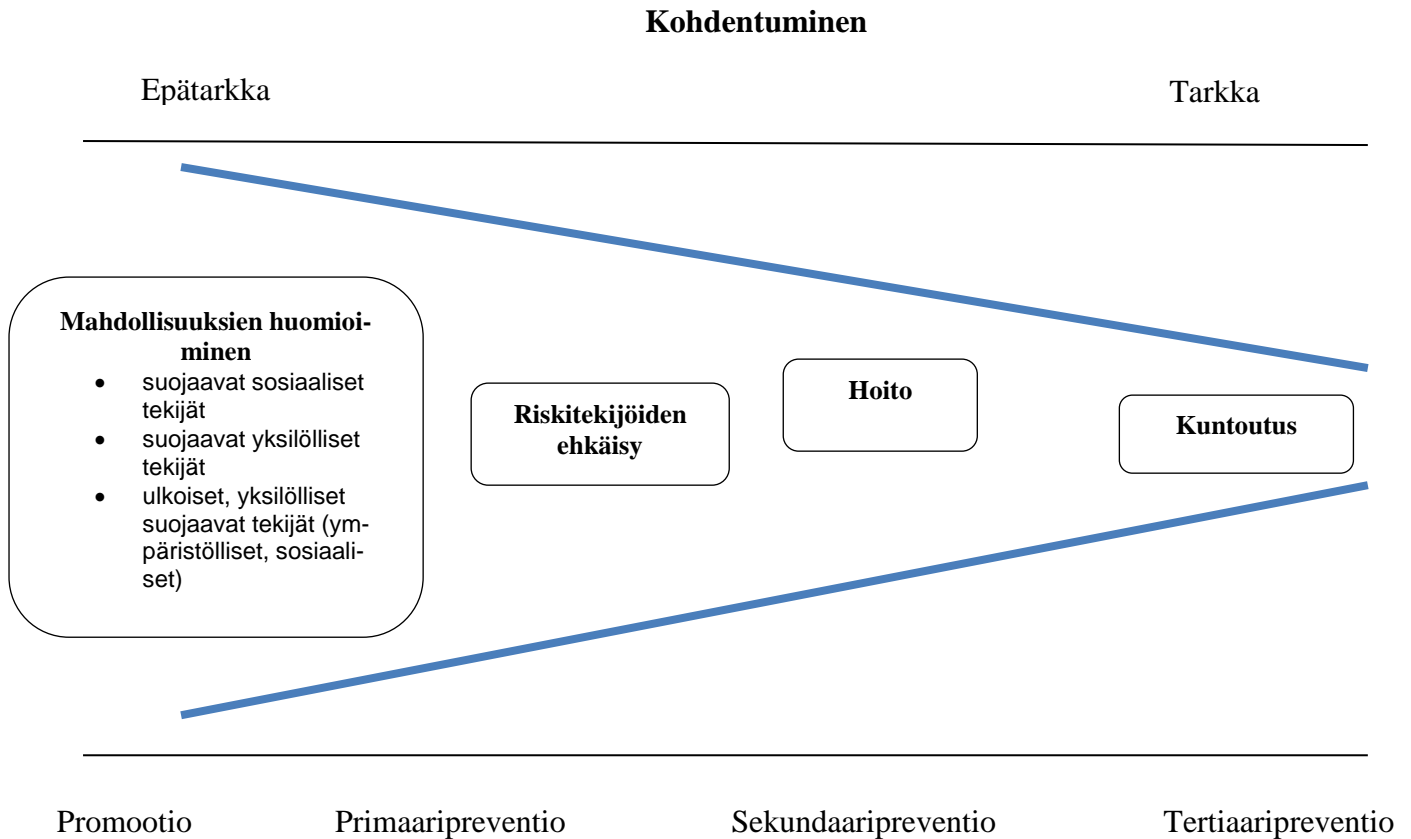
Preventio eli sairauden ennaltaehkäisy jaotellaan perinteisesti kolmeen eri kategoriaan sen mukaan, milloin ja missä tilanteessa ennaltaehkäisy toteutetaan. Primaaripreventiossa toimet painottuvat terveisiin ryhmiin, joissa useimpien ihmisten riskit ovat pieniä. Tästä ryhmästä voidaan erottaa myös proaktiivinen primaaripreventio, jossa pyritään torjumaan kokonaan riskitekijän ilmaantuminen väestöön (Kauhanen ym. 2013: 105).

Sekundaaripreventiossa on jo nähtävillä selviä sairauden riskitekijöitä tai sairaus on jo varhaisasteella. Tilanteesta riippuen toimet voivat kohdistua tällöin joko väestö- tai riskiryhmäpainotteisesti ja tällöin toimet tähtäävät sairauksien ehkäisyyn sekä suuren että pienen riskin ryhmissä ja väestössä (Kauhanen ym. 2013: 105).

Tertiäripreventio puolestaan liittyy useimmiten jo olemassa olevan sairauden pahenemisen ja etenemisen estämiseen tai toimintakyvyn ylläpitoon tai palauttamiseen. Jussi Kauhasen, Arja Erkkilän, Maarit Korhosen, Markku Myllykankaan sekä Juha Pekkasen kirjoittamassa Kansanterveystiede -kirjassa todetaankin, että ”toisinaan se tarkoittaa suurin piirtein samaa kuin lääketieteellinen hoito tai kuntoutus” (Kauhanen. ym. 2013: 105).

Elina Savola ja Pirjo Koskinen-Ollonqvist tarkastelivat vuonna 2005 terveyden edistämistä promootion ja prevention näkökulmista sekä esittelivät terveyden edistämisen kokonaisuuden. Kokonaisuuteen kuuluu mahdollisuuksien luominen, riskitekijöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus sekä niiden keskinäiset suhteet ja painottuminen. Sairauksien

riskitekijöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus ovat tarkkarajaisempia kokonaisuuksia ja niiden vaikuttavuudesta saadaan vahvempaa näyttöä helposti, jolloin ne kohdentuvat ja painottuvat tarkasti, kun taas promootiossa mahdollisten sairauksien kohdentaminen on vaikeampaa ja epätarkempaa. (Savola – Koskinen-Ollonqvist 2005: 13.)



Kuvio 2. Terveyden edistämisen näkökulmat – kohdentuminen ja painotus (Savola ym. 2005: Terveyden edistäminen esimerkein – Käsitteitä ja selityksiä).

2.2.2 Terveysmallit ja –filosofiat

Nykyaikaisemmassa terveysmallissa terveyden edistämiseen sisällytetään laajempia kokonaisuuksia. Tällainen terveysmalli on esimerkiksi funktionaalinen terveyskäsitys, jossa päähuomio ei välttämättä ole sairauksissa tai taudeissa, vaan esimerkiksi toimintakyvyssä, jota terveyden edistämisen toimilla voidaan sairaudesta huolimatta parantaa. Toinen esimerkki on positiivinen terveysmalli, jonka lähtökohtana on ymmärrys siitä, että terveys voidaan käsittää elinvoimana tai voimavarana. Terveys on siis voimavara, jota

tilanteesta riippuen on joko enemmän tai vähemmän, ja terveyden edistäminen on terveysvarannon lisäämistä. (Kauhanen ym. 2013: 101 – 102.)

Terveyden edistämisen käytänteet ovat laajentuneet ja monipuolistuneet viimeisen vuosikymmenen aikana. 1980-luvun terveyskasvatuksesta ja terveysvalistuksesta, jossa asiantuntijoiden auktoriteetin katsottiin parhaiten omaavan valmiuksia ohjata ja opettaa valistumatonta väestöä terveellisempiin valintoihin, on edetty suostuttelu lähestymistavan kautta yksilön ja yhteisöjen voimaannuttamiseen. Voimaannuttamisella tarkoitetaan tässä yksilölle ja yhteisöille otollisten olosuhteiden, edellytysten ja motivaation luomista omille terveyttä tukeville ratkaisuille ja päätöksille. (Kauhanen ym. 2013: 103 – 104.)

Suurin muutos terveyden edistämisen filosofioissa 2000-luvulla koskee ihmisen autonomiaa. Yksilön rooli on nykyisessä ajattelussa aiempaa huomattavasti aktiivisempi. Toinen on yhteisöllisyyden merkitys. Kokonaisuun yhteisöihin kohdistuva terveyden edistäminen nähdään järkevämpänä, sillä vaikka yksilön terveyden edistäminen on tärkeää, on se suhteellisen tehoton lähestymistapa. (Kauhanen ym. 2013: 104.)

2.2.3 Terveyshyötymalli

Chronic Care Model eli pitkäaikaissairauksien hoitomalli on kehitetty 1990-luvulla Amerikassa arvioimalla ja tutkimalla vaikuttavia hoito-ohjelmia ja interventioita kroonisia sairauksia sairastavien ihmisten hoidossa. Terveyshyötymallia voidaan käyttää myös muutosjohtamisen työkaluna ja sen avulla hoidon painopistettä voidaan kääntää kohti ennaltaehkäisevää toimintaa. Mallin kuusi painopistettä ovat 1) organisaation ja johdon sitoutuminen; 2) yhteisön voimavarat; 3) omahoidon tuki; 4) palveluvalikoima; 5) päätöksenteon tuki ja 6) kliiniset tietojärjestelmät. Mallin käytäntöön soveltamista on Suomessa kehitetty STM:n johtamassa Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon RAMPE-hankkeessa. (Koikkalainen ym. 2012: 4 – 5.)

Pitkäaikaisten sairauksien hoidon suurin ongelma on nykyisessä akuutin hoidon mallissa nähtävissä asiakkaan passiivisuudessa. Passiivisen asiakkaan terveydenhoidosta päättää terveydenhuollon asiantuntija, jolloin asiakas itse ei ole sitoutunut omahoitoon ja hänen omat voimavaransa eivät tule hyödynnetyiksi. Terveyshyötymallin avulla organisaation omaa toimintaa on mahdollista jäsentää, arvioida ja kehittää, vaikkakaan sillä ei voida täysin poistaa sisäisten tai ulkoisten tekijöiden vaikutusta toimintaan. Sisäisiä tekijöitä ovat mm. henkilöstö, henkilöstön saatavuus, työnjako ammattiryhmien välillä jne.

Ulkoisia tekijöitä ovat mm. palvelujen tarve, lainsäädäntö, järjestöjen tarjoamat palvelut jne. (Koikkalainen ym. 2012: 5 – 6.)

Ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa terveyshyötymallin voitaisiin käyttää omahoidon tuen menetelmien kehittämisessä. Terveyshyötymallissa omahoito nähdään ammatillaisen kanssa yhdessä suunnitellun omahoidon toteuttamisena, ei niinkään asiakkaan omatoimisena omahoitona. Asiantuntija toimiikin enemmän valmentajana asiakkaan itse toteuttaessa yhdessä sovittua omahoitoa. Tämä vaatii asiantuntijalta erityistä sopeutumiskykyä, kun asiakkaan valinnat eivät ole linjassa hänen suositustensa kanssa, mutta toisaalta tämä siirtää osan työn vastuusta asiakkaalle itselleen. Asiantuntijalta tämä vastuun siirto edellyttää asiakkaan arkielämään perehtymistä sekä autonomian kunnioittamista sekä kykyä esittää näyttöön perustuvan tutkimustiedon soveltamista arkielämässä ja sen muutoksissa. (Koikkalainen ym. 2012: 19.)

2.2.4 Terveydenhuolto terveyden edistäjänä

Terveydenhuolto ja sen palvelut ovat tärkeä, mutta vain yksi osa terveyden edistämistä väestötasolla. Perinteisesti terveydenhuollon tehtäviin on ajateltu lukeutuvan sairauksien ehkäisy, sairauksien hoito ja kuntoutus. Näiden lisäksi nykyisin tehtäviin lisätään saattohoito, eli ihmisen arvokkaan kuoleman turvaaminen. Terveyden edistäminen on kuulunut terveydenhuollon perustehtäviin jo ensimmäisen kansanterveyslain (28.1.1972/66) mukaisesti, mutta Suomessa, kuten useimmissa muissakin maissa, sairauksien hoito on etusijalla (Kauhanen ym. 2013: 120).

Tutkimusprofessori, dosentti Matti Rimpelä toteaa vuonna 2010 julkaistussa Terveyden edistämisen kirjassa näin: *”Tänään kunnat ovat useimmiten kiinnostuneita vain sairaanhoidosta. Vastuu väestön terveyden edistämisestä on siirtynyt terveydenhuollon ulkopuolelle. Useissa kunnissa ja terveyskeskuksissa terveyden edistäminen ja ehkäisevät palvelut koetaan ulkoisen pakon tuottamiksi velvoitteiksi.”* Tähän on Rimpelän mukaan vaikuttanut todennäköisesti eniten se, että terveyskeskusten suunnitelmallinen ehkäisevän terveyden edistämisen työ on siirtänyt painopistettä ehkäisevälle lääkehoidolle muiden ennaltaehkäisevien toimien rapautuessa ja terveyden edistäminen on muuttunut *”..harrastusluonteiseksi toiminnaksi, johon panostaminen on jäänyt ammattihenkilöstön varaan.”* (Ståhl ym. 2010: 28, 31.)

2.2.5 Terveyden edistäminen suun terveydenhuollossa

Suun terveydenhuollossa yleisimmin käytetty mittari suun terveydentilasta on DMFT-indeksi. DMF-indeksi tarkoittaa laskennallista arvoa siitä miten iso osa hampaistosta on kariuksen vaikutuksesta kärsinyt eli kariuksen esiintyvyyttä (*prevalence*). D= *decayed* / reikiintyneet, M = *missing* / meneteyt /poistetut, F = *filled* / pakatut ja indeksi lasketaan joko hampaiden (T) tai hampaiden pintojen (S) lukumäärästä. Hampaiden tasolla laskettu arvo tuottaa DMF- indeksin. (Malmön yliopiston verkkosivut. d.n.) WHO on vuonna 1979 asettanut tavoitteeksi, että kaikkien maiden DMFT-indeksi tulisi olla alle 3 pysyvistä hampaista 12-vuotiailta laskettuna. (WHO n.d.)

Suun terveydenhuollosta ennaltaehkäisevän hoidon tilaa on vaikea mitata. Suomesta ei ole tuoreita tutkimustuloksia lasten ja nuorten kariuksen tilasta. Viimeisimmät luvut Suomesta ovat vuodelta 2009, jolloin 5-vuotiaiden DMF-indeksin keskiarvo oli 0,3, 12-vuotiaiden 0,7 ja 17-vuotiaiden 1,3. Tutkituista lapsista täysin kariesvapaita oli vain 39,2 % (5v.), 26,1 % (12v.) ja 7,3 % 17-vuotiaista. Tästä voidaan päätellä, että 5-vuotiaista lapsista 60,8 prosentilla, 12-vuotiaista 73,9 prosentilla ja 17-vuotiaista 92,7 prosentilla oli parhaillaan tai oli jo hoidettu jonkin asteinen karies. (Widström - Järvinen 2011: 190.)

Lasten ja nuorten sairaalassa Helsingissä hoidetaan yleisanestesiassa vuosittain n. 150 vaativaa hammashoitoa tarvitsevaa lasta. Tarve olisi moninkertainen, mutta resurssien vuoksi sairaalassa hoidetaan vain vaikeasti sairast lapset (syöpää tai verenvuototautia sairastavat, kehitysvammaiset yms. lapset) sekä alle 3-vuotiaat terveet lapset. (Hankeselvitys raportti – Uusi lastensairaala 29.9.2015.)

2.3 Moniammatillisuus

Eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä pidetään tärkeänä sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tästä yhteistyöstä käytetään usein nimitystä moniammatillinen yhteistyö ja se tähtää asiakkaan osallistumiseen omaan hoitoon sekä lisäämään organisaation työntekijöiden valmiuksia puuttua asiakkaiden ongelmiin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Usein tämä työ on jäänyt kuitenkin ideologisen puheen tasolle ja yhteistyötä edistävät ja estävät tekijät ovat jääneet samoiksi jo yli kymmenen vuoden ajaksi. Yhteisen, laajemman näkemyksen puute juontaa yleensä juurensa työntekijöiden lokeroitumisesta omaan osaamisalueensa, vaikkakin laaja-alaisempi näkemys ja osaaminen yhdistetään nykyisin asiakkaan saamaan hyötyyn. Moniammatillista yhteistyötä ei kuitenkaan usein

lueta terveydenhuollossa terveyden edistämisen työnkuvaan, vaikka monien ongelmien kasaantuminen on ehkäistävissä vain laajojen moniammatillisten ja monialaisten verkostojen kautta. (Pietilä ym. 2012: 143.; Sirviö 2006: 33 – 36.)

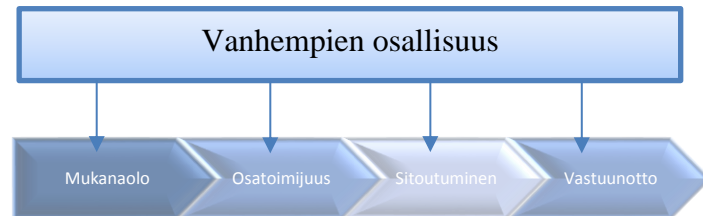
Yhteistyön selkein haaste löytyy yleensä eri osaamisalueilta tulevien asiantuntijoiden välisestä kommunikaatiosta. Kasvotusten tapahtuva selkeä vuorovaikutus yhteisen ongelman parissa onkin tehokkain yhteisen ymmärryksen kehittämisen väline. Yhteistyön kehittymiselle voidaan nähdä myös haaste. Tämä haaste on oman asiantuntijuuden kehittyminen, sillä asiantuntijuuden kehittyessä tulisi asiantuntijan pystyä jakamaan oman alansa asiantuntijuutta muiden asiantuntijoiden kanssa ja saada heidät vakuutettua omasta asiantuntijuudestaan. Usein tämä epävarmuus omasta asiantuntijuudesta saattaa estää yhteydenottoja toiseen asiantuntijaan ja tällöin tiedon kulku saattaa estyä kriittisesti. (Pietilä ym. 2012: 143-145.)

Moniammatillisen yhteistyön periaatteiden sopiminen vaatii pitkäjänteistä työtä yhdessä ja kasvotusten. Yhteistyö voi tarkoittaa kuntien toimijoiden välistä yhteistyötä, mutta siihen voidaan sisällyttää myös erilaisten järjestöjen ja vapaaehtoistyötä tekevien organisaatioiden kanssa tehtävä yhteistyö. (Klemetti – Hakulinen-Viitanen 2013: 302.)

2.4 Asiakkaan ja/tai vanhempien osallisuus

Asiakkaan osallistuvuus on nyky-yhteiskunnan peruspilareita. Asiakas voi osallistua, toimia ja vaikuttaa itseään koskeviin päätöksiin myös terveydenhuollossa. Osallistuminen on kapeampi näkemys kuin osallisuus – osallisuus nähdään kiinnittymisenä kyseessä olevaan ilmiöön ja osallistuminen on toiminnallista mukana oloa. Osallisuuden kokemus edellyttää asiakkaan koemusta tasavertaisuudesta palvelutapahtumassa, mielipiteen ilmaisemista ja osallistumista päätöksentekoon, eli hän kokee oman toimintansa arvokkaana osana toimintaa, jota arvostetaan. (Pietilä ym. 2012: 131.) Asiakkaan osallistaminen voidaan nähdä myös asiakkaan voimaannuttamisena. Voimaantunut ihminen on itsestään määräävä ja ulkoisista pakoista vapaa, hän tunnistaa omat voimavaransa ja kykenee hyödyntämään kokemuksiaan maallikkoasiantuntijana. Voimaantunut asiakas kykenee hankkimaan itse tietoa sekä ajattelemaan kriittisesti päätöksenteon edessä. Voimaantunut asiakas on yleensä sitoutuneempi omaan hoitoonsa. Voimaannuttaminen saattaa myös toisinaan asettaa liian suuria vaatimuksia potilaan ja hänen läheistensä vastuulle, ja tällöin voimaannuttaminen on seurausta epäonnistuneesta kommunikaatiosta tai se on huonosti hallittu. (Koivuniemi ym. 2014: 172 - 174.)

Vanhempien osallisuutta voidaan tarkastella lapsen tai nuoren terveyden edistämiseen mukaan neljällä eri tasolla eli mukanaolo, osatoimijuus, sitoutuminen ja vastuunotto (Kuvio 3).



Kuvio 3. Asiakkaana olevan vanhemman osallisuuden tasot (Pietilä ym. 2012: 131.)

Mukanaolossa asiantuntija asettuu tietäjän asemaan ja vanhempi on passiivinen mukanaolija. Asiantuntijan järjestelmälähtöinen ja tehtäväkeskeinen toiminta korostuvat. Vanhemman vastuuta ja käsitystä terveydestä ei ehkä tuoda esille lainkaan ja tasoa voidaan kutsua myös velvollisuustasoksi. Lapsi tai nuori tuodaan hoitolaan tai vastaanotolle velvollisuudesta, ei niinkään omasta mielenkiinnosta tai toiveesta. (Pietilä ym. 2012: 131 - 132.)

Osatoimijuudessa vanhemmat ovat aktiivisia, mutta eivät kyseenalaista asiantuntijan tietämystä. Konfliktien välttäminen ja jouheva toiminta ovat päämäärinä toiminnassa. Perheiden vastaukset terveyttä edistämistä toimista jäävät irrallisiksi ja vanhemmille jää itselleen vastuu päättää, onko tarvetta elämänmuutoksille. Sitoutumisen tasolla vanhemmat puolestaan tiedostavat oman toimintansa merkityksen lapsen tai nuoren terveyteen. He kehittävät omaa vanhemmuuttaan aktiivisesti asiantuntijalta neuvoja ja ohjeita hyödyntäen. Nämä vanhemmat tekevät itse päätökset erilaisten vaihtoehtojen pohjalta ja kykenevät arvioimaan oman perheensä terveyteen liittyviä tekijöitä. (Pietilä ym. 2012: 132.)

Vastuunoton tasolla vanhemmat vastaavat toiminnasta eivätkä välttämättä odota asiantuntijalta apua tai hyväksyntää toiminnalleen. He kykenevät itsenäisesti tunnistamaan perheensä voimavaroja sekä arvioimaan mahdollisuuksiaan vaikuttaa perheensä elintapoihin. He tekevät itsenäisesti valintoja ja päätöksiä, jopa siinä määrin, että heidän voi olla vaikeaa hyväksyä päätöksiä, mikäli heitä on kehoitettu valitsemaan tietty toimintamalli, joka ei tällöin ole heidän oma päätöksensä. (Pietilä ym. 2012: 132-133.)

Asiakkaan tai vanhemman osallisuuden voi estää se, että osallistuminen koetaan liian vaikeaksi. Käsiteltävät asiat voivat olla vaikeita, monimutkaisia kokonaisuuksia, joista on helpompi siirtää vastuu asiantuntijalle, kuin esittää kysymyksiä ja tarkennuksia asiasta. Myös työntekijän omat tiedostetut tai tiedostamattomat asenteet voivat määritellä jo ennalta asiakaskohtaamisen vuorovaikutusta, joka puolestaan määrittelee asiakkaan kokeman osallisuuden tunteen ja sitoutumisen tason. (Sirviö 2006: 45.)

2.5 Lainsäädäntö ja veloitteet

Suun terveydenhuoltoa ja neuvolatoimintaa ohjaavat useat lait ja asetukset Suomessa. Tärkeimpiä lakeja ovat Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, Valtioneuvoston asetus hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä 1019/2004, Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014, Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011, Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 sekä Asetuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564.

Terveydenhuoltolaki velvoittaa kunnat järjestämään asukkailleen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut. Lain tarkoitus on ylläpitää ja edistää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta siinä missä kaventaa terveyseroja tai varmistaa potilaille hoidon yhdenvertaisuus, laatu, saatavuus ja potilasturvallisuus eri alueilla Suomessa. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Terveydenhuoltolaki määrittelee suun terveydenhuollon osaksi perusterveydenhuoltoa ja asettaa yhdessä Valtioneuvoston asetuksen neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskelija-terveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011 kanssa selkeät määräykset, kuinka usein lasten ja nuorten hampaita ja suuta tulisi tutkia ja tarkastella. Asetuksessa määritellään myös ensimmäistä lastaan odottavien parien kunnalta saamat suun terveydenhuollon palvelut. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326; Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.)

Terveydenhuoltolain 15§ toteaa että *"Kunnan on järjestettävä alueensa raskaana olevien naisten, lasta odottavien perheiden sekä alle oppivelvollisuusikäisten lasten ja heidän*

perheidensä neuvolapalvelut.” Neuvolapalveluihin on lueteltu erilaisia tehtäviä ja siinä luetellaan myös lapsen suun terveydentilan seuranta vähintään joka toinen vuosi. 16§ pykälä toteaa *”Kunnan on järjestettävä kouluterveydenhuollon palvelut alueellaan sijaitsevien perusopetusta antavien oppilaitosten oppilaille. Kouluterveydenhuoltoon kuuluu myös oppilaan työelämään tutustuttamisen aikainen terveydenhuolto.*” Kouluterveydenhuollon yhdeksi tehtäväksi on luettu oppilaan suun terveydenhuolto, johon sisältyvät suun terveystarkastukset vähintään kolme kertaa ja yksilöllisen tarpeen mukaisesti. 17§ puolestaan käsittelee opiskelijaterveydenhuoltoa, joka kunnan on järjestettävä sen alueella sijaitsevien ammatillisten oppilaitosten, lukioden ja ammattikorkeakoulujen opiskelijoille heidän asuinpaikastaan riippumatta. Mukaan luetaan suun terveydenhuollon palvelut. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Terveydenhuoltolaki määrittelee myös suun terveydenhuollon tehtävät pykälässä 26§. Näitä ovat väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta; terveysneuvonta ja terveystarkastukset, suun sairauksien tutkimus sekä ehkäisy ja hoito, potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen, sekä potilaan hoito ja tarvittaessa jatko-tutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen. Pykälässä 51§ määritellään perusterveydenhuol- lolle aikavaatimukset palvelujen järjestämiselle: hoidon tarpeen arviointi tulee toteuttaa kolmen arkipäivän sisällä asiakkaan yhteydenotosta, mikäli arviota ei ole voitu tehdä heti yhteydenoton yhteydessä. Hoidontarpeen arvioinnin yhteydessä todettu tarpeellinen hoito tulee aloittaa kolmen kuukauden sisällä hoidontarpeen arvioinnista, mutta suun ter- veydenhuollossa tätä aikarajaa voidaan lykätä vielä kolme kuukautta, mikäli *”..lääketie- teellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voi- daan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta.*” (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011 määrittelee tarkem- min, kuinka kunnan on järjestettävä nämä palvelut. 4§ todetaan, että kunnan kansanter- veystyöstä vastaavan viranomaisen on yhdessä sosiaali- ja opetustoimen kanssa laadit- tava tälle työlle toimintaohjelma. Seurantatietoja terveystarkastuksista ja -neuvonnasta on käytettävä apuna palveluja suunniteltaessa. Samoin asetuksessa annetaan tarkat määritelmät tarkastusten sisällöstä sekä veloitetaan terveydenhuollon ammattilaiset selvittämään tarkastuksista poisjäävien tuen tarve. Myöskin suun terveydenhuollon osalta on määritelty, mikä ammattiryhmä tekee suun tarkastuksen missäkin kehityksen

vaiheessa. Alle kouluikäiset tarkastaa suuhygienisti tai hammashoitaja ja tarpeen mukaan hammaslääkäri, oppilaiden suun terveystarkastuksen tekee hammaslääkäri tai suuhygienisti tai täydennyskoulutuksen saanut hammashoitaja. Ensimmäistä lastaan odottavien vanhempien suun terveydentilan ja hoidon tarpeen arvioinnin voi tehdä suun terveydenhuollon ammattihenkilö haastattelun tai muiden toimien perusteella. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.)

Terveydenhoitaja tekee yhteistyössä lääkärin kanssa lapsille laajat terveystarkastukset, joissa selvitetään niin lapsen, kuin tämän vanhempien ja perheen tilannetta. Laajaan terveystarkastukseen sisällytetään myös huoltajan luvalla arvio päivähoidon tai esiopeutuksen henkilökunnalta lapsen selviytymisestä ja hyvinvoinnista koulussa tai päivähoitossa. Laajoja terveystarkastuksia tehdään lapsille 4kk, 18kk ja 4 vuoden iässä sekä kouluiässä ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella luokalla. Näiden laajojen tarkastusten lisäksi lapsille on järjestettävä ensimmäisen ikävuoden aikana vähintään kahdeksan muuta terveystarkastusta, joista lisäksi kaksi toteutetaan yhteistyössä lääkärin kanssa. 1 – 6 ikävuoden aikana terveydenhoitajan on suoritettava lapselle laajan terveystarkastuksen lisäksi vähintään viisi terveystarkastusta, joissa yhteen on sisällytettävä terveydenhoitajan arvio suun terveydentilasta. Lisäksi laissa määritellään opiskelijaterveydenhuollolle omat tarkastukset peruskoulun jälkeen tuleville opiskeluille. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011 5§, 6§, 7§, 9§.)

Suun terveydenhuollon on toteutettava kunnan asukkaille tarkastukset alle kouluikäisille kerran 1-tai 2-vuotiaana, kerran 3- tai 4-vuotiaana, ja kerran 5- tai 6-vuotiaana. Kouluikäisille tarkastus tulee järjestää ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella luokalla. Opiskelijoille suun terveystarkastus ja sen mukainen hoito on tarjottava vähintään kerran opiskelujen aikana. Lisäksi ensimmäistä lastaan odottaville perheille tulee järjestää suun terveydentilan ja hoidon tarpeen arviointi. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011, 10§.)

Asetuksen moniammatillisuuden tarve tulee hyvin esiin pykälässä 13§, jossa määritellään erityisen tuen tarpeen tunnistaminen ja järjestäminen. Sen mukaan terveydenhuollon ammattilaisten tulee tarpeen mukaan tehdä yhteistyötä sekä kunnan eri toimijoiden,

kuten päivähoidon, kotipalvelun, lastensuojelun, oppilas- ja opiskelijahuollon sekä erikoissairaanhoidon ja muiden tahojen kesken. *”Erityisen tuen tarve on selvitettävä, jos alle kouluikäisessä lapsessa, oppilaassa, opiskelijassa, perheessä tai ympäristössä on tekijöitä, jotka voivat vaarantaa tervettä kasvua ja kehitystä.”* Tämä koskee siis kaikkia terveydenhuollon ammattilaisia, jotka toimivat perusterveydenhuollossa neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa. (Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivityksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014 asettaa suun terveydenhuololle vaatimuksen kiireellisen hoidon järjestämisestä.

16§ ”Kunnan ja kuntayhtymän on, yöpäivitystä lukuun ottamatta, huolehdittava, että laillistetun hammaslääkärin palvelut ovat saatavilla sairaanhoidopiiriin alueella keskitetysti yhteispäivityksen yhteydessä virka-ajan ulkopuolella, ellei saavutettavuus- ja potilasturvallisuusnäkökohdista muuta johdu. Erityisvastuualueella tulee järjestää ympärivuorokautinen erikoissairaanhoidon suun terveydenhuollon päivitys sisältäen perusterveydenhuollon osuuden. Ympärivuorokautisessa suun terveydenhuollon päivityksessä on oltava valmius kasvojen-, suun- ja kaulan alueiden päivityksellisiin tutkimustoimenpiteisiin ja hoitoihin mukaan lukien vaikeasti sairaan tai loukkaantuneen potilaan tutkiminen ja hoito. Päivityksessä on huolehdittava potilaan pääsystä tarpeen mukaiseen leikkaushoitoon ja leikkauksen jälkeiseen seurantaan sekä tehostettuun valvontaan.”

Tästä johtuen iso osa suun terveydenhuollon kapasiteetista kunnissa käytetään päivitysvaatimuksen täyttämiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivityksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559 puolestaan määrittelee minkälaisella koulutuksella Suomessa voi harjoittaa hammaslääkärin, suuhygienistin tai terveydenhoitajan ammattia. Siinä määritellään myös ammattieettiset velvollisuudet (15§), potilasasiakirjojen laadinnalle ja säilyttämiselle, annetaan määräykset salassapidolle (16§, 17§) sekä määritellään täydennyskoulutuksen tarpeellisuudesta ammatin ylläpitämiseksi ja ammatissa kehittymisen tueksi (18§). (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.)

Hammashoitajan ammatti ei ole laissa säädetty, vaan se on ollut nimikesuojattu ammatti, ja nykyisin valmistuvat hammashoitajat saavat lähihoitaja -nimikkeen käyttöoikeuden. Tästä on säädetty erikseen Asetuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöistä

28.6.1994/564. Sama asetus määrittelee, milloin ammattiin opiskeleva opiskelija voi toimia laillistetun ammatin sijaisena sekä missä tehtävissä opiskelija voi toimia (3d§ ja 3f§). (Asetuksessa terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/564.)

2.6 Terveyden edistäminen Porvoon terveystalouksissa

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on määritelty kuntien perustehtäväksi vuonna 2011 voimaantulleessa Terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kunnat myös mahdollistavat terveellisten valintojen tekemisen sekä vahvistavat taustatekijöiden, kuten koulutuksen, elinolojen, työolojen ja palvelujen terveyttä edistävää toimivuutta. Yksilöllä on ensisijainen vastuu omasta ja lähiympäristönsä (esim. perhe, koti, työpaikka) terveydestä ja hyvinvoinnista ja hänen valintoihinsa ja elämäntapaansa vaikuttavat hänen tiedolliset voimavarat, elinolosuhteet, kulttuuri ja ympäristö sekä niiden tarjoamat virikkeet ja mahdollisuudet (Varjonen-Toivonen 2011: 2.)

Terveyden edistäminen on myös käytäntöön siirrettyä kansanterveystiedettä, jossa tutkimus ja käytännön toimintamallit tähtäävät ihmisen terveyden ja hyvinvoinnin optimointiin. Terveys ja hyvinvointi siis syntyvät hyvän terveyden ylläpidosta ja sairauksien ennaltaehkäisystä, kun taas aikaisemmin kansanterveystieteessä käytetty sana preventio tähtäsi sairauksien ennaltaehkäisyyn. (Kauhanen ym. 2013: 101).

Porvoon kaupunki valmisteli ensimmäisen hyvinvointikertomuksensa vuonna 2013. Hyvinvointikertomus on osa vuonna 2011 voimaan tullutta uudistettua terveydenhuoltolakia (30.12.2010/1326), jonka mukaan kuntien tulee päätöksenteossa ottaa huomioon vaikutukset väestön terveyteen ja hyvinvointiin. Hyvinvointikertomuksesta on raportoitava valtuustolle vuosittain ja kerran valtuustokauden aikana on valmisteltava laajempi hyvinvointikertomus. Kertomus on osa kunnan strategiaa ja sitä hyödynnetään niin kunnan johtamiseen kuin talouden ja toiminnan suunnitteluun. Kaupungin johtoryhmä vastaa kertomuksen laadinnasta ja kaupunginjohtaja on nimennyt kertomuksen valmistelleen ja kirjoittaneen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen ohjausryhmän (Porvoon kaupungin hyvinvointikertomus 2013.)

Syksyllä 2012 Porvoo osallistui ensimmäistä kertaa käynnistyneeseen alueelliseen terveys- ja hyvinvointi tutkimukseen (ATH), jonka toteutti THL. Tutkimuksella saatiin keskeistä tietoa väestöä koskettavista ilmiöistä, joista ei saatu tietoa rekistereistä. Rekiste-

ritietoja kerättiin puolestaan THL:n ja Tilastokeskuksen tietokannoista. Lisäksi hyvinvointivaikutuksia kartoitettiin kyselyllä kaupungin asiantuntijoilta ja sidosryhmiltä. Kyselyyn vastasi lähes 200 kaupungin viranhaltijaa, poliittista päättäjä ja sidosryhmän edustajaa (Porvoon kaupungin hyvinvointikertomus 2013.)

Kertomuksen mukaan peruspalvelujen priorisoinnilla pyrittiin tuottamaan pääsääntöisesti lakien ja normien mukaisia palveluja kuntalaisille. Asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen on kertomuksen mukaan keskeisintä ja sen tavoitteena on elämäntapaajattelu. Terveyserojen kaventamiseen ja riskiryhmien elämäntapajatteluun lisäämiseen on vastattu mm. järjestämällä asiakkaille ryhmävastaanottoja kuten elämäntaparyhmiä terveysasemilla. Oppilashuoltoon on lisätty henkilöstöresursseja (Porvoon kaupungin hyvinvointikertomus 2013.)

Terveellinen, turvallinen ja ympäristöarvot huomioon-ottava asuinympäristö edesauttaa hyvinvointia. Tähän vaikuttaa niin esteettömyys, energiatehokkuus kuin liikkumisen ja liikenteen toimintaedellytysten lisääminen sekä ilmastonmuutoksen torjuntakin. Neuvolan perhekeskeinen ja asiakaslähtöinen toiminta tähtäävät lasten ja nuorten hyvinvointiin. Terveystien edistäminen, vanhemmuuden tukeminen ja sosiaalisen kehityksen tukeminen kouluikästä asti on katsottu neuvoloiden tehtäväksi. Neuvoloista järjestetään apua myös lapsiperheille, joilla on erityisen tuen tarvetta. Tämä apu voi olla esimerkiksi perhetyön muodossa olevaa ohjausta ja neuvontaa. Perhetyötä lisäämällä kaupunki on myös onnistunut vähentämään lastensuojelun avopalvelusijoitusten ja laitossijoitusten määrää (Porvoon kaupungin hyvinvointikertomus 2013.)

Nuorten kokemukset hyvinvoinnista on kerätty kouluterveyskyselyillä. Kyselyn mukaan porvoalaisista nuorista suurin osa kokee terveytensä hyväksi. Nuoret puolestaan eivät koe tulevaisuutta kuulluiksi kouluissa ja oppilaitoksissa ja oppilas- ja opiskelijahuollon palveluissa koetaan olevan puutteita. Tupakointi ja alkoholin käyttö on keskimääräistä yleisempää Porvoossa kuin muualla Suomessa. Päihteiden käyttö lisää syrjäytymisriskiä ja päihteiden käytön vuoksi nuoren koulunkäynti tai opiskelu voi kärsiä tai katketa kokonaan. (Porvoon kaupungin hyvinvointikertomus 2013.)

Tällä hetkellä suun terveydenhuollolla on edustus kaupungin laajennetussa johtoryhmässä, ravitsemustyöryhmissä (omat ryhmät päiväkotikäisille, koululaisille ja vanhuksille) sekä diabetes-ensitietoryhmässä. Suun terveydenhuollosta käydään myös pitä-

mässä odottaville perheille luentoja perhevalmennusryhmissä sekä kouluissa terveystiedon opetuksen yhteydessä pidetään luento seiskaluokkalaisille suun terveydestä. Alakouluissa tokaluokkalaisille on tarkoitus pitää luento hampaiden hoidosta sekä vanhuspalvelujen työntekijöille on pidetty luentoja vanhusten suun terveydenhoidosta. Valitettavasti mm. hoitotakuun asettamat aikarajat ja potilasmäärien lisääntyminen kaupungin suun terveydenhuollon yksiköissä on johtanut siihen, että kaupungin suun terveydenhuollon henkilöstö ei pysty osallistumaan ulkoisten sidosryhmien kanssa toteutettavaan terveyden edistämiseen, vaan heidän työpanostaan on tarvittu pääsääntöisesti vain asetusten mukaisten suun terveyden tarkastuksiin ja kliiniseen potilaiden hoitamiseen.

Suun terveydenhuolto ei ole voinut omalta osaltaan olla vaikuttamassa syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien ihmisten ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon vähäisten resurssien kohdentuessa lain asettamien vaatimuksien täyttämiseen. Jatkuvasti kasvava potilasmäärä on ajamassa toimintaa siihen suuntaan, että suun terveydenhuollossa hoidetaan vain niitä nuoria aikuisia, aikuisia ja ikääntyneitä, joilla vielä on voimavaroja ja kykyä hakeutua palvelujen piiriin. Usein syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien henkilöiden suun terveydenhuollon palvelujen pariin hakeutumista hankaloittaa myös hoitamaton hammashoitopelko. Tästä syystä heidän hoitoon hakeutumisensa on vielä vähäisempää ja ongelmien kasaantuminen johtaa yhä suurempiin suun terveyden ongelmiin, jotka saattavat vaatia jopa tehohoitoa sairaalassa niiden henkeä uhkaavien oireiden vuoksi (turvotus kaulalla ja leualla -> vaikutukset hengittämiseen). Näiden syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien aikuisten omat lapset ovat myös erityisessä riskissä suun sairauksien osalta, ja näiden lasten saamiseen suun terveydenhuollon piiriin mahdollisimman varhaisessa vaiheessa tarvitaan entistä enemmän lastenneuvolan ja kouluterveydenhuollon kanssa toteutettavaa yhteistyötä.

2.6.1 Porvoon kaupungin terveydenhuollon organisaatiouudistus

Porvoon kaupungissa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut ovat pitkään olleet perinteisen linjaorganisaatio mallin mukaiset (Kuvio 4.). Linjaorganisaatiossa johtaminen tapahtuu lähinnä ylhäältä alaspäin. Jokaisella osastolla on osansa organisaatiosta ja se on pääasiassa tekemisissä vain oman osaston kanssa. Tieto kulkeutuu vain rajoitetusti osastoilta toiselle siinä missä toiminta ohjautuu oman osaston toimintaan ja yhteisiä toimintoja on vähän. Linjaorganisaation hyvänä puolena puolestaan on valta- ja vastuusuhteiden helppo rajaus ja selkeys. (Laivo 2007: 35; Peltonen 2007: 34.)

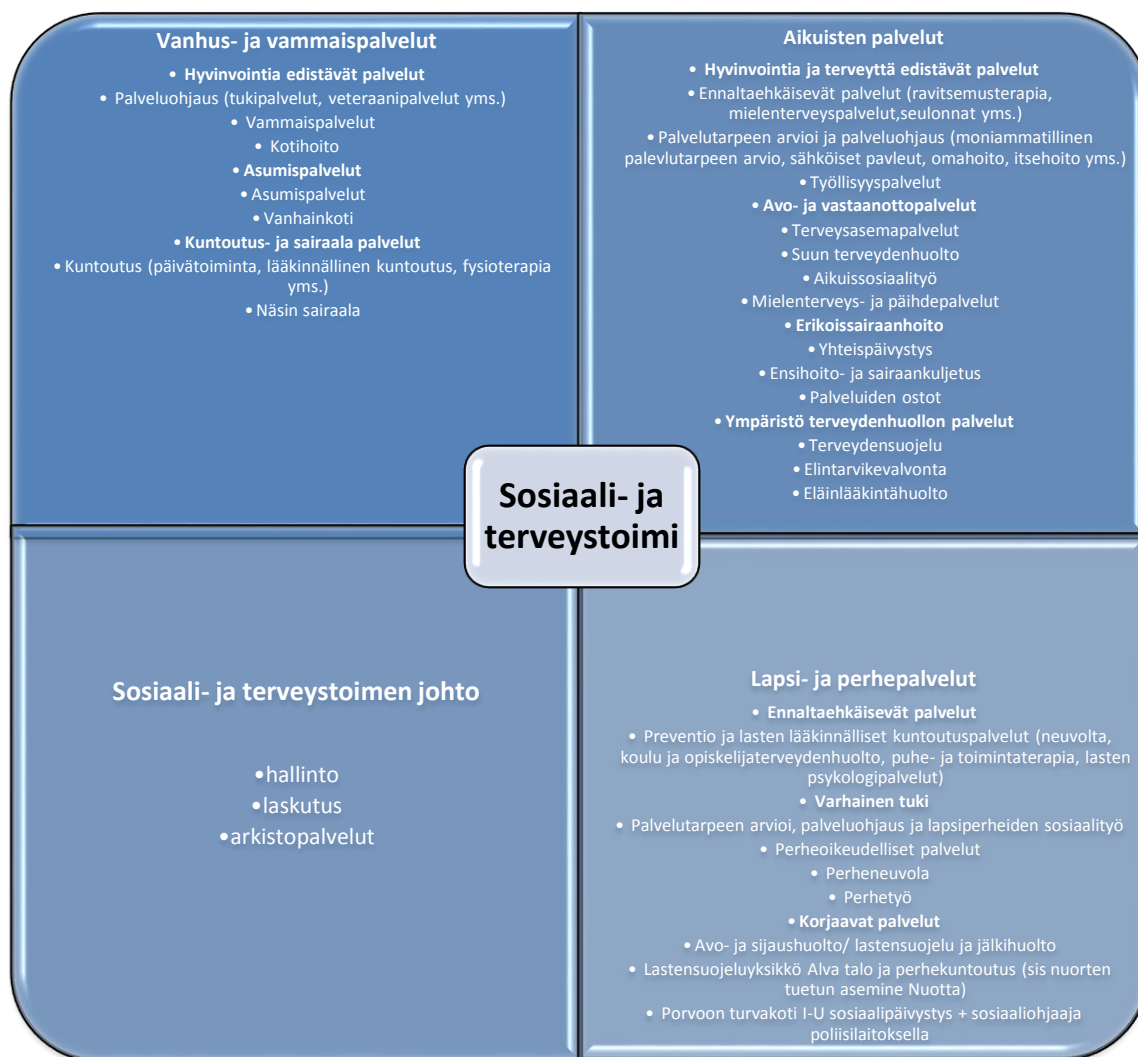


Kuvio 4. Porvoon kaupungin linjaorganisaatiomalli (Porvoon kaupunki -intranet.)

Linja-organisaatiossa johdon tehtävänä on valvoa ja ohjata toimintaa koko organisaatiossa. Tämä johtaa myös päätöksenteon kasaantumiseen johdolle mikä puolestaan voi hidastaa sen reaktionopeutta muutoksiin ympäristössä. (Peltonen 2007: 34, 40.)

Sosiaali- ja terveystoimen uudessa palveluorganisaatiossa palvelukokonaisuudet on koottu asiakaslähtöisestä näkökulmasta erilaisiin kokonaisuuksiin (Kuvio 5.). Esimerkiksi lasten- ja perheiden palvelut sisältävät neuvolatoiminnan, joka kuuluu ennaltaehkäiseviin palveluihin, ja aina lastensuojelun palveluihin asti. (Porvoon kaupunki, Palvelukokonaisuusuudistus, #soteporvoo2017 -esitys.)

Suun terveydenhuolto on organisaatiomallissa sijoitettu aikuisten palveluihin yhdessä avosairaanhoidon ja maahanmuuttajapalveluiden sekä mielenterveys- ja päihdepalveluiden kanssa. Suun terveydenhuolto tuottaa kuitenkin palveluja edelleen koko kaupungin väestölle. (Porvoon kaupunki, Palvelukokonaisuusuudistus, #soteporvoo2017-esitys.)



Kuvio 5. Sosiaali- ja terveystoimen uusi palveluorganisaatio

2.6.2 Suuhygienisti terveyden edistäjänä

THL:n tuottamasta Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2014 – Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seuranta ja valvonta –raportista ilmenee, että suun terveydenhuollon osallistuminen muuhun terveydenhuoltoon on edelleen hajanaista. Raportin mukaan vuonna 2014 - kolme vuotta asetuksen voimaan tulon jälkeen - kuntien ja kuntayhtymien välillä on edelleen suuria eroja terveystakeskusten ja alueiden välillä suu terveydenhuollon toteutumisessa. Yli 50 000 väestön terveystakeskuksissa palvelujen henkilöstöresurssi oli huonoin. Suun terveydenhuollon huomattiin olevan edelleen eriytyneenä muusta terveystakeskus-

toiminnasta ja että tällöin johtavilla viranhaltijoilla ei välttämättä ole tietoa suun terveydenhuollon toteutuksesta. Tämä asettaa haasteita myös muun neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon henkilöstön kanssa tehtävälle yhteistyölle (Wiss - Frantsi-Lankia, Pelkonen – Saaristo - Ståhl 2014: 51.)

Porvoon kaupungissa on yhdeksän suuhygienistiä, joiden pääasiallisia tehtäviä ovat ien-sairauksien varhais- ja ylläpitohoito, oikomishoidon osatehtävät (kahden suuhygienistin 50 % työpanos molemmilta vain oikomishoitoon suunnattu), 5-vuotiaiden suun terveystarkastukset ja enenevässä määrin myös 1- ja 3-vuotiaiden suun terveystarkastukset. Suuhygienistit pitävät myös odottaville perheille info-tunnit noin 2 - 5 kertaa vuodessa osana odottaville perheille suunnattuja perhevalmennuksia. Suuhygienisteistä kaksi pitävät säännöllisesti osastotunteja vanhainkotien ja palveluasumis yksiköiden hoitajille vanhusten suun terveydenhoidosta sekä seitsemän suuhygienistiä jakaa kaupungin vanhainkotien ja palveluasumisyksiköiden asukkaiden suun terveystarkastukset laitoksissa. Tarkastukset suoritetaan noin joka toinen vuosi. Suuhygienistien määrä on pysynyt samana vuodesta 2007 lähtien.

Aiemmin 1- ja 3-vuotiaiden suun terveystarkastuksia tekivät erillisen lisäkoulutuksen saaneet hammashoitajat, mutta näistä koulutuksen saaneista kolmesta henkilöstä yksi on eläköitynyt kaksi vuotta sitten, yksi on siirtynyt osa-aikaeläkkeelle ja yhden pääasiallinen työpanos on jouduttu siirtämään hammaslääkärin työparina toimimiseen henkilöstön vajeen vuoksi (pitkiä sairauslomia useita).

Yhtä suuhygienistiä kohden Porvoossa asuu vuoden 2013 Tilastokeskuksen tilastojen mukaan noin 8 798,8 lasta, jotka olivat iältään 0 – 14 vuotta. Jokaista suuhygienistiä kohden on siis 977,5 lasta. Koko väestöstä laskettu väestövastuu on yhdellä suuhygienistillä 5 491,7 asukasta. Tiedettävästi Porvoossa toimii myös kolme yksityisen sektorin suuhygienistiä, joten heidän kanssa yhdessä jaettuna väestövastuu on 4 118,8 asukasta / suuhygienisti. (Tilastokeskus: Kuntien avainluvut n.d..)

2.6.3 Terveydenhoitaja suun terveyden edistäjänä

Terveydenhoitajan suhde lapseen ja tämän perheeseen alkaa jo ennen lapsen syntymää. Terveyden edistäminen neuvolatoiminnassa on määritelty kansallisen äitiysneuvola asiantuntijaryhmän mukaisesti THL Äitiysneuvola -oppaassa siten, että ”terveyden

edistäminen sisältää raskaana oleviin, heidän puolisoihinsa ja elinympäristöön kohdentuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on lasta odottavien perheiden terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen.” Terveyden edistämiseen sisältyy vanhempien ja tulevan lapsen terveyden taustatekijöihin vaikuttamista siinä missä sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäisemistäkin. Mielenterveyden vahvistaminen ja väestön terveyserojen kaventaminen ovat myös osa äitiysneuvolatoiminnan terveyden edistämistä. Terveyttä ja hyvinvointia tukevien palvelujen sekä terveyttä edistävien toimien vahvistaminen, ongelmien ehkäisy ja varhainen tuki on todettu myös kustannustehokkaaksi ja vaikuttavaksi tavaksi edistää väestön terveyttä. (Klemetti – Hakulinen-Viitanen (toim.) 2013: 20.)

Neuvolatoiminta on asiakaslähtöistä ja perhekeskeistä. Asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan asiakkaan ottamista mukaan palveluja suunniteltaessa, heidän yhdenvertaista, mutta yksilöllistä kohtelua itsemääräämistä kunnioittaen sekä heidän kohtaamistaan arvostavalla tavalla, joka mahdollistaa heidän toiveidensa ja tarpeidensa esille tuomista. Perhekeskeisyydellä tarkoitetaan sitä, että odottavien äitien tai asiakkaiden lisäksi kiinnostuksen kohteena ovat heidän kumppaninsa sekä koko perheen terveys ja hyvinvointi. Perhe on syntyvän lapsen keskeisin kehitysympäristö ja tämän kehitysympäristön voimavaroilla on yhteys koko perheen ja sen jäsenten terveyteen ja hyvinvointiin. Palveluiden tarjonnassa perhelähtöisyys korostaa perheen tilanteen arvioimista kokonaisuutena ja sitä kautta pyritään tukemaan lapsen kehitystä ja vanhemmuutta vanhemman näkökulmasta. Asiakkailta pyydetään palautetta ja palveluja kehitettäessä palautteilla on oma tärkeä roolinsa. (Klemetti – Hakulinen-Viitanen (toim.) 2013: 20 - 21.)

Terveydenhoitajan rooli suun terveyden edistämässä on merkittävä ja pohja ennalta ehkäisevälle toiminnalle luodaan jo odotusaikana perheiden, neuvolan ja suun terveydenhuollon yhteistyössä. Yhteistyön tavoitteena on varhaisella puuttumisella ehkäistä suun sairauksia ja vähentää terveyseroja. (Klemetti – Hakulinen-Viitanen (toim.) 2013: 286.) Neuvolan henkilökunta tapaa lapsen tämän syntymän jälkeen ennen kouluikää 11 kertaa ja lisäksi lääkäri käyntejä on lapsella 5 kappaletta. Laajoja terveystarkastuksia lapselle tehdään kolme (4kk, 18kk ja 4v iässä), joissa mukana on koko lapsen perhe sekä mahdollisesti päiväkodin edustajat. (THL:n verkkosivut: Lapset, nuoret ja perheet – Äitiys ja lastenneuvola – Lastenneuvola n.d.)

Voimavaralähtöisessä terveyden edistämässä pyritään tunnistamaan ja hallitsemaan yksilön, yhteisön ja organisaatioiden omaan elämään vaikuttavia tekijöitä. Vertaistukea

voi yksilöille tarjottavien palvelujen lisäksi tarjota esimerkiksi ryhmätoiminnalla tai ryhmäneuvonnalla. Tämä mahdollistaa kokemusten jakamisen samassa elämäntilanteessa olevien kanssa sekä sosiaalisten verkostojen vahvistamista ja vertaistuen saamista. Ryhmä toimintaa voidaankin järjestää moniammatillisesti neuvolan, suun terveydenhuollon ja esimerkiksi ravitsemuksen asiantuntijoiden kanssa. (Neuvolaikäisten lasten suun terveyden edistäminen – opas neuvoloille 2009.)

Terveydenhoitajia Porvoon kaupungissa on 35. Heistä osa työskentelee äitiys- ja lastenneuvolassa ja osa koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa. 0 – 14 vuotiaita lapsia heillä on siis väestövastuullaan 8 798,8 lasta / 35 terveydenhoitajaa eli 251,4 lasta / terveydenhoitaja. Koko väestöstä voidaan vähentää vanhusten osuus eli vuoden 2013 tilastojen mukaisesti 8 847 yli 65 vuotiasta, jää yhden terveydenhoitajan vastuulle 1 159,4 asukasta / terveydenhoitaja. Tässä luvussa laskettuna kaikki 0 – 64 vuotiaat Porvoolaiset. (Tilastokeskus: Kuntien avainluvut n.d.)

2.7 Terveydenedistäminen ja kuntatalous

Kuntien terveyden edistämistyölle asettaa usein haasteita kiristynvä kuntatalous. Terveyden edistäminen asetettiin vuonna 2000 voimaan tulleessa perustuslaissa (731/1999) kunnan tehtäväksi ja terveydenhuolto on Kansalaisbarometrin (2009) mukaan tärkein julkisen vallan tehtävä. Terveydenhuollon ohjaus tulee valtiolta, jolloin kunnille jää siten toimeenpanon ja järjestäjän rooli. Tähän johti vuoden 1993 valtiosuoksien siirto valtiolta kunnille. Tämä siirto ajoittui 90-luvun laman jälkimaininkeihin, jolloin siirretty valta kunnissa johti toisenlaisiin vaikutuksiin kuin oli toivottu, eli kunnat leikkasivat voimavaroja. Näitä leikkauksia kohdennettiin myös ehkäiseviin palveluihin. Matti Rimpelän mukaan (Ståhl ym. 2010: 48.) näitä voimavaroja ei palautettu 1990-luvun jälkipuoliskolla, kun taas sairaanhoitopalvelut palautettiin. 2000-luvun taitteessa palvelujen kehittäminen siirtyi erikoissairaanhoidon puolelle (Ståhl ym. 2010: 48.)

Vuonna 2010 Rimpelä (Ståhl ym. 2010: 30.) näki edelleen merkkejä kustannusten kasvusta. Hänen mukaansa ”*Keskittyminen yksilökeskeiseen sairaanhoitoon merkitsee kansainvälisen kokemuksen ja tutkimustiedon mukaan väistämättä jatkuvaa kustannuskasvua ja vähenevää väestötasoista terveyshyötyä.*” (Ståhl ym. 2010: 30.)

Terveyden edistämisen tunnustetaan olevan kaikilla mittareilla arvioituna erittäin kustannustehokas tapa edistää yleistä hyvinvointia ja jopa taloudellista kasvua, mutta se vaatii

pitkäjänteistä, kauaskantoista ajattelua ja työtä, jonka tuotot tulevat näkyviin vasta vuosien kuluessa (Kauhanen ym. 2013: 101, 116; Ståhl ym. 2010: 30.) Terveysthuollon voimavaroista (työntekijöiden osaaminen, raha, aika) merkittävä osa kuluu lakisääteisten akuuttien tai hoitotakuun piirissä olevien sairauksien hoitoon, pitkäaikaissairaiden vanhusten sekä ennaltaehkäisevän ja hyvinvointia tukevan työn jäädessä lähinnä juhlapuheiden tasolle. Kaikki nykyiset terveydenhuollon tulostittarit on suunnattu lähinnä sairauksien mittaamiseen, niiden lisääntymiseen tai vähenemiseen. (Koivuniemi ym. 2014: 14 - 15)

Terveyden edistämällä voidaan vaikuttaa työikäisen väestön työkykyä ja hyvinvointia, mikä puolestaan lisää tuottavuutta ja vähentää sairaudenhoidon aiheuttamia kustannuksia yhteiskunnassa. Terveyden edistämistä voidaan toteuttaa kahdella tasolla, yksilön ja yhteiskunnan tasolla, ja nämä tasot ovat toisistaan riippuvia. Se mitä tehdään yhteisötasolla vaikuttaa yksilötasolla lisäten sen tehoa ja vaikuttavuutta, mutta yksilötasolla tehty työ ei välttämättä lisää tehoa ja vaikuttavuutta yhteisötasolle. (Koivuniemi ym. 2014: 47 - 49.)

Suun terveydenhuollossa huomioitavaa on se, että tilastojen avulla saadaan tarkasti tietoa suun terveydenhuollon käyntimääristä, mutta ei niinkään siitä, minkälaiseen toimintaan käyntimäärät on suunnattu. THL:n julkaisemassa *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 –raportissa* (Koskinen - Lundqvist - Ristiluoma (toim.)) suun terveydenhuollon vaikuttavuutta verrataan käyntimäärissä vuoden 2000 –raporttiin. Raportissa yli 30-vuotiailta vastaajilta on kysytty, milloin he viimeksi ovat käyneet vastaanotolla, mutta käyntisyyttä (päivystys, tutkimus, hoito) ei ole eritelty vastauksissa. (Koskinen - Lundqvist - Ristiluoma (toim.) 2012: 183.) Ennaltaehkäisevän hoidon käynneistä tilastojen saaminen on myös hankalaa, sillä esim. Sotkanet-tilastopalvelusta löytyy suun terveydenhuollon tilastoina vain käyntimääriä. Koivuniemi ym. toteaaakin vuonna 2014 julkaistussa *Terveydenhuollon kompassi – Avain asiakkuuteen –kirjassaan* että ”*Yksi syy kysynnän ja tarjonnan epäsuhtaan onkin se, että tehokkuuden mittarina on käyntien määrä, ei hoidettu, arjessaan voimaantunut ja sairauksien kanssa pärjäävä ihminen.*” (Koivuniemi ym. 2014: 15.)

3 Tavoite, tarkoitus, kehittämistehtävä ja tutkimusongelma

3.1 Tavoite ja tarkoitus

Kehittämistehtävän tavoite on selkeyttää Porvoon kaupungin suun terveydenhuollolle suun sairauksien ennaltaehkäisyyn ohjelmaa lasten ja nuorten suun terveyden edistämiseen. Tavoitteena on myös niveltää suun terveyden edistäminen osaksi yleisterveydenhoitoa. Tarkoitus on tuottaa kehittämis ehdotus terveyden edistämisestä suun terveydenhuollolle sekä osoittaa suun terveydenhuollon tärkeän osuuden kunnan terveyden edistämistyössä. Tarkoitus on osoittaa, että suun terveydenhuolto on kiinteä ja tarpeellinen osa terveystalvija ja siten sillä tulisi olla nykyistä parempi rooli osana moniammatillista terveyden edistämisen työryhmää.

3.2 Kehittämistehtävä ja tutkimusongelmat

Tämän kehittämistyön tutkimuskysymyksiksi / tutkimusongelmiksi on siis tarkentunut:

1. Miten lasten ja nuorten suun terveyden edistämistä voitaisiin kehittää moniammatillisesti?
2. Mitä palveluja asiakkaat ja ammattilaiset arvioivat tärkeimmäksi lasten ja nuorten suun terveyden edistämisen näkökulmasta?
3. Millä tavoin suun terveydenhuollon lasten ja nuorten hammashoidon prosesseja voitaisiin kehittää, jotta ne tukisivat moniammatillista yhteistyötä?

4 Tutkimuksellisen kehittämistyön lähtökohdat, prosessit ja aikataulu

Tutkimuksellisessa kehittämistyössä ei ole tarkoitus kuvailla tai selittää asioita, vaan asioihin pyritään löytämään vaihtoehtoisia tapoja ja asioita viedään käytännössä eteenpäin. (Ojasalo ym. 2014:19 - 20.; Heikkilä – Jokinen – Nurmela 2008: 21.) Tutkimuksellinen kehittäminen siis haastaa perinteisen tieteellisen tutkimuksen siinä, mitä menetelmiä pidetään yleisesti hyväksyttävänä tutkimuksina. Tulosten hyödyllisyys liittyykin vahvasti enemmän tulosten siirtämiseen arkiseen elämään eli implementointiin ja tutkimuksellista kehittämistyötä ei ohjaa niinkään teoria, vaan käytännön tavoitteet, joita teoria tukee. (Ojasalo ym. 2014:19 - 20.)

Laadullisen tutkimuksen eli kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on usein todellisen elämän kuvaaminen. Todellisuus on moninainen ja sitä ei voi pilkkoa osiin mielivaltaisesti. Tapahtumien välisiä suhteita pyritäänkin kuvaamaan laadullisessa tutkimuksessa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. Tutkijan arvolähtökohdat muovaavat tutkimuksen ilmiöitä ja siten vaikuttavat tutkimuksen objektiivisuuteen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritäänkin siis pääasiassa löytämään ja paljastamaan tosiasioita, eikä niinkään todentamaan jo olemassa olevia asioita. (Hirsjärvi - Remes – Sajavaara 2009: 161.)

Laadulliselle tutkimukselle on olemassa muutamia tyypillisiä piirteitä. Näitä ovat:

- Kokonaisvaltainen tiedonhankinta luonnollisissa ja todellisissa tilanteissa (naturalistisuus)
- Ihminen tiedon kerääjänä (havainnointi, dialogi)
- Induktiivisen analyysin käyttö (odottamattomien asioiden paljastuminen, aineiston yksityiskohtainen tarkastelu, persoonakohtaisuus)
- Laadullisten metodien käyttö (teemahaastattelut, ryhmähaastattelut, havainnointi, dokumenttien ja tekstien analysointi)
- Kohdejoukko tarkoituksenmukainen, ei satunnainen otos
- Tutkimussuunnitelman muotoutuminen tutkimuksen edetessä, dynaamisuus
- Tutkimuksen ainutlaatuisuus, ei pyritä yleistettävyyteen

(Hirsjärvi ym. 2009: 164; Kankkunen ym. 2013: 66.)

Tässä opinnäytetyössä ei tutkimuksen otoksen rajallisuuden vuoksi voida pyrkiä tilastolliseen merkittävyyden toteamiseen, joten sillä ei ole yleispätevää tavoitetta. Tutkimus sisältää laadullisen tutkimuksen menetelmiä aineiston keruussa (ryhmähaastattelu), analyysin menetelmissä (induktiivinen) sekä kohdejoukon tarkoituksenmukaisuus (ei sattunainen). Myös tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi ym. 2009: 164; Kankkunen ym. 2013: 66.)

Aineiston analyysissa voidaan käyttää sekä laadullista (kvalitatiivista) että määrällistä (kvantitatiivista) analyysia ja niitä voidaanakin pitää osittain toistensa jatkumona. (Alasuu-tari 2011: 32.)

Tutkiva kehittämistyö tarkoittaa uusien, entistä parempien palvelujen tai menetelmien kehittämistä tutkimuksen avulla. Tutkimuksen tähtäin on tällöin asetettu olemassa olevien toimintojen parantamiseen. (Heikkilä – Jokinen – Nurmela 2008: 21.)

4.1 Tutkimusmenetelmien valinta

Tutkimukseen käytetään Delfoi – menetelmää. Delfoi-menetelmässä pyrkimyksenä on muodostaa raamit keskustelulle, muodostaa yhteinen lausuma eri asiantuntijoiden mielipiteistä, vahvistaa asiantuntijoiden päätöksentekoa, määritellä prioriteetteja toiminnassa tai ennustaa alan tulevaisuutta pitkällä tähtäimellä (Waltz - Strickland - Lenz 2010: 311.) Delfoi-menetelmä eli monivaiheinen, tarkentuva asiantuntijakysely mahdollistaa asiantuntijoiden näkemyksen hyödyntämisen ja asiantuntijoiden yksimielisyyden tavoitteen sijaan voidaan olla kiinnostuneita myös aiheessa esiintyvistä ristiriidoista. (Ojasalo ym. 2014: 90, 148.)

Terveydenhuollossa Delfoi-menetelmää on käytetty yli 30 vuotta. Alkuvaiheessa tekniikkaa on pääasiassa käytetty tulevaisuuden tutkimusaiheiden valintaan ja tulevaisuuden tarpeiden ennustamiseen, mutta viime aikoina sitä on käytetty enenevässä määrin erilaisten terveystieteiden ohjelmien analysointiin, terveysohjelmien laatimiseen, siinä missä terveyteen liittyvien tulosten analysointiin tai tulosten mittareiden luomiseen. (Waltz ym. 2010: 311.)

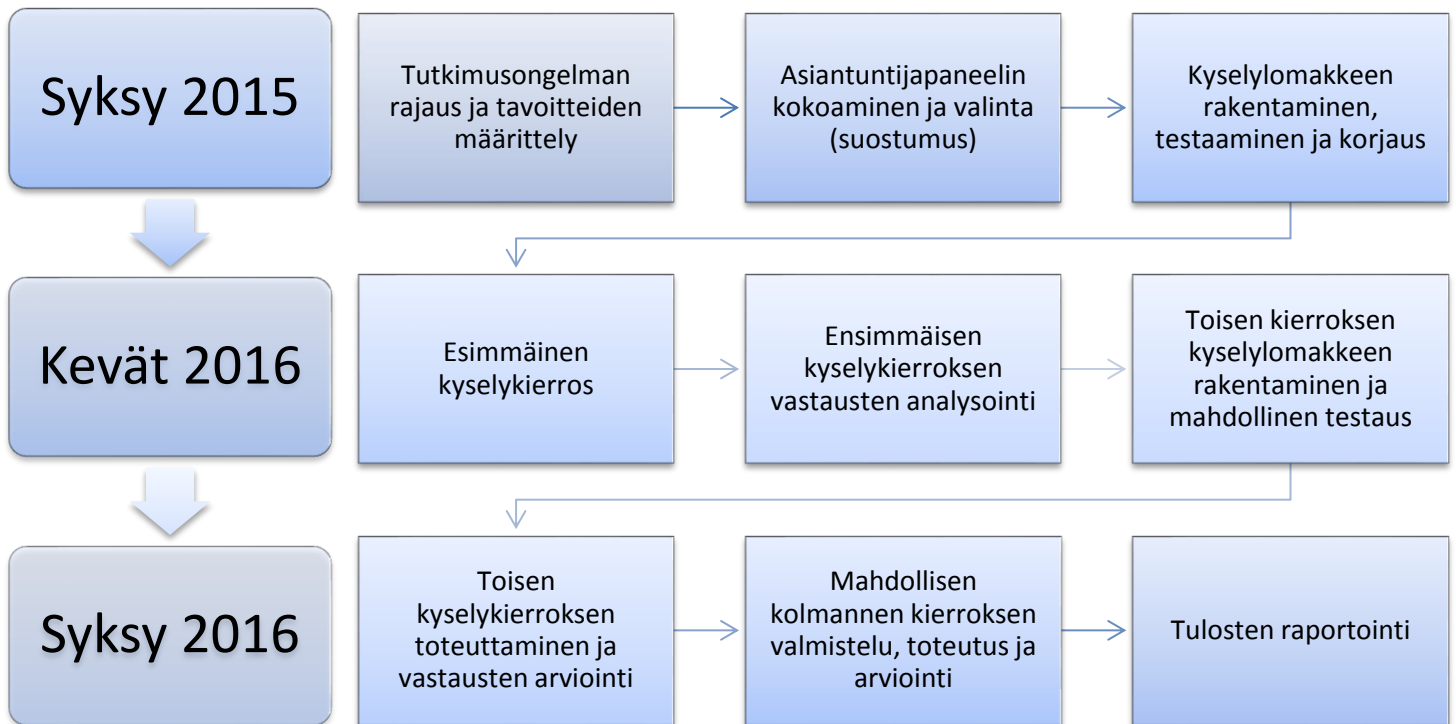
Delfoi – menetelmässä valitaan aiheeseen liittyvä asiantuntijaraati, joilta pyydetään suostumus asiantuntijana toimimiseen. Asiantuntijoilta pyydetään lausunto johonkin tiet-

tyyn ongelmaan tai ongelmiin liittyen. Lausuntojen pohjalta muodostetaan yhteinen mielipide, joka lähetetään uudelleen asiantuntijoille arvioitavaksi. Nämä lausunnot arvioidaan jälleen uudelleen ja muokataan yhteistä mielipidettä tämän kierroksen jälkeen. Tätä uudelleen muodostusta tehdään noin 2 - 4 kertaa pääsääntöisesti, kunnes yhteinen mielipide on saavutettu. (Waltz ym. 2010: 311 – 312.) Asiantuntijan tulisi olla oman alansa huippuja tai organisaation ollessa kyseessä, tarkastellaan enemmän osaamista ja näkemyksiä ja kiinnostuksen alueiden tulisi olla omaa toiminta-alaa laajemmat. (Ojasalo ym. 2014: 149.)

Delfoi – metodi on käytännössä todettu olevan hyvä ja kiinnostava tutkimusmenetelmä silloin, kun asiantuntijoina ovat kiireiset ja maantieteellisesti hajallaan olevat ihmiset. Menetelmän anonymiteetillä saadaan usein aikaan myös rehellisesti asiantuntijoiden mielipiteitä, joita muissa tilanteissa saatettaisiin rajoittaa esimerkiksi mahdollisten jatko seuraamusten vuoksi. Menetelmän käytössä piilee myös omat vaaran paikat, joita ovat muun muassa kysymysten liiallinen strukturoiminen tutkimuksen tekijän näkökulmasta (rajoittaa aitoja mielipiteitä), vastausten epäasiallinen yhteenveto, liiallinen yleistäminen tai asiantuntijajoukon liiallinen rajaaminen (riittämätön vastaajajoukko). (Waltz ym. 2010: 312 – 313.)

4.2 Prosessin kuvaus ja aikataulu

Prosessi ja prosessin aikataulu on kuvattu Kuviossa 6.



Kuvio 6. Delfoi-menetelmän prosessi

Lisäksi koko kehittämistyön prosessin ajan huolehditaan kriittisestä ajattelusta ja eettisyydestä ja raportoidaan tutkimuksen etenemisestä. (Ojasalo ym. 2014: 24.)

4.3 Asiantuntijapaneelin kokoaminen ja valinta

Asiantuntijapaneeliin valitaan suun terveydenhuollosta hammaslääkäreitä ja suuhygienistejä, jotka hoitavat alle kouluikäisiä ja kouluikäisiä lapsia sekä terveydenhoitajia, jotka toimivat lastenneuvolassa ja kouluterveydenhuollossa. Asiantuntijapaneeliin kutsuttiin eri ammattiryhmien edustajia 10 jokaisesta ammattiryhmästä. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Mukaan ilmoittautui kuusi hammaslääkärinä, seitsemän suuhygienistiä ja kolme terveydenhoitajaa.

Tutkija on ollut kaikkien tutkimuksen asiantuntijoiden kanssa yhteistyössä työyhteisön jäsenenä; suun terveydenhuollossa noin 10 vuotta ja neuvola- ja kouluterveydenhoitajien kanssa vuoden verran.

Lisäksi tutkimukseen otetaan mukaan neuvolan asiantuntija asiakkaita kolme kappaletta, joiden mielipiteiden selvittämisen kautta pyritään löytämään tutkimuksen tuloksiin myös

asiakkaan näkökulmaa sekä mahdollisia eriävyyksiä asiakkaiden ja asiantuntijoiden mielipiteisiin.

4.4 Ensimmäisen kierroksen kyselylomakkeen muodostaminen

Ensimmäinen kyselykierros toteutettiin perinteisen paperilomakkeen muodossa. Tähän päädyttiin useiden sähköisten kyselypohjien käytön hankaluuksien aiheuttaman viivästymisten vuoksi. Kyselylomake lähetettiin asiantuntijoille sähköpostilla ja vastaajat saivat vastata lomakkeeseen suoraan tekstinkäsittelyohjelman avulla tai tulostamalla lomakkeen ja täyttämällä sen käsin. Lomakkeet palautettiin joko sähköpostilla tai työpaikan sisäpostilla. Sähköpostilla palautetut lomakkeet tulostettiin ja litteroitiin ilman lähettäjä-tietoja.

Kyselylomakkeessa asiantuntijoiden perustiedot kerättiin alussa monivalintakysymyksillä. Näitä ovat sukupuoli, ikä, ammattiryhmä, nykyisessä ammatissa toimintavuodet. Tutkimusaiheeseen liittyvät kysymykset olivat monivalintakysymysten ja avointen kysymysten välimuotoa. Kysymysten alussa pohjustettiin aihetta tai kysymystä muutamalla lauseella sekä esitettiin aiheeseen liittyvä väittämä. Asiantuntijoiden tuli valita heidän omaa mielipidettään parhaimmin vastaava vaihtoehto esitettyyn väittämään alleviivamalla. Lisäksi heitä oli pyydetty sanallisesti perustelemaan vastaustaan. Mielipidetaulukko on viisiportainen Likert asteikko (samaa mieltä – jokseenkin samaa mieltä – jokseenkin erimieltä – erimieltä – en osaa sanoa). Väittämien perustamisessa oli pyritty positiiviseen näkökulmaan. Yhdessä kysymyksessä vastausvaihtoehdot olivat kyllä tai ei. Kyllä -vastauksen valinneille vastaajille oli annettu kolme valmiiksi määriteltyä ehdotusta sekä avoin kysymys asiantuntijoiden ehdotuksia varten. Ei -vastauksen valinneilta oli pyydetty perustelut valinnalle avoimena kysymyksenä. Kyselylomake löytyy tämän työn lopusta (Liite 1).

4.5 Toisen kyselykierroksen kyselylomakkeen rakentaminen

Toisen kierroksen kyselylomakkeelle kysymysten ja väittämien muodostaminen pohjautui ensimmäisen kyselykierroksen vastausten perusteella. Lomakkeen alussa kysyttiin vastaajilta samat perustiedot kuin ensimmäisellä kierroksella, jotta vastaajat voidaan myös tällä kierroksella identifioida.

Ensimmäisen kysymyksen pohjana käytettiin lasten hampaiden tarkastuksien määrän riittävyttä arvioineita tuloksia. Väittämäksi muodostui: *”Koululaisille tarvittaisiin enemmän tarkastus käyntejä (esimerkiksi 9lk:lle) sekä vanhempainilloissa suun terveydestä tulisi vastaajien mielestä pitää infotilaisuus.”* Vastaaajia pyydettiin joko ”kannattamaan” tai ”ei kannattamaan” ehdotuksia sekä sanallisesti perustelemaan vastauksensa.

Toisen kysymyksen pohjana käytettiin ennalta ehkäisevän hoidon määrää arvioineet vastaukset. Vaikka vastaajista suurin osa piti määrää riittävänä, useissa vastauksissa toistui tarve lisätä ennaltaehkäisevää toimintaa kouluissa ja toivottiin koululaisille myös pidempää vastaanottoaikaa (suun terveydenhuollossa). Väittämäksi muodostui siis: *”Tarkastukseen tai muuhun käyntiin varattu aika on riittävä koululaisilla.”* Vastauksissa käytettiin jo aiemmasta kierroksesta tuttua Likertin asteikkoa ja vastaajilta pyydettiin lisäksi sanallinen perustelu.

Kolmannen kysymyksen pohjana käytettiin edellisen kyselyn vastauksia neuvolan ja kouluterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon välistä yhteistyötä ja sen parantamiseksi tehtyjä ehdotuksia. Väittämäksi muodostui siis: *”Esimerkiksi kouluja hoitavien hammaslääkäreiden, suuhygienistien ja terveydenhoitajien yhteystiedot tulisi koota yhteisesti kaikkien saataville (esim. yhteiseen työtilaan) ja heidän olisi hyvä pitää yhteinen palaveri esim. 1 x lukuvuosi (esim. syksyllä).”* Vastaukset määritellään Likertin asteikon ja sanallisten perustelujen mukaan.

Neljäs kysymys pohjautui esitettyihin yhteistyötapoihin ensimmäisen kyselylomakkeen perusteella. Väittämäksi muodostui: *”Neuvolan terveydenhoitajien ja suun terveydenhuollon suuhygienistien välille sovittavilla työpareilla /-tiimeillä (1 shg + 2 th) voitaisiin madaltaa yhteydenotto kynnyistä”. Ja ”Yhteisten riskitekijöiden määrittely eri ammattiryhmien välillä toimisi apuvälineenä.”* Vastaukset määriteltiin Likertin asteikon ja sanallisten perustelujen mukaan. Kyselylomake löytyy tämän työn lopusta (Liite 2).

4.6 Kyselylomakkeiden vastausten litterointi

Ensimmäisen ja toisen kyselykierroksen vastaukset litteroitiin ensin Excel-taulukkaan sekä vapaamuotoiset perustelut erilliseen yhteenvetoon. Vastaukset lajiteltiin ensin ammattiryhmän mukaan (hammaslääkäri – suuhygienisti – terveydenhoitaja) ja jokaiselle

vastaajalle annettiin oma tunnus (esim. V1). Vastauksista ja perustiedoista päätellen tutkija pystyy kohdentamaan vastaukset tiettyyn henkilöön, mikä tulee ottaa huomioon tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta arvioidessa.

Vastaajien sanallisiin arvioihin liitettiin vastaajan tunnuksen lisäksi hänen ammattiryhmänsä, jotta vastauksista voitaisiin arvioida myös ammatin vaikutuksia vastauksiin.

4.7 Asiantuntija-asiakkaiden haastattelu 29.9.2016

Asiantuntija-asiakkaiden haastattelu toteutettiin Preventio-yksikön (äitiys- ja lastenneuvola, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto sekä ehkäisyneuvola) perheneuvoston kokouksen yhteydessä. Asiantuntija-asiakkaat ovat yksi tärkeimmistä työmenetelmistä neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelujen kehittämisessä Porvoossa. Haastattelu nauhoitettiin haastateltavien suostumuksella ja nauhoitus litteroitiin erilliseen tiedostoon. Haastattelu oli yksi osa kokousta, joten haastattelu oli aiheena haastateltavien tiedossa jo ennen haastattelua esityslistan osana. Kokonaisuudessa kokous kesti n. 1,5h, josta haastattelun osuus oli noin 30min. Haastateltavilla äideillä / asiantuntija-asiakkailla oli lapsia mukana, joten haastattelutilanteessa ympärillä oli pientä hälinää ja välillä haastateltavat joutuivat keskittymään yhtäaikaaisesti haastatteluun ja lasten toiveisiin tai esimerkiksi tynnyttelemään lapsen itkua kävelemällä huoneessa. Haastattelijalla tämä ei tuottanut vaikeuksia keskittyä, sillä lastenneuvolassa lasten mukana olo on luontaista toimintaa.

Asiakas-asiantuntijoille esitettiin kysymykset lasten ja nuorten suun terveydenhuollon ennaltaehkäisevästä hoidosta. Miten heidän mukaansa ennaltaehkäisevä hoito toteutuu Porvoossa ja onko heidän mielestään suun terveydenhuollon ja neuvolan ja kouluterveydenhuollon välisessä yhteistyössä kehitettävää asiakkaan tai vanhemman kannalta katsottuna. Heiltä kysyttiin myös, miten he kokevat lasten tietojen liikkumisen neuvolan, kouluterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon välillä. Lisäksi kysyttiin heidän ehdotuksiaan ja toiveitaan suun terveydenhuollon ja neuvolan ja kouluterveydenhuollon palvelujen kehittämiseen.

Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna neuvolan tiloissa osana vanhempainneuvoston kokousta. Läsnä oli osastonhoitaja, haastattelija sekä kolme äitiä lapsineen. Haastattelu oli merkitty ennalta neuvoston kokouksen asialistalle. Haastattelun aluksi haas-

tattelija kertoi taustoja haastattelulle ja työlle sekä kertoi mm. Neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon asetuksesta, joka määrittelee neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon sekä suun terveydenhuollon toimintaa lasten terveydenhoidon osalta.

Haastattelun litteroinnissa tutkija kuunteli haastattelunauhan aluksi kertaalleen kokonaisuudessaan läpi. Toisella kuuntelukerralla haastattelu kirjoitettiin auki. Kolmannella kuuntelukerralla varmistettiin, että auki kirjoitettu teksti vastasi haastattelun kulkua. Jokaiselle vastaajalle annettiin auki kirjoituksen vaiheessa oma vastaaja tunnuksensa esim. HV1 (haastattelu vastaaja 1).

4.8 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi toteutettiin sisällön analyysina. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston analyysia toteutetaan usein tutkimuksen eri vaiheiden varrella. Usein tähän johtaa erilaisten menetelmien yhtäaikainen käyttö (haastattelu, havainnointi tai kyselyt). Aineistoa kerätään ja analysoidaan siis usein yhtäaikaisesti. (Hirsjärvi y. 2009: 223.)

Sisällön analyysi on aineiston perusanalyysimenetelmä. Sen tarkoituksena on tiivistää ilmiöitä yleistäväksi sekä osoittamaan tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet. Sisällön analyysi alkaa usein aineiston pelkistämällä, josta se johtaa aineiston luokitteluun ja tulkitaan. Lopuksi aineiston luotettavuus arvioidaan. Tuloksena voi siis olla merkityksiä, seurouksia tai sisältöjä, siinä missä malleja tai käsiteluokeituksia aineistolle. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 166.)

Sisällön analyysi voi olla induktiivista (aineistolähtöistä) tai deduktiivista (teorialähtöistä). Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysi on induktiivista. Induktiivisessa sisällön analyysissä kategoriat johdetaan aineistosta tutkimusongelmien johtamina. Tutkimusaineistosta pyritään luomaan teorioita siten, etteivät aikaisemmat teoriat tai tiedot ohjaa analyysia. Tällöin aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaisesti vaiheittain ja raportointi on aineistolähtöistä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 167.)

5 Tulokset

Asiantuntijoiden vastauksissa tulee selvästi esille se, miten ennaltaehkäisevä suun terveydenhuolto nähdään usein erilaisten toimenpiteiden suorittamisena varsinkin suun terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Näiden toimenpiteiden suorittamiseen suuhygienistit kokivat jäävän liian vähän aikaa ja hammaslääkärit eivät välttämättä näe muunlaisen toiminnan vaikutuksia tehokkaina ennaltaehkäisyn keinoina. Terveystenhoitajat puolestaan olivat avoimia kaikenlaiselle yhteistyölle.

Ensimmäisen kyselykierroksen asiantuntijapaneelin vastaajista viisi (5) oli hammaslääkäriä, seitsemän (7) suuhygienistejä ja kolme (3) terveydenhoitajaa, yhteensä 15 vastaajaa. Toisella kyselykierroksella asiantuntijoita oli kolme (3) hammaslääkäriä, seitsemän (7) suuhygienistiä ja kaksi (2) terveydenhoitajaa, yhteensä 12 vastaajaa.

5.1 Lasten ja nuorten suun terveyden edistäminen moniammatillisesti

Moniammatillinen yhteistyö suun terveyden edistämässä voidaan nähdä laajasti koskettaen useita eri alojen tai sektoreiden välistä yhteistyötä, mutta tässä yhteydessä sitä käytetään tarkastelemaan suun terveydenhuollon sekä neuvola- ja kouluterveydenhuollon välistä yhteistyötä.

5.1.1 Yhteistyö ja yhteiset pelisäännöt

Tutkimuksen asiantuntijaryhmän mukaan suun terveydenhuollon ja neuvola- ja kouluterveydenhuollon välille tarvitaan lisää yhteistyötä lähes kaikkien vastaajien mielestä. Vain 2/5 vastanneista hammaslääkäreistä ei nähnyt yhteistyön lisäämiselle tarvetta. Annetuista vaihtoehdoista **yhteisiä kokouksia** kannatti 2/5 hammaslääkäriä, 6/7 suuhygienisteistä ja kaikki terveydenhoitajat. **Yhteisiä työpareja** (suuhygienisti + terveydenhoitaja) kannatti 2/5 hammaslääkäreistä, 6/7 suuhygienististä ja 1/3 terveydenhoitajista. **Yhteisiä ryhmävastaanottoja** esim. lasten 1v tarkastuksissa kannatti 1/5 hammaslääkäreistä ja 3/7 suuhygienisteistä. Terveystenhoitajista tälle ei kannatusta löytynyt.

Lisäksi muutama lisäehdotus löytyi suuhygienisteiltä:

”Tutustumispäivä, niin että kasvot tulisi tutuiksi.” V3, suuhygienisti.

"Nimi/ sähköpostilistat kehen voi ottaa yhteyttä, erityisesti neuvolan henkilökunnalle. Ja mistä asioista, matalampi kynnyks!" V8, suuhygienisti.

"Kehittämistiimejä / alueellisia eroja?" V11, suuhygienisti.

Asiantuntijat-asiakkaiden haastattelussa ryhmäneuvolatoiminta nähtiin hyvänä yhteistyön muotona ja asiakkaiden mielestä suun terveydenhuollon infoa voisi noissa neuvoiloissa jakaa yhteisesti kaikille lasten vanhemmille. Ainoa huoli oli asiakkailla ryhmien koossa:

"..ja ehkä se että ei tule liian iso ryhmä että ei tule liian sellainen luento-mainen siitä että kaikki uskaltaisi puhua ja kysellä että tulisi sellainen interaktiivinen.." HV1.

Yhteistyön lisäämistä vastustavien hammaslääkäreiden perusteluissa korostui vanhempien merkitys ennaltaehkäisevässä toiminnassa sekä yhteistyön nykyinen ja sujuva toiminta.

"Hampaiden kotihoidon motivointi ja tärkeys tulee painottaa myös lapsen vanhemmille, ei pelkästään lapselle. Vanhemmat mahdollistavat lapsen ruokavalion, asia on ratkaistava kotona." V4, hammaslääkäri.

"Meillä terveydenhoitaja samassa tilassa, konsultointi onnistuu hyvin." V5, hammaslääkäri.

Huomioitavaa on kuitenkin se, että samoissa tiloissa kouluterveydenhoitajien kanssa toimii vain osa kouluhammaslääkäreistä, ja neuvolan terveydenhoitajien kanssa yhteistyötä samoissa tiloissa ei tee kukaan.

Hammaslääkäreiden vastaukset jakautuivat tasaisesti kaikkiin kategorioihin väittämässä, jossa suun terveydenhuollon sekä **neuvolan ja kouluterveydenhuollon yhteistyötä pidettiin mutkattomana ja tehokkaana**. Suuhygienisteistä valtaosa oli jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa (5/7) ja vain muutama vastaaja oli jokseenkin erimielistä (1/7) tai erimielistä (1/7). Terveydenhoitajat puolestaan kokivat yhteistyön täysin mutkattomaksi ja tehokkaaksi, vastaajista 2/3 oli väittämän kanssa samaa mieltä ja 1/3 jokseenkin samaa mieltä. Pääsääntöisesti hammaslääkäreiden ja suuhygienistien kokeamat hankaluudet koskivat terveydenhoitajien yhteystietojen löytämisen hankaluutta ja sitä, että he eivät tunne toisiaan, mikä on nostanut kynnystä kysyä toisen mielipidettä.

"Kouluterveydenhoitajien yhteystiedot vaikeasti löydettävissä. Terveydenhoitajilla erilaisia käsityksiä siitä pitääkö heidän auttaa suun terv. hlö-kuntaa erit. ongelmatap. lasten kanssa." V1, hammaslääkäri.

Suun terveydenhuollon asiantuntijat kokivat myös, ettei heidän osaamistaan lasten ja nuorten yleisterveyden arvioijina pidetty tärkeänä, vaikka suusta voi päätellä usein lapsen yleisestä terveydentilasta. Osittain koettiin, että huolta kannettiin puolin ja toisin samoista lapsista.

”Pääsääntöisesti yhteistyö toimii todella hyvin. Kaikilla on yhteinen huoli samoista lapsista. Toivoisin ehkä vielä enemmän suun terveydenhuollon ymmärtämistä ja sen huomioimista, että suu kertoo meille paljon lapsen kokonaisvoinnista.” V 2, hammaslääkäri.

Toisilla yhteistyötä ei ole ollut lainkaan, ja toisilla yhteistyön kokemukset ovat rajoittuneet muutamaan kertaan. **Yhteystietojen löytäminen koettiin hankalaksi, mikä osaltaan viivyyttää potilaiden asioiden hoitamista moniammatillisesti.** Tässä vaikutti selvästi myös vastaajan työkokemus ja ammatissa toimimisen kesto.

”Ei yhteistyötä tähän mennessä.” V4, hammaslääkäri.

”Itse olen ollut yhteydessä vain neuvolaan – hyvin on asiat hoituneet vaikka alkuun menee aina aikaa jotta lasta hoitava terveydenhoitaja löytyy. Kouluterveydenhoito ja suun terveydenhuolto voisivat pitää enemmän yhteyttä.” V 7, suuhygienisti.

Pidempään samassa kaupungissa työskennelleille on vuosien varrella syntynyt ammatillisia kontakteja organisaation muiden tekijöiden kanssa, tällöin yhteydenotot koetaan helpommiksi.

”Jos on saanut kontaktihenkilön, niin silloin asiat sujuvat. Jos ei tunne ketään, on vaikeampi kysyä keltään.” V8, suuhygienisti.

Tarve yhteiselle toiminnalle nähtiin niin neuvolan kuin suun terveydenhuollon puolella, toki yhteistyön merkitys on jokaiselle työntekijälle hieman erilainen.

”Olisi hyvä että yhteistoimintaa vietäisiin vielä edemmäs- esim. yhteisiä koulutuksia tms.” V12, suuhygienisti.

”Henkilökohtaisesti koen että yhteistyö sujuu ja ohjaan perheitä hammas- huoltoon jos havaitsen jonkin ongelman esim. hygienistille.” V13, terveydenhoitaja.

Toisen kyselykierroksen kysymyksissä kolme ja neljä vastaajia pyydettiin **arvioimaan yhteistyön tehostamista yhteisen palaverin ja yhteystietojen jakamisen kautta esimerkiksi yhteisen digitaalisen työtilan kautta sekä yhteistyön kynnyksen madalluttamista yhteisten ”pelisääntöjen” eli yhdessä sovittujen riskitekijöiden määrittelmien kanssa.** Kysymysten vastaukset nivoutuivat paljolti yhteen ja neljännessä kysymyksessä viitattiin usein vastaukseen kysymyksessä kolme. Siten nämä vastaukset on koottu yhteen tässä kohtaa.

Vastaajista 8/12 oli samaa mieltä väittämän kanssa, jossa asiakkaiden asioiden hoitamisen uskottiin olevan tehokkaampaa esimerkiksi yhteystietojen yhteen keräämisen ja jakamisen avulla sekä pitämällä esimerkiksi koulukohtaisesti palaveri kerran vuodessa eri ammattiryhmien kesken. Loput vastaajista olivat jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa.

”Asiointi helpompaa tutun ihmisen kanssa kun on hänet tavannut. Toisen ammatit tulisivat tutuiksi.” V10, suuhygienisti.

”Yhteistyön sujuvuuden kannalta hyvä idea.” V14, terveydenhoitaja.

Yhteisten riskitekijöiden määrittely nähtiin vastauksissa olevan yksi mahdollisuus ehkäistä lasten ja nuorten väliinpuotoamista terveydenhuollossa sekä sillä nähtiin olevan mahdollisuutta madalluttaa yhteydenottoja puolin ja toisin. Tämän nähtiin vaikuttavan positiivisesti yhteistyöhön eri ammattiryhmien välillä. Vastaajista 10/12 oli väittämän kanssa samaa mieltä ja 2/12 jokseenkin samaa mieltä.

”Riskipotilaille madallettava hoitoon hakeutumiskynnystä, yleistä motivointia hoitaa suun terveyttä. Hyvä suunta ennaltaehkäisevään!” V4, hammaslääkäri.

”Yhteistyössä asioista ja riskitekijöistä keskustelu avaisi niitä laajemmin. Vinkkejä ja ehkä uusia näkemyksiä tulisi esiin.” V10, suuhygienisti.

”Edelleen yhteistyö paranee, jatkumoa voidaan ylläpitää sekä mahdollisesti ehkäistä ”väliinpuotoamisia”.” V14, terveydenhoitaja.

5.1.2 Ennaltaehkäisyyn varattu aika suun terveydenhuollossa

Väittämään, jonka mukaan ennaltaehkäisyyn varattu aika tarkastuksen tai muun käynnin yhteydessä on riittävä koululaisille, vastaajien vastaukset hajaantuivat täysin. Hammaslääkäreistä kaikki olivat joko samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa, mutta suuhygienisteistä 3/7 oli väitteen kanssa jokseenkin eri mieltä ja 2/7 eri

mieltä ja 2/7 jokseenkin samaa mieltä. Terveystarkastajien vastaukset jakaantuivat tasan samaa mieltä ja en osaa sanoa vastausten kanssa.

”Todellisuudessa hammaslääkärin tekemää tarkastusta varten on ekaluokkalaisille varattu puoli tuntia, ja siinä ajassa on tarkoitus tehdä myös plakkivärjäys ja antaa harjausopetusta. Muita koululaisia varten on varattu 15-20 minuuttia. Nämä on kyllä monesti hyvin kiireisiä aikoja, eikä niitä saisi ainakaan lyhentää. Joskus ekaluokkalaisille on varattu lyhyempi aika, eikä se riitä harjausopetukseen ja muuhun. Ensimmäisen luokan tarkastuksessa pitää määrittää tulevat tarkastukset, mikä sekin vie aikaa.” V2, hammaslääkäri.

Suuhygienistien vastauksista näkyy myös kiire ja sen vaikutukset työhön. **Kiireessä jo pelkästään aikataulussa pysyminen koetaan haasteeksi.**

”30min on lyhyt aika, infoon ja tekemiseen / toimenpiteisiin. Jos jatkoh. aikojakin pitää antaa. Aina olen myöhässä. Kirjaamiset jää myöhemmäksi.” V10, suuhygienisti.

5.2 Ennaltaehkäisevät palvelut

Asiantuntijoiden vastausten perusteella lasten ja nuorten suun terveystarkastukset koettiin tärkeimmäksi vaikuttamisen kanavaksi ennaltaehkäisevässä suun terveydenhuollossa. Lisäksi asiantuntijat näkivät tarvetta erilaisille tempauksille mm. kouluissa.

Vanhempien osallistuttamisen nähtiin olevan ensiarvioisen tärkeää ja tähän toivottiin lisää aikaa vastaanotoille. Asiantuntijoiden mahdollisuutta poiketa ennalta määritellystä kaavasta terveystarkastuksissa, nähtiin sekä mahdollisuutena että haasteena. Mahdollisuutena sitä pitivät hammaslääkärit, jotka laativat hoitosuunnitelman, mutta hoitosuunnitelmaan kirjattuja suuhygienistin tai hammashoitajan käyntimääriä piti haasteena valtaosa suuhygienisteistä.

Vastaanotolla tiivis aikataulu jättää vain hyvin vähän mahdollisuuksia asiantuntijoille peirehtyä lasten ja nuorten tilanteeseen kokonaisvaltaisemmin ja kiire vähentää asiantuntijoiden jaksamista isompien kokonaisuuksien pohtimiseen (lapsen tai nuoren jaksaminen suhteessa oma hoitoon, koulukiusaaminen jne.) Yhteistyön tehostamiseen moniammatilliseen suuntaan koetaan tarvetta. Yhteistyön helpottamiseksi asiantuntijat näkisivät yhteisten pelisääntöjen ja riskiluokitusten rakentamisen.

Asiantuntija asiakkaat arvioivat tärkeäksi suun terveydenhuollon ennaltaehkäiseväksi toiminnaksi ensimmäistä lastaan odottavien perheiden suun hoito info-tunnit. Heistä toimintaa pitäisi laajentaa siten, että mukaan pääsisi myös seuraavia lapsiaan odottavat vanhemmat, kun osalta on infotunti voinut jäädä väliin ensimmäisen lapsen kanssa esim. synnytyksen vuoksi.

”..kun mua harmittaa että meidät kutsuttiin mukaan sellaiseen isompaan tilaisuuteen mukaan kun odotettiin esikoista, mutta me oltiin juuri silloin synnyttämässä ja sitten sitä ei ollut enää mahdollisuutta, mä olisin ehdottomasti hallunnu mennä sinne, mutta sitten se meni ohi. Mutta kyllä se neuvolassa varmaan olisi just paras, se oli ilmeisesti hyvin suosittu se luento kyllä, että siellä olisi tietääkseni paljon porukkaa.” HV3.

5.2.1 Lasten ja nuorten suun terveystarkastukset

Neuvola- ja kouluikäisten lasten suun terveystarkastusten määrää piti riittävänä kaikki tutkimukseen osallistuneet hammaslääkärit (4/5 samaa mieltä, 1/5 jokseenkin samaa mieltä) sekä kaikki terveydenhoitajat (2/3 samaa mieltä, 1/3 jokseenkin samaa mieltä). Suuhygienisteistä samaa mieltä 3/7, jokseenkin samaa mieltä 2/7 ja 2/7 oli erimieltä.

Hammaslääkärit perusteluina oli terveysuisten lasten vähäinen käyntitarve sekä mahdollisuus ottaa riskipotilaat yksilöllisille käynneille määrääaikaistarkastusten välissä.

”Jos kaikki lapset tulisivat tarkastuksiin vain määräväuosina, määrä olisi liian pieni. Mutta viisaasti saamme kutsua lapset tarkastukseen henkilökohtaisen hoitosuunnitelman mukaisesti eli tarvittaessa useammin. Eri työntekijäryhmien välinen yhteistyö ja työnjako toimii hyvin.” V2.

Toisaalta hammaslääkärit tiedostavat riskipotilaiden hoitoon pääsyn vaikeudet, jotka osittain johtuvat myös hammashoitolan resurssivajeesta. Hammaslääkäreiden työkokemuksella tai työhistorian pituudella ei ollut vastauksissa selkeästi nähtäviä painoarvoja, vaan vastaukset olivat hyvin samankaltaisia niin pitkän työhistorian omaavilla kuin vasta-alkajillakin.

”Välivuosina, kun pitäisi olla shg:n tai hh:n tarkastus, ei aina onnistu suunnitelman mukaan resurssien puutteessa.” V5.

Suuhygienistien vastauksissa **tarkastusten määrää pidettiin melko riittävänä, mutta tarkastuksiin varattua aikaa useimmat pitivät liian lyhyenä ja erityisesti koululaisille toivottiin lisää tarkastuksia.** Vastauksissa ei ollut juurikaan eroa vasta työuran alussa olevien tai pitempään toimineiden suuhygienistien vastauksissa.

”On erittäin hyvä että lapset tulevat jo 1-vuotiaana ensimmäiselle hammashoitokäynnille (kaikissa kunnissa näin ei ole). Tarkastusten määrä on riittävä varsinkin alle kouluikäisillä, koululaisilla käyntejä voisi olla enemmän.” V7, suuhygienisti.

Asiantuntija-asiakkaiden mielestä suun terveystarkastuksia on todella vähän ja vanhemmilla on usein huoli oman osaamisensa riittävydestä lapsen hampaiden tarkkailuun. Vanhemmille terveydenhoitajan tarkistus neuvolakäyntien yhteydessä olisi tärkeä apu.

”Ja siis jotenkin musta tuntuu että tosi vähän sitä jos 1-2 vuotiaana kerran ja 3-4 vuotiaana kerran niin jotenkin tuntuu että hirveän vähän ja odottaa että milloin se on se hammastarkastus kun ei sitä osaa kuitenkaan lapsen suuhun ja se on hyvin vaikeaa se että ”avaappa nyt suu” ja se ois niinku tosi hyvä että neuvolassakin niin kuin puhuttais ja katottais..” HV1.

”No toi koululaisten, se on tietysti kustannus kysymys mutta, musta se on kyllä aika huolestuttavaa, että voisin kyllä kuvitella että se on aika tärkeää aika just se kun mennään kouluun, niin jos siinä tutkitaan vaan ekalla ja viidennellä niin siinä jää aika pitkä pätkä just sitä itse harjaamaan opettelua ja musta se on aika pitkä aika ja musta se on huolestuttavaa.” HV3.

Yläkouluikäisten suun terveydestä suuhygienistit olivat erityisesti huolissaan ja nuorten suun terveyden tottumuksiin koettiin tuolloin olevan vielä paremmat mahdollisuudet kuin myöhemmin opiskeluaikoina. Vastauksista on nähtävissä, että kaupungissa aiemmin käytäntönä olleesta 9 lk:n nuorten systemaattista suun tarkastusta kaivataan edelleen työntekijöiden kesken ja että kyseistä toimintaa pidettiin vaikuttavana osana nuorten suun terveyden edistämistä.

”Mielestäni yläkoululaisille tulisi tehdä shg toimesta tarkastus 9lk – kun tiedetään mikä on suuntaus karieksessa niin tuohon ikäryhmään olisi vielä aika hyvät vaikutusmahdollisuudet, vielä + että kaikilla on hammaskiveä tuossa iässä.” V9, suuhygienisti.

Suuhygienistien vastauksista näki myös huolen pitkistä tarkastusväleistä erityisesti alle kouluikäisten lasten osalta. Maitohammaskarieksen nopea eteneminen koettiin riskiksi yhä nopeammin muuttuvassa maailmassa.

”Pienillä lapsilla muutokset suussa tapahtuu kovin nopeasti, aiemmin in-taktissa suussa muutokset voi tapahtua kovin nopeasti esim. elämäntilan-teen muuttuessa. Koululaisilla on liian lyhyt aika varattuna shg.” V11, suu-hygienisti.

5.2.2 Ennaltaehkäisevän hoidon määrä

Hammaslääkäreistä ennaltaehkäisevän hoidon määrä suun terveydenhuollossa on riittävä. Vastaajista 1/5 oli samaa mieltä ja 4/5 jokseenkin samaa mieltä. Samoin terveydenhoitajat olivat jokseenkin samaa mieltä (2/3) ja yksi vastaaja ei osannut sanoa. Suuhygienisteistä puolestaan kukaan ei ollut väittämän kanssa täysin samaa mieltä ja vain 2/7 oli jokseenkin samaa mieltä. 3/7 suuhygienisti vastaajista oli väitteen kanssa jokseenkin eri mieltä ja 2/7 oli eri mieltä.

Tiukkaan sidotut vastaanottoajat koettiin haastaviksi ennalta ehkäisevän hoidon kannalta. Vastaanottoajat koettiin niin hammaslääkäreiden kuin suuhygienistienkin toi-mesta liian lyhyiksi, jotta ennaltaehkäisevälle hoidolle jäisi riittävästi aikaa.

”Tarkastusaika on liian lyhyt ennaltaehkäise. hoitoa varten, ne joilla tod. hkp:n tarvetta -> läh. shg:lle /hh:lle. Muutoin hml tark. yht.”, V1, hammas-lääkäri.

”Muutama minuutti muun käynnin yhteydessä ja 3 x 45 min koko perus-koulun aikana? Terveystottumusten muuttaminen parempaan vaatii vä-hän enemmän.” V8, suuhygienisti.

Yhteistyö lasten ja nuorten vanhempien kanssa koettiin myös haasteelliseksi ja vanhempien yleistä tietämystä suun terveydestä pidettiin vajavaisena. Vastaa-otoilla vanhempia pyritään informoimaan ja ohjaamaan hyvään suun terveyteen, mutta kaikki ammattiryhmät näkivät tarpeen tuoda tietoisuutta enemmän esille eri yhteyksissä kuten vanhempainilloissa, lasten harrastuksissa jne.

”Ennaltaehkäisevään hoitoon on hyvät mahdollisuudet lapsilla kun ovat vo:lla. Vanhempien yleistä tietoisuutta hampaiden hoidosta olisi hyvä saada lisättyä.” V5, hammaslääkäri.

Toisaalta asiantuntijoiden vastauksista näki huolen erityisen tuen tarpeessa olevien lasten ja perheiden kohtaamiseen. Parhaista yrityksistä huolimatta tarkastuksista saat-taa joku jäädä pois ja epähuomiossa tipahtaa seulan läpi kokonaan. **Vanhempien in-**

formointi myös vastaanoton ulkopuolella koettiin tarpeelliseksi. Yhteistyötä lasten ja nuorten muiden sidosryhmien mm. urheiluseurojen ja harrastustoimien kanssa pidettiin tärkeänä.

"Kaikki oppilaat eivät välttämättä ole paikalla. Lisäksi vanhempia kuuluisi informoida esim. vanhempainilloissa. Ehkäisevää toimintaa aivan liian vähän, pitäisi olla resursseja jalkautua kaupunkiin (esim. uimahallin aulaan, kauppakeskuksiin, avoimiin päiväkerhoihin)." V11, suuhygienisti.

Myös kouluihin toivottiin erilaisia tempauksia tai tapahtumia suun terveydenhuollon ja koulujen ja oppilaiden kanssa yhteistyönä toteutettuina. Erityisesti tämä toive tuli terveydenhoitajien puolelta.

"Voisi olla "pyöriviä" näyttelyitä kouluihin hammas- ja suunhoidosta mm. (ja ksylitolista)." V15, terveydenhoitaja.

Toisen kierroksen kysymykseen, jossa asiantuntijoilta kysyttiin heidän kannatustaan järjestää koululaisille lisää suun terveystarkastuksia esimerkiksi 9. lk:lla sekä järjestää oppilaiden vanhemmille esimerkiksi vanhempainiltoja, 11/12 kaikista vastaajista vastasi "kyllä" ja 1/12 vastasi "ei". Huomioitavaa on, että yksi vastaajista vastasi sekä kyllä että ei. Suuhygienisteistä ja terveydenhoitajista kaikki kannattivat ehdotuksia, hammaslääkäreistä vain puolet.

Hammaslääkäreistä kuitenkin vastustajien puolelta löytyi parempi ehdotus 9lk:n tarkastuksien sijaan, vastaajan näkökulmasta 17-vuotiaiden seulonta olisi tärkeämpää.

"Valistusta annettu jo 1lk, 5lk ja 8lk, tärkeämpää 17v tarkastus.", V4, hammaslääkäri.

Suuhygienistit ja terveydenhoitajat näkivät kuitenkin nuorten "herättelyssä" yläkouluikäisinä hyviä puolia ja pitivät sitä tärkeänä. **Lisäksi nuoren henkisen kasvun otollinen ajankohta nähtiin hyväksi vaikutuskohdaksi suun terveydenhuollon tottumusten ja tapojen muutokselle.**

"Uskon siihen että mitä enemmän ihmiset saavat tietoa/ informaatiota suun hoidosta, saataisiin tulevaisuudessa enemmän terveitä suita. Vanhempainillat olisivat "oiva" paikka lisätä ihmisten tietoa suun hoidosta, myös 9 luokkalaiset ovat jo sen ikäisiä että ovat kiinnostuneita suunhoidosta." V6, suuhygienisti.

"Lasten itsenäistyessä on entistä tärkeämpää että ovat tietoisia hammashoidosta ja sen tärkeydestä, syövät enemmän ehkä pikaruokaa, liikkuvat enemmän kaupungilla, ostavat omaa ruokaa jne." V14, terveydenhoitaja.

Vanhempainiltojen nähtiin taas jakavan enemmän mielipiteitä myös suuhygienistien keskuudessa. **Useat vastaajat näkivät vanhempainiltojen olevan parempia vaikuttamisen paikkoja päiväkotij- ja alakouluikäisillä ja yläkoulun ensimmäisellä luokalla, ei niinkään viimeisellä.**

”Lain mukaan kaikki 8-luokkalaiset on tarkastettava, 9-luokkalaisten tarkastaminen olisi liiallista. Riskipotilaat kutsutaan yksilöllisen HS:n mukaan joka tapauksessa vastaanotolle. Olisi hyvä valistaa 9-luokkalaisten vanhempia monista suuta koskevista seikoista. Mutta on kyllä niin, että aina noihin iltoihin eivät tule ne, joille tieto olisi tarpeellista.” V2, hammaslääkäri.

”9-luokkalaisilla on lähes kaikilla jo hammaskiveä joka tulee poistaa, siksin shg käynnit perusteltuja lisäksi tähän ikäryhmään voisimme vielä vaikuttaa, vanhempainiltoihin pitäisi myös shg mennä jotta voisimme vaikuttaa vanhempien kautta jo alaluokilla esim. 1., 4., 6. luokkalaisille.” V9, suuhygienisti.

Asiantuntija-asiakkailta suun terveyden edistämisen ennaltaehkäisevät toiminnot ovat kokemukset ovat tulleet pääsääntöisesti vain hammashoidossa, eikä neuvolassa suun terveyden edistämiseen ole juurikaan käytetty aikaa.

”Musta tuntuu että täällä neuvolassa ei hirveästi ennaltaehkäisevää tule, jossain määrin joo, muistan että jossain materiaaleista olen lukenut suun terveyden ennaltaehkäiseviä asioita. Kahden nuorimman lapsen neuvolakäynneillä en muista että olisi puhuttu suun terveydestä ollenkaan.” HV2, kahden lapsen äiti, yhdistystoimija

5.3 Moniammatilliset suun terveydenhuollon prosessit

Organisaation muutoksen ja asiakkaiden antamien palautteiden käyttäminen prosessien kehittämisessä nähtiin hyvänä asiana, joskin asiantuntijoilla tuntui olevan epäselvää, millainen uuden organisaation muoto terveystalveissa tulee olemaan, sekä miten asiakaspalautteita käytetään palvelujen kehittämisessä hyödyksi.

5.3.1 Asiakkaiden kehittämis ehdotukset

Suuhygienisteitä 4/7 vastaajista ei osannut sanoa mitään tähän väittämään, jossa kysyttiin asiakkaiden kehittämis ehdotuksien ja toiveiden hyödyntämisestä suun terveydenhuollossa. Samoin 2/3 terveydenhoitajista. 2/7 suuhygienisteitä oli jokseenkin eri mieltä samoin kuin 1/5 hammaslääkäreistä. Samaa mieltä väittämän kanssa oli 2/5 hammaslääkäreistä ja jokseenkin samaa mieltä 2/5 hammaslääkäreistä, 1/7 suuhygienisteistä ja 1/3 terveydenhoitajista.

"Parannusehdotuksia as. puolelta ei ole tullut hlö-kunnan kuultavaksi asti." V1, hammaslääkäri.

Asiantuntija-asiakas -ryhmän toiminta nähtiin muutamassa vastauksessa positiivisena toimintana, jossa asiakkaat pääsevät vaikuttamaan suun terveydenhuollon toiminnan suunnittelussa.

"On olemassa se ryhmä, johon potilaat voivat ilmoittautua mukaan kehittämään toimintaa. Aina löytyy aktiivisia ihmisiä, jotka ovat sellaisessa mukana." V2, hammaslääkäri.

Asiakastytyväisyyskyselyjen tuloksia toivottiin paremmin henkilökunnan tietoon, jotta omaa toimintaa voitaisiin kehittää annettujen palautteiden perusteella. Pitkät jonot hoitoon pääsyssä ja jatkohoidon järjestelyissä ovat yleinen syy asiakkaiden valituksiin vastaantolla.

"Asiakastytyväisyyskysely mielipiteitä ja niiden toteutumista ei ole tietoa tavallisena työntekijänä. Mutta vähintään 2-3 x tulee kommentteja kun jatkohoitoajat menee 3-4 kk päähän, samoin tarkastuskäyntejä myös ihmetellään." V11, suuhygienisti.

Terveydenhoitajille suun terveydenhuollon toimintatavat eivät olleet tuttuja, eikä heillä ollut tietoa siitä, miten asiakkaat voisivat vaikuttaa toiminnan suunnitteluun. Terveydenhoitajat kannattivat asiakkaiden tarpeiden selvittämistä kyselyillä.

"Minulla ei ole tietoa miten asiakkaiden ehdotukset ja toiveita toteutetaan suun terveydenhuollossa." V14, terveydenhoitaja.

"Voisi tietysti tehdä jonkinlaisen kyselyn minkälaisia toiveita ja kehitysehdotuksia asiakkailta on." V15, terveydenhoitaja.

Asiantuntija asiakkailta haastattelussa nousi esille myös tarve visuaaliselle ohjausmateriaalille, minkä voisi saada vastaanotolta mukaan joko terveydenhoitajalta tai hammashoitolasta.

"..joku semmoinen missä olisi kuvat ja siis semmoinen tiedättekö visuaalisesti houkutteleva joka tulisi katsottua ja omaksuttua kun ite on kuullut ystävä-, tuttavapiirissä että just ihan pienillä lapsilla 1. Luokkalaisilla ja pienemmillä on ollu reikiä paljonkin ja mä oon ollu ite ihan ihmeissäni että apua miten voi olla niin paljon että ois kiva tietää mistä se johtuu.. sitä on ihmetelty.." HV2

Vastaajista samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 3/5 hammaslääkäreistä, 1/7 suuhygienisteistä ja 2/3 terveydenhoitajista, kun heiltä kysyttiin asiakkaiden toiveiden ja

kehittämisehdotuksien hyödyntämisestä neuvola- ja kouluterveydenhuollossa. Jokseenkin erimieltä oli 1/5 hammaslääkäreistä ja 2/7 suuhygienisteistä. Ei osaa sanoa vastauksen valitsi 1/5 hammaslääkäreistä, 4/7 suuhygienisteistä ja 1/3 terveydenhoitajista.

Vastaanotolla ei suun terveydenhuollossa kuule juurikaan ehdotuksia neuvolan ja kouluterveydenhuollon toiminnan suunnittelusta.

"Kts vast.yllä. Vastaanotolla ei kuule paljonkaan ehdotuksia." V2, hammaslääkäri.

Asiakkaiden mielipiteitä pidetään kuitenkin arvossa, ja asiakkaiden antamaa palautetta ja ehdotuksia tulisi asiantuntijoiden mielestä kuunnella.

"Jos asiakkaat viitsivät ehdottaa jotain; tottakai pitäisi huomioida, saattaa löytyä jotain hyvääkin." V5, hammaslääkäri.

Useammalla asiantuntijalla on toisen osaston toiminnasta vain omakohtaisia asiakas kokemuksia palvelujen käyttäjän näkökulmasta tai kuntalaisena.

"Asiakkaana minulla ei ole mitään ongelmaa neuvolan tai kouluterv. huollon kanssa." V8, suuhygienisti

Jo nyt toteutettujen palvelujen prosessien kehittämiseen johtavasta toiminnasta nähdään hyötyjä jo nyt ja niitä arvostetaan.

"Koen että yritetään parantaa asiakaslähtöisesti palvelua koko ajan paremmin. Esim. microsystems koulutuksen kautta parannettu esim. uupuneiden perheiden tukemista / ohjaamista." V13, terveydenhoitaja.

Asiakastyytyväisyyskyselyyn toivotaan osiota myös selkeämmin asiakkaiden toiveille ja kehitysehdotuksille.

"Voisi tietysti tehdä jonkinlaisen kyselyn minkälaisia toiveita ja kehitysehdotuksia asiakkailta on." V15, terveydenhoitaja.

5.3.2 Organisaation muutoksen vaikutukset yhteistyöhön

Vastaukset jakoutuivat tämän väittämän kohdalla melko tavalla. Hammaslääkäreistä 2/5 oli väittämän kanssa samaa meiltä, 2/5 ei osannut vastata ja 1/5 oli eri mieltä. Suuhygie-

nisteistä 6/7 ei osannut sanoa väittämään mitään, samoin terveydenhoitajista 2/3. Kyselyn toteutuksen aikana sosiaali- ja terveystoimen hallinto pitivät organisaatiomuutoksesta infotilaisuuksia, mutta ilmeisesti sisältö oli vastaajille vielä melko tuntematonta.

"Organisaatiot itsessään voivat olla joskus niin monimutkaisia ja byrokraattisia, että pelkään hiukan, miten sujuvalle yhteistyölle löytyy nyt oma uomansa, kun tulemme olemaan eri kokonaisuuksissa ja eri johtajien alaisina." V 2, hammaslääkäri.

Tietojen siirtyminen eri toimijoiden välillä koetaan haastavaksi ja asiantuntijoiden mielestä tiedonsiirtyminen on edellytys onnistuneelle kokonaisuudelle.

"Riskipotilailla on yleensä muitakin ongelmia, täten kokonaisuhoito onnistuu paremmin tiedon siirtyessä helpommin saman organisaation sisällä." V 4, hammaslääkäri.

Asiantuntija-asiakkaiden mielestä on kummallista, että samaa lasta hoitavien hoitohenkilöiden välillä on tällaisia **organisaation rajoja, joiden välistä tieto ei kulje lapsen terveydestä.**

"..mun mielestä pitäisi nähdä, ainakin siltä osin kun se voi vaikuttaa suun alueen hoitoon, kun voisin kuvitella että siellä on tietoja, mutta ei tietenkään nyt ihan kaikkea varmasti kuulu, mutta sen osan mikä kuuluu niin kyllä... mutta toisaalta jos on niin kuin hoitamassa vaan eri näkövinkkelistä niin haittaako se jos ne sieltä näkyy?" HV2.

Organisaation muutos oli osalle vastaajista vielä täysin tuntematon asia, joten vastaajien vastaukset heijastivat tätä asian keskeneräisyyttä ja tuntemattomuutta.

"Minulla ei ole tietoa ko. asiasta." V10, suuhygienisti.

Muutokseen suhtauduttiin kuitenkin toisaalta myös hyvin levollisin ja odottavin mielin.

"Sen näkee vasta sitten kun tämä uusi organisaatiomuutos tulee miten eri tahojen yhteistyö vaikuttaa mihinkin ja millä tavalla." V 14, terveydenhoitaja.

Asiantuntija-asiakkaista organisaation muutoksen hyvä lähtökohta on asiakkaiden asettaminen keskiöön palveluissa.

"Asiakkaan näkövinkkelistä selkeämpi, että on niinku asiakaslähtöinen tuo jaottelu, että ei tarvi miettiä että mihin putiikkiin lähtee kun saman kokonaisuuden alla on koko kierre tarjonta, en tiedä miten se sitten käytännössä tarkoittaa, ensimmäinen tunne on sellainen." HV2.

6 Pohdinta

Lasten ja nuorten hampaiden reikiintymiselle tai muille suun sairauksille ei löydy yhtä yksittäistä selitystä. Elämme ajassa, jossa ”märehtimiskulttuuri” eli napostelu ja erilaiset juomat ovat osa arkipäivää niin lasten kuin aikuistenkin elämässä. Erilaiset vaihtoehtoiset elämäntavat ruokavalioineen ovat myös erittäin suuressa suosiossa, kaikkine erilaisine variaatioineen. Omahoidon polarisaatio on myös nähtävissä. Omahoito, niin hampaiden kuin muunkin terveyden, on toisille äärettömän tärkeää, mutta yhä enemmän löytyy lapsia ja nuoria, joiden omahoitotaidot ovat ”hukassa”, niin kuin myös heidän vanhemmiltaan. Näiden taitojen opettamiseen ja ohjaamiseen tulee terveydenhuollon ammattilaisten kiinnittää nykyistä enemmän huomiota ja sitä kautta vaikuttaa heidän terveyteensä. Tätä vaikuttamista voidaan kutsua myös ennaltaehkäiseväksi suun terveydenhuolloksi.

Tämän opinnäytetyön tuloksia pohtiessa herää ajatus siitä, että ennaltaehkäisevät palvelut suun terveydenhuollossa tulisi ottaa tarkasteluun myös siinä missä nykyiset hoitoprosessit. Käsittääkö ennaltaehkäisy suun terveydenhuollon palveluissa vain erilaiset vastaanotolla tehtävät toimenpiteet, vai tulisiko ennaltaehkäisevään suun terveydenhoitotyöhön liittää myös ihmisten, ihmisryhmien ja yhteisöjen terveysasenteisiin vaikuttaminen terveysneuvonnalla? Saataisiinko terveyseroja pienennettyä vaikuttamalla terveysasenteisiin erilaisten tapahtumien välityksellä tai kohdentamalla terveysneuvontaa entisestään arvioiduille tai tiedetyille riskiryhmille? Onko tämä terveysneuvonta ja –vaikuttaminen yhden tai kahden ammattiryhmän tehtävä, vai olisiko tässä erinomainen lähtökohta moniammatilliseen yhteistyöhön? Näiden kysymyksien pohdinta tulisi asettaa keskiön terveydenedistämisen resurssien arvioinnissa ja kohdentamisessa.

Asiakkaiden osallistaminen päätöksentekoon niin yleisellä kuin yksilöllisellä tasolla tulisi entisestään voimistua. Asiakaslähtöiset palvelut ovat avainasemassa tulevissa muutoksissa toimintaympäristössä ja heidän asiantuntemustaan palvelujen käyttäjänä tulisi hyödyntää entistä enemmän toimintoja suunnitellessa ja kehitettäessä.

Suun terveydenhuollon asema tulevassa maakunta- ja aluehallintouudistuksessa on epäselvä kaikille alan toimijoille toistaiseksi. Valinnanvapauden toteutumisen eri vaihtoehdot sekä hoitoprosessien kulku ja niiden kuvaus ovat vasta alkutekijöissä. Lasten ja nuorten suun terveydenhoito ja erityisesti ennaltaehkäisevä suun terveydenhuolto ovat

toistaiseksi suurten kysymysmerkkien alla. Yhteisenä näkemyksenä on, että näin ei voida jatkaa, mutta mikä on uusi ja parempi tapa, sitä ei vielä kukaan oikeastaan tiedä.

Neuvola- koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon asema uudessa sote-ratkaisussa tulee esittämään merkittävää roolia lasten ja nuorten suun terveyteen. Jotta jatkossakin lasten ja nuorten suun terveys voidaan pitää yhden valvonnan alla, tulee valinnanvapauden rajoittua lasten osalta jotenkin eri tavalla. Valvonnan lähtökohtana tulee olla syrjäytymisen estäminen ja suurempien terveyserojen syntymisen ehkäisy. Samalla lasten ja nuorten suun terveydenhuollon laatu ja potilasturvallisuus tulee taata. Jokaisella lapsella ja nuorella tulee olla yhtäläiset suun terveydenhuollon palvelut riippumatta hoitopaikasta tai muista tekijöistä (asuinpaikka, vanhempien varallisuus jne.). Yhteistyö lasta hoitavien terveydenhuollon ammattilaisten kesken tulisi olla nopeaa ja uusia yhteistyömalleja tulisi voida kehittää riippumatta tietotekniikan tai sote-uudistuksen luomista rajoitteista.

Porvoon kaupunki voisi toimia suun terveydenhuollon ennaltaehkäisevien palvelujen kehittämisen mallikaupunkina, siinä missä mikä tahansa Suomen kaupunki. Antamalla ammattilaisille mahdollisuuden kokeilla toiminta-alat ylittäviä tapahtumia ennaltaehkäisevän suun terveydenhuollon menetelmänä, voitaisiin lasten ja nuorten sekä heidän vanhempiensa terveysasenteisiin vaikuttaa uusilla ja erilaisilla tavoilla. Lisäksi toimia tulisi pyrkiä suunnittelemaan nykyistä enemmän moniammatillisista lähtökohdista. Tällä tavalla suun terveydenhuolto saataisiin nykyistä paremmin osaksi kaupungin terveydenhuolto palveluita.

6.1 Tulosten pohdinta

Suun terveydenhuollon ennaltaehkäisevien terveyden edistämisen menetelmien kehittäminen Porvoon kaupungissa on hyvällä alulla. Yhteistyön parantaminen koetaan eri ammattiryhmien välillä tärkeäksi ja kaikki osapuolet näkevät lasten ja nuorten suun terveyden edistämisen hyvät puolet ja vaikutukset lasten ja nuorten yleiseen terveyteen. Yhteisten kokousten kautta nähdään mahdollisuudet aloittaa tiiviimpi ja tehokkaampi moniammatillinen yhteistyö. Mahdollisilla työpareilla (suuhygienisti + terveydenhoitaja) nähdään olevan myös tilausta, sillä laskettaessa kynnystä konsultoida toista ammattilaista, nähdään asiakkaan edun paranevan ja yhteistyön helpottuvat myös tulevaisuudessa. Uudet suun terveyden edistämisen mahdolliset toimintamallit on koottu Kuviossa 7.

Suun terveydenhuollossa asiakkaat näkevät haasteita toiminnassa. Alakouluikäisten lasten tarkastusten määrää pidetään vähäisenä, mutta asiantuntijoiden mukaan tarkastusten määrä on riittävä, joskin tarkastuksiin varattu aika oli erityisesti suuhygienistien mielestä liian lyhyt ennaltaehkäisevän hoidon laadukkaaseen toteutukseen. Yläkoululaisten toivottiin käyvän riskiluokituksesta riippumatta suuhygienistin vastaanotolla. Erityisesti 9-luokkalaisten nuorten elämäntapoihin koettiin olevan hyvä hetki vaikuttaa. Vanhempien vastuuttamista tai osallisuutta pitivät tärkeänä kaikki asiantuntijat kaikissa ikäryhmissä, mutta asiakkaiden näkökulmasta erityisesti pienten lasten vanhemmille annettava tuki ja ohjaus olisi ensiarvoisen tärkeää.

Asiakkaiden osallistuminen toiminnan kehittämiseen nähtiin hyvänä asiana, joskin asiantuntijoilla ei ollut tietoa siitä, miten asiakkailta saatua palautetta toiminnan kehittämisessä hyödynnetään. Uuden organisaatiomallin asiakaslähtöinen ajattelu nähtiin hyvänä, niin asiakkaiden kuin asiantuntijoidenkin taholta, joskin asiantuntijat eivät odottaneet suuria muutoksia päivittäiseen toimintaansa muutoksen johdosta.

Asiakkaiden haastattelussa nousi esille myös tarpeita erilaisten materiaalien hankkimiseen / tuottamiseen suun terveyden edistämisen tueksi. Myös terveydenhoitajien kanssa yhdessä toteutettavalla ryhmäneuvolatoimintamallilla nähtiin olevan mahdollisuuksia jakaa yhteisesti informaatiota laajemmalle joukolle kerrallaan.



Kuvio 7. Suun terveyden edistämisen uudet mahdollisuudet ja toimintamallit kokeiltavaksi

6.2 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys

Kun tutkimuksen pyrkimyksenä on kehittää jo olemassa olevaa toimintaa, useinkaan määrällinen tutkimus ei tule kyseeseen liian suppean vastaaja joukon vuoksi. Tällöin laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on soveltuvampi tutkimusmenetelmä erilaisine tekniikoineen, kuin kvantitatiivinen tutkimus, jossa pyrkimys on yleispätevyyteen.

Tutkimuksellisen kehittämistyön menetelmien valinnan tulisi varmistaa se, että käytännön ongelma, jota kehittämistyöllä halutaan ratkaista, saataisiin aineiston keräämisen ja analysoimisen tuloksena saavutettua. (Heikkilä yms. 2008: 35.)

Delfoi-menetelmä on käypä tutkimusmenetelmä tutkittaessa ilmiötä tai asiaa, johon asiantuntijat voivat antaa oman mielipiteensä. Vastausten perusteella voi yrittää tulkita tulevaisuutta, nostaa esiin ristikkäisiä näkemyksiä sekä tuoda esiin asiantuntijoiden huolia, odotuksia sekä näkemyksiä tutkitusta asiasta. Näistä lähtökohdista arvioituna Delfoi-menetelmä on tässä tutkimuksessa erittäin hyvä tutkimusmenetelmä.

Kyselylomakkeiden avulla toteutetut kaksi kierrosta sujuivat ongelmitta. Vastaajien vastauksissa ei näkynyt tarvetta tulkinnalle tai päättelylle. Asiantuntijat vastasivat lomakkeisiin heille annettujen aikaraamien puitteissa ja siten tutkimuksen aikataulu pysyi hallinnassa. Tutkimusprosessin hankaluudet liittyivät tutkimusajankohtaan (kesä – alkusyksy), sillä kesällä asiantuntijoilla oli jo pitkä ja raskas kevät takana ja he odottivat jo kesälomia. Toisen kierroksen kohdalla puolestaan syksyn koululaisten tarkastukset olivat jo alkaneet ja lisäpainetta suun terveydenhuollossa toi elokuussa alkanut Sujuva suuklinikka – toiminnanohjausjärjestelmän hankintaprosessi, mihin useat vastaajat osallistuivat myös. Lisäksi kaupungin aloittama organisaatiomuutos toi omaa haastetta asiantuntijoiden osallistumisinnokkuuteen.

Asiantuntija-asiakkaiden ryhmähaastattelu toimi aineiston keräämismenetelmänä hyvin, sillä haastattelun aikana asiakkailta oli mahdollisuus esittää aiheista tarkentavia kysymyksiä ja siten helpommin vastata heille esitettyihin kysymyksiin. Haastattelu aineiston ja kyselylomakkeilla kerättyjen avoimien vastauksien aineistossa käytetty sisällönanalyysi soveltui hyvin aineiston erojen ja yhtäläisyyksien tulkintaan.

6.2.1 Luotettavuus

Tutkimuksen pätevyys ja luotettavuus vaihtelevat, vaikka tutkimuksessa pyrittäisiin välttämään virheiden syntymistä. Tämän vuoksi reabiliteetti pyritään varmistamaan jokaisessa tutkimuksessa. Reabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen mittaustulosten pysyvyyttä tai toistettavuutta ennalta määritellyn mittarin avulla. Reabiliteetti voidaan todentaa eri tavoin. Esimerkiksi jos kaksi arvioijaa päätyy samaan tulokseen, voidaan tutkimusta pitää luotettavana, tai jos samaa henkilöä tutkittaessa päästään samoihin tuloksiin kahdella eri tutkimuskerralla. (Hirsjärvi ym. 2009: 231.; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189.) Tässä tutkimuksessa tulosten toistettavuus on haastavaa, sillä asiantuntijat vastaavat sen hetkisen kokemuksensa perusteella annettuihin kysymyksiin. Samoin asiantuntija-asiakkaiden haastattelun uudelleen toteuttaminen on mahdotonta. Tämän tutkimuksen reabiliteetti arvioidaan siis tutkimustulosten arvioinnin perusteella.

Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validiteetti eli pätevyys. Se voi tarkoittaa myös mittaria tai menetelmän kykyä tutkia tai mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata. Esimerkiksi kyselylomakkeen kysymykset on saatettu käsittää eri tavalla kuin tutkija on ajatellut. Tällöin, jos tutkija edelleen käsittelee vastuksia oman ajattelumallinsa mukaisesti, ei tutkimuksen tuloksia voida pitää pätevinä tai tosina. (Hirsjärvi ym. 2009: 232.; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189) Tässä tutkimuksessa Delfoi-menetelmä varmisti tutkimuksen validiteetin, sillä kyselylomake toiselle tutkimuskierrokselle laadittiin ensimmäisen kyselylomakkeen vastausten perusteella. Lomakkeilla ja asiantuntija-asiakkaiden haastatteluilla on pyritty saamaan tietoa suun terveyden edistämisen toimista ja tarpeista Porvoon kaupungissa.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tutkijan tarkka selostus tutkimuksen vaiheista ja sen toteuttamisesta. Aineiston tuottaminen ja olosuhteet, joissa se on tuotettu, tulee kuvata mahdollisimman tarkasti. Tutkimuksen tulosten yleistettävyyden vuoksi tulee arvioida myös, miten hyvin tutkimusotos edustaa perusjoukkoa. (Hirsjärvi ym. 2009: 232.; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 189, 198.) Tämä tutkimus ei edusta perusjoukkoa koko valtakunnan tasolla, mutta Porvoon kaupungin tasolla perusjoukon edustettavuus on riittävä suun terveydenhuollon asiantuntijoiden osalta, mutta terveydenhoitajien osalta se jää riittämättömäksi. Aineisto ei ole yleistettävissä toiseen kaupunkiin.

Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuutta voidaan arvioida myös uskottavuuden tai siirrettävyyden avulla. Uskottavuus edellyttää tulosten kuvausta siten, että lukija ymmärtää tutkijan tekemän analyysin toteuttamistavan sekä tutkimuksen vahvuudet ja heikkoudet. Siirrettävyydessä arvioidaan sitä, missä määrin tulokset olisivat siirrettävissä toiseen tutkimusympäristöön. Tämä edellyttää aina huolellista tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien taustojen ja valintojen selvittämistä sekä aineiston keruun ja analyysin tarkkaa kuvausta. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 198.) Tässä tutkimuksessa on pyritty kuvaamaan tarkasti tutkimuksen jokainen eri vaihe sekä analyysin ja aineiston keruun osat, joten perusteet luotettavuudelle ovat olemassa. Tutkimus ei kuitenkaan ole siirrettävissä toiseen kaupunkiin suoraan sellaisenaan, sillä toinen kierros toteutetaan aina ensimmäisen kierroksen pohjalta. Ensimmäinen kierros sinänsä voidaan toteuttaa missä tahansa kunnassa tai kaupungissa, pois lukien organisaation muutos ja sen osaluheen kysymykset.

6.2.2 Eettisyys

Kehittämistyön tai tieteellisen tutkimuksen eettisyys lähtee aina samoista lähtökohdista. Työn tulee olla korkean moraalien mukaista, työ tulee tehdä rehellisesti ja tutkijan on huolehdittava, että tutkimuksen tulokset ja menetelmät kirjataan huolellisesti ja tarkasti ja että tulokset ovat hyödynnettävissä. Todellisia ja rehellisiä vastauksia saadaan silloin, kun vastaajien anonymiteetti voidaan taata. (Ojasalo – Moilanen – Ritalahti 2014: 48 – 49.)

Tutkivan kehittämisen kriittisiä kohtia löytyy useita. Usein jo aiheen valinnassa tutkijan tulee pohtia aiheen eettisyyttä ja omia motiivejaan aiheen valintaan. Tutkiva kehittäminen pohjautuu niin aiempaan tutkimustietoon, siinä missä asiasta saatuihin käytännön kokemuksiin sekä ammattilaisten kokemuksiin ja ”hiljaiseen” tietoon. Tietolähteiden valinta on osa eettistä toimintaa. Terveystieteissä ensisijainen päämäärä missä tahansa kehittämistyössä on potilaiden hyvä, jolloin perusteelliselle lähdekritiikille on myös tarvetta eettisyyden näkökulmasta. (Heikkilä ym. 2008: 43 – 44.)

Tutkimusaiheen valinta ohjasi tämän tutkimuksen menetelmiä sekä rajallinen aika tutkimukselle. Saadakseen luotettavia numeraalisia arvoja esimerkiksi lasten kariesin tilanteesta Suomessa, tulisi tutkimukseen odottaa tuloksia useita vuosia, sillä lääketieteen pitkittäistutkimukset kestävät useita vuosia. Suun terveyden ennaltaehkäisy on tutkijalle

läheinen aihe, ja toiminta lasten ja nuorten suun terveydenhuollossa julkisella sektorilla, on antanut tutkijalle jonkin käsityksen lasten suun terveydentilasta Porvoossa.

Tässä tutkimuksellisessa kehittämistyössä asiantuntijapaneelin valmistelussa asiantuntijoita pyydettiin mukaan tutkimukseen ja heille annettiin vapaaehtoinen osallistumismahdollisuus. Pyydetyistä hammaslääkäreistä ja terveydenhoitajista löytyi muutamia, jotka kieltäytyivät osallistumisesta henkilökohtaisiin syihin vedoten, joten siitä syystä myös heidän osuutensa vastaajista on suuhygienistejä vähäisempää. Suuhygienistien keskuudessa tutkimus puolestaan aiheutti valtavasti kiinnostusta ja alkuperäisen pyynnön lisäksi kaksi suuhygienistiä ilmoittautui mukaan omasta tahdostaan vain muiden keskustelujen perusteella. Hammaslääkäreistä yksi halusi osallistua tutkimukseen, mutta omien henkilökohtaisten syiden vuoksi tiesi jo alkuvaiheessa, että ei voi osallistua kuin ensimmäiseen kierrokseen. Alkuvaiheen tilanteen kartoituksen vuoksi oli hyvä käyttää mahdollisimman laajaa vastaajajoukkoa, eikä sulkea halukkaita asiantuntijoita paneelistä pois. Delfoi-tutkimusmenetelmä mahdollistaa erikokoisten asiantuntijapaneelien mukanaolon tutkimuksen erivaiheissa, sillä tutkimusmenetelmä pohjautuu edellisten vastausten päälle ja antaa siten liikkumavaraa seuraavissa vaiheissa.

Tutkimuksessa asiantuntijat ovat tutkijalle tunnettuja, mutta vastauksissa heidän identiteettinsä on salattu käyttämällä heistä heille annettua vastaaja numeroa. Tutkijan on lähes mahdoton arvioida, miten rehellisesti asiantuntijat ovat vastauksensa laatineet, mutta koska aihe koskettaa läheisesti suurta osaa vastaajista, voidaan olettaa, että vastaajat ovat vastanneet kysymyksiin omaehtoisesti ja omien mielipiteidensä pohjalta.

Asiantuntija-asiakkaiden haastattelussa vastaajien henkilöllisyys oli myös tiedossa tutkijalle, mutta myös heidän identiteettinsä on työn eri vaiheissa ja tuloksissa salattu antamalla heille myös omat vastaajanumerot.

Tutkimuksessa on pyritty osoittamaan rehellisesti Porvoon kaupungin suun terveydenhuollon ja neuvola-, koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon palveluiden kehittämiskohteita, jotka asiantuntijat ovat tunnistaneet omassa työssään lasten ja nuorten suun terveyden parantamiseksi, ilman että kaupungille asetettaisiin vaateita tulevaisuutta ajatellen tai aiheutettaisiin kaupungille hankaluuksia.

Tutkimuksen siirtäminen suoraan esimerkiksi toisen kunnan tutkimukseksi, voisi olla haastavaa, eikä saatuja johtopäätöksiä voida suoraan soveltaa sellaisenaan toiseen

kaupunkiin. Lasten ja nuorten suun terveydenhuollon yhteistyön kehittämisen malleja voi tuki kokeilla myös muissa kunnissa ilman vastaavanlaista tutkimusta.

6.3 Tarpeellisuus / hyöty

Tämä tutkimuksellinen kehittämistyö toi esille asiantuntijoiden näkemyksiä aiempaa paremmin lasten ja nuorten suun terveyden edistämisen tilanteesta Porvoossa. Asiantuntijoiden näkemykset myös yhteistyön kehittämisen tarpeellisuudesta ja muodoista oli hyvä tuoda esiin uuden organisaation menetelmiä ja prosesseja kehitettäessä.

Asiakkaiden osallistuminen toiminnan kehittämiseen nykyistä paremmin on haastavaa, sillä usein terveydenhuolto ja sairauksien hoitaminen vaativat monimutkaista syy-seuraussuhteiden jäsentämistä, mitä useilla maallikoilla ei ole. Samoin eri lakien ja asetusten viidakossa luoviminen on hankalaa, siinä missä niiden vaateiden suhteuttaminen olemassa oleviin resursseihinkin. Näiden pohjalta terveyden edistämisen menetelmien kehittäminen vaatii usein paljon näiden resurssien ja suhteiden ymmärtämistä ja aina julkinen keskustelu ei kohtaa toiminnan todellisuutta.

6.4 Jatkokehittämistarpeet

”Tutkimusprosessi ei koskaan lopu siihen, että tutkimusongelma saadaan selvitettyä, koska vastaukset ovat aina vain osavastauksia ja osatotuksia.” toteaa sosiologian professori Pertti Alasuutari teoksessaan *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tutkimus siis täytyy tutkijan osalta lopettaa ja raportoida tulokset, vaikka aineiston analyysivaiheessa vastaukset herättävät uusia kysymyksiä ja ongelmia pohdittavaksi. (Alasuutari 2011: 277.)

Tässä tutkimuksessa saatiin nostettua esille joitain terveyden edistämiseen liittyviä haasteita suun terveydenhuollossa, mutta käytännöstä niitä löytyi tutkimuksen aikana jo lisää. Mahdollisesti tulevissa maakunnissa tai sote-keskuksissa yhteisesti hyödynnettävä malli suun terveyden edistämiseksi on eittämättä uusi haaste niin toiminnalle kuin toiminnan kehittämiselle. Lisäksi erilaisten kirjaamistapojen kehittäminen jää jatkohaasteeksi seuraaville tutkijoille tämän kehittämistyön jäätyä siltä osin vain ajatuksen tasolle.

Suun terveydenhuollon luontaista ajatusmaailmaa suun sairauksien ennaltaehkäisystä yksilölähtöisenä toimintana olisi kehitettävä kohti moniammatillista, perhekeskeistä toimintaa. Kehitettävää löytyy niin henkilökunnan kuin kaupungin yhteistyöryhmienkin välillä. Terveyserojen kaventumisessa ja palvelujen ulkopuolelle jäävien syrjäytyneiden tai syrjäytymisvaarassa olevien asiakkaiden parempi tunnistettavuus ja tunnistaminen lisäävät myös kehitettävää suun terveydenhuollolle. Erityisesti syrjäytymisvaarassa olevien lasten ja heidän vanhempiensa tunnistettavuus ja hoidon piiriin saattaminen muodostaa haasteen terveyden edistämisen suunnitelmalle.

Käytännön tasolla jatkokehittämistarve liittyy suun terveydenhuollon sekä neuvolan ja kouluterveydenhuollon välisen yhteistyön kehittämiseen. Yhteisten työparien muodostaminen ja kokeileminen työelämässä vaatii suunnittelua, samoin kuin yhteisen kokouksen järjestäminen. Mahdollinen ryhmäneuvolatoiminnan kehittäminen yhteistyössä neuvolan ja suun terveydenhuollon välillä on toinen kehittämishaaste. Näiden kaikkien toimien yhteistyön tuloksena voisi syntyä nykyistä perhelähtöisempi ja tehokkaampi ennaltaehkäisevä hoitomalli suun terveydenhuoltoon.

Ryhmätoiminnan kehittäminen myös mahdollisesti 1-vuotistarkastuksiin suun terveydenhuollossa on myös mahdollinen kehittämishanke tulevaisuudelle. Ryhmätoiminnan vahvuudet liittyvät osallistujien jaettuun kokemukseen ja yhteisöllisyyteen. Lisäksi asiakkaiden osallisuutta toiminnan kehittämiseen tulisi tarkastella osana kehittämistä.

Nuorille, erityisesti yläkouluikäisille, tulisi järjestää omaa terveyden edistämisen palvelua heille soveltuvilla tavoilla. Toimisivatko erilaiset sosiaalisen median kanavat ja niiden hyödyntäminen terveysneuvonnassa ja terveyden edistämisessä? Ja onko näiden kanalien kautta saavutettavissa suurempiakin terveyshyötyjä yleisterveyden näkökulmasta? Näiden tapojen kartoittaminen voisi olla yksi jatkohaaste.

Lähteet

Alapulli, Heikki, lasten hammashoidon erikoishammaslääkäri HYKS:n suu- ja leu- kasairauksien klinikka, Lastenklinikan yksikkö. 27.9.2015 luentomateriaali Valta- kunnalliset Suuhygienistipäivät 2015

Alasuutari, Pertti 2008: Laadullinen tutkimus 2.0. 4. Uudistettu painos, Vastapiano, Tampere.

Hankeselvitys – Uusi Lastensairaala –raportti, 4.3.2013, verkkojulkaisu <<http://www.hus.fi/hus-tietoa/rakennushankkeet/uusi-lastensairaala/Documents/Uuden%20lastensairaalan%20hankeselvitys.pdf>>. Luettu 26.11.2015

Heikkilä, Asta – Jokinen, Pirkko – Nurmela, Tiina 2008: Tutkiva kehittäminen – avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. 1. Painos, WSOY, Helsinki.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009: Tutki ja kirjoita. 19. painos. Tammi, Helsinki.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013: Tutkimus hoitotieteessä. 3. Uudistettu painos. Sanoma Pro, Helsinki.

Kauhanen, Jussi - Erkkilä, Arja – Korhonen, Maarit – Myllykangas, Markku – Pekkanen, Juha 2013: Kansanterveystiede. SanomaPro, Helsinki.

Klemetti, Raija – Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.) 2013: Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Äitiyshuollon asiantuntijaryhmä ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino, Tampere.

Koikkalainen, Päivi – Ahonen, Tiina – Ruoranen, Minna – Hänninen, Jouko – Kuusinen, Anneli – Tiikkanen, Pirjo – Kettunen, Tarja – Honkonen, Pekka – Kumpusalo, Esko 2012: Rautaista ammattitaitoa – Terveyskeskustyö kestävän kehityksen puolella: RAMPE-hankkeen alkuselvityksen tuloksia. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja 126/2012. Verkkomateriaali <[http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Tieteellinen_toiminta/Tieto_ja_kirjastopalvelut/Julkaisusarja\(44699\)](http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Tieteellinen_toiminta/Tieto_ja_kirjastopalvelut/Julkaisusarja(44699))> Luettu 29.10.2016

Koivuniemi, Kauko – Holmberg-Marttila, Doris – Hirsso, Päivi – Mattelmäki, Ulla 2014: Terveystieteiden kompassi – Avain asiakkuuteen. PerSona-sarja, Kustannus Duodecim Oy, Helsinki.

Laivo, Essi 2007: Organisaation vaikutukset henkilöstön työhyvinvointiin puolustusvoimissa. Pro Gradu –tutkielma, Maanpuolustuskorkeakoulu.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Annettu Helsingissä 30.12.2015

Malmö University. Caries prevalence. Verkkojulkaisu <<http://www.mah.se/CAPP/Methods-and-Indices/for-Caries-prevalence/>> Luettu 2.11.2016

Mikkonen, Juha 2015: Terveyden tasa-arvo ja tulevaisuus -raportti, Demos Helsinki. Verkkojulkaisu <<http://www.demoshelsinki.fi/wp-content/uploads/2015/01/Terveiden-tasa-arvon-tulevaisuus.pdf>>. Luettu 16.10.2016

Ojasalo, Katri – Moilanen, Teemu – Ritalahti, Jarmo 2014: Kehittämistyön menetelmät – uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. uudistettu painos. Sanoma Pro, Helsinki.

Peltonen, Tuomo 2007: Johtaminen ja organisointi – Teemoja, näkökulmia ja haasteita. Otava, Keuruu.

Pietilä, Anna-Maija (toim.) 2012: Terveyden edistäminen – teorioista toimintaan. 1.-2. Painos. Sanoma Pro, Helsinki.

Porvoon kaupunki: Hyvinvointikertomus 2013: Verkkojulkaisu http://www.porvoo.fi/library/files/5788b499ed6b97031e001131/porvoo_hyvinvointikertomus.pdf. Luettu 27.3.2016

Porvoon kaupunki: Palvelukokonaisuusuudistus, #soteporvoo2017 –esitys, Porvoon kaupungin intrasivut. Verkkojulkaisu. Luettu 9.10.2016

Savola, Elina – Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005: Terveyden edistäminen esimerkein – Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja –sarja 3/2005, Helsinki.

Scriven, Angela 2010: Promoting Health – A Practical Guide. 6. painos. Elsevier Ltd.

Sirviö, Kaarina 2006: Lapsiperheiden osallisuus terveyden edistämässä – mukanaolosta vastuunottoon. Väitöskirja, Kuopion yliopisto. Verkkojulkaisu <<http://urn.fi/URN:ISBN:951-27-0502-8>>. Luettu 26.10.2016

Ståhl, Timo – Rimpelä, Arja (toim.) 2010: Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Terveyden ja hyvinvoinnin edistämislaitos THL.

Suhat, suun terveydenhuollon kehittämishanke 2009: Neuvolaikäisten lasten suun terveyden edistäminen – opas neuvoloille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Verkkomateriaali, <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/120414/Suunterveys_neuvolaopas.pdf?sequence=1>. Luettu 29.3.2016

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Annettu Helsingissä 29.6.2016.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL: Keskeisiä käsitteitä. Verkkomateriaali, <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eri-arvoisuus/keskeisia-kasitteita>>. Luettu 17.10.2015

Tilastokeskus: Kuntien avainluvut/ Porvoo. Verkkomateriaali <<http://www.stat.fi/tup/kunnat/kuntatiedot/638.html>>. Luettu 26.10.2016

Valtioneuvoston asetus neuvolatominna, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. Annettu Helsingissä 1.5.2011.

Varjonen-Toivonen, Maarit 2011: Pirkanmaan alueellinen terveydenedistämisen suunnitelma. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri, Tampere.

Vertio, Harri 2003: Terveyden edistäminen. Tammi, Jyväskylä.

Waltz, Carolyn Feher – Strickland, Ora Lea – Lens, Elisabeth R. 2010: Measurement in Nursing and Health Research. Springer Publishing Company, LLC. New York, United States of America.

World Health Organization 1979: Oral health information systems. Verkkomateriaali. <http://www.who.int/oral_health/action/information/surveillance/en/>. Luettu 28.3.2016

World Health Organization 1986: The Ottawa Charter for Health Promotion. Verkkomateriaali. <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>>. Luettu 28.3.2016.

Widstöm, Eeva – Järvinen, Seppo 2011: Caries Prevalence and Use of Dental Services in Finnish Children and Adolescents in 2009. Oral Health and Management, 10. vuosikerta, numero 4.

Wiss, Kirsi - Frantsi-Lankia, Marjut – Pelkonen, Marjaana – Saaristo, Vesa – Ståhl, Timo 2014: Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä lasten ja nuorten ehkäisevä suun terveydenhuolto 2014 – Asetuksen (338/2011) toimeenpanon seurana ja valvonta. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Ohjeus 21/2014 – julkaisu. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy Tampere.

Ensimmäisen kierroksen kyselylomake

Perustiedot

1. Sukupuoli

Mies

Nainen

2. Ikä

25 – 29:

30 – 39:

40 – 49:

50 – 59:

yli 60:

3. Asiantuntija

Hammaslääkäri

Suuhygienisti

Terveydenhoitaja

4. Toimintavuodet nykyisessä ammatissa

alle 5v

5 – 10v

10 – 20v

yli 20v

Kysely:

5. Porvoolaiset lapset käyvät suun terveystarkastuksissa 1, 3 ja 5v (neuvola-asetuksen mukaisesti). Alakoululaisista tarkastetaan 1. ja 5.lk:n oppilaat ja yläkouluista 8lk:n oppilaat koko ikäryhmästä.

Riskiryhmään määritellyt lapset noudattavat henkilökohtaista hoitosuunnitelmaa (tarkastus n. 1 x 1-2v). Tarkastusten määrä on riittävä.

Samaa mieltä / Jokseenkin samaa mieltä / Jokseenkin erimieltä / Erimieltä / En osaa sanoa

Perustele vastauksesi:

- 6. Ennaltaehkäisevää hoitoa porvoalaisille lapsille toteutetaan pääasiassa tarkastusten yhteydessä (harjausohjaus ja kotihoidon opetus, ruokavalio neuvonta). Lisäksi suun terveydestä pidetään opetustunnit 2.lk:n oppilaille ja 7lk:n oppilaille. Ennaltaehkäisevän hoidon määrä on riittävä**

Samaa mieltä / Jokseenkin samaa mieltä / Jokseenkin erimieltä / Erimieltä / En osaa sanoa

Perustele vastauksesi:

- 7. Yhteistyö suun terveydenhuollon sekä neuvolan / kouluterveydenhuollon välillä on mutkatonta ja tehokasta.**

Samaa mieltä / Jokseenkin samaa mieltä / Jokseenkin erimieltä / Erimieltä / En osaa sanoa

Perustele vastauksesi:

- 8. Porvoon kaupungin organisaatio muutoksen myötä neuvola ja kouluterveydenhuolto tulevat osaksi lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen kokonaisuutta (aiemmin osa sosiaali- ja terveystoimea) yhdessä mm. lastensuojelun ja opetustoimen kanssa. Yhteistyö suun terveydenhuollon ja neuvolan välillä tulee organisaation muutoksen johdosta helpottumaan.**

Samaa mieltä / Jokseenkin samaa mieltä / Jokseenkin erimieltä / Erimieltä / En osaa sanoa

Perustele vastauksesi:

- 9. Neuvolan ja kouluterveydenhuollon sekä suun terveydenhuollon välille tarvitaan lisää yhteistyötä**

Kyllä / Ei

Jos kyllä niin mitä: voit valita yhden tai useamman vaihtoehdon

- a. yhteiset kokoukset
- b. yhteiset työparit (terveydenhoitaja + suuhygienisti)
- c. yhteiset ryhmävastaanotot (esim. 1v lasten tarkastukset)
- d. joku muu, mikä?

Jos ei, perustele vastauksesi

10. Asiakkaiden toiveet ja kehitysehdotukset otetaan mukaan toiminnan suunnitteluun suun terveydenhuollossa hyvin.

Samaa mieltä / Jokseenkin samaa mieltä / Jokseenkin erimieltä / Erimieltä / En osaa sanoa

Perustele vastauksesi:

11. Asiakkaiden toiveet ja kehitysehdotukset otetaan mukaan toiminnan suunnitteluun neuvolassa ja kouluterveydenhuollossa hyvin.

Samaa mieltä / Jokseenkin samaa mieltä / Jokseenkin erimieltä / Erimieltä / En osaa sanoa

Perustele vastauksesi:

Kyselylomake 2

Hei! Tässä olisi nyt toisen ja viimeisen kierroksen kysymykset teille. Kiitos avustanne jo tuhannesti. Alussa kysyn samat kysymykset kuin ensimmäisellä kierroksella, niiden perusteella voin kohdentaa vastaukset samoille vastaajille kuin ensimmäisellä kierroksella. Edelleen voitte alleviivata tai ympyröidä sopivimman vastauksen ja perustella vastauksianne sanallisesti. Palauttakaa lomake nimelläni Näsin hammashoitolaan hallinnon lokerikkooni viim. 16.9.2016 Kiitos! Yt. MariH.

Perustiedot

1. Sukupuoli

Mies

Nainen

2. Ikä

25 – 29:

30 – 39:

40 – 49:

50 – 59:

yli 60:

3. Asiantuntija

Hammaslääkäri

Suuhygienisti

Terveydenhoitaja

4. Toimintavuodet nykyisessä ammatissa

alle 5v

5 – 10v

10 – 20v

yli 20v

Kysely:

Edellisen kyselyn perusteella tarkastusten määrää neuvola- ja kouluikäisillä lapsilla piti enemmistö riittävänä. Useissa vastauksissa toistui kuitenkin toive siitä, että **koululaisille tarvittaisiin enemmän tarkastus käyntejä (esimerkiksi 9lk:lle) sekä vanhempainloissa suun terveydestä tulisi vastaajien mielestä pitää infotilaisuus.** Kannattatko ehdotuksia?

Kyllä _____ / Ei _____

Perustele vastauksesi, miksi kyllä tai ei?

Ennaltaehkäisevän hoidon määrää suun terveydenhuollossa edellisessä kyselyssä piti riittävänä 80 % hammaslääkäreistä ja vain 28,6 % suuhygienisteitä. Terveystenhoitajista valtaosa piti määrää jokseenkin riittävänä. Suuhygienisteistä 71,4 % piti määrää riittämättömän tai jokseenkin riittämättömänä.

Suun terveydenhuollossa vastaanotolla tarkastukseen varattua aikaa pidettiin riittämättömänä ennaltaehkäisevän hoidon kannalta. Suuhygienistille koululaiselle varataan pääsääntöisesti 30min, hammaslääkärille 1-luokalaisille 45min, muihin tarkastuksiin hammaslääkärille 30min. **Tarkastukseen tai muuhun käyntiin varattu aika on riittävä koululaisilla.**

Samaa mieltä / Jokseenkin samaa mieltä / Jokseenkin erimieltä / Erimieltä / En osaa sanoa

Perustele vastauksesi:

Suun terveydenhuollon ja neuvolan- ja kouluterveydenhuollon yhteistyötä piti edellisellä kyselykierroksella mutkattomana ja tehokkaana kaikki terveydenhoitajat ja 40 % hammaslääkäreistä. Suuhygienisteistä 71,4 % oli joko samaa mieltä. Jokseenkin erimieltä tai erimieltä oli hammaslääkäreistä 40 % ja suuhygienisteistä 28,6 %.

Suurimmaksi vaikeudeksi suun terveydenhuollossa koettiin vaikeudet lasta tai koululaista hoitavan terveydenhoitajan yhteystietojen selvittämisen sekä epätietoisuus lapsen asioiden käsittelystä eri ammattiryhmien välillä. **Esimerkiksi kouluja hoitavien hammaslääkäreiden, suuhygienistien ja terveydenhoitajien yhteystiedot tulisi koota yh-**

teisesti kaikkien saataville (esim. yhteiseen työtilaan) ja heidän olisi hyvä pitää yhteinen palaveri esim. 1 x lukuvuosi (esim. syksyllä). Tästä on apua asiakkaiden asioiden hoitamiseen tehokkaasti.

Samaa mieltä / Jokseenkin samaa mieltä / Jokseenkin erimieltä / Erimieltä / En osaa sanoa

Perustele vastauksesi:

Edellisen kierroksen kyselyn mukaan yhteisiä työpareja ja kokouksia suun terveydenhuollon ja neuvolan välillä kannatti enemmistö vastaajista. **Neuvolan terveydenhoitajien ja suun terveydenhuollon suuhygienistien välille sovittavilla työpareilla /-tiimeillä (1 shg + 2 th) voitaisiin madaltaa yhteydenotto kynnystä, mikäli lapsen elinympäristössä havaitaan riskejä suun terveydelle ja/tai lapsen yleisterveydelle. Yhteisten riskitekijöiden määrittely eri ammattiryhmien välillä toimisi apuvälineenä. Tämän toiminta parantaisi yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä.**

Samaa mieltä / Jokseenkin samaa mieltä / Jokseenkin erimieltä / Erimieltä / En osaa sanoa

Perustele vastauksesi:
