

Laura Taskinen – Miia Utriainen

Ikääntyneen suun terveyden edistäminen kotihoidossa

Katsaus kirjallisuuteen

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Suuhygienisti (AMK)

Suun terveydenhuollon tutkinto-ohjelma

Opinnäytetyö

10.11.2017

Tekijä(t) Otsikko Sivumäärä Aika	Laura Taskinen, Miia Utriainen Ikääntyneen suun terveyden edistäminen kotihoidossa – Kat- saus kirjallisuuteen 78 sivua + 3 liitettä 10.11.2017
Tutkinto	Suuhygienisti (AMK)
Koulutusohjelma	Suun terveydenhuollon tutkinto-ohjelma
Ohjaajat	TtT, yliopettaja Hannu Lampi TtM, lehtori Teija Rautiola
<p>Suomen ollessa yksi nopeimmin ikääntyvistä länsimaista tulee väestön ikääntyminen kuormittamaan terveydenhuoltojärjestelmää tulevaisuudessa yhä enemmän, jolloin yksilön ja väestön terveyden ylläpitäminen koko eliniän ajan tulee olemaan haaste. Yhteiskunnan pyrkimyksenä on tukea ikääntyneen kotona asumista mahdollisimman pitkään. Tästä syystä suun terveyden edistämisen osuutta kotihoidon toimintakulttuurissa on tarpeen kehittää, koska suun terveydellä on suuri merkitys ikääntyneen hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, ja siihen valittiin laadullinen lähestymistapa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyttä voitaisiin lisätä. Aineistoksi valikoitui 27 kansainvälistä ja suomalaista tutkimusartikkeliä sekä väitöskirjaa, jotka analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysistä tuli tällä tutkimusmäärällä varsin laaja, mutta ottamalla mukaan kaikki ilmiöön soveltuvat tutkimukset päästiin opinnäytetyössä perusteltuihin ja luotettaviin tutkimustuloksiin.</p> <p>Ikääntyneen kotona asuminen on yhteiskunnallisesti kustannustehokasta, ja samalla se parantaa ikääntyneen elämänlaatua, osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta. Opinnäytetyön tulokset osoittivat, että ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistäminen vaatii kuitenkin osakseen monenlaisia kehittämistoimenpiteitä, jotta ikääntyneen suun terveyden edistämistä saadaan parannettua ja toisaalta sen esteitä poistettua. Tulosten mukaan kotihoidon nykyistä palvelujärjestelmää ja toimintatapoja kohtaan on laajalti uudistamisen paineita. Kehittämisen teemoista erityisesti esiin nousi vaatimus palveluiden monipuolistamisesta, jossa korostui tarve viedä suun terveydenhoitopalveluita ikääntyneen kotiin.</p> <p>Opinnäytetyön tuottamaa tietoa voivat hyödyntää niin ikääntyneen palveluita suunnittelevat ja toteuttavat moniammatilliset yhteisöt kuin hoitoalalla työskentelevät ja sitä opiskelevat. Päivittäisen suun omahoidon ja säännöllisen ylläpitohoidon merkitystä tulisi korostaa osana ikääntyneen perushoitoa. Suun terveyttä edistämällä ja uusia toimintamalleja moniammatillisesti kehittämällä voidaan lisätä ikääntyneiden hyvinvointia ja elämänlaatua sekä saada aikaan myös kustannussäästöjä.</p>	
Avainsanat	suun terveys, suun terveyden edistäminen, ikääntynyt, kotihoito; kirjallisuuskatsaus

Author(s) Title Number of Pages Date	Laura Taskinen, Miia Utriainen Oral Health Promotion of the Elderly in Home Care – Literature review 78 pages + 3 appendices 10 November 2017
Degree	Bachelor of Health Care, Oral Hygienist
Degree Programme	Degree Programme of Oral Health Care
Instructor(s)	Principal Lecturer Hannu Lampi, PhD Lecturer Teija Rautiola, MHS
<p>Since Finland has one of the fastest ageing population in the western countries, it means that increasing burden will be put on the health care system in the future. It will be a challenge to maintain good health among the individual and the whole population. Society aims to support the elderly to be able to live at home as long as possible and this is why it is necessary to develop the role of oral health promotion in the operational culture of the home care. Oral health also has a significant effect on well-being and quality of life of the elderly. The purpose of this thesis was to illustrate the oral health promotion of the aged home care clients.</p> <p>Thesis was conducted as a literature review for which qualitative approach was utilised. The aim of it was to gather information for the purpose of promoting oral health of the elderly in home care. The material consisted of 27 international and finnish research articles and doctoral thesis that were analyzed with the help of the principles of content analysis. The content analysis method resulted in the material becoming broad, but by applying all the research related to this phenomenon the results of the study became comprehensive and reliable</p> <p>Home care of the elderly has proven to be cost effective for the society and it also improves the quality of life and self-determination of the elderly. The results prove that in order for the oral health promotion care to be improved and the obstacles removed multiple areas need to be addressed in the home care of the elderly. The results lead to the conclusion that there is an increasing pressure to improve the existing home health care system and its methodologies. One of the development themes that stood out was the requirement to diversify oral health care services, from which the home delivery of oral health care services where the most emphasized.</p> <p>The results of this thesis can be utilized by multi-professional communities who are designing and implementing services for the elderly and by healthcare professionals and students alike. The importance of the daily oral self-care and maintenance treatment should be emphasized as a part of the basic care of the elderly. By improving the oral health and applying new multi-professional operations models the well-being and quality of life of the aged home care customer can be improved, which also leads to cost savings.</p>	
Keywords	Oral Health, Oral Health Promotion, Elderly, Home Care; Literature review.

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat	3
2.1	Ikääntyneen terveyden edistämistä ohjaavat yhteiskunnalliset velvoitteet	4
2.2	Ikääntynyt kotihoidon palvelujärjestelmässä	5
2.3	Kotihoidon työntekijä	6
2.4	Ikääntyneen suun terveyden riskitekijät	7
2.4.1	Ikääntyneen toimintakyky, osallisuus ja syrjäytyminen	8
2.4.2	Ikääntyneen suun omahoidon toteuttaminen	9
2.4.3	Kuivan suun ja lääkitysten vaikutus ikääntyneen suun terveydelle	10
2.4.4	Ikääntyneen suun sairaudet	13
2.4.5	Suun terveyden vaikutus pureskeluun, nielemiseen ja ravitsemukseen	15
2.4.6	Ikääntyneen tupakointi ja alkoholin käyttö	16
2.4.7	Suun terveyden ja yleisterveyden vastavuoroinen yhteys	16
2.5	Ikääntyneen suun terveys ja tulevaisuuden näkymät	17
2.6	Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus ja ikääntyneiden palvelut	21
2.7	Yhteenveto opinnäytetyön teoreettisista lähtökohdista	23
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	25
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	26
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä	26
4.2	Metodologiset lähtökohdat	30
4.3	Aineiston keruu	31
4.4	Aineiston analysointi	33
5	Tulokset	35
5.1	Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen esteet	36
5.1.1	Etiikan ja kansallisten hoitosuosituksen toteutuminen ikääntyneen suun terveyden edistämässä	37
5.1.2	Suun terveydenhuoltopalveluiden saatavuuteen liittyvät esteet	37
5.1.3	Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden riskitekijät ja hoidon esteet	38
5.1.4	Kotihoidon organisaatioon, henkilökuntaan ja toimintamalleihin liittyvät esteet	40
5.2	Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistäminen kotihoidossa	42
5.2.1	Suun terveyden vaikutus ikääntyneen elämänlaatuun	43

5.2.2	Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveydenedistämisen kehittäminen	46
5.2.3	Ikääntyneen suun terveyden edistäminen kotihoidon ammattilaisia kouluttamalla	52
5.3	Kotihoidon työntekijöiden kokemukset ikääntyneen asiakkaan suun terveyden edistämisestä	54
6	Pohdinta	56
6.1	Tulosten tarkastelu	57
6.2	Menetelmän tarkastelu	63
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus	65
6.4	Opinnäytetyön eettisyys	67
6.5	Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkokehittämissuhteet	68
6.6	Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu	69
	Lähteet	71
	Aineiston lähteet	76
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakuprosessin kuvaus, taulukko 1	
	Liite 2. Tutkimusartikkeleiden kuvaus, taulukko 2	
	Liite 3. Aineiston kuvaus, taulukko 3	

1 Johdanto

Suomen palvelujärjestelmän rakenteet, rahoitusmallit ja toimintatavat ovat muuttumassa samaan aikaan, kun väestön ikääntyminen on voimakasta. Palvelurakenteen muutoksen tavoitteena on siirtyä laitospainottuneisuudesta enemmän avopainoitteiseksi. Tämä on yhteiskunnan kannalta haasteellista, koska ikääntyneen väestön hoito on hajautettua, eikä hoidolle ole yhtenäisiä laatuvaatimuksia. Kotihoidon palvelujärjestelmää ja nykyisiä toimintatapoja kohtaan on uudistamispaineita. (Jylhä ym. 2012: 3; Hennala 2014: 67–82.)

Tilastojen mukaan ikääntyneeksi Suomessa luokitellaan 65 vuotta täyttäneet, eläkeikäiset henkilöt. Toimintakyvyn perusteella luokiteltaessa ikääntyneen määritelmän täyttää vasta 75-vuotias. Tässä opinnäytetyössä ikääntyneen määritelmää käytetään yli 65-vuotiaasta ikääntyneestä, joka on kotihoidon asiakas. Vuoden 2015 lopussa suomalaisista joka viides oli 65-vuotias. Nykyisellään noin 22 % suomalaisista ollessa yli 65-vuotiaita odotetaan OECD-maissakin keskimääräisen eliniän yhä kasvavan 5 vuodella vuoteen 2030 mennessä. Eliniän kasvun myötä lisääntyneet eläkevuodet luonnollisesti kasvattavat hoito- ja hoivamenoja työväestön ikääntyessä, vaikka nykyään vanhennuttaankin terveempinä. (Findikaattori 2016; OECD 2014.)

Yksilön ja väestön terveyden ylläpitäminen koko eliniän ajan tulee olemaan haaste, jossa suun terveys näyttelee merkittävää osaa. Suun terveydellä on merkittävä yhteys yleisterveyteen ja hyvän elämänlaadun ylläpitämiseen. Siitä huolimatta suun terveyden edistämiseen ei kiinnitetä riittävästi huomiota ja suun terveys on ollut aliarvostettua yhteiskunnallisessakin mielessä. Jotta kasvaviin suun terveydenhoidon tarpeisiin pystytään vastaamaan, on voimavaroja suunnattava terveyden edistämiseen, tautien ehkäisyyn ja terveyspalveluiden kehittämiseen. Näin pystytään vastaamaan paremmin erilaisissa elämäntilanteissa olevien ikääntyneiden tarpeisiin. Erityisesti terveydenhuollon ammattilaisten koulutukseen on kiinnitettävä huomiota palveluiden ja hoidon parantamiseksi, unohtamatta koulutuspolitiikan merkittävää roolia reagoitaessa kasvavaan taloudelliseen kuormaan. Koulutuksen sisällön kehittämisessä tulisi olla kokonaisvaltainen ja monitieteellinen, jonka lisäksi on edelleen painotettava omaisten merkittävää roolia ikääntyneiden terveyden tukemisessa. (Findikaattori 2016; WHO 2006: 1, 3.) Samalla kun omaiset on nostettu iäkkäiden avunlähteistä tärkeimmäksi, niin omaishoidon kuntakohtaisessa tukemisessa on paljon hajontaa. Tämä näkyy juuri suun tervey-

denhuollossa, jonne säästötoimet helposti kohdistetaan. Suun terveydenhoidonkin on uudistuttava vastaamaan eri ikäryhmien suun terveydenhoidon tarpeisiin. Järjestelmän tarpeiden lisäksi suunnittelussa on otettava huomioon ikääntyneen väestön tarpeet. (Hiltunen ym. 2015.)

Meurman (2016) puolestaan nostaa esiin, että suomalaisten ikääntyneiden suun ja hampaiden terveydenhoito on yleisesti huonolla tolalla. Lisäksi sairastuvuuden yleistyminen ikääntyneillä aiheuttaa moninaisia muutoksia suussa ja sen terveydessä. Iäkkäiden ihmisten hammashoidolle tämä asettaa haasteita lääkkeiden mahdollisten yhteis- ja haittavaikutusten vuoksi. Tutkimuksella on kuitenkin osoitettu, että hyvää suun terveyttä on mahdollista ylläpitää myös ikääntyneillä ihmisillä. (Siukosaari 2013: 8.)

Siukosaari ja Nihtilä (2015: 40) painottavat, että suun terveyden parantaminen on suorassa yhteydessä ikääntyneen elämänlaadun kasvattamisessa. Moniammatillisen yhteistyön turvin terveydenhuollon toimijoiden on luotava käytäntöön toimintatapoja, joilla turvataan ikääntyneille kivuton ja puhdas suu, ylläpidetään toimintakykyä ja näiden tuella parannetaan elämänlaatua. Meurmanin (2016) mukaan on myös ilmiselvää miten suuri merkitys suun hyvinvoinnilla ja sen sairauksilla on elämänlaatuun.

Ikääntyneen suuhygienian toteuttamista kohtaan voi olla kiinnostuksen puutetta, jota voidaan osaltaan karsia lisäämällä terveydenhuollon koulutukseen opintoja suun terveydestä. Vielä suurempi muutostarve ikääntyneiden suun terveyden parantamiseksi on sekä lainsäädännössä että terveydenhuollon järjestelmässä. Ratkaisut, joilla saavutetaan positiivisia muutoksia ikääntyneiden suun terveydessä, tulee kehittää moniammatillisessa yhteistyössä. (Stewart 2013: 25–30.)

Ikääntyneen palveluiden siirtyminen yhä enemmän kotiin ja pyrkimyksen ollessa tukea kotona asumista mahdollisimman pitkään, on tarpeen vahvistaa suun terveyden edistämisen osuutta kotihoidon toimintakulttuurissa (Hennala 2014: 67–82; Meurman 2016). Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä ja tuoda esiin siihen vaikuttavia tekijöitä. Tavoitteena oli tuottaa uutta tietoa, jolla voidaan lisätä ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyttä. Opinnäytetyössä etsittiin tekijöitä, jotka estävät ikääntyneen suun terveyden edistämistä kotihoidossa ja puolestaan asioita, joilla voidaan edistää kotihoidon ikääntyneen asiakkaan suun terveyttä. Opinnäytetyön avulla haluttiin lisäksi selvittää, millaisena kotihoidon työntekijät kokevat asiakkaan suun terveyden edistämisen.

2 Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat

Tiedonhaun hakuprosessi toteutettiin käyttämällä tietokantoja, lukemalla aihetta sivuaivien opinnäytetöiden lähdeluetteloita ja jonkin verran käyimme manuaalista hakua. Pääasialliset tietokannat, joista löytyi sopivia artikkeleita tietoperustaan, olivat Cinahl ja Medic (taulukko 1.). Hakukoneiden hakusanayhdistelmiä olivat: *elderly or aged or older or elder or geriatric AND oral health AND home care or homecare*, *ikäant* AND suun terv* 2012-2017*, *ikäant* AND suun terv* AND kotih** ja *ikäntyv*, vanhu* AND suun terv* AND riskitek**. PubMed -tietokannasta löytyi hakusanoilla *elderly people, oral health* ja *home care* myös runsaasti (762) aiheeseen soveltuvia artikkeleita. Teoriaperustaan soveltuvat olivat lähinnä samoja, joita oli jo löydetty muista hakukoneista. Muiden koettiin jo otsikkotasolla palvelevan paremmin aineistoksi tarvittavaa materiaalia, joten niiden läpikäyminen toteutettiin tarkemmin aineistohaun yhteydessä. Tietoperustan selkeän pohjatiedon tuottamiseen käytettiin jonkin verran terveystieteen tietokantoja ja OECD:n, WHO:n, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja sekä säädöksiä, jotka ohjaavat ikääntyneiden terveydenhuoltoa.

Taulukko 1. Tietoperustaan tehty haku. Valittujen tutkimusten ja artikkelien määrä teoriaosuudessa on 23.

Tietokanta	Hakusanat	Kaikki	Ots.	Valittu
Cinahl				
	elderly OR aged OR elder OR geriatric AND oral health AND home care OR homecare	8	8	4
Medic				
	ikäant* AND suun terv* 2012–2017	226	26	12
	ikäant* AND suun terv* AND kotih*	20	11	4
	ikäant* vanhu* AND suun terv* AND riskitek*	58	5	3

Tietoperustan rakentamista ohjasi ja rajasi opinnäytetyön tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät sekä otsikosta johdetut, keskeiset käsitteet: ikääntyneet, kotihoito, kotihoitajan hoitaja, kotihoidon asiakas, terveyden edistäminen ja suun terveys. Ikääntyneen suun terveyttä tarkastellaan kotihoidon ja kotihoitajan sekä näitä ohjaavien säädösten näkökulmasta.

Opinnäytetyön tietoperustassa kuvataan aluksi ikääntyneen terveyden edistämistä ja kotihoitoa sekä näiden yhteiskunnallisia velvoitteita. Tietoperusta kuvaa lisäksi ikääntyneen suun terveyteen ja terveyden edistämiseen vaikuttavia riskitekijöitä, suun terveyden yhteyttä ikääntyneen yleisterveyteen ja elämänlaatuun sekä ikääntyneen suun terveyttä ja tulevaisuuden näkymiä.

2.1 Ikääntyneen terveyden edistämistä ohjaavat yhteiskunnalliset velvoitteet

Ikääntyneen väestön sosiaali- ja terveystalvveluista ja toimintakyvyn tukemisesta astui voimaan laki (980/2012) 1.7.2013. Tätä kutsutaan Vanhuspalvelulaiksi.

Keskeisiä tavoitteita laissa on toimia ikääntyneen väestön hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja terveyden hyväksi sekä tukea ikääntyneen itsenäistä suoriutumista. Jokaisen kunnan tulee laatia toimintasuunnitelma ikääntyneiden palveluiden järjestämiseksi ja kehittämiseksi. Suunnittelun painopisteenä ovat toimenpiteet kotona kuntoutumisen ja asumisen tukemiseksi. Vanhuspalvelulaki vastuuttaa kehittämään uusia terveysteknologisia menetelmiä, jotka tukevat kotipalvelujen ja suun terveydenhuollon uudistamista sekä itsenäistä asumista kotona. Palveluiden käyttäjiltä, henkilöstöltä, käyttäjien omaisilta ja läheisiltä tulee kerätä palautetta säännöllisesti, jotta voidaan arvioida palveluiden riittävyyttä ja laatua. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 1. luku § 4–6, 11.)

Ikääntyneen väestön sosiaalipalvelut tulee järjestää laadultaan, sisällöltään ja laajuudeltaan ikääntyneen väestön tilanteen edellyttämät ja niiden tulee olla saatavuudeltaan yhdenvertaiset. Jokaisen ikääntyneen palvelutarpeet tulee arvioida yksilöllisesti, huomioiden monipuolisesti ikääntyneen toimintakykyä luotettavia arviointivälineitä apuna käyttäen. Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta laaditaan henkilökohtainen palvelusuunnitelma, yhteistyössä asiakkaan ja tarpeen mukaan hänen omaistensa tai mahdollisen edunvalvojan kanssa. Ikääntyneelle nimetään vastuuhoitaja ja henkilön omat näkemykset tulee myös kirjata laadittavaan suunnitelmaan. Vastuutyöntekijä valvoo yhdessä ikääntyneen asiakkaan ja tarvittaessa omaisen kanssa palvelusuunnitelman toteutumista sekä huomioi mahdolliset muutokset palvelutarpeessa. (Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvveluista 980/2012 1. luku § 7–10, 15–17, 23; Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994.)

2.2 Ikääntynyt kotihoidon palvelujärjestelmässä

Kotihoidon ja kotisairaanhoidon palveluilla tuetaan ikääntyneiden, sairaiden ja vammaisten kotona selviytymistä. Sosiaalihuoltolakiin (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014) perustuva kotihoito ja terveydenhuoltolakiin (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) pohjautuva kotisairaanhoido voidaan kunnissa yhdistää kotihoidoksi. Kotihoito on osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. (STM 2015.)

Ikääntyneen väestön kasvu, vanhuspalvelulain voimaantulo (Vanhuspalvelulaki 980/2012) ja hallituksen rakennepoliittisen ohjelman toimeenpano kannustavat yhdessä kuntia uudistamaan ja tehostamaan ikääntyneille tarkoitettuja kotihoidon palveluja, jotta suurin osa huonokuntoisistakin ikääntyneistä voisi asua koko elämänsä omassa kodissaan. Muistisairaana ja terveydentilaltaan epävakaan ikääntyneen henkilön hoitaminen kotona edellyttää kotihoidon palveluilta kykyä huolehtia asiakkaidensa tarpeista vähintään yhtä hyvin, kuin palvelutaloissa tai vanhainkodeissa huolehdittaisiin. Erityisesti se edellyttää palvelujärjestelmältä kykyä reagoida nopeasti terveydentilan ja palvelutarpeen muutoksiin. (Noro 2014.)

Vanhuspalvelulain §:n 3 mukaan iäkkääksi määritellyn henkilön toimintakyky on madaltunut ikääntymisen johdosta alkaneiden, pahentuneiden tai lisääntyneiden vammojen tai sairauksien vuoksi. Toimintakyky muodostuu kognitiivisesta, fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta kyvykkyydestä. Ihmisen toimintakyvyn heikkeneminen ja palveluiden tarpeen nousu tapahtuu yleensä noin 80–85-vuotiaana. (Vanhuspalvelulaki 980/2012.)

Ikääntyneille tarkoitettu kotihoito on sosiaalihuoltolain §:n 19 mukaan asumiseen, huolenpitoon, hoitoon, asiointiin, toimintakyvyn ylläpitämiseen sekä muiden päivittäiseen elämään liittyvien toimintojen ja tehtävien suorittamista tai vähintään niissä avustamista. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.) Kotihoidon valtakunnallisten tavoitteiden mukaisesti kotona asumista ja ikääntyneiden toimintakykyä pyritään tukemaan mahdollisimman pitkään. Riittävät ja oikea-aikaiset sosiaali- ja terveystalvelut edesauttavat tavoitteiden saavuttamista. Kotihoito tapahtuu suurelta osin asiakkaan omassa kodissa. Kotihoito pitää sisällään sairaanhoidon kotona, kotipalvelun sekä preventiivisen terveydenhuollon ja muita tarvittavia palveluja. (STM.) Kotona asumisella mahdollistetaan ikääntyneen kotihoidon asiakkaan vapaus ja itsemääräämisoikeus sekä edesautetaan asiakkaan olemista aitona itsenään. Itsemääräämisoikeuden lisäksi kotona asuminen tukee

ikäntyneen itsenäistä elämää ja hyvää elämänlaatua. (Ronkainen – Ahonen – Backman – Paasivaara 2002.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tekemän tilastokatsauksen (2016: 8) mukaan kotihoidon säännöllisiä asiakkaita oli marraskuussa 2015 kaikkiaan 73 278. Säännöllisen kotihoidon asiakkaita ovat ne henkilöt, joilla on palvelu- ja hoitosuunnitelma ja joille on laskentakuukauden aikana toteutunut kotihoidon käyntejä. Tilaston mukaan säännöllisesti kotihoidon palveluita käyttävistä asiakkaista 75 vuotta oli täyttänyt 56 507 eli 11,8 % koko Suomen saman ikäryhmän väestöstä ja kaikista asiakkaista 66 prosenttia oli naisia. (THL 2016b.)

Jokaiselle kotihoidon asiakkaalle laaditaan yksilöllinen suunhoitosuunnitelma osaksi ikääntyneen hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Vanhuspalvelulaki pyrkii sitouttamaan ja vahvistamaan ikääntyneen kotihoidon asiakkaan mahdollisuutta vaikuttaa palveluidensa sisältöön. Kotihoidossa lähes puolet osallistuu oman palvelutarpeensa arviointiin. (Finne-Soveri 2014.) Kunnissa avainsana on myös palvelutarpeen arviointi, sen tulisi olla järjestelmällistä, laaja-alaista ja toistuvaa, koska tilanteet muuttuvat ja asiakkaiden vointi ja tarpeet vaihtelevat. Hyvä palvelu- ja hoitosuunnitelma kasvattaa osaltaan potilas- ja asiakasturvallisuutta. Palvelusuunnitelman implementointia tulee seurata säännöllisesti ja siitä voidaan poiketa vain perustellusta syystä. (STM 2015: 6.)

2.3 Kotihoidon työntekijä

Kotihoidon asiakkaana olevaa ikääntynyttä henkilöä kannustetaan ja ohjataan omatoimiseen suuhygienian ylläpitämiseen ja kotihoidon työntekijän tulee myös tukea ja auttaa tämän toteuttamisessa. Vastuu suuhygienian toteuttamisesta siirtyy kokonaan kotihoitajalle, mikäli ikääntynyt ei pysty enää itse riittävän hyvin toteuttamaan suun omahoitoa. Tavoitteena on, että hoitohenkilökunta tunnistaisi ikääntyneen henkilön suussa olevat ongelmat ja osaisi reagoida niihin asian vaatimalla tavalla. Säännölliset suun tutkimukset järjestetään yksilöllisen tarpeen mukaan ja kotihoidon hoitajan tulisi ohjata ikääntynyt henkilö tarpeen ilmetessä hammashoitoon ja avustaa kuljetuksen järjestämisessä. Tarvittaessa on mahdollista myös järjestää niin, että suun terveydenhuollon ammattihenkilö tekee asiakkaan luokse kotikäynnin. Moniammatillisen yhteistyön toteutumiseksi kotihoidon hoitajalla tulee myös olla tiedossa oman alueen suun terveydenhuollon yhteyshenkilö. Kotihoidon henkilökunnan riittävän osaamisen ylläpidosta vastaavat suun terveydenhuollon ammattilaiset ja koti- ja laitoshoidolle sekä asumispalve-

luille tulee olla suun terveydenhuollon johdon nimeämä yhteyshenkilö suun terveyden edistämässä. (STM 2015:6.)

Kotihoidon työntekijät ovat pääasiassa kotiavustajia, lähihoitajia ja kodinhoitajia. Koulutus on sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinto, lähihoitaja. Opetushallituksen mukaan (2014) lähihoitajan ammattivaatimukseen kuuluu muun muassa kyky kunnioittaa kotihoidon ikääntyneen asiakkaan tapoja, tottumuksia, yksityisyyttä sekä hänen omaisuuttaan. Lähihoitajan tulee työssään jatkuvasti toteuttaa, suunnitella ja arvioida kotona asuvan asiakkaan saamaa palvelua ja hoitoa. Samalla hänen tulee ottaa huomioon ikääntyneen omat voimavarat ja osallistuminen sekä toimia yhteistyössä kotona asuvan ikääntyneen läheisten, omaishoitajan ja verkoston kanssa. Lähihoitajan tulee ohjata ja tukea kotihoidon asiakasta jokapäiväisissä toiminnoissa, huomioiden hänen voimavarojaan sekä havainnoiden asiakkaan fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin sekä toimintakyvyn vaihteluita. Lisäksi lähihoitaja ehkäisee kotihoidon asiakkaan toimintakykyä ja hyvinvointia heikentäviä tekijöitä. (Opetushallitus 2014, määräys 79/011/201.)

2.4 Ikääntyneen suun terveyden riskitekijät

Monet sairaudet ja niiden hoitamisessa käytetyt lukuisat lääkkeet muuttavat ikääntyneen suun elinympäristöä kasvattaen jäljellä olevan hampaiston ja muiden suun sairauksien riskiä (Siukosaari 2013: 10). Ketola-Kinnula (2013) toteaa, että suun infektiot ovat ikääntyneelle suuri riski etenkin, jos pohjalla on perussairauksia. Mitä huonompi ikääntyneen terveydentila on sitä rajallisemmat ovat suun infektioiden hoitomahdollisuudet. Ketola-Kinnula (2013) suosittaleekin, että ikääntyneen vanhenemista ennakoitaisiin suun terveydenhuollossa silloin, kun toimintakykyä vielä on jäljellä. Muita riskitekijöitä ikääntyneen suun terveydelle ovat vähentynyt syljeneritys, puutteellinen omahoito, kariogeeninen dieetti, yleissairaudet kuten diabetes ja tupakointi. Suun kuivuminen, joka voi johtua lääkkeiden haittavaikutuksista tai yleissairauksista, hankaloittaa syömistä, nielemistä ja suun puhdistamista. Ensisijaisesti ikääntyneen suusairauksia tulisi ehkäistä hyvällä omahoidolla sekä säännöllisillä ehkäisevillä hammashoitajan tai suuhygienistin toteuttamilla hammashoitokäynneillä. Ikääntyneen toimintakyvyn heiketessä hoitohenkilökunta ja omaiset ovat vastuullisia jokapäiväisen suuhygienian toteuttamisesta. Ikääntyneen elämänlaatua pystytään ylläpitämään ja parantamaan hyvällä suun hoidolla. (Siukosaari – Nihtilä 2015: 36–41.)

2.4.1 Ikääntyneen toimintakyky, osallisuus ja syrjäytyminen

Palveluiden tarve on ikääntyneillä suoraan verrannollinen heidän terveydentilaansa ja toimintakykyynsä. Somaattisista sairauksista suurimpia, toimintakykyä rajoittavia ovat verenkiertoelimistön sairaudet ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Nämä sairaudet kasvattavat eniten palveluntarvetta, mutta paljon palveluntarvetta aiheuttaa myös dementia ja samalla dementiaa sairastavat tarvitsevat usein vaativampia palveluja. Ikääntyneiden toimintakykyä rajoittavat lisäksi mielenterveyden häiriöt ja yksinasuvien ikääntyneiden depressiot, joita on vaikea diagnosoida. (Sosiaali- ja terveystietokeskus 2012: 47.)

Ikääntyneen on Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2017) mukaan tärkeää olla aktiivinen ja osallistuva, koska sillä pidetään yllä toimintakykyä ja hyvinvointia. Toiset pitävät aktiivisuuttaan yllä pitämällä huolta omasta kodistaan ja hyvinvoinnistaan tai huolehtimalla läheisistään. Osa ikääntyneistä pitää aktiivisuuttaan yllä osallistumalla järjestöjen, yhteisöjen tai seurakuntien toimintaan. Aktiivisuus ilmenee ikääntyneillä kaikenlaisessa yhdessä tekemisessä ystävien, naapureiden ja sukulaisten kanssa. Tilastojen mukaan neljä viidestä iäkkäästä pitää viikoittain yhteyttä sukulaisiin ja ystäviin. Lisäksi neljännes 75 vuotta täyttäneistä osallistuu jonkin yhteisön tai järjestön toimintaan. Tikkasen (2015: 5, 48) tutkimuksessa selvitettiin tekijöitä, jotka ovat yhteydessä kotona asuvien yli 75-vuotiaiden (n = 1000) henkilöiden liikunta-aktiivisuuteen. Tämän lisäksi selvitettiin yksilöllisen geriatrisen intervention vaikutuksia ikääntyneen fyysiseen toimintakykyyn. Tulokset osoittivat kiistattomasti, että kohdennetuilla ja yksilöllisillä geriatrisilla interventioilla pystytään auttamaan iäkkäitä ihmisiä fyysisen toimintakyvyn ylläpitämisessä. Inaktiivisten ikääntyneiden interventioiden tulisi olla ensisijaisia, koska heidän toimintakykynsä on eniten uhattuna.

Toimintakyvyn heiketessä esimerkiksi sairauden vuoksi ikääntyneen osallistuminen vaikeutuu. Erityisesti muistisairaudet heikentävät iäkkäiden osallisuutta. Toimintakykyä tällöinkin auttaa, jos ikääntynyt saa tukea läheisiltään ja asuu elinympäristössä, jossa hänen on helppo toimia. (THL 2017.) Gothóni ja Kähkönen (2015: 110) painottavat, että osallisuuden kokeminen on sosiaalisen pääoman merkittävä osa. Tunne osallisuudesta syntyy jakamisen ja yhteisöllisyyden tunteista. Osallisuuden kokemusta lisää positiivinen tunne omasta voimaantumisesta ja kyvykkyydestä. Osallistumisen avulla koetaan vahvasti vaikuttamismahdollisuus omaan elämään ja ympäristöön. Ihmisen joutuessa eristetyksi tai jaetuksi tiettyyn ihmisryhmään kyky toimia vähenee. Yhdessä tekeminen ja osallistavuus lisäävät ikääntyneen kyvykkyyttä, kun taas osallistumatto-

muus voi johtaa syrjäytymiseen. Näistä lähtökohdista mietittynä ymmärretään, että sosiaali- ja terveystalvelujen on tärkeää tukea ikääntyneen ihmisen toimintakykyä ja osallisuutta. Ei riitä, että sosiaali- ja terveystalvelut tukevat ikääntyneitä vain hänen tarvitsemien palveluiden yhteydessä. (THL 2017.)

Terveys ja sairaus jakaantuvat edelleen epätasaisesti sosioekonomisen aseman mukaan. Tämä on haaste ehkäisevälle sosiaali- ja terveystalveittikalle ja näihin eroihin tulisi pystyä vaikuttamaan kaikilla sektoreilla. (Sosiaali- ja terveystkertomus 2012: 47.) Sosiaali- ja terveystministeriön (2015: 1) syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveystongelmia karsivan hankkeen valmistelussa on huomioitu muun muassa se, miten tärkeätä on keskittyä ihmiseen kokonaisuutena. Koko ajan on kasvanut ymmärrys siitä, että mikään sektori tai toimija ei voi yksinään onnistua ikääntyneen kokonaisvaltaisessa hoidossa, vaan ainut ratkaisu on tarkastella kokonaisuutta. Poikkihallinnollinen ja moniammatillinen yhteistyö ja sen selkeä tavoiteasettelu on oltava toiminnan lähtökohtana.

Ikääntyneiden asema vaihtelee ja sosioekonomisen aseman ollessa matala siihen liittyy usein myös keskivertoa heikompi psyykkinen ja fyysinen toimintakyky sekä suurempi sairastuvuus (THL 2016a). Syrjäytymisvaarassa ikääntyneistä ovat: vähän koulutetut, köyhät, vammaiset ja mielenterveyden ongelmista kärsivät. Maahanmuuttajat saattavat syrjäytyä helposti terveinäkin. On selvää, että heikkenevä toimintakyky edelleen pahentaa syrjäytymistä. Osallistumisen mahdollisuuksien tasa-arvoistaminen edellyttää, että huolehdimme heikommista. (THL 2017.) Ikääntyneiden toimintakyvyn parantaminen ja ylläpitäminen ovat yhteiskunnallisesti yhä tärkeämmät tehtävät.

2.4.2 Ikääntyneen suun omahoidon toteuttaminen

Ikääntyneiden yleinen ongelma Suomessa on suun omahoidon puutteellisuus, vaikka hampaiden hyvä omahoito on edellytys suun sairauksien ehkäisyssä. Tutkimustulokset ovat samansuuntaisia muuallakin maailmassa. Esimerkiksi brasilialaisessa ikääntyneiden suun omahoidon tasoa selvittäneessä tutkimuksessa todettiin omahoitotottumuksissa olevan suuria eroja. Toisten suuhygienian taso oli erinomaisella tasolla, kun taas toiset laiminlöivät suun omahoidon kokonaan. lästä riippumatta hyvän omahoidon sisältö on kaikille sama: hyvä suuhygienia, terveellinen ruokavalio, tupakoimattomuus ja säännölliset hammastarkastukset. (Nunes Alves de Sousa – Dantas Bezerra – Souza Ramos Queiroz Pessa – Bezerra Cavalcanti Nóbrega – Pelizon Pelino 2012: 2649–2655; Siukosaari – Nihtilä 2015: 36–41.)

Motoriikan heikentyminen, näkökyvyn huononeminen ja yleisen toimintakyvyn heikkeneminen vähentävät ikääntyneen kykyä ylläpitää hyvää suun omahoitoa riittävän suun terveyden takaamiseksi (Siukosaari 2013: 10). Tyypillisesti ikääntyneillä on rajalliset tai virheelliset tiedot siitä, miten suusta ja suun limakalvoista tulisi huolehtia. Vanhenevien ikäluokkien keskuudessa on vallalla käsitys, että reikiintyminen, hammasproteesien huono istuvuus ja pysymättömyys sekä hampaiden menetys liittyvät olennaisesti ikääntymiseen. (Soiluva 2016: 23.)

Suun bakteeripeitteen eli plakin korkea määrä kielii huonosta suuhygieniasta ja antaa osviittaa siitä, että suussa on plakkia kerääviä kariespesäkkeitä, hammaskiveä, huonosti istuvia paikkoja tai hammasproteeseja. (Meurman 2016.) Nämä kaikki entisestään vaikeuttavat ikääntyneen itsenäistä suuhygienian toteuttamista. Ikääntymiseen tulisi varautua jo keski-iässä opettelemalla ja ylläpitämällä hyvää omahoitoa sekä pitämällä huolta säännöllisistä hammashuoltokäynneistä. (Siukosaari – Nihtilä 2015: 36–41.)

Ikääntyneen kyvykyys huolehtia itse riittävästä suuhygieniasta on suoraan verrannollinen suun terveyden ennusteeseen. Lisäksi Lindqvist ym. (2013: 298) toteavat, että ilman suuhygienian toteuttamisessa tarvittavaa tukea, on ikääntyneille vaarana kehittyä moninaisia suun sairauksia. Hammashuollon ammattilaisten vastuulla on taata ikääntyneelle mahdollisimman infektioton ja helposti puhdistettavissa oleva suu, jotta ikääntyneellä on edellytykset ylläpitää itse suunsa terveyttä. Suun terveyden ylläpitoonkin tarvitaan henkilökohtainen hoitosuunnitelma, josta ilmenee tarvittavat tuotteet ja välineet, joita ikääntynyt tarvitsee suuhygieniansa toteuttamiseen. Omien voimavarojen ja toimintakyvyn heikennyttyä sille tasolle, ettei päivittäisen suuhygienian toteuttaminen itsenäisesti enää onnistu on omaisten ja hoitohenkilökunnan huolehdittava suunhoidosta. Suuhygienistit kouluttavatkin monissa kunnissa kotihoidon ja hoitolaitosten henkilökuntaa ikääntyneen suuhygienian toteuttamisessa. (Siukosaari – Nihtilä 2015: 36–41.)

2.4.3 Kuivan suun ja lääkitysten vaikutus ikääntyneen suun terveydelle

Saarela (2014: 17) kertoo kuivan suun -terminä tarkoittavan, joko kuivan suun tunnetta eli kserostomiaa tai tilannetta, jossa syljen erityis on oikeasti vähentynyt. Sylki on tärkeässä osassa suun terveydessä ja tätä kautta vaikuttaa koko elämänlaatuun. Joka kolmas ikääntynyt kärsii kuivasta suusta. Kuivan suun oireet ovat yleisiä ja kiusallisia. Kuivan suun, hyposalivaation syynä voi olla jokin yleissairaus, lääkitykset tai se voi aiheutua sädehoidosta. 80 prosentilla yleisesti käytetyistä lääkkeistä on haittavaikutuksena

syljen erityksen väheneminen. Lindqvist ym. (2013: 298) kertovat myös lääkitysten aiheuttavan hyposalivaatiota, joka edelleen lisää hampaiden reikiintymisen ja muiden suun sairauksien riskiä. Yleisesti syljen eritystä vähentäviä lääkeryhmiä ovat mieliala- ja allergialääkkeet sekä sydän- ja verenkiertoelimistön hoidossa käytettävät lääkkeet. Lääkkeiden määrän lisääntyessä myös haittavaikutukset kumuloituvat. Reumasairauksista erityisesti Sjögrenin oireyhtymään liittyy yleensä suun kuivuus ja suun kuivuutta esiintyy yleisesti diabetesta ja Parkinsonin tautia sairastavilla. (Siukosaari – Nihtilä 2015: 36–41.)

Saarelan (2014: 13, 18) tekemässä tutkimuksessa tutkittiin avustetun asumisen alueella olevien 65–99-vuotiaiden (n = 1475) ikääntyneiden suuhygienian toteutumista, hampaiston tilaa, suuoireita, suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä sekä näiden yhteyksiä ravitsemukseen. Suuoireiden ilmeneminen oli yleistä, ja yli 40 %:lla tutkituista oli ainakin yksi suuoire, 45 % kertoi kuivan suun oireista ja 36 %:lla todettiin kliinisen tutkimuksen jälkeen olevan vähentynyt syljen erityks. Yleisimpiä suuoireista olivat suun kuivuminen ja ongelmat pureskelemisessä.

Ikääntymiseen ei terveillä liity syljen määrän vähenemistä, mutta syljen koostumuksen muuttuminen paksummaksi ja sitkeämmäksi liittyy, jolloin sylki ei enää ole niin liukastavaa ja puhdistavaa, joka taas voi altistaa suun sairauksille. Sylki vastaa monista puolustustoiminnoista; suun huuhtominen ja puhdistaminen, syljen antimikrobiset ominaisuudet ja limakalvoja voitelevat sekä suojaavat ominaisuudet. Sylki osallistuu syömiseen ja ruoansulatukseen mahdollistamalla ruoan nielemisen sitä liukastamalla, olemalla mukana makuaistin synnyssä ja kosteuttamalla sekä pilkkomalla ravintoaineita jo suussa. (Siukosaari – Nihtilä 2015: 36–41.) Meurman (2016) mainitsee lisäksi oraalisen mielihyvän ja ruoasta nauttimisen olevan merkittävän tärkeitä elämänlaatua mitattaessa. Puskuroivan vaikutuksen avulla sylki suojaa hampaita kulumiselta ja reikiintymiseltä. Syljen niukkuus heikentää syömistä ja ruoasta nauttimista, nielemistä, puhumista sekä hankaloittaa hammasproteesien käyttämistä ja heikentää istuvuutta. Voidaan sanoa syljen vähyyden huonontavan oleellisesti elämänlaatua.

Kuivan suun oireita ovat luonteenomaisesti haavaumat suupielissä, kuivat, rohtuneet huulet sekä kuivat, arat ja kirvelevät limakalvot. Kuivasta suusta kärsivillä hampaiden reikiintyminen enentyy ja on moninkertainen riski saada sieni-infektio, ja lisäksi iensairaudet pahenevat. Saarela (2014: 17) listaa kuivan suun aiheuttamat ongelmat samansuuntaisiksi. Kuiva suu altistaa suun sairauksille, kuten kariekselle ja kiinnityskudossai-

rauksille. Kuiva suu usein aiheuttaa ongelmia pureskelemisessä, nielemisessä, hammasproteesin käytössä, puhumisessa sekä maistamisessa. Saarela (2014: 17) jatkaa näiden ongelmien seurauksien voivan olla oleellisia aliravitsemuksen aiheuttajia, elämänlaadun huonontajia ja ikääntyneelle tärkeiden sosiaalisten kontaktien karsijoita. Kuivan suun oireita ei pystytä parantamaan, joten hoitona keskitytään helpottamaan oireita ja ehkäisemään haittoja. Sylkirauhasen toimintaa voidaan parantaa lääkelistaa tarkistamalla ja huolehtimalla, ettei lääkkeitä oteta juuri ennen nukkumaanmenoa. Nestettä tulee juoda riittävästä (1,5–2 l/vrk) syljenerityksen takaamiseksi. Pureskelua vaativa ruoka lisää syljeneritystä ja tueksi voi myös ottaa ksylitolipurukumit ja -pastillit. Happamia makeisia ja juomia tulee välttää karies- ja eroosioriskin vuoksi. Apteekeissa on lisäksi saatavilla paljon erilaisia kuivan suun tuotteita ja ruokaöljystä ja huulirasvasta voi olla monelle kuivasta suusta kärsivälle apua. Syljen määrän väheneminen on kiistämätön riskitekijä useille suun sairauksille, joten näiden ikääntyneiden säännölliset hammashuoltokäynnit ovat ehdottoman tärkeitä. (Siukosaari – Nihtilä 2015: 36–41.)

Yleisin lääkkeiden aiheuttama haittavaikutus suussa on sen kuivuminen. Suomessa käytössä olevista lääkkeistä noin 400 aiheuttaa syljen erityksen vähentymistä. Useamman lääkkeen samanaikainen käyttö kumuloi myös syljen erityksen vähenemistä. (Honkala 2015; Hiltunen ym. 2015.)

Lääkeaineet voivat suun kuivumisen lisäksi aiheuttaa suussa erilaisia haittavaikutuksia, kuten limakalvojen lichenoidereaktioita, jotka voivat ilmetä monella tavalla. Lichenoidimuutos voi esiintyä limakalvoilla monessa muodossa, kuten valkoisina juovina, laikkuihin tai verkkomaisina muutoksina, haavaumina, punoittavina läikkinä, verenvuotona tai tulehdusena. Lääkeaineen vaikutus limakalvoilla voi olla sekä systeeminen verenkierron kautta että suoran kosketuksen reaktio. Systeemisistä lääkeaineiden haittavaikutuksista mainittakoon vielä kyky vaikuttaa elimistön kasvutekijöihin, jolloin ilmenee ikenien liikakasvua. (Honkala 2015; Hiltunen ym. 2015.)

Osteoporoosiin käytettävän bisfosfonaattilääkityksen on todettu aiheuttavan leukojen alueella osteonekroosia eli luun tuhoutumista. Infektioiden aktivoitumisia on yllättävästi ilmaantunut uusien biologisten lääkkeiden käytön yhteydessä. Tässä yhteydessä hampaiston oireettomat ja piilevät infektiopesäkkeet saattavat aktivoitua. Näissä tapauksissa hoidot voidaan joutua keskeyttämään, joten suosituksena nykyään onkin hoitaa piilevät tulehduspesäkkeet ennen biologisen lääkityksen aloittamista. Samalla potilaille painotetaan hyvän suun terveyden ylläpitämisen tärkeyttä. (Hiltunen ym. 2015.)

2.4.4 Ikääntyneen suun sairaudet

Korjattavaa kariesta löytyy joka toiselta yli 75-vuotiaalla mieheltä ja joka kolmannelta naiselta. Arvioiden mukaan ikääntyneille syntyy vuosittain enemmän kuin yksi uusi kariesvaurio, joka on nopeampaa kuin nuorten ja lasten reikiintymisvauhti. Kotona asuville ikääntyneille syntyy kuitenkin puolet vähemmän uusia kariesvaurioita kuin laitoshoidossa oleville. Kariuksen yleisyys edelleen kaksinkertaistuu dementiaa sairastavilla. Kariuksen esiintyvyyttä ikääntyneillä lisää entisestään juurikariuksen lisääntyminen, johtuen ienvetäytymien ja iensairauksien aiheuttamasta juuren pintojen paljastumisesta. Juuren pinnassa ei ole kiilteen tuomaa suojaa, joten juuren pinnat reikiintyvät nopeammin ja helpommin. Syljen määrän väheneminen on merkittävä reikiintymisen riskitekijä. Kun riskitekijöitä kertyy useita, muuttaen suun olosuhteita, voi aiemmin hyväkuntoinenkin hampaisto tuhoutua nopeasti. Kariesvaurioiden korjaaminen ei paranna kariesta, eikä se ole riittävä hoitomuoto. Sen sijaan kariuksen hallinnassa on katse suunnattava erityisesti kariuksen riskitekijöihin ja syihin. Hampaiden reikiintymisen ehkäisemisessä ja kariuksen hallinnassa tulee ikääntyneillä kiinnittää huomiota suun huolelliseen puhdistukseen, säännöllisiin ruoka-aikoihin, tarvittaessa hammashuollon toteuttamaan pysäytyshoitoon, paikallisiin fluorikäsittelyihin etenevissä kasiesvaurioissa ja paljastuneissa juurenkauloissa sekä kuivan suun hoitoon. (Siukosaari – Nihtilä 2015: 36–41.)

Kiinnityskudossairaudet ja erityisesti parodontiitti ovat ikääntyneillä jo laaja kansanterveydellinen ongelma (Parodontiitti: Käypä hoito -suositus. 2016). Siukosaari ja Nihtilä (2015: 36–41) kertovat, että tulehtuneiden ientaskujen pinta-alaa voi verrata kämmenten kokoiseen tulehtuneeseen alueeseen. Tulehduksen edetessä tulehduksenvälittäjäaineet ja bakteerit voivat päästä verenkiertoon ja aiheuttaa siellä tulehduksen systeemisesti tai paikallisen infektion. Parodontiitilla on todistettu olevan yhteyttä esimerkiksi diabeteksen, sydän- ja verisuonisairauksien ja keuhkosairauksien syntyyn. Infektiosairaudet ovat ikääntyneillä hyvin kiusallisia ja ne voivat todetusti olla myös kohtalokkaita. Huono tai romahtanut suun terveys kasvattaa kuolemanvaaraa tilastollisesti tutkittuna. (Meurman 2016.)

Hampaiden ja hammasimplanttien yleistymisen vanhusväestöllä lisää entisestään kiinnityskudossairauksien määrää. Hammashuollon toimenpiteiden keskittyessä korjattavaan hoitoon jää parodontiitti usein diagnosoimatta siitäkin huolimatta, että Käypä hoito -suosituksen mukaan parodontologinen tutkimus tulee sisällyttää osaksi suun tervey-

dentilan tutkimusta, jotta parodontiitti diagnosoitaisiin varhaisessa vaiheessa. (Parodontiitti: Käypä hoito -suositus. 2016.) Parodontiitin merkittävimpiä riskitekijöitä ovat monet ikääntyneillä esiintyvät yleissairaudet, kuten immunosuppressiiviset sairaudet, tupakointi, diabetes, riittämätön suuhygienia ja lääkitykset. Mitä enemmän riskitekijöitä kasaantuu sitä suurempi on riski sairastua kiinnityskudossairauksiin. Parodontiitilla on vaikutusta sairauksien, kuten esimerkiksi diabeteksen hoitotasapainoon, ja vastavuoroisesti sairauksien hoitotasapainoa voidaan kohentaa parodontiitin hoidolla. Parodontiitin hoidon tulokset saadaan näkyviin pienelläkin aikavälillä, mutta parodontiitin hallinnassa tulee huomioida säännöllisen ylläpito-hoidon tärkeys erityisesti vanhuspotilailla. (Ketola-Kinnula ym. 2015: 3015–3022.)

Suusyövät ovat yleensä vanhempien ikäluokkien sairauksia, koska riski sairastua suusyöpään kasvaa iän myötä. Suusyövän riskitekijöitä on useita, joista haitallisimpina voisi nostaa esiin tupakoinnin ja runsaan alkoholinkäytön. Kuten parodontiitti, niin suusyöpäkin on alkuvaiheessaan oireeton. Säännölliset suun terveydentilan tutkimukset ovat elintärkeitä varhaisdiagnosoinnin kannalta. Leukoplakia eli limakalvon vaalea muutos voi olla suusyövän varhaisoire. Ikääntyneellä myös proteesin sopimattomuus ja puheen muuttuminen sekä vaikeutuminen voivat olla suusyövän ensioireita. Kuivasta suusta kärsivillä syljen erityis voi lisääntyä kasvaimen aiheuttaman ärsytyksen johdosta. Ikääntynyt harvoin itse tunnistaa suusyövän oireet, joten suunhoidon ammattilaisten, ikääntyneen hoitajien sekä omaisten vastuu oireiden tunnistamisessa korostuu suusyövän tunnistamisessa. (Meurman 2016; Ketola-Kinnula ym. 2015: 3015–3022.)

Suun ja leukojen alueen tulehduksista valtaosa on hammasperäisiä. Useimmiten aiheuttajana on suun normaalien bakteerien sekainfektioita. Tulehdus on yleensä peräisin hampaan juuren alueelta tai hampaan poiston yhteydessä syntyneen luukuopan infektiosta. Terveillä ihmisillä luukuopan lyhyestä infektiosta ei ole haittaa, mutta esimerkiksi immunosuppressiivisen hoidon tai vakavan yleissairauden johdosta heikentynyt puolustusjärjestelmä voivat edesauttaa vakavien seurauksien syntymistä. Esimerkkinä voidaan mainita tilastollinen yhteys sydän- ja aivoinfarktin sekä huonon hammas-terveyden välillä. Hammasinfektioiden ensisijaisena hoitona on yleisesti tulehduksen syyn poistaminen ja antibiootti on vasta toissijainen hoitomuoto. Suun ja hampaiden hoitamattomilla infektiolla voi olla vakavia seurauksia ikääntyneillä, joiden yleinen terveydentila on jostain syystä huonontunut. Yleisen vastustuskyvyn heikkeneminen ilmenee ikääntymisen myötä tällaisten akuuttien tautien yhteydessä, mutta vaikutus helposti havaitaan myös kroonisten ja rappeuttavien sairauksien lisääntymisenä ja taudinku-

van huononemisenä. Useat näistä sairauksista aiheuttavat muutoksia myös suun terveydentilaan, kuten suun lokaalisen vastustuskyvyn alenemista ja limakalvojen surkastumista. (Hammasperäiset äkilliset infektiot: Käypä hoito -suositus. 2011; Meurman 2016.)

Suun sienitulehduksen syntyyn vaikuttaa yleisesti usea tekijä yhdessä, kuten kuiva suu, heikentynyt puolustuskyky ja antibioottihoito. Suun sieni-infektiot voi olla vaikea erottaa muista limakalvosairauksista, mutta yli 70 %:lla ikääntyneistä on todettu olevan paljonkin hiivankasvua. ja myös suussa se on merkki heikentyneestä yleisterveydestä. Hiivainfektio on merkki heikentyneestä puolustuskyvystä ja oireina voi olla epämääräistä kirvelyä, polttelua, limakalvoarkuutta ja limakalvojen punoitusta. Hammasproteesin käyttäjillä on yleisesti (60–100 %) sieni-infektioita, ja se on syytä ottaa huomioon sienilääkityksen määräämisen yhteydessä, koska infektio tuskin paranee, jos proteeseja ei samanaikaisesti hoideta. Suun sieni-infektiota hoidetaan paikallisilla valmisteilla ja systeemisillä antibiooteilla, mutta suuhygienian parantaminen on tärkeä osa hoitoa. (Meurman 2016.)

2.4.5 Suun terveyden vaikutus pureskeluun, nielemiseen ja ravitsemukseen

Saarela (2014: 7) yhdistää tutkimustulosten perusteella epäsäännöllisen suuhygienian toteuttamisen sekä hampaattomuuden ilman proteeseja suurimmiksi syiksi ikääntyneiden aliravitsemukseen, suun oireiluihin ja epäsäännöllisiin hammashuoltokäynteihin. Nielemisen vaikeuden aiheuttaa yleensä nielun lihastoiminnan heikentyminen ja reflek-sien alentunut toiminta. Lisäksi ruokapalan muotoilemista helpottavat oleellisesti sylki ja hampaat. Ikääntyneillä, joilla on ongelmia pureskelun ja nielemisen kanssa on lisäksi suurentunut aliravitsemuksen riski, kasvanut kuolleisuus ja enemmän sairauksien yhteisesiintyvyyttä. Ainoastaan 22 %:lla tutkituista (n = 1475) ravitsemustilanteen todettiin olevan hyvä, kun peräti 65 %:lla oli riski aliravitsemukselle ja 13 % kärsi aliravitsemuksesta. Miesten ravitsemustilanne oli tulosten mukaan naisten ravitsemustilannetta parempi. Proteesiongelmien vaikuttavat iäkkäiden elämänlaatuun; syömiseen, puhumiseen ja näiden kautta sosiaaliseen toimintaan. Nielemisongelmia on eniten vanhuksilla, joilla ei ole ollenkaan proteeseja. Lisäksi hampaiden lukumäärällä on suuri merkitys ikääntyneen nielemiskykyyn ja ravitsemustilaan. Nielemisvaikeus on suunielussa oleva neurologinen haitta, jonka tunnistamiseen ja hoitoon tulee kiinnittää tulevaisuudessa huomiota. Nielemisvaikeuksien hoito vaatii monenlaista osaamista. Hoidon pyrkimyksenä on välttää nielemisvaikeuksien komplikaatioita ja haittoja. Suun ja nielun lihaksien toiminta-

taa voidaan parantaa myös terapialla ja erilaisilla harjoitteilla. (Saarela 2014: 48, 52; Hiltunen 2015.)

2.4.6 Ikääntyneen tupakointi ja alkoholin käyttö

Noin joka kymmenes suomalainen ikääntynyt tupakoi Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan, mutta tupakointi vähenee iän myötä. Tupakoinnin haittavaikutuksia suussa ovat kiinnityskudossairaudet, limakalvomuutokset ja suusyöpä. Hampaiden kiinnityskudossairaudet ovat tupakoitsijoilla hyvin yleisiä ja usein tupakoinnin ja tästä johtuvan parodontiitin myötä joudutaan hampaita poistamaan. Lisäksi hampaat värjäytyvät ja niiden pinnoille syntyy runsas bakteerikerros. Tupakointi pitää yllä suun tulehdustilaa, jolloin paraneminen on hidasta. Yli 60-vuotiailla tupakoivilla on tupakoimattomiin verrattuna kaksinkertainen riski menehtyä verisuonisairauteen. (THL 2012; Syväne ym. 2014: 451–459.)

Alkoholin käyttö on ikääntyneillä nuorempaa väestöä vähäisempää, mutta erityisesti ikääntyneiden naisten alkoholiongelmien odotetaan lisääntyvän. Simojoen (2016: 403–407) mukaan ikääntyneiden alkoholinkäyttö on melko tavallista ja alkoholiongelmien esiintyvyys on kasvussa. Alkoholiongelman syyt voivat olla moninaiset ja yksilölliset. Varmaa kuitenkin on, että alkoholiongelma vaikuttaa ikääntyneen elämänlaatuun ja aiheuttaa erilaisia haittoja. Alkoholinkäytön kartoitus tulisi suorittaa kaikkia ikääntyneen palveluita suunniteltaessa, koska alkoholinkäyttö vaikuttaa ikääntyneen terveyteen, toimintakykyyn ja se on otettava huomioon lääkehoitoa suunniteltaessa. Alkoholin vaikutuksesta limakalvot ohenevat ja kuivuvat. Limakalvojen ohentuessa iän myötä muutenkin ja syljenerityksen heikentyessä on selvää, että alkoholi kuivattaa suuta entisestään. Kohtuullinenkin alkoholin käyttö voi ikääntyessä muuttua haitalliseksi, koska useaa lääkettä käytettäessä alkoholin päihdyttävät vaikutukset voimistuvat. Alkoholi voi heikentää lääkkeiden tehoa tai lääkkeen poistuminen elimistöstä voi pitkittyä. Suusyövän todistettuihin riskitekijöihin kuuluvat sekä runsas alkoholin käyttö että tupakointi. (THL 2012; Hiltunen ym. 2015.)

2.4.7 Suun terveyden ja yleisterveyden vastavuoroinen yhteys

Suun voidaan sanoa toimivan kehon peilinä. Ihmisen yleinen terveydentila heijastuu usein suusta, ja jo pienikin suun terveyden ongelma saattaa häiritä elämänlaatua huo-

mattavasti. Vastavuoroisesti suun terveyden häiriön avulla voidaan löytää jonkin yleissairauden jäljille. Lindqvist ym. (2013: 298) ovat muiden tutkijoiden kanssa yhtä mieltä siitä, että suun terveydentila vaikuttaa todistettavasti yleisterveyteen, ja vastavuoroisesti yleissairaudet voivat vaikuttaa suun terveydentilaan. Suomalaisissa tutkimuksissa todettiin ensimmäisenä suun infektiolla olevan yhteys suurentuneeseen sydän- ja verisuonisairauksien riskiin. (Meurman – Mäkitie 2015: 2989; Ketola-Kinnula – Pussinen – Seppänen 2015: 3015–3022.)

Meurman (2016) toteaa, että hammasinfektiot voivat laukaista elimistössä haitallisen systeemisen reaktion. Uusimpien tutkimusten valossa pidetään todennäköisenä, että krooninen parodontiitti kasvattaa yleistä syöpäriskiä. Alzheimerin tautiinkin on yhdistetty kroonisten hammasinfektioiden aiheuttama inflammaatio. Näiden yhteydet eivät vielä todistettavasti ole syy-seuraussuhteellisia, vaan tilastollisia. Aspiraatiopneumonian ja huonon suun terveyden yhteyden avulla voidaan lisäksi selittää, miksi huono suun terveys lisää kuolemanvaaraa. Aspiraatiokeuhkokuumeeseen synnyssä suun patogeenisia mikrobeja pääsee alahengitysteihin aiheuttaen ikääntyneelle potilaalle jopa kuolemanvaaran. Samojen yhteyksien olemassaoloa todistavat myös Ketola-Kinnula ym. (2015: 3015–3022) viittaamalla huonon suuhygienian ja suun infektioiden olevan yhteydessä moniin elimistön tiloihin ja sairauksiin, kuten diabetekseen, reumaan, syöpään, ateroskleroosiin, lihavuuteen, Alzheimerin tautiin ja metaboliseen oireyhtymään.

Hampaiston infektioiden ja niiden eliminoimisen kanssa tulee olla erityisen tarkkana ikääntyneillä, joilla on sydämen läppäproteesi, tekonivel tai muita helposti infektoituvia tekijöitä elimistössään. Hammasinfektiot voivat pahentaa joitakin yleissairauksia, kuten nivelrikkoa, reumatauteja ja diabetesta ja vastavuoroisesti suun terveydentilan parantamisella voidaan kohentaa sairauden hoitotasapainoa. Vaikka vielä ei olla varmoja voidaanko suussa edenneen tulehduksen hoidolla vaikuttaa yleissairauteen, niin tulee huomioida suun infektioiden olevan helposti ehkäistävissä. (Meurman 2016; Ketola-Kinnula ym. 2015: 3015–3022.)

2.5 Ikääntyneen suun terveys ja tulevaisuuden näkymät

Elintason kasvun, omien hampaiden arvostuksen ja fluorihammastahnan käytön yleistymisen myötä yhä useammilla ikääntyneillä on suussaan omat hampaat (Siukosaari – Nihtilä 2015: 36). Haikolan (2014: 3) vuonna 2014 tekemän tutkimuksen mukaan 60–78-vuotiailla (n = 1191) suomalaisilla ikääntyneillä hampaattomuus oli kuitenkin vielä

hyvin yleistä ja hampaiden menetyksen seurauksena alaleuan muodon havaittiin muuttuneen. Tutkimukseen osallistuneilla ikääntyneillä havaittiin röntgenkuvissa hammasperäisiä tulehduksia ja kiinteitä proteeseja oli vain harvoilla. Meurman (2016) toteaa, että aiemmin omien hampaiden menettämistä pidettiin luonnollisena osana ikääntymistä. Nykyään kuitenkin tiedetään, että ikääntyneen toimintakyky on riippuvainen hyvästä suun terveydestä ja riittävästä hampaiden lukumäärästä. Nämä edesauttavat puheen muodostamista, syömistä, vatsan toimintaa ja nielemistä. Ei myöskään tule unohtaa terveen suun ja hampaiston kiistatonta vaikutusta sosiaalisiin kontakteihin ja ulkonäköön. Riskitekijöiden yleistyminen ja kasaantuminen kuitenkin nostavat ikääntyneillä riskiä suusairauksien esiintymiselle. (Siukosaari – Nihtilä 2015: 36.) Stewart (2013: 25–30) puolestaan painottaa, tutkimustuloksiinsa nojaten, päivittäisen suuhygienian merkitystä suun sairauksien ehkäisyssä ja psykososiaalisen hyvinvoinnin ylläpitämisessä. Samalla hän ihmettelee, miksi ikääntyneen suuhygienian toteuttaminen ei kuitenkaan ole tärkeää hoitavan henkilökunnan, ikääntyneiden palveluita tuottavien tahojen tai hallinnonkaan mielestä.

Suun sairaudet aiheuttavat oireita vasta pitkälle edettyään, joten varhaisdiagnostiikka on avainasemassa. Suun terveys ja suun infektioiden hoito ovat vastavuoroisessa yhteydessä yleisterveyteen, pitkäaikaissairauksien hoitotasapainoon, infektiokomplikaatioiden estämiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen, joten suun terveydenhoidon toteuttaminen ikääntyneillä on asia, jota ei voi ylenkatsoa eikä siirtää tuonnemmaksi. (Lindqvist – Seleskog – Wårdh – Bülzingslöwen 2013: 298–305; Siukosaari – Nihtilä 2015: 40; Meurman 2016.)

Ikääntyneillä säilyy omia hampaita pidempään ja useampia kuin muutama vuosikymmen taaksepäin (Lindqvist ym. 2013: 298–305). Myös Meurman (2016) toteaa, että yhä harvempi suomalainen ikääntynyt menettää tulevaisuudessa hampaansa, mutta asialla on kääntöpuolensa, koska hoidettavien hampaiden määrän kasvun myötä myös suusairaudet lisääntyvät. Ikääntyneiden hampaissa on lisäksi laajoja korjauksia, kruunuja, siltoja sekä implantteja. Nämä tekijät asettavat paljon paineita riittävälle suun terveydenhoidolle, jotta ikääntyneiden hyvä suun terveys saadaan ylläpidettyä. Nissinen (2015: 9–12) esittää artikkelissaan samansuuntaisia näkymiä ikääntyneen suun terveydenhuollon tulevaisuudesta. Ikääntyneen suun terveys vaatii säännöllistä ja tehokasta ylläpitohoitoa. Suu- ja proteesihygieniasta huolehtiminen itsenäisesti vaikeutuu sairauksista ja erityisesti progressiivisista muistisairauksista johtuen. Kyvykykyys huolehtia suuhygienian toteuttamisesta voidaan menettää kokonaan heikkenevän motorii-

kan, rapistuvan näkökyvyn ja haurauden saattamana. Suusairaudet saavat lisävauhtia suuta kuivattavista lääkityksistä, joka edelleen lisää suun terveyden riskikuormaa. Samalla kun hammasperäiset infektiot vaikuttavat yleisterveyteen, niin niiden mukana tulee suun kiputiloja ja ruoan syöminen sekä puheen muodostus vaikeutuvat, aiheuttaen haasteita sekä rajoituksia ikääntyneen mielenterveyden kannalta tärkeälle sosiaaliselle kanssakäymiselle. Ikääntyneiden terveydenhuolto on haastavan tilanteen edessä lisäksi, koska yhä useampi toimintakyvyltään heikko potilas on hampaallinen. (Lindqvist ym. 2013: 298; Heikka – Hiiri – Honkala – Keskinen – Sirviö 2015: 148–158; Siukosaari – Nihtilä 2015: 40; Meurman 2016.)

Tietotaso hammassairauksien ehkäisykeinoista on suomalaisella aikuisväestöllä melko hyvällä tasolla. Huolestuttavasti 65 vuotta täyttäneillä on vähiten motivaatiota näiden ehkäisykeinojen toteuttamiseen. Kuitenkin Helsingissä toteutetussa tutkimuksessa jopa laitoshoidossa olevat ikääntyneet ottivat kernaasti vastaan suuhygienian hoitamiseen tarjotun avun. Näistä keskimäärin 83-vuotiaista ikääntyneistä yksikään ei kokenut suunhoidollisia toimenpiteitä epämiellyttäväksi, kooperaatio oli hyvä ja ikääntyneet olivat todella tyytyväisiä saamaansa apuun. Lisäksi tutkimukseen osallistuneiden suun terveys parani tämän tehostetun suunhoidon aikana. Tämä tutkimus osoittaa, että suuhygienisteillä on esimerkiksi kuntatasolla tulevaisuudessa merkittävä osa ikääntyneiden terveydenhuollon järjestelyjen kokonaisuutta suunniteltaessa. (Meurman 2016.) On otettava huomioon, että ikääntyneen saattaa olla vaikea pyytää apua, vaikka sitä tarvitsikin. Toisaalta hoitajien voi olla vaikea lähestyä suuta, koska sitä pidetään niin intiiminä alueena. Tämän perusteella voidaan todeta, että hoitajan osaamisella on suuri vaikutus kotihoidon ikääntyneen asiakkaan palvelun laatuun ja sen vaikuttavuuteen. Hoitotyön koulutuksiin tarvitaan näin ollen lisää suun terveydenhoidon koulutusta, jotta kotihoitajilla olisi riittävästi valmiuksia ja uskallusta tukea ikääntyneen suuhygienian toteuttamista. Suuhygienisteillä on Heikan ym. (2015: 148–158) mukaankin näin tärkeä rooli ikääntyneen hoitoon osallistuvien hoitajien ja omaisten suuhygieniosaamisen ohjauksessa. Delgado ym. (2016) tulivat tutkimuksessaan siihen tulokseen, että hoitajat ovat myös enimmäkseen halukkaita saamaan lisäkoulutusta ikääntyneen suun terveydestä.

Ehkäisevän hoitotyön toimenpiteisiin tärkeänä osana kuuluvat säännöllisten hammashoitokäytien tiellä olevien taloudellisten ja fyysisten esteiden poistaminen. Vaikka subjektiivinen hammashoidon tarve onkin ikääntyneillä vähäistä, niin säännölliset hammashuoltokäynnit ovat tärkeitä, jotta suusairaudet voidaan diagnosoida ja hoitaa var-

haisessa vaiheessa. On hyvä painottaa, että täysin hampaatonkin suu tulee tarkastaa säännöllisin väliajoin. (Siukosaari – Nihtilä 2015: 36.) Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisussa (2015: 12) todetaan ikääntyneen kotona asumisen olevan elämänlaadun kannalta keskeistä ja samalla se tukee mielekkään tekemisen löytymistä, itsemääräämisoikeutta ja osallisuutta. Ikääntyneen tulisi olla mahdollista huolehtia hygieniastaan, johon myös suun puhdistaminen päivittäin kuuluu. Omahoidon toteutumista voidaan edistää kotiin vietävillä palveluilla ja neuvontapalveluilla. Suun terveydenhoidossa on toimenpiteitä, jotka vaativat erikoisvälineitä ja joiden siirtäminen kotiin on vaikeaa. Suun terveydenhuollon piirissä on kuitenkin paljon tehtäviä, joiden toteuttaminen on mahdollista muun terveydenhoidon kotikäyntien yhteydessä ja tarvittaessa suun terveydenhuollon ammattilaisen tuella. On kuitenkin painotettava, että ikääntyneen suun terveydenhoidon merkittävin tekijä on suun omahoito. (Hiltunen ym. 2015.)

Hallinnollisesti tarkasteltaessa ongelmana voi olla laitoshoidon purkaminen säästösyistä. Kotona asuva ikääntynyt on yksin vastuussa kaikista maksuista, jolloin suun terveydenhuollosta saatetaan helposti tinkiä, koska ei ole ymmärrystä suun terveyden vaikutuksista omaan yleisterveyteen. Tästäkin syystä kotihoidon henkilökunnan suun terveydenhoidon osaamista on syytä vahvistaa ja parantaa. Suun terveydenhuollossa tulee vastavuoroisesti lisätä arviointia ikääntyneen toimintakyvystä. Tulee arvioida ikääntyneen kyvyt pitää suuhygieniansa riittävän hyvällä tasolla itsenäisesti vai tarvitaanko siihen tukea. Toimintakykyä pystytään tukemaan monin keinoin. Sairauksien parantaminen ja ennaltaehkäisy sekä psyykkisen ja fyysisen kunnon vahvistaminen ovat kaikki hyviä keinoja, kuten myös aistien ja kehon toiminnan ylläpitäminen. Toimintakykyyn vaikuttavat ympäristön odotukset, ikääntyneen omat vaatimukset ja ikääntyneen saama sosiaalinen tuki. Nykyaikana onkin jo tavallista, että ikääntyneet toivovat saavansa säilyttää omat hampaat koko elämänsä. Käytännössä kotihoidon henkilökunnan tulee tarvittaessa auttaa ikääntyneitä suun omahoidon toteuttamisessa. Tämän toteuttaminen tyydyttävästi edellyttää suun terveyden edistämisen perustietojen sisällyttämistä sosiaali- ja terveydenhuollon koulutukseen, jonka lisäksi kotihoidon toimintakulttuuriin pitää luoda positiivista asennetta suun terveydenhoitoa kohtaan. (Hiltunen ym. 2015; Nissinen 2015: 9–12.) Samaan tulokseen tutkimuksessaan tulee Stewart (2013: 25–30) kertoessaan, että suurin este ikääntyneen suuhygienian toteuttamisessa oli ikääntyneitä hoitavien ammattilaisten suun terveydenhoitoa koskevan koulutuksen riittämättömyys. Kaiken kaikkiaan palveluiden innovointi ikääntyneitä paremmin tavoitettavaksi on tulevaisuudessa se keino, jolla ikääntyneiden suun terveyden parantamista tulee edesauttaa (Hiltunen ym. 2015; Nissinen 2015: 9–12).

Toisenlaisen näkökulman ikääntyneen väestönosuuden ja hoidontarpeen kasvuun tuo Finne-Soveri (2017: 215–219), jonka mukaan ikääntymisen julkinen kuva on jo vuosia kohdentunut uhkakuviin, joissa on ollut esillä taloudellisen niukkuuden sekä ikääntyneen väestön välillä oleva ristiriita. Median luomasta kuvasta on kuitenkin kokonaan unohtunut terveen vanhenemisen mukanaan tuomat kasvaneet lisävoimavarat. Sudenkuoppiin on viisasta varautua, mutta vallalla olevien säästötalkoiden myötä on uhkana, että karsitaan investointeja, joiden positiivinen tulos olisi nähtävissä vasta vuosikymmenien kuluttua. Sopii toivoa, että nykyinen kuvamme ikääntyneistä muokkautuisi nykyistä positiivisemmaksi toimintakykyisten ja terveiden ikääntyneiden myötä. Ikääntyneet tulee nähdä aktiivisina kumppaneina rakentaessamme yhteistä tulevaisuutta, ei yhteiskunnan erillisenä osana, vaan tiiviinä kokonaisväestön osana. Tätä asenteiden muutosta ikääntymistä kohtaan peräänkuulutetaan kansainvälisestikin, kuten lääketieteellisen lehden *The Lancetin* (2012: 379) kirjoituksessa jo vuonna 2012. Asenteiden muutos onkin ehdoton vaatimus, mutta se ei Jylhän ja Strandbergin (2012: 1833–1834) mielestä yksin riitä. Asennemuutosta odotellessa pitää keskittyä myös tekojen muuttamiseen. Sanat voidaan viedä teoksi karsimalla tasavertaisuuden esteitä virallisista säädöksistä, toimintamalleista ja palveluista nyt heti.

2.6 Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus ja ikääntyneiden palvelut

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudituksella (myöh. Sote-uudistus) tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutusta, joka on Suomessa käynnissä oleva julkisen sektorin hanke. Tavoitteena Sote-uudituksessa on kaventaa väestön hyvinvointi- ja terveyseroja ja parantaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden saatavuutta ja yhdenvertaisuutta sekä hillitä kustannuksia. Tarkoituksena on jakaa Suomi 15 sote-alueeseen. Sosiaali- ja terveyspalvelut on tarkoitus tuottaa näiden puitteissa, niin että ihmiset saavat itse valita palvelunsa julkisen, yksityisen tai kolmannen sektorin tuottajalta. (Sote- ja maakuntauudistus 2017: 14, 23.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (2016) mukaan sote-uudistus tarkoittaa sosiaali- ja terveyspalvelujen laajoja toimintatapojen ja hallinnon uudistuksia. Sote-uudituksen myötä vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä siirtyy maakunnille, jolloin kunnille jää alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Uudituksen tavoitteena on luoda aiempaa parempi kokonaisuus, jossa korostuvat yhdenvertaisuus, asiakaslähtöisyys, saavutettavuus ja valinnanvapaus sekä kustannustehokkuus ja laatu. Sote-uudituksen toimeenpanoa omaishoidon ja ikääntyneiden palveluiden osalta tukee "Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa" -kärkihanke.

Sote-uudistuksen tarkoituksena on lisätä kotona annettavia palveluja. Laitospalvelujen sijaan ikääntyneiden palveluja halutaan muuttaa avohoitomallisiksi. Ikääntyneen ihmisen valinnanvapautta ja itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan mahdollisimman pitkälle esimerkiksi oikeutena määrätä omasta asumisestaan. Ikääntyneet pyritään osallistamaan oman elämänsä suunnitteluun ja heihin liittyvään päätöksentekoon. Päätöksentekoon annetaan tarvittaessa tukea ja neuvontaa valinnanvapauden lisääntyessä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Asumista kotona tuetaan ja parannetaan helposti tavoitettavilla sosiaali-, terveys- ja kuntoutuspalveluilla, ikäystävällisillä asuinympäristöillä ja asumisratkaisuilla, tarpeeksi hyvillä liikenne- ja kuljetuspalveluilla ja antamalla omaishoitajille riittävästi tukea. Omaishoito on tarpeen kytkeä osaksi ikääntyneen ihmisen palvelukokonaisuutta. Tämä edellyttää, että omaishoitaja saa tarpeiden mukaista ja riittävää tukea. (STM 2015: 19; THL 2016a.)

Sote-uudistuksessa pyritään parantamaan vanhustyön osaamisen saatavuutta. Ikääntyneiden palvelutarjonnan monipuolisuutta tavoitellaan keskittämällä palveluiden järjestämisvastuuta. Ikäihmisillä tulee olla yhdenvertainen saatavuus erityisosaamiselle, kuten muistisairauksiin, geriatriaan, sosiaalityöhön, kuntoutukseen ja apuvälineisiin liittyvää osaamista. (THL 2016a.) Erityisosaamisen saatavuudesta puhuttaessa on hyvä muistaa, että hoitamattomuus tulee kalliiksi. On panostettava ennaltaehkäisyyn, ajoissa ja kerralla kuntoon -ajatukseen, hoitoketjujen sujuvuuteen ja hoitosuhteiden jatkuvuuteen. (Sarkomaa 2015.)

Sote-uudistuksen tavoitteena Sarkomaan (2015: 14) mukaan on, että julkinen taho järjestää ja ensiluokkainen tuottaja tuottaa. Kun yksityinen ja julkinen taho tuottavat palveluja rintarinnan saadaan monituottajamalli, jolla tavoitellaan potilaan etua. Sujuvalla ja ammattirajat ylittävällä tiedonkululla pyritään palvelukokonaisuuden voimavaroja ja osaamista ohjaamaan eri toimijoiden välillä sinne, missä niistä on suurin hyöty. Erityistason palveluiden integroinnilla lähipalvelukokonaisuuteen ja erityisosaamisen jalkauttamisella perustasolle pyritään palveluihin, jotka parantavat avun saamista kaikissa tilanteissa. (THL 2016a.) Kiljusen (2015: 14) näkemyksen mukaan sote-uudistuksen palveluiden tuottamiselle ja järjestämiselle saadaan vahva perusta uudistamalla rakenteet. Palveluiden suunnittelun ytimessä on asiakas, jolla on oikeus kokonaisvaltaisiin ja hyviin palvelutuotteisiin. Sote-palveluiden integrointi on Kiljusenkin (2015: 14) mielestä toimintatapa, jolla palvelurakenteesta saadaan kustannustehokas ja vaikuttava. Onnistunut palvelurakenne edellyttää myös keskittymistä ennaltaeh-

käisyyn, hallintorajojen häivyttämiseen ja peruspalveluiden vahvistamiseen. Laadun takaamiseksi erityispalveluita voidaan hänen mukaansa joutua keskittämään.

Palveluiden saavutettavuus, saatavuus ja riittävyys edellyttävät asiantuntevaa ohjausta palveluihin, palvelutarpeen monipuolisia arviointikäytäntöjä, palvelun saannin kriteereiden yhtenäistämistä, henkilökunnan joustavaa liikkumista tarpeen mukaan, hyvää henkilöstöjohtamista, hankintapolitiikkaa ja kilpailutusta sekä yhtenäistä tietojärjestelmää. Muistisairauksista ja mielenterveysongelmista kärsivät ikäihmiset ovat huomioon keskiössä, kun mietitään palveluiden saavutettavuutta, saatavuutta ja riittävyttä. Syrjäseuduilla palvelut tulee taata liikkuvilla ja sähköisillä vaihtoehdoilla, joiden käytössä iäkkäitä tulee tukea, vaikka asiointi toimipisteissä pitääkin edelleen mahdollistaa. Järjestämisvastuun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä muiden erikseen määrättävien tehtävien ja palveluiden on tarkoitus siirtyä maakunnille vuoden 2019 alusta. (THL 2016; Sote- ja maakuntauudistus 2017: 3.)

2.7 Yhteenveto opinnäytetyön teoreettisista lähtökohdista

Laki ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluista ja tämän väestöosan toimintakyvyn tukemisesta eli lyhyesti ilmaistuna Vanhuspalvelulaki astui Suomessa voimaan vuonna 2013. Vanhuspalvelulain keskeisiin tavoitteisiin kuuluu toimiminen ikääntyneiden toimintakyvyn, terveyden ja hyvinvoinnin sekä itsenäisen suoriutumisen tukemiseksi. Tämä toteutetaan yhteistyössä kunnan julkisten tahojen, yksityisten yritysten sekä ikääntyneen väestön edustajien, kuten yhteisöjen ja yleishyödyllisten järjestöjen kanssa. Vanhuspalvelulain tueksi vuonna 2015 annettu laatusuositus sekä sen täydentämiseksi laadittu Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä on julkaisu, joka sisältää hyviä käytäntöjä suun terveydenhuollon palveluiden toteuttamiseksi ja informaatiota suun terveyden merkittävydestä.

Kunnan vastuulla on järjestää jokaiselle ikääntyneelle yksilöllisten tarpeiden mukaiset palvelut ja niiden tulee olla saatavilla tasavertaisesti. Palvelutarpeen arvioinnin pohjalta laaditaan jokaiselle henkilökohtainen palvelusuunnitelma ja nimetty vastuuhenkilö valvoo sen toteutumista sekä arvioi mahdolliset palvelutarpeen muutokset. Palvelutarpeen arvioinnin tulee olla järjestelmällistä, laaja-alaista ja toistuvaa, koska tilanteet muuttuvat ja asiakkaiden vointi ja tarpeet vaihtelevat.

Kotihoito on osa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää. Ikääntyneen väestön kasvu, Vanhuspalvelulain voimaantulo ja hallituksen rakennepoliittisen ohjelman toimeenpano kannustavat yhdessä kuntia uudistamaan ja tehostamaan ikääntyneille tarkoitettuja kotihoidon palveluja. Tavoitteena on, että suurin osa huonokuntoisistakin ikääntyneistä voisi asua koko elämänsä omassa kodissaan. Tämä edellyttää palvelujärjestelmältä kykyä reagoida nopeasti terveydentilan ja palvelutarpeen muuttuessa.

Vanhuspalvelulain pyrkimys on vahvistaa ikääntyneen vaikutusmahdollisuuksia palveluidensa sisältöön ja lähes puolet kotihoidon asiakkaista onkin osallistunut oman palvelutarpeensa arviointiin. Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma edistävät asiakas- ja potilasturvallisuutta.

Kotihoidon henkilökunnan suun terveydenhoidon osaamista on syytä vahvistaa ja parantaa, jotta he pystyvät ohjaamaan ja kannustamaan ikääntyntä asiakasta omatoimiseen suuhygienian ylläpitämiseen ja tarvittaessa tukemaan ja auttamaan tämän toteuttamisessa. Tavoitteena on, että hoitohenkilökunta tunnistaisi iäkkään henkilön suussa olevat ongelmat ja osaisi reagoida niihin asian vaatimalla tavalla. Suun terveydenhuollon ammattilaisten tulee huolehtia kotihoidon henkilökunnan riittävän osaamisen ylläpidosta ja suun terveydenhuollon johdon tulee nimetä yhteyshenkilö koti- ja laitoshoidolle sekä asumispalveluille suun terveyden edistämisessä. Moniammatillisen yhteistyön toteutumiseksi kotihoidon hoitajalla tulee olla tiedossa oman alueen suun terveydenhuollon yhteyshenkilö.

Sote-uudistuksen tarkoituksena on edelleen lisätä kotona annettavia palveluja. Uudistuksessa pyritään lisäksi parantamaan vanhustyön osaamisen saatavuutta ja ikääntyneiden palvelutarjonnan monipuolisuutta tavoitellaan keskittämällä palveluiden järjestämisvastuuta. Laadun takaamiseksi erityispalveluita voidaan sote-uudistuksessa joutua keskittämään, mikä aiheuttaa kysymyksiä palveluiden saatavuuden tasavertaisuudesta. Onnistunut palvelurakenne edellyttää keskittymistä ennaltaehkäisyyn, hallintorajojen häivyttämiseen ja peruspalvelujen vahvistamiseen. Palveluiden suunnittelun ytimessä on asiakas, jolla on oikeus kokonaisvaltaisiin ja hyviin palvelutuotteisiin.

Ikääntyneen väestöryhmän kasvaessa myös yhä useammalla heistä tulee olemaan suussaan omat hampaat, joka lisää hoidontarvetta tulevaisuudessa. Tämän tulisi olla suun terveydenhuollon suunnittelun painopisteenä, koska ikääntyneen toimintakyky on riippuvainen hyvästä suun terveydestä ja riittävästä hampaiden lukumäärästä. Ikäänty-

neen vanhenemista tulisi suun terveydenhuollossa ennakoida silloin, kun toimintakykyä on vielä jäljellä. Riskitekijöiden yleistymisen ja kasaantuminen kuitenkin nostavat ikääntyneillä riskiä suusairauksien esiintymiselle.

Suun sairaudet aiheuttavat oireita vasta pitkälle edettyään, joten varhaisdiagnostiikka on avainasemassa, koska suun infektiot ovat ikääntyneelle suuri riski etenkin, jos pohjalla on perussairauksia. Mitä huonompi ikääntyneen terveydentila on sitä rajallisemmat ovat suun infektioiden hoitomahdollisuudet. Suun terveys ja suun infektioiden hoito ovat vastavuoroisessa yhteydessä yleisterveyteen, pitkäaikaissairauksien hoitotasapainoon, infektiokomplikaatioiden estämiseen ja toimintakyvyn ylläpitämiseen, joten suun terveydenhoidon toteuttaminen ikääntyneillä on asia, jota ei voi ylenkatsoa eikä siirtää enää tuonemmaksi.

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä.

Tavoitteena on tuottaa tietoa, jonka avulla voidaan lisätä ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyttä. Tietoa voivat hyödyntää niin ikääntyneiden palveluja suunnittelevat moniammatilliset yhteisöt kuin ikääntyneiden hoitoon osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset. Ikääntyneen omaiset ja gerontologiaa sekä ikääntyneiden suun terveyttä opiskelevat voivat myös käyttää opinnäytetyössä tuotettua tietoa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitkä tekijät estävät ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä?
2. Miten ikääntyneen suun terveyttä edistetään kotihoidossa?
3. Millaisena kotihoidon työntekijä kokee ikääntyneen asiakkaan suun terveyden edistämisen?

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyö on kirjallisuuskatsaus, jonka toteuttamiseen valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen lähestymistapa, joka on vakiintunut menetelmä hoitotieteessä. Opinnäytetyöllä haluttiin edistää kotihoidon ikääntyneen asiakkaan suun terveyttä löytämällä tekijöitä, joiden avulla kotihoidon ikääntyneen asiakkaan suun terveyttä voidaan edistää ja toisaalta tekijöitä, jotka estävät ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 54, 65.) Tietoperustan kokoamiseen käytetty aineisto koottiin eri lähteistä kuin opinnäytetyön tulosten aineisto. Tietoperustan käsitteet on ohjattu pitkälti opinnäytetyön otsikosta, kun kirjallisuuskatsauksen aineistolla taas pyritään vastaamaan tutkimuskysymyksiin. (Lumme – Vuorijärvi 2014.)

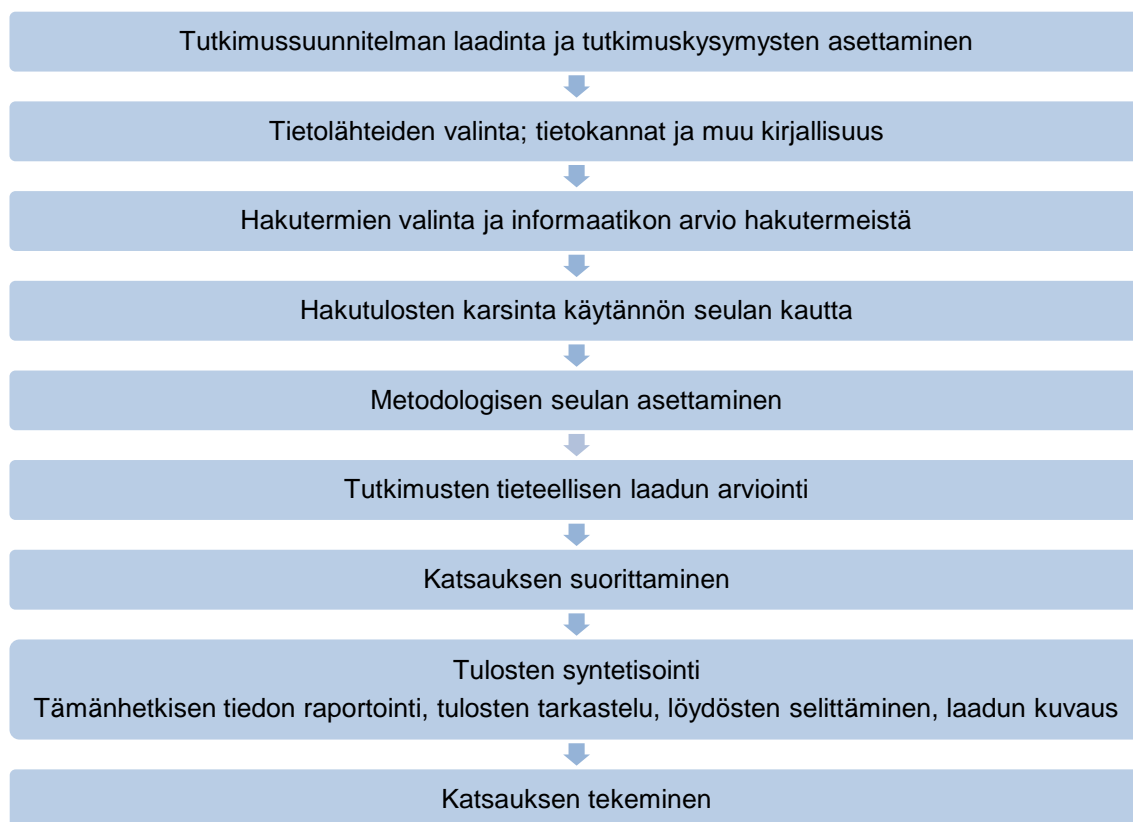
4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä

Tarkoituksena kirjallisuuskatsauksessa on yleensä pyrkiä vastaamaan kysymyksiin, mitä ilmiön keskeiset käsitteet ovat ja millainen on näiden välinen suhde. Olennainen tarkoitus kirjallisuuskatsauksella on useasti selvittää, mitä ilmiöstä tiedetään. (Kangasniemi ym. 2013: 294; Salminen 2011: 6.)

Kirjallisuuskatsaus soveltuu hyvin terveystieteen tutkimustyöhön ammattikorkeakoulussa ja yliopistossa. Parhaiten kirjallisuuskatsauksen ominainen luonne tulee ymmärretyksi, kun sitä kuvaillaan tutkimuksen tutkimuksena. Kirjallisuuskatsaus voidaan näin nähdä yhteenvetona, joka on tehty aihetta aiemmin käsiteltyistä tutkimuksista. Menetelmällä pystytään kuvaamaan ilmiötä laaja-alaisesti ja haluttaessa voidaan luokitella tutkittavan ilmiön ominaisuuksia tai tarkastella ilmiötä kriittisesti. (Salminen 2011: 6, 39; Kangasniemi ym. 2013: 295; Häkkinen 2015: 30.) Menetelmä soveltuu tähän opinnäytetyöhön hyvin, koska kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on tehdä yhteenveto ja kuvata ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä kehittäviä ja estäviä tekijöitä sekä luonnehtia kotihoidon työntekijöiden kokemuksia ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisestä. Kirjallisuuskatsaus on tyypiltään aineistolähtöinen ja sen tarkoituksena on kuvata ilmiötä ymmärtämisen näkökulmasta.

Kirjallisuuskatsauksen prosessin vaiheet voivat kulkea päällekkäin ja vaiheissa voidaan palata taaksepäin. Kirjallisuuskatsauksesta löydetään Kangasniemen ym. (2013: 291–294) mukaan neljä eri vaihetta: 1) tutkimuskysymysten muodostaminen, 2) aineiston

tietolähteiden valitseminen, 3) aineiston kuvailun rakentaminen sekä 4) tuloksen tarkasteleminen. Tämän kirjallisuuskatsauksen vaiheet (kuvio 1) on luotu mukaillen yllämainittuja neljää vaihetta ja Salmisen (2011: 6, 11) seitsenkohtaista kirjallisuuskatsauksen vaihekuvausta.

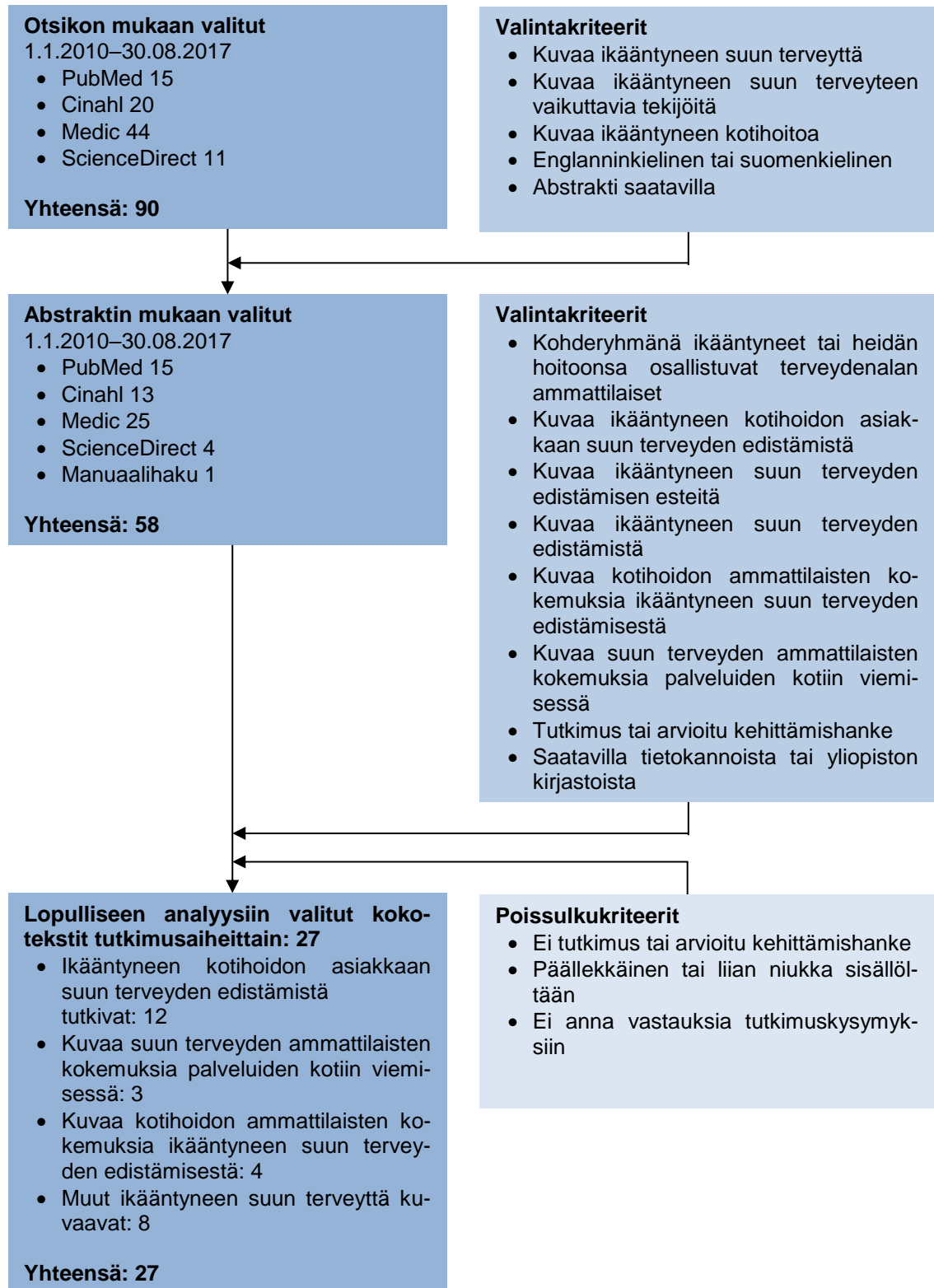


Kuvio 1. Kuvailuvan kirjallisuuskatsauksen vaiheet Finkin mallia mukaillen (Salminen 2011: 11; Kangasniemi ym. 2013, 294).

Kirjallisuuskatsauksen eri vaiheita ohjaa tutkimussuunnitelma ja ensimmäisenä vaiheena laaditaan opinnäytetyön suunnitelma ja suunnitelmaa laadittaessa asetetaan tutkimuskysymykset, joihin kirjallisuuskatsauksella on pyrkimys vastata. Tutkimuskysymyksen muodostaminen on kirjallisuuskatsauksen merkittävä vaihe, joka lopulta ohjaa koko opinnäytetyöprosessia. Tutkimuskysymyksen asettamisen jälkeen on vuorossa tietolähteiden valinta, jossa perehdytään tietokantojen ja muun kirjallisuuden valintaan. Hakutermien valinta on vaiheista kolmantena. Hakutermit voivat olla sanoja tai termejä. Valitsemalla hakutermit huolellisesti voidaan haun tuloksia rajata niin, että valittu materiaali koskee tarkasti tutkimuskysymyksiä. Tässä opinnäytetyössä hakutermit käytiin läpi informaation kanssa, jotta työhön löytyi paras mahdollinen materiaali. Neljäs ja viides vaihe liittyvät aineiston seulontaan. Neljännessä vaiheessa hakutulok-

sia karsitaan käytännön seulan kautta (kuvio 2.), jolla tarkoitetaan esimerkiksi mitkä vuodet ja kielet toimivat rajaavina sisäänotto- ja poissulkukriteereinä. Tämän seulonnan jälkeen aineistoon tutustutaan metodologisesta näkökulmasta, jolloin pohditaan valikoidujen tutkimusten ja artikkelien tieteellistä laatua. Tällä seulonalla varmistetaan, että aineistoksi valikoituu korkealuokkaisin potentiaalinen materiaali. (Kangasniemi ym. 2013: 291–301; Salminen 2011: 10–11; Häkkinen 2015:30–31; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 68.)

Itse kirjallisuuskatsauksen tekeminen eli kuvailun rakentaminen on vaiheista kuudentena. Artikkeleista tulee kerätä tietoa standardoidulla mallilla mahdollisimman pätevän ja luotettavan kirjallisuuskatsauksen tuottamiseksi. Viimeisenä vaiheena on tulosten syntetisointi, joka rakentuu monesta eri toimenpiteestä. Tulosten syntetisoinnissa raportoidaan sen hetken tieto, tarkastellaan tuotettua tulosta, kuvataan kirjallisuuskatsauksen laatua ja pyritään selittämään tehtyjä löydöksiä. Kirjallisuuskatsauksen tulosten synteesi tapahtuu laadullisin menetelmin. Huolimatta siitä, että menetelmä on jaettavissa eri vaiheisiin, on huomionarvoista, että vaiheet yleensä etenevät päällekkäin ja hermeneuttisesti. Hermeneuttisella menetelmällä pyritään opinnäytetyössä ymmärtämään ja tulkitsemaan asioita. (Kangasniemi ym. 2013: 291–301; Salminen 2011: 10–11; Häkkinen 2015:30–31; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 68.)



Kuvio 2. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit, mukailen Häggman-Laitilan (2009: 4–12) kuviota.

4.2 Metodologiset lähtökohdat

Kirjallisuuskatsauksen kirjoittajat ovat suuhygienistiopiskelijoita, joilla on opinnäytetyötä aloitettaessa opinnoissa meneillään Ikääntyneen suun terveys toimintakyvyn edistäjänä -projekti sekä siihen kuuluva ikääntyneiden kliininen suun terveyden edistämisen -jakso Metropolian suun hoidon opetuslinikalla. Esiymmärrystä ikääntyneiden suun terveydentilaan ja sen hoitamiseen on hankittu myös käytännössä. Opiskelijat ovat suorittaneet ikääntyneen suun terveys kotihoidossa -harjoittelun Foibekartanossa joulukuussa 2016 ja edelleen tehneet innovaatioprojektinsa Foibekartanolle tammi-maaliskuussa 2017, tavoitteena ikääntyneiden asukkaiden suun terveyden parantaminen. Foibekartano, Diakoniasäätiö Foibe on palvelukeskus, joka tekee yksityisesti ikääntyneiden sosiaali- ja terveystyötä, ja jonka Vantaan seurakunnat ovat perustaneet. Foibekartano tarjoaa ikääntyneille sekä itsenäistä asumista vuokra-asunnoissa, että ympäri vuorokauden tuettua palveluasumista. Saimme tutustua harjoittelussa ja edelleen innovaatioprojektin tiimoilta molempien asumismuotojen asiakkaisiin, heidän suun terveydentilaan ja suuhygieniatottumuksiin, joten saimme muodostettua käsityksen sekä itsenäisesti asuvien että palveluasujien avun tarpeesta suun omahoidon toteuttamisessa. Tunnistimme tarpeita suun terveyden parantamiselle molemmissa asukasryhmissä, joten halusimme opinnäytetyössämme edelleen jatkaa tämän tärkeän aiheen parissa.

Suun terveydellä on vahva yhteys yleisterveyteen ja suun terveys on osa koko kehon terveyttä ja hyvää elämänlaatua. Ikääntyneiden väestönosuuden kasvaessa myös hoivontarve kasvaa ja sote-uudistuksen myötä ikääntyneiden kotona annettavia palveluja halutaan lisätä. Tämä toteutetaan myös ikääntyneiden omasta tahdosta, koska suuri osa haluaa asua kotona mahdollisimman pitkään. (Findikaattori 2016; Siukosaari – Nihtilä 2015: 36–41; STM 2015: 19.) Lisäksi opiskelijoilla on omia vanhempia kotihoidon asiakkaina, joten suhde kotihoidon asiakkaan suun terveyden parantamiselle vahvistuu myös käytännön kautta.

Näistä havaitun tarpeen, käytännön tuoman ja henkilökohtaisen kokemuksen lähtökohdista halusimme pureutua kysymykseen ikääntyneen suun terveyden edistämisen mahdollisuuksista kotihoidossa. Pidämme tärkeänä selvittää millä tekijöillä ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden suun terveyttä voidaan kohentaa riittävän hyvälle tasolle.

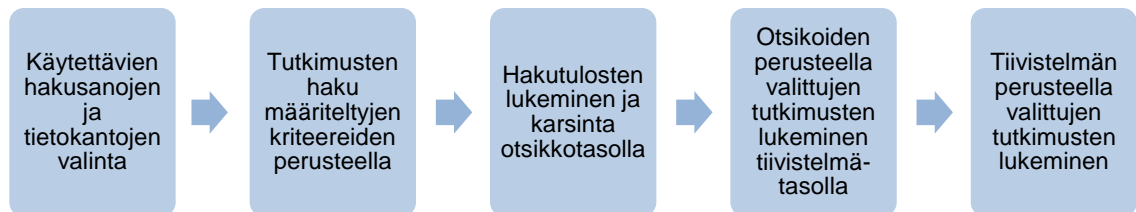
Tämän kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on lisätä ymmärrystä tekijöistä, jotka vaikuttavat ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyteen ja erityisesti ikääntyneen koti-

hoidon asiakkaan suun terveyden kohentamiseen. Lisäksi ihmisten käsitysten, tulkintojen, kokemusten tai motivaatioiden tutkiminen korostuvat kvalitatiivisen lähestymistavan määrittelyssä. Lähtökohtana voi olla esimerkiksi yhteiskunnallisen ongelman havaitseminen. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 65–66, 74.) Opinnäytetyön yhteiskunnallisena ongelmana on ikääntyneen väestönsuuden kasvu, yhä lisääntynyt kotihoito sekä kotihoidon asiakkaiden suun terveyden huono tila, joten opinnäytetyön tutkimuskysymysten yhteiskunnalliset lähtökohdat tukevat hyvin juuri laadullisen lähestymistavan valintaa. Kvalitatiivisen tutkimuksen eri lähestymistavoissa yhteisenä tavoitteena on nostaa aineistosta esiin yhtäläisyyksiä, eroja ja toimintatapoja. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 66.) Tämän katsauksen tavoitteena onkin juuri löytää aineistosta ne yhteneväiset tekijät, jotka ovat tutkitusti koettu tehokkaiksi kotihoidon asiakkaiden suun terveyden edistämiseksi, joten tämäkin tukee laadullisen menetelmän valintaa tämän opinnäytetyön toteuttamisessa.

4.3 Aineiston keruu

Aineiston hakuja tehtiin pääasiassa sähköisistä tietokannoista: Medic, Cinahl/Ebscohost, PubMed ja ScienceDirect. Hakusanojen ja niiden yhdistelmien muodostamisessa eri tietokannoissa hyödynnettiin informaation apua, jotta aineistosta saatiin mahdollisimman kattava ja luotettava. Lisäksi hakuja tehtiin osin manuaalisesti esimerkiksi väitöskirjojen lähdeluetteloista. Hakuprosessia (kuvio 3) varten tehtiin taulukko (Liite 1), johon kirjattiin käytetty tietokanta ja käytetyt hakusanat. Aineiston keruussa käytettäviä hakusanoja suomeksi ja englanniksi olivat: ikääntyneet, vanhukset, suun terveyden edistäminen, kotihoitajat, asenteet, kotihoito, kotihoidon esimiehet, suuhygieniat, suun terveys, sote ja koulutus. Näitä käytettiin aineiston haussa ensin kokeilemalla eri yhdistelmiä ja termejä. Pohjustavan hakutaulukon kanssa käytiin informaation tapaamisessa, jossa rajauksia tarkistettiin ja yhdistettiin reilusti, jotta löydettiin suoraan tutkimuskysymyksiin liittyvää aineistoa. Informaation avulla hakusanoja tarkistettiin MeSH (Medical Subject Headings) -sanastosta, jotta aineistohaun hakusanat olivat juuri lääketieteellisten kirjojen ja artikkelien hakuun tarkoitettuja. Englanninkielisiksi hakusanoiksi ja hakutermeiksi muodostuivat: "Oral Health", "Dental Care", "Dental Care for Aged", "Dental Devices", "Home Care", "Mouth Care", "Mouth, Edentulous, Aged, Elderly" ja "Home Health Care". Saatujen hakutulosten pohjalta löydetyt tutkimukset luettiin aluksi otsikkotasolla ja sen mukaan valittiin ilmiöön parhaiten soveltuvat tutkimusartikkelit ja väitöskirjat. Otsikoiden perusteella valituista tutkimuksista luettiin seuraavaksi tiivistelmät, jotta pystyttiin edelleen karsimaan tutkimusten mää-

rää. Tiivistelmän pohjalta valitut tutkimukset luettiin kokonaisuudessaan, jonka jälkeen suoritettiin lopullinen valinta. Yli kuusi vuotta vanhat tutkimustulokset rajattiin pääosin työn ulkopuolelle, jos mukaanotto ei ollut muuten perusteltua. Suurin painoarvo pyrittiin kuitenkin antamaan vuosina 2011–2017 tehdyille tutkimuksille. Valintakriteerinä oli myös tutkimuksen julkaisukieli, joiksi valittiin suomi ja englanti.



Kuvio 3. Tiedonhakuprosessin eteneminen kuvailevan kirjallisuuskatsauksen sisällön tuottamisessa (Elomaa – Mikkola 2010: 35).

Kirjallisuuskatsaukseen valittujen alkuperäistutkimusten tuli täyttää valitut sisäänottokriteerit (kuvio 2). Vastaavuus tarkistettiin otsikko, tiivistelmä ja koko teksti tasolla. Valintakriteerien mukaisesti tutkimuksen tuli olla julkaistu vuoden 2011 jälkeen, tutkimuksen otsikko vastasi asetettuihin tutkimuskysymyksiin, kielenä oli suomi tai englanti, aineisto oli saatavissa resurssien rajoissa, jonka lisäksi tutkimus ja artikkelit täyttivät tieteellisen julkaisun kriteerit. Tieteellisen kirjoittamisen kriteerit artikkeli tai tutkimus täyttää silloin, kun se perustuu mainittuihin lähteisiin ja tieteelliselle tutkimukselle. Tutkimuksesta tulee lisäksi löytyä käytettyjen menetelmien kuvaus, jotta tutkimustulokset pystytään tarkastamaan. Julkaisujen laadun varmistamiseksi korkealaatuisissa, tieteellisissä aikakauslehdissä julkaistavat artikkelit käyvät läpi vertaisarvioinnin eli referee-käytännön. Tämä tarkoittaa, että tutkittavan alan asiantuntijat tutkivat artikkelin tarkoin ennen kuin se voidaan julkaista. Vertaisarvioinnin tavoitteena ei ole puuttua artikkelin sisältöön, vaan tarkastaa, että se toteuttaa hyviä tieteellisyyden kriteereitä. (Hirsjärvi – Remes – Sajaavaara 1997: 270.)

Aineiston hakuprosessia ja valittujen tutkimusten ja artikkeleiden kuvausta varten tuotettiin taulukot (liitteet 1 ja 2), joissa ensimmäisessä listataan tietokanta, jossa tehty haku, käytetyt hakusanat, löytyneiden tutkimusten määrä, otsikkotasolla valittujen määrä, tiivistelmätasolla valittujen määrä ja lopuksi koko tekstin perusteella aineistoon valittujen artikkeleiden ja tutkimusten määrä. Toisessa taulukossa (liite 2) valitut artikkelit ja tutkimukset kuvataan tarkemmin. Artikkeleiden kuvaustaulukossa listataan kirjoittaja, julkaisuvuosi ja -maa, tutkimuksen tavoite ja tarkoitus, tutkimuksen kohde ja käytetty

menetelmä sekä tutkimuksen pää- tai keskeiset tulokset. Taulukkoon poimittiin myös kohdat, jotka vastaavat asetettuihin tutkimuskysymyksiin sekä vielä lukija, tietokanta ja hakuun käytetyt hakusanat. Taulukoinnin tekeminen lisää opinnäytetyön luotettavuutta ja hakujen toistettavuutta. Kirjallisuushaku pitää dokumentoida huolellisesti, jotta haun eteneminen olisi läpinäkyvä ja todistettavasti tehty asianmukaisten menetelmien avulla. Haun toistettavuudenkin kannalta hakuprosessin dokumentointi on olennaista. Hakuprosessin kuvauksen täytyy olla saatavilla, jos haku halutaan päivittää ajan tasalle. (Isojärvi 2015.)

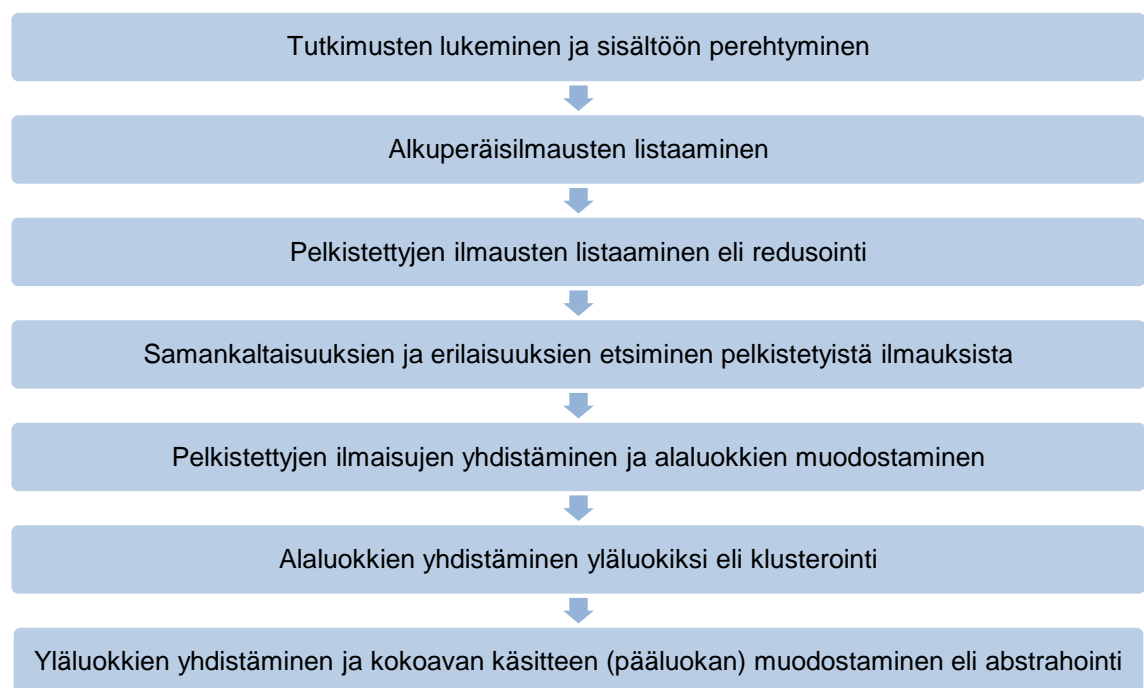
4.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen pääkohta on kootun aineiston analyysi, sen tulkitseminen ja johtopäätösten tekeminen. Tämä on olennainen vaihe, koska juuri siihen on tähdätty tutkimusta aloitettaessa. Tutkijalle selviää aineiston analyysivaiheessa, millaisia vastauksia hän tulee saamaan asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Joskus tässä vaiheessa selviää myös se, millaiset tutkimusongelmat olisi pitänyt oikeasti asettaa. (Hirsjärvi ym. 1997: 221.)

Katsaus kirjallisuuteen toteutettiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, joka on kvalitatiivisen menetelmän perusanalyysimenetelmä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 165). Saman asian toteavat Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen ja Kanste (2011: 138–148) kertomalla sisällönanalyysin olevan yleisesti käytössä laadullisessa tutkimuksessa, jollainen kuvaileva kirjallisuuskatsaus menetelmänä on. Tavoitteena sisällönanalyysissä on kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Sen lisäksi, että sisällönanalyysillä tuotetaan aineistojen yksinkertaistettuja kuvauksia, niin sillä voidaan tavoittaa lisäksi sisältöjä, seurauksia ja merkityksiä. Kirjallisuuskatsaus toteutettiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä, koska sen avulla saadaan hajallaan olevasta aineistosta tuotettua yhtenäistä ja mielekästä informaatiota, kuitenkin kadottamatta aineistojen alkuperäisiä merkityksiä. Sisällönanalyysin valintaa puolsi lisäksi se, että sen avulla aineistoon saadaan luotua selkeyttä, jolloin tutkittavasta ilmiöstä voidaan tehdä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 108.)

Induktiivisesta sisällönanalyysistä kyetään erottamaan kolme eri vaihetta: 1) Aineiston redusointi eli pelkistäminen, 2) aineiston klusterointi eli ryhmittely ja 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistykseen valittu analyysiyksikkö, eli aineistosta esiin nostettu alkuperäinen ilmaus, voi olla yksittäinen sana, lause tai useita lauseita sisältävä ajatuskokonaisuus, jonka valintaa on ohjannut aineiston laatu ja tutkimusky-

symykset, joihin haetaan vastausta. Pelkistettäessä ilmaus voidaan pilkkoa osiin tai tiivistää. Seuraavaksi pelkistetyistä aineistosta johdetaan käsitteitä, jotka ovat keskenään samankaltaisia tai erilaisia. Näin saadaan muodostettua alaluokat eli -kategoriat. Analyysi jatkuu yhdistämällä ja ryhmittelemällä samaa asiaa tarkoittavat käsitteet omaksi luokakseen ja nimeämällä ne sisältöä kuvaavalla termillä, jolloin saadaan muodostettua analyysin yläluokat eli -kategoriat. Luokittelun avulla aineisto saadaan tiivistettyä, kun alun perin erilliset elementit saadaan yhdistettyä yleisiin käsitteisiin. Klusteroinnissa luodaan ennakoivia kuvauksia aineistosta ja saadaan muodostettua tutkimuksen perusrakenne. Klusteroinnin jälkeen jatketaan abstrahoinnilla, jolloin valitaan tutkimuksen kannalta oleellinen informaatio ja muodostetaan valikoidusta materiaalista teoreettiset käsitteet eli tutkimuksen pääluokka eli -kategoria. Tutkimuskysymyksetkin voivat toimia sisällönanalyysin pääluokkana. Aineiston analyysissä edetään näin vaihe vaiheelta ilmaisujen pelkistämisen ja ala- ja yläluokkiin ryhmittelyn kautta abstrahointiin, jolloin lopputuloksena muodostuu pääluokka. Sisällönanalyysin tekijän kyky pelkistää aineisto ja muodostaa siitä kuvaileva ja luotettava kokonaisuus käsitejärjestelmään määrittävät sen, miten sisällönanalyysi onnistuu. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 165–168; Kyngäs ym. 2011: 138–148; Tuomi – Sarajärvi 2013:108–111.)



Kuvio 4. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen vaiheittain (mukaillen Tuomi – Sarajärvi 2009: 108).

Hirsjärvi ym. (1997: 230) painottavat, ettei tulosten analysointi pelkästään ole riittävä tapa kertoa tuloksista vaan lisäksi niistä tulee muodostaa synteesejä. Synteeseillä annetaan vastaukset asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja kootaan pääiseikat yhteen. He jatkavat toteamalla, että monissa opinnäytetöissä synteessin tekeminen jää liian vähälle huomiolle, joten tässä opinnäytetyössä päätettiin keskittyä huolella synteessin muodostamiseen. Lisäksi pyrkimyksenä oli löytää olennaisimmat vastaukset tutkimuskysymyksiin. Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valikoituneet 27 kirjallista lähdettä kirjattiin ensin artikkeleiden kuvaustaulukkoon (liite 2) ja luettiin läpi kysyen mitkä osiot tutkimuksessa vastaa opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Aineiston analysointia varten tuotettiin sisällönanalyysi taulukko (liite 3), josta lukijan on helppo seurata aineiston analysoinnin etenemistä ja aineiston abstrahointia. (Kyngäs ym. 2011: 138–148.) Sisällönanalyysiä varten tuotettuun taulukkoon nostettiin aineistosta aluksi esiin lauseita ja ajatuskokonaisuuksia, jotka soveltuivat parhaiten opinnäytetyön analyysiyksiköiksi. Analyysiyksiköiden valintaa ohjasivat tutkimuskysymykset ja aineiston laatu. Analyysiyksiköt pelkistettiin eli redusoidtiin taulukon seuraavaan sarakkeeseen tai saatettiin tärkeäksi katsotun sisällön vuoksi siirtää sellaisenaan ilman pelkistystä. Seuraavaan sarakkeeseen ohjattiin pelkistyksistä aineistoa kuvaavia käsitteitä, jotka olivat keskenään samankaltaisia tai erilaisia. Nämä alaluokat yhdistettiin seuraavassa vaiheessa yläluokiksi. Ne käsitteet, jotka tarkoittivat samaa asiaa, yhdisteltiin ja ryhmiteltiin omaksi yläluokakseen, joka samalla nimettiin luokkaa ja sen sisältöä kuvaavalla nimikkeellä. Sisällönanalyysi eteni abstrahoinnin avulla eri yläluokkia yhdistelemällä niin, että opinnäytetyön tutkimuskysymysten kannalta oleellinen tieto saatiin koottua yhteen pääluokkaan. Abstrahointia jatkettiin, kunnes aineisto oli saatu analysoitua loppuun asti, jotta tuloksista saatiin mahdollisimman perusteelliset. On hyvä huomioida, että sisällönanalyysillä muodostetut luokat eivät ole kirjallisuuskatsauksen tulos vaan pikemminkin apukeino, jolla tutkimuksissa olevaa informaatiota voidaan tarkastella tiivistetyssä muodossa. Tulosten hahmottuminen alkaa vasta sitten, kun saatujen luokkien sisällä analysoidaan lähteisiin tukeutuen, millaisia kuvauksia kyseisistä tutkimusaiheista aineistossa esitetään. (Tuomi – Sarajärvi 2013: 108–111, 124; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 166–168.)

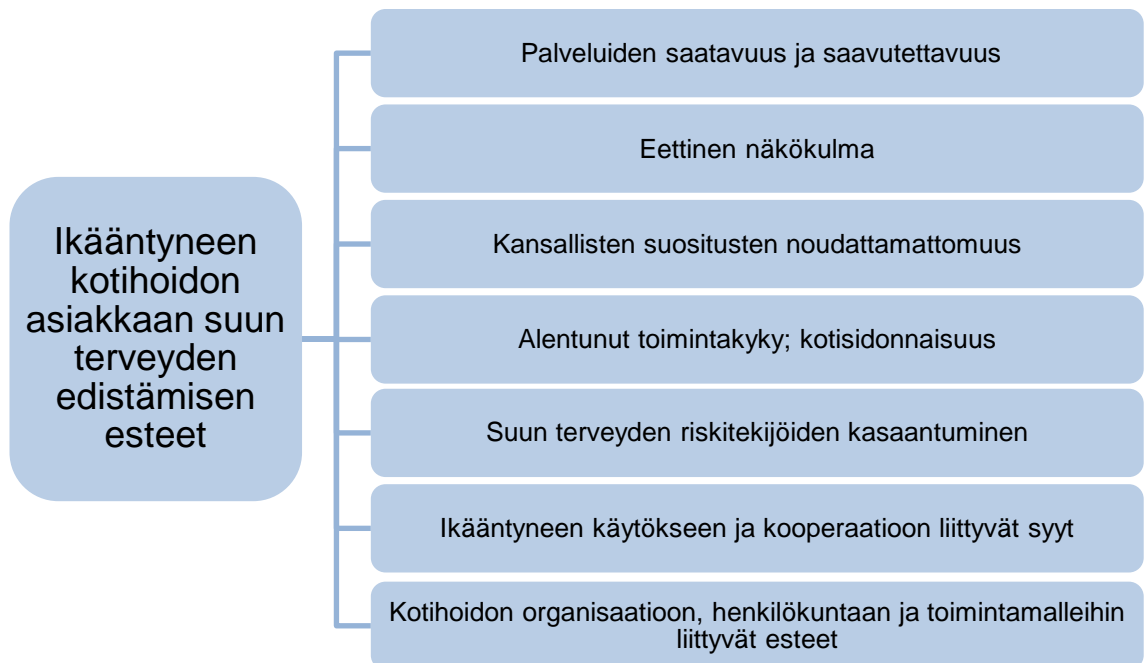
5 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksen aineistoksi valikoitui tutkimuksia ja artikkeleita, joiden tuloksista saatiin vastauksia opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin. Analysoitavasta aineistosta muodostettiin pelkistettyjen ilmausten kautta alaluokat, joita yhdistämällä saatiin yläluo-

kat ja edelleen kolme pääluokkaa. Tulokset kuvataan näiden kolmen pääluokan kautta. Tuloksissa tarkastellaan ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen esteitä ja toisaalta valotetaan ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen mahdollisuuksia. Kolmantena on nostettu esiin kotihoidon työntekijöiden kokemukset ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisestä.

5.1 Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen esteet

Terveydenhoidon ja lääkehoidon parantumisen myötä ihmiset elävät pidempään. Eliniän pidentyminen teollisuusmaissa herättää kysymyksen ikääntyneiden terveydenhuollon saatavuudesta ja terveystalouden järjestämisestä. (Watkins – Ettinger – Cowen – Qian – Dawson 2012: 251–258; Herr – Arvieu – Aegerter – Robine – Ankri 2014: 808–813.) Ikääntyneiden kasvavan väestöryhmän myötä kasvaa niiden ikääntyneiden määrä, jotka eivät pysty tulemaan hammaslääkärin vastaanotolle. Monilla heistä on kuitenkin hampaita ja he tarvitsisivat suun terveydenhuollon palveluita. (Watkins ym. 2012: 251–258.) Ranskalaistutkimuksessa (Herr ym. 2014: 808–813) ilmeni terveydenhoidon tarvetta 23 %:lla yli 70-vuotiaista ikääntyneistä. Hammashoidon tarpeen esiintyvyyden osuus oli ikääntyneillä suurin, kun lähes 18 prosentilla oli tarvetta hammashuollon palveluille.



5.1.1 Etiikan ja kansallisten hoitosuositusten toteutuminen ikääntyneen suun terveyden edistämiseksi

Eettisen näkökulman ikääntyneen suun terveydenhuollon järjestämisestä tuo esiin Belsi (2013: 77–82). Samalla kun ikääntynyt voi olla ahdistunut ja muistisairas, hänellä voi olla huono käytös ja kooperaatio, mutta kuitenkin eettisin perustein hänellä olisi oikeus hyvään hoitoon (Belsi ym. 2013: 77–82; Furuta ym. 2013: 173–181). Itsemääräämisoikeus aiheuttaa tässä eettisen ristiriidan, jos ikääntynyt kieltäytyy hoidosta, vaikka hoidontarvetta ja oikeus hoitoon olisi, voi hoitamatta jättäminen jäädä ainoaksi vaihtoehdoksi.

Kansallisten hoitosuositusten noudattamisessa ikääntyneiden suun terveyden edistämisen osalta löydettiin puutteita sekä englantilaisessa (Belsi ym. 2013: 77–82) että saksalaisessa (Nitschke – Majdani – Sobotta – Reiber – Hopfenmüller 2010: 1882–1890) tutkimuksessa. Kotihoidon ikääntyneistä asiakkaista lähes 82 %:lla ja laitoshoidon ikääntyneistä lähes 35 %:lla ei ollut saatavilla säännöllistä hammashuoltoa. Tutkituista ikääntyneiden ikäryhmistä yhdessäkään ei ollut noudatettu Saksassa hyväksytyjä suosituksia puolivuositaisista hammaslääkärin tarkastuksista. (Nitschke ym. 2010: 1882–1890.) Hoitopääsyn pitkät odotusajat toimivat suun hoidon esteenä peräti 42 %:lla ikääntyneistä (Belsi ym. 2013: 77–82).

5.1.2 Suun terveydenhuoltopalveluiden saatavuuteen liittyvät esteet

Useissa tutkimuksissa nostetaan esiin se tosiasia, että monien kotihoitoa tarvitsevien ikääntyneiden on vaikea päästä ammattimaiseen hammashoitoon (Furuta ym. 2013: 173–181; Gluzman ym. 2013: 218–226; Komulainen ym. 2012: 89–95). Gluzman ym. (2013: 218–226) toteavat suun perusterveydenhuollon palveluiden puuttumisen vaikuttavan huomattavan negatiivisesti ikääntyneiden hyvinvointiin ja elämänlaatuun.

Ikääntyneiden ollessa väestöryhmistä haavoittuvin on huolestuttavaa, että nykypäivän suun terveystalouden järjestelmässä he eivät välttämättä kykene hankkiutumaan palveluiden piiriin. Asian vakavuutta lisää entisestään se, että 92 %:lla tutkituista (n = 334) ikääntyneistä oli suussa hoidon tarvetta. Hyvin suurella osuudella (96 %) ikääntyneistä ei ollut mahdollisuutta käyttää suun terveydenhuollon palveluita. Haasteet suun terveydenhuollon piiriin hakeutumisessa voivat johtua niin fyysisistä, psyykkisistä kuin sosiaalisistakin rajoituksista. Toisaalta palveluiden saatavuuteen voivat liittyä realiteet-

teja koskevat rajoitukset, kuten kuljetuksen järjestäminen, kuluista selviytyminen ja hoitoonpääsyn odotusajat. (Belsi ym. 2013: 77–82; Gluzman ym. 2013: 218–226.) Komulainen ym. (2012: 89–95) tulivat tutkimuksessaan samankaltaiseen tulokseen siitä, että iäkkäillä ihmisillä ei välttämättä ole riittävästi resursseja suun terveydenhuoltopalveluiden käyttöön samalla, kun toiminnallinen vajavaisuus ja kognitiivinen heikkeneminen ovat hammashoitopalveluiden käyttämättömyyden riskitekijöitä. Herr ym. (2014: 808–813) kuitenkin nostavat esille suurimpana suun terveydenhoitoon hakeutumisen esteenä olevan ikääntyneisiin itseensä liittyvät syyt, kuten säännöllisen tupakoinnin ja masennuksen yhdistettynä sosioekonomisiin tekijöihin. Tutkimus kuitenkin vahvisti käsitystä kotisidonnaisuuden yhteydestä suun terveydenhuoltopalveluiden saatavuuden estymiselle. Monet opinnäytetyön aineistoksi valikoituneista tutkimuksista tukivat suositusta suun terveydenhoidon palveluiden viemisestä ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden kotiin. Suun terveydenhuollon palveluiden viemisen ikääntyneen kotiin uskottiin olevan tärkein ratkaisu ikääntyneiden saattamisessa suun terveydenhuollon palveluiden piiriin. (Belsi ym. 2013: 77–82; Gluzman ym. 2013: 218–226; Komulainen 2013; Komulainen ym. 2012: 89–95; Lundqvist ym. 2014: 39–43; Othman – Yusof – Saub 2014: 136–144; Watkins ym. 2012: 251–258.)

5.1.3 Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden riskitekijät ja hoidon esteet

Suun terveyden ja terveydenhuollon palveluiden käytön positiiviset vaikutukset ikääntyneiden hyvinvointiin ja elämänlaatuun ovat kiistattomat (Gluzman ym. 2013: 218–226; Strömberg – Holmèn – Hagman-Gustafsson – Gabre – Wårdh 2013: 771–777). Strömberg ym. (2013: 771–777) toteavat suun terveyden merkityksen korostuvan erityisesti sairailta ja fyysisesti rajoittuneilla ikääntyneillä ja mitä merkittävämpi avun tarve kotihoidon asiakkaalla on, sitä negatiivisemmin suun vaivat vaikuttavat elämänlaatuun. Tutkimuksissa tuotiin laajasti esiin esteitä ikääntyneiden suun terveyden edistämiseksi. Esteet liittyvät usein ikääntymisen mukanaan tuomiin haasteisiin, kuten yleisen haurausraihnauden sekä sairauksien ja niihin käytettävien lääkkeiden vaikutuksiin suun terveydelle. Ikääntyneen henkilön kyky hyvään suuhygieniaan vähenee, kun kognitiivinen, visuaalinen ja fyysinen toimintakyky heikkenee. (Bissett – Preshaw 2011: 14–21) Fyyisten, visuaalisten ja kognitiivisten häiriöiden negatiivisen vaikutuksen suuhygienia vaatimusten ylläpitämisessä nostivat esiin myös Strömberg ym. (2011: 221–229) korostaen kognitiivisen sekä fyysisen kyvykkyyden ja rutiinien merkitystä. Säännöllisyyden ja rutiinien merkitystä ei tule väheksyä. Suun terveydenhoidon rutiinien ja niiden säännöllisyyden oppiminen vasta vanhuusiällä voi olla haastavaa. Taiwanissa (Kuo –

Yen – Fetzer – Lee – Chiang 2015: 137–142) tehdyn tutkimuksen mukaan useilla kotihoidossa olevilla aivohalvauksesta selvinneillä ikääntyneillä ei ollut saatavilla suunhoidon tarvikkeita, eivätkä hoitajat yrittäneet hankkia niitä. Tämä viittaa siihen, ettei suunhoito ole rutiini, eikä suun terveyden ja yleisterveyden välistä yhteyttä tunneta. Tarvikkeiden, tiedon ja rutiinien puuttuminen nostaa esiin suuren tarpeen ikääntyneiden ja heidän hoitoonsa osallistuvien tahojen suun terveyden edistämistoimille.

Riskitekijöiden ilmeneminen ja kasaantuminen

Pidempi elinajanodote yhdistettynä useiden eri sairauksien kasaantuvuuteen ja sairaalaan joutumiseen tai riippuvuuteen muiden hoidosta lisäävät kaikki suun terveyden nopean heikkenemisen riskiä (Lundqvist ym. 2014: 39–43.) Suun sairauksia ja kariesriskiä lisääviä tekijöitä ovat paikkojen suuri täyteaineiden määrä, omahammaslääkärin puuttuminen, suuri plakkimäärä, alhainen syljeneritys, tupakointi, runsas alkoholin käyttö ja huono omahoito. Hyvä suun omahoito pohjautuu hienomotorisiin taitoihin, riittävään näkökykyyn ja motivaatioon. Yksi tärkeä tekijä kasvaneen kariesriskin kannalta on pitkäaikainen niukkuus suun huuhtoutumiselle, joka johtuu kuivan suun oireista ja heikentyneistä suun motorisista toiminnoista. Riittävän hyvän omahoidon lisäksi ikääntyneiden suun terveyteen oleellisesti vaikuttavia tekijöitä ovat matalasokerinen ruokavalio ja riittävä syljeneritys. (Strömberg ym. 2011: 221–229; Bissett – Preshaw 2011: 14–21.) Komulainen (2013: 51) tutki terveysneuvonnan ja ennaltaehkäisevän hoidon tehoa suun terveyteen ja itsehoitotottumuksiin kotona asuvilla yli 75-vuotiailla. Tutkituista 45 % ilmoitti kärsivänsä kuivasta suusta, mutta tulosten mukaan kuivasta suusta kärsivien määrä ei kahden vuoden aikana vähentynyt, vaan jopa lisääntyi hieman. Tämä johtuu siitä syystä, että ikääntyneet eivät motivoituneet käyttämään heille esiteltyjä kuivan suun tuotteita, koska eivät uskoneet hyötyvänsä niistä.

Suun terveyden edistämisen esteiden moninaisuus

Tutkimuksissa löydettiin monia esteitä ikääntyneen suun terveydenhoidon toteuttamiselle. Ikääntyneen suunhoidon toteuttamisen esteitä voivat olla jo aiemmin mainitut rajoittunut liikkuvuus, kuljetuksen järjestymisen, ikääntyneelle aiheutuvat kulut ja hoitopääsyn odotusajat. (Belsi ym. 2013: 77–82; Furuta ym. 2013: 173–181.) Huono sosioekonominen asema voi usein olla riskitekijä ikääntyneen suun terveydelle, jolloin ikääntyneellä esiintyy yleisesti paljon hoidon tarvetta (Herr ym. 2014: 808–813). Furuta ym. (2013: 173–181) osoittavat huonon suuhygienian liittyvän suoraan nielemistoimin-

tojen heikentymiseen. Nielemisvaikeudet, kognitiivinen heikkous ja aliravitsemus vähensivät suoraan ja epäsuorasti ikääntyneen aktiivisuutta päivittäisten toimintojen, kuten peseytymisen, syömisen ja pukeutumisen suorittamista. Tärkeimmiksi ikääntyneen suun terveyden riskitekijöiksi nousivat Herrin ym. (2014: 808–813) tutkimuksessa korkea ikä ja tila, jossa ikääntynyt ei enää toimintakykynsä puitteissa pysty poistumaan kotoaan vaan on kotiin sidottu.

Komulainen (2013) toteaa tutkimuksessaan, että ikääntyneen kotihoidon asiakkaan alentuneella toimintakyvyllä on suora negatiivinen vaikutus hampaiden harjaamistiheyteen, hammastahnan käyttöön ja runsaaseen jäännösplakin muodostumiseen. Tämän johdosta muutokset ikääntyneen terveydentilassa ja toimintakyvyn alentumisessa tulisi ottaa huomioon riskitekijänä suun terveyden alentumiselle. Willumsenin ym. (2009: 251–257) tutkimuksen potilaista kolmasosa (n = 137) kertoi, että heillä oli vaikeuksia hampaiden harjauksessa ja halusivat siihen apua, mutta vain viidennes heistä sai haluamaansa apua. Tämä tuo esiin yhden ikääntyneiden hammashoidon merkittävän ongelman; kynnys hyväksyä se, että "en pysty harjaamaan omia hampaitani" on korkea.

Hoidon esteenä voi olla myös asiakkaan huono käytös. Ikääntyneillä voi esiintyä voimakasta toimenpidepelkoa, kooperaatio-ongelmia, hoidosta kieltäytymistä ja jonkin sairauden aiheuttamia kommunikaatio-ongelmia (Belsi ym. 2013: 77–82). On huomiotava, että esteet ikääntyneen suun terveyden edistämiseksi ovat yleensä moninaiset, kuten ahdistuneen ja muistisairaana ikääntyneen saattaminen hoitoon (Belsi ym. 2013: 77–82; Virtanen 2014). Monien riskitekijöiden ja esteiden kasaantumisen voidaan olettaa edelleen huonontavan ikääntyneen suun terveyttä ja kasvattavan ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen haasteellisuutta.

5.1.4 Kotihoidon organisaatioon, henkilökuntaan ja toimintamalleihin liittyvät esteet

Nykypäivän kotihoidon hoitotyötä, dokumentaatiota ja hoitosuunnitelman laatimista ilmentää rutiininomaisuus ja joustamattomuus. Palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisen yhteydessä ei juurikaan suunnitella suun terveydenhoidon toteuttamista. Suun terveydenhoidon tulisi kuitenkin olla osa geriatrisen hoidon kokonaisuuden suunnittelua, koska ilman sen mukaanottoa tärkeä osa terveydenhoidon kokonaisuudesta jää huomioimatta. Hoitosuunnitelma laaditaan yleensä samalla rutiininomaisella kaavalla, jossa ikääntyneen omat voimavarat ja kokonaisvaltainen tilanne jätetään huomioimatta. Koti-

hoidon hoitosuunnitelman laatiminen perustuu luokitteluun ja mittareihin, jotka eivät huomioi yksilöllisyyttä. Dokumentointityyli on joustamaton ja usein piilottaa alleen ikääntyneen todellisen tilanteen. Dokumentoinnin epätarkkuus johtaa tehtävä painotteeseen lähestymiseen kotihoidossa, koska tietämättömyys asiakkaan kokemasta terveydentilasta ja hänen kyvyistään hankaloittavat hoito- ja palvelusuunnittelua. (Turjamaa 2014: 31–32, 41–43; Lewis – Kitson – Harvey 2015: 95–105; Komulainen 2013: 60.)

Suun terveyden edistämisen asema kotihoidon toimintakulttuurissa

Kotihoitoa luonnehtii ennemminkin rutiininomainen tekeminen asiakkaan puolesta kuin hänen kanssaan. Kotihoidossa on havaittavissa asiakkaan fyysisiin tarpeisiin vastaamista ja toimenpidekeskeisyyttä. Ikääntyneen omia voimavaroja ei tueta, vaan asiat tehdään kiireellä hänen puolestaan. Kotihoitajien kiire todennäköisesti aiheuttaa työhön tämän ajattelumallin, jossa ajatellaan vain tehtävän ja ajan käsitteitä. (Turjamaa 2014; Lewis ym. 2015: 95–105.) Suun terveyden hoitaminen koettiin ylimääräiseksi työtaakaksi taiwanilaisessa (Wang – Huang – Chou – Yu 2015: 1090–1096) tutkimuksessa, jossa edes kotihoidon esimiehet eivät olleet kovin halukkaita löytämään aikaa henkilökunnan suun terveyden koulutuksille. Chileläisessä (Garrido Urrutia – Romo Ormazábal – Espinoza Santander – Medics Salvo 2011: 742–747) tutkimuksessa taas 14,3 % kotihoitajista ilmoitti hoitavansa ikääntyneen suun terveyttä kerran tai useammin päivässä, kun taas omaishoitajista 61 % teki samoin. Tämä ero johtunee osaksi kotihoitajien työmäärästä, koska heillä on hoidettavanaan enemmän kuin yksi asiakas. Esiin nouseva teema tutkimuksissa tuntuu olevan suun terveyden hoitamisen kokeminen taakkana, jonka suorittamista ei ole ennenkään vaadittu. Mello, Erdmann ja Bron-dani (2010: 41–46) täsmentävät, että ikääntyneen kotihoidon suunnittelun ja dokumentoinnin kokonaisvaltaisuuden puuttuminen nostavat esiin ikääntyneen turvallisuuteen, hyvinvointiin ja kotihoidon jatkumiseen liittyvän riskin. Tämä johtuu siitä, että ilman työyhteisössä laadittuja selkeitä laatukriteerejä ja toimintaohjeita hoitajat suhtautuvat välinpitämättömästi ikääntyneiden suun terveydenhoitoa kohtaan. Lisäksi uhkana on, että ikääntyneen omiin mielipiteisiin kiinnitetään yhä vähemmän huomiota. Tätä ajatusta tukee myös Turjamaa (2014), joka painottaa kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen edistämisen vaativan kotihoidon palvelujen suunnittelua yksilöllisesti ja asiakkaan omia voimavaroja tukeviksi.

Kotihoitajien valmiudet ikääntyneen suun terveyden edistämässä

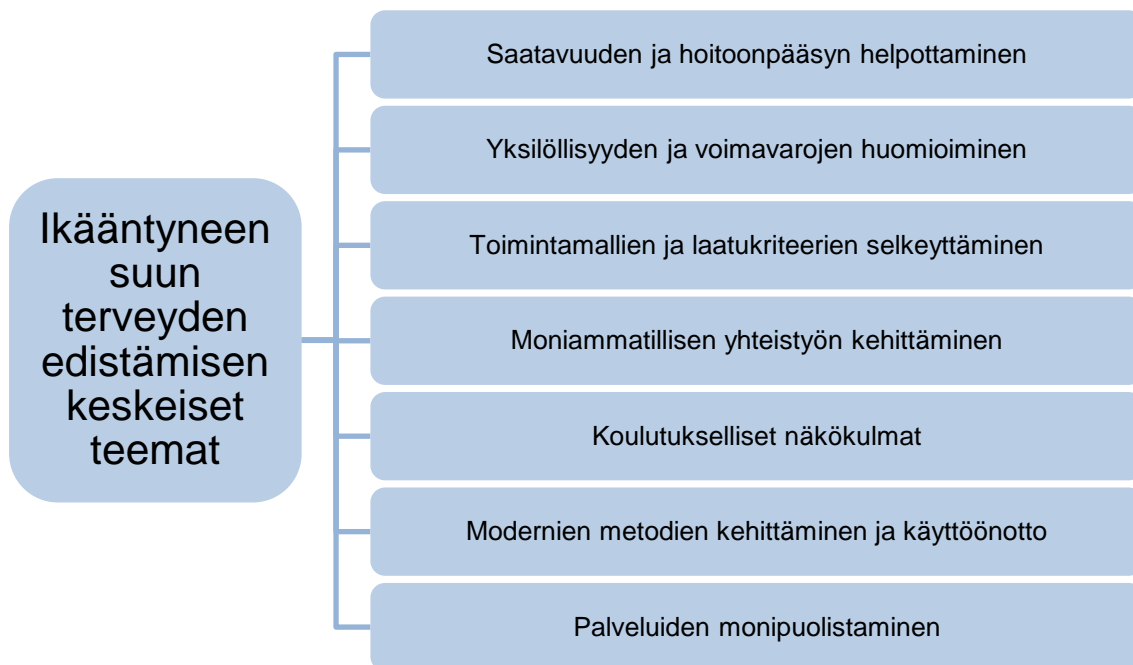
Kotihoidon työntekijöillä ei ole riittävästi valmiuksia arvioida ikääntyneen suun terveyttä ja silti kotihoidon työntekijä on usein lähes yksin vastuussa ikääntyneen kotihoidon asiakkaan terveydentilassa tapahtuvien muutoksien havaitsemisesta. Kotihoidon esimies käy kotihoidon asiakkaan luona vain hoitosuunnitelman laatimisen yhteydessä ja tämän jälkeen esimies luottaa kotihoidon työntekijän ilmoittavan mahdollisista asiakkaan tilassa tapahtuvista muutoksista. (Lewis – Kitson – Harvey 2015: 95–105.) Herää kysymys asiakkaan turvallisuutta kohtaan, kun kotihoitaja kiireisessä arjessa keskittyy vain suorittamaan tietyt tehtävät mahdollisimman nopeasti, jolloin terveydentilan muutosten havaitseminen voi olla vaikeaa.

Tieto siitä, että alle puolet hoitajista ilmoitti saaneensa koulutusta ikääntyneen suun terveydenhoidosta, paljastaa selvän puutteen heidän koulutuksessaan. Ongelman olemassaolo onkin todettu useammassa tutkimuksessa ja samalla tuotu esiin, että hoitajien koulutuksen lisääminen ja valmiuksien vahvistaminen suun terveyden edistämisen osa-alueella on välttämätöntä. (Garrido ym. 2011: 742–747; Othman – Yusof – Saub 2014: 136–144; Lewis ym. 2015: 95–105.) Koulutuksen ja tiedon merkitys hoitajan työhön ja hoitotyön laatuun on suuri. Ilman hoitajille järjestettyjä suun terveyden edistämisen koulutusohjelmia, heille ei saada luotua riittäviä käytäntöjä tai tottumuksia ikääntyneen asiakkaan suunhoitoon. Käytännön ongelmiksi hampaiden harjaukselle muodostuu hoitajien tiedon ja koulutuksen puuttuminen sekä ajan ja välineiden puute, mitkä saattavat edesauttaa avustamisen laiminlyöntiä tai lykkäämistä. (Garrido ym. 2011: 742–747; Willumsen ym. 2009: 251–257.) Suun terveydenedistämiskoulutuksille tulee kuitenkin olla laatuvaatimukset. Syitä merkittävien tulosten saavuttamattomuuteen ikääntyneiden suun terveyden parantamisessa voivat olla liian lyhyt koulutus ilman riittävää käytännön koulutusta tai teoriaa, koulutuksen lyhyys, johtuen kotihoitajien muista tehtävistä, liian pieni osallistumisprosentti, riittämättömät suun terveydenhoitovälineet tai se ettei työpaikalla painoteta asiakkaiden suun terveyden hoitamista riittävästi. (Wang ym. 2015: 1090–1096.)

5.2 Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistäminen kotihoidossa

Tärkeimmiksi teemoiksi kotihoidon ikääntyneen asiakkaan suun terveyden edistämisen kehittämisessä aineistosta nousivat saatavuuden ja hoitoonpääsyn helpottaminen, yksilöllisyyden ja voimavarojen huomioiminen, toimintamallien ja laatukriteerien selkeyt-

täminen, moniammatillisen yhteistyön kehittäminen, koulutukselliset näkökulmat, modernien metodien kehittäminen ja palveluiden monipuolistaminen. Tässä luvussa käydään läpi näiden kehittämisteemojen sisältöä aineistosta esiin nousseiden käsitteiden pohjalta.



Kuvio 5. Ikääntyneen suun terveyden edistämisen keskeiset teemat

5.2.1 Suun terveyden vaikutus ikääntyneen elämänlaatuun

Ikääntyneen suun terveyden edistämistoimien tärkeyttä voidaan perustella monella tapaa. Puhdas ja terve suu mahdollistaa syömisen onnistumisen, terveellisen ravitsemuksen ja ruoasta nauttimisen. Suun terveyden avulla voidaan ylläpitää toimintakykyä ja sosiaalista kanssakäymistä. Hyvällä omahoidolla ehkäistään suun sairauksia ja tuetaan yleisterveyden säilymistä. Lisäksi hyvä suun terveys vähentää kalliimman ja vaativamman hoidon tarvetta. Monet tutkimukset painottivat suun terveydellä olevan merkittävä yhteys ikääntyneen yleisterveyteen, hyvinvointiin ja elämänlaatuun. (Dahl – Wang – Skau – Öhrn 2010–2011: 208–214; Gluzman ym. 2013: 218–226; Strömberg 2013: 771–777; Willumsen – Fjaera – Eide 2009: 251–257.)

Suun vaivoilla oli Strömbergin (2013: 771–777) mukaan merkittävä vaikutus yksilön hyvinvointiin ja elämänlaatuun silloinkin, kun ikääntyneellä oli vaikeita fyysisiä ja henkisiä sairauksia tai fyysisiä vammoja. Suun terveydenhoidon laiminlyönnillä on todettu

olevan elämänlaadun heikkenemisen lisäksi yhteys systeemiin sairauksiin, kuten diabetekseen. Diabeteksen huonolla hoitotasapainolla ja suun terveydellä on todettu olevan vastavuoroinen yhteys, joka luonnollisesti vaikuttaa ikääntyneen yleisterveyteen ja elämänlaatuun. Suun bakteerit voivat keuhkoihin joutuessaan aiheuttaa aspiratiokeuhkokuumeen ja verenkiertoon päästessään taas laukaista sydäntulehduksen. Ikääntyneillä ientulehduskin saattaa lisätä aivo- ja sydäninfarktiriskeä. (Willumsen ym. 2009: 251–257.)

Gluzman ym. (2013: 218–226) totesivat tutkimuksessaan, että tutkimuksen (n = 334) ikääntyneistä valtavalla enemmistöllä (96 %:lla) ei ollut mahdollisuutta käyttää terveydenhuollon palveluita ja tämä vaikutti negatiivisesti näiden ikääntyneiden hyvinvointiin ja elämänlaatuun. Käänteisesti samaan tulokseen tutkimuksessaan tulivat Dahl ym. (2010–2011: 208–214) kertomalla säännöllisesti suun terveydenhuollon palveluja käyttävien ilmoittavan omaavansa paremman suun terveyden ja sitä kautta paremman elämänlaadun, kuin ikääntyneet, jotka eivät käytä suun terveydenhuollon palveluita. Tämä johtunee osaltaan siitä, että suun terveydenhuollon palveluita käyttävät ikääntyneet arvostavat ja pitävät parempaa huolta suunsa terveydestä, kuin hammashuollon palveluita epäsäännöllisesti käyttävät. Komulaisen (2013: 59–60) tutkimuksen tuloksen mukaan vain kolmasosa tutkimukseen osallistuneista kotihoidon asiakkaista (n = 321) oli käyttänyt suun terveydenhuollon palveluita säännöllisesti ennen tutkimukseen osallistumista, joka on osoitus kuilusta ikääntyneiden ehkäisevän hoidon tarpeen ja todellisen ehkäisevän suun terveydenhuollon palveluiden käytön välillä. Suun tulehdussairauksien ollessa estettävissä ja niiden yhteyden yleisterveyteen ollessa todistettu, on huolestuttavaa, että kotihoidon asiakkaiden päivittäisessä suuhygieniassa on runsaasti puutteita ja ehkäisevän hoidon tarve on suuri.

Dahl ym. (2010–2011: 208–214) osoittivat tutkimuksessaan ikääntyneen hampaiden lukumäärän olevan merkittävä tekijä, mitattaessa suun terveyden yhteyttä elämänlaatuun. Strömberg (2013: 771–777) tukee tätä omissa tutkimustuloksissaan. Strömbergin mukaan henkilöillä, joilla on kymmenen tai enemmän puuttuvia hampaita myös kontaktihampaiden eli vastapurijoiden määrä vähenee, jolloin pureskelu ja tätä kautta syöminen heikentyy huomattavasti. Jäljellä olevien hampaiden sijainnilla voidaan näin todeta olevan suuri merkitys pureskelun ja syömisen kannalta.

Suun terveyden negatiivinen vaikutus elämänlaatuun oli suurempi niillä tutkimukseen osallistuneilla ikääntyneillä (n = 302), joilla oli merkittävä avun tarve, kuin niillä joilla oli

kohtalainen avun tarve. Suun terveyden ongelmat, kuten kuiva suu, jäännösjuuret ja poskihampaiden sekä näiden kontaktien puuttuminen vaikuttivat negatiivisimmin elämänlaatuun. Willumsen ym. (2009: 251–257) tukevat havaintoa kuivan suun oireiden negatiivisesta vaikutuksesta elämänlaatuun ja toteavat, että kuivan suun ongelmien arvioinnilla ja hoidolla pitäisi olla suurempi prioriteetti ikääntyneiden suun terveyden edistämässä.

Yhä enemmän on alettu ymmärtää, että ei ole tarkoituksenmukaista vain pidentää pitkäaikaissairaiden ikääntyneiden elämää tai hoitaa sairauksia, vaan myös ylläpitää hyvää elämänlaatua (Willumsen ym. 2009: 251–257). Tutkimuksen tulosten pohjalta Dahl ym. (2010–2011: 208–214) painottavat suun omahoitotottumuksilla olevan suuri vaikutus ikääntyneen suun terveyteen ja täten päivittäiseen elämänlaatuun. Samaa näyttöä tukee Komulaisen (2013: 42, 47, 59) tutkimustulos, jonka mukaan kotona asuvien yli 75-vuotiaiden ikääntyneiden suun terveyttä, omahoitotottumuksia ja elämänlaatua pystyttiin parantamaan ennaltaehkäisevän hoidon ja terveysneuvonnan avulla. Mielenkiintoista on, että parannusta tapahtui sekä interventio- että verrokkiryhmässä. Vaikka omahoitotottumukset paranivat hieman enemmän interventioryhmässä, on huomattava, että verrokkiryhmän suun alkutarkastuksen yhteydessä saamalla suppealla suun terveyttä koskevalla informaatiollakin saatiin aikaan positiivisia tuloksia. Strömbergin, Hagman-Gustafssonin, Holménin, Wårdhin ja Gabren (2011: 221–229) tekemässä tutkimuksessa hyvät suuhygieniatottumukset yhdistyivät vähäiseen plakin määrään ja suusairauksien esiintyvyyteen ikääntyneillä kotihoidon asiakkailla, riippumatta kotihoitoon tarpeiden laajuudesta. Plakin mekaanisen poistamisen ollessa tärkein suusairauksia ehkäisevä tekijä, pitäisi ikääntyneiden hammashuollon sisältää säännöllisen ylläpitoon, jonka lisäksi tulisi omahoidon tason arvioinnin mukaan määritellä kotihoitajien ikääntyneelle suorittaman hampaiden säännöllisen harjaamisen tarve. (Komulainen 2013: 60.) Yhtenäisiin tuloksiin ikääntyneen kotihoitoon asiakkaan suun yksilöllisen omahoidon ohjauksen ja tarpeenmukaisen avun antamisen tärkeydestä tulivat tutkimuksissaan myös Kuo ym. (2015: 137–142) ja Strömberg ym. (2011: 221–229). Moriya ym. (2013: 133–140) täsmensivät vielä tutkimuksensa tuloksien mukaan, että ikääntyneen kotihoitoon asiakkaan älyllinen kyvykyys pitäisi ottaa huomioon mahdollisimman tehokkaiden suun terveyden edistämistoimenpiteiden kehittämiseksi ja ikääntyneiden parempien suun omahoitotottumusten saavuttamiseksi. Suuhygienian omahoidon koulutuksella todettiin olevan suotuisa vaikutus ikääntyneen suun terveyteen, vaikka suun terveyden edistämisen keinoilla aikaansaatu muutos positiiviseen onkin verrattain hidasta (Kuo ym. 2015: 137–142; Komulainen 2013: 59).

Ikääntyneen tukeminen suun omahoidon toteuttamisessa

Ikääntyneet tarvitsevat tukea suuhygienian suorittamisessa ja järjestelyjä, jotka helpottavat säännöllisen hammashoidon ylläpitoa iästä tai kyvyttömyydestä huolimatta (Strömberg ym. 2011: 221–229). Ikääntyneet, joilla oli kohtalainen avun tarve, pystyivät toteuttamaan hyvää suun omahoitoa ja osoittivat, että mahdollisuudet omahoidon vahvistamiseen ja uusien rutiinien oppimiseen ovat parempia, kun toiminnot ovat vähemmän rasittavia. Tähän löytyikin tukea tutkimuksesta, jonka mukaan jo päivittäisellä kaksi kertaa toistuvalla hammastahnan käytöllä ja hammasvälien puhdistuksella parannettiin suun terveyttä. (Strömberg ym. 2011: 221–229; Komulainen 2013: 49.) Näiden kahden rutiinin lisääminen päivittäiseen hampaiden harjaukseen ei pitäisi olla liian raskasta, mutta vanhat tavat ja uskomukset voivat kuitenkin olla hyvin vahvoja ja uusien rutiinien oppiminen vaatii pitkäjänteisyyttä. Esimerkkinä tästä voidaan pitää Komulaisen (2013: 49) tutkimuksen tulosta, jossa hammastahnan käyttö kahdesti päivässä oli interventoryhmän keskuudessa edelleen melko vähäistä, vaikka ryhmän jäseniä oli pyritty motivoimaan toistuvasti. Tätä voidaan pitää osoituksena siitä, että ikääntyneiden, heidän omaistensa ja hoitohenkilökunnan tietoa ja taitoa suun terveydenhoidosta on tarpeen lisätä sekä opittua on tarpeen toistaa, jotta suun sairauksia voitaisiin ehkäistä tehokkaammin (Strömberg ym. 2011: 221–229). Säännöllisyyttä ja rutiinien merkitystä ikääntyneiden suun terveydenhoidossa painotettiin monissa tutkimuksissa (Garrido ym. 2011: 742–747; Nitschke ym. 2010: 1882–1890; Strömberg ym. 2011: 221–229). Toisissa taas painotettiin oikeanlaisen suunhoitovälineistön olemassaolon tärkeyttä (Kuo ym. 2015: 137–142). Hyvät ja tarkoituksenmukaiset suun omahoidon välineet yhdistettynä asianmukaiseen ja yksilölliseen käytön opastukseen, takaavat omahoidon ohjauksen onnistumisen. Kotihoitajan tulee olla selvillä kotihoidon ikääntyneen asiakkaan yksilöllisestä avuntarpeesta ja seurata omahoidon toteutumista yhdessä ikääntyneen ja tämän omaisten kanssa, jotta suuhygienian toteuttamisesta saadaan muodostettua ikääntyneelle ja lähipiirille rutiini.

5.2.2 Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveydenedistämisen kehittäminen

Tutkimukset olivat hyvin yksimielisiä siitä, että ikääntyneen suun terveyden edistäminen on haasteellisen tilanteen edessä. Tulevaisuudessa suun terveydenhoidon järjestämisen tulisi olla ikääntyneiden väestöryhmälle tarkoituksenmukaisempi, perustuen heidän tarpeisiinsa ja haavoittuvuuteensa. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämässä ja sen kehittämisessä keskeisiksi teemoiksi tutkimuksista nousi-

vat suun terveystalveluiden saatavuuden helpottaminen, toimintamallien ja laatukriteerien selkiyttäminen, moniammatillinen yhteistyö, koulutukselliset näkökulmat, modernien metodien kehittäminen, yksilöllisyyden ja voimavarojen huomioon ottaminen palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisessa ja käytännön työssä sekä palveluiden monipuolistamisen tarve, josta selkeimmin korostui suun terveydenhoitopalveluiden vieminen ikääntyneen kotihoidon asiakkaan kotiin. (Belsi ym. 2013: 77–82; Bissett – Preshaw 2011: 14–21; Furuta ym. 2013: 173–181; Gluzman ym. 2013: 218–226; Herr ym. 2014: 808–813; Hirata – Sakayori – Maki – Takano – Ishii 2013: 67–72; Komulainen 2013; Kuo ym. 2015: 137–142; Lampi – Rautiola 2016: 40–41; Lewis ym. 2015: 95–105; Mello ym. 2010: 41–46; Moriya ym. 2013: 133–140; Nitschke ym. 2010: 1882–1890; Othman ym. 2014: 136–144; Turjamaa 2014; Virtanen 2014; Watkins ym. 2012: 251–258.)

Palveluiden saatavuus

Julkisen terveydenhuollon pitäisi edistää paremmin ikääntyneiden suun terveydenhoidon palveluiden saatavuutta ja taisteltava kaikenlaista ikäsyryntää vastaan. Suun terveydenhuollon palveluiden saatavuuden parantamiseen ottivat kantaa erityisesti Furuta ym. (2013: 173–181), Gluzman ym. (2013: 218–226), Herr ym. (2014: 808–813), Lundqvist ym. (2014: 39–43) ja Othman ym. (2014: 136–144). Vaihtoehtoisten ja paremmin tavoitettavissa olevien suun terveydenhoidon palveluiden tarjoaminen yhteiskunnan hauraille väestöryhmille mahdollistaa Lundqvistin ym. (2014: 39–43) mukaan hyvän suun terveydentilan säilymisen myös myöhemmällä iällä. Furuta ym. (2013: 173–181) korostaa lisätoimien tarvetta pitkän tähtäimen hoito- tai yhteisöjärjestelmän kehittämiseen, joka tarjoaisi helpon pääsyn suun terveydenhoidon palveluiden piiriin. Nitsche ym. (2010) tutkimuksessa ilmeni, että kotihoidossa 81,4 % ja laitoshoidossa 34,4 % olevilla ikääntyneillä ei ollut saatavilla säännöllistä hammashuoltoa. Helpottamalla pääsyä suun terveydenhoitoon voidaan Watkins ym. (2012: 251–258) tutkimuksen pohjalta taas todennäköisesti parantaa ikääntyneiden ja myös kotiinsidottujen ikääntyneiden suun terveyttä ja elämänlaatua. Gluzman ym. (2013: 218–226) painottaa, että kotona asuville ikääntyneille pitää nopeasti toimeenpanna korkealaatuisia suun terveyden mittaustauksia, jotta heille voidaan luoda saatavilla oleva, helppopääsyinen sekä käytännöllinen suun terveydenhuolto lähitulevaisuudessa. Erilaisia toimenpiteitä ikääntyneiden hammashoidon saatavuuden parantamiseksi ehdottaa Herr ym. (2014: 808–813). Näitä voisi olla ikääntyneen kotona tapahtuva mobiilien suun terveydenhoitopalvelujen käyttö tai sellaisten gerontologisten verkostojen kehittäminen, joiden kautta kotihoidon lääkärit

ja hoitohenkilökunta voivat ohjata potilaan tarvittaessa hammashoitoon. Eniten suun terveydenhuollon palveluiden saatavuutta parantaisi ikääntyneen kotona annettava suun terveydenhoito, joka lisäksi vähentäisi kunnallisten hammaslääkäreiden kuormitusta. (Othman ym. 2014: 136–144.)

Toimintamallien ja laatukriteerien kehittäminen

Ikääntyneen suun terveyden edistämisen menestyksekkäs kehittäminen vaatii tutkijoiden mielestä ennen kaikkea kokonaisvaltaista lähestymistä, jossa otetaan huomioon ikääntyneen yksilölliset tarpeet ja terveys kokonaisuutena. Kokonaisvaltaisuuden ja yksilöllisyyden avulla tuetaan parhaiten myös kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen jatkuvuutta. (Komulainen 2013; Turjamaa 2014; Willumsen ym. 2009: 251–257.) Herr ym. (2014: 808–813) mukaan pyrkimyksiä suun terveydentilan parantamiseksi ja kotihoidon kehittämiseksi on pyrittävä tekemään erityisesti kaikkein vanhimpien keskuudessa.

Ikääntyneiden suun terveydenhoidon suunnittelussa ja järjestämisessä on myös Lundqvist ym. (2014: 39–43) mukaan otettava huomioon yksilölliset riskitekijät ja ikääntyneen henkilökohtaiset mieltymykset, mutta näiden lisäksi suun edistämistoimien kustannukset yhteiskunnalle pitää tarkoin laskea auki. Ikääntyneen suun terveyden edistämisen kehittämisessä Mello ym. (2010: 41–46) ja Lewis ym. (2015: 95–105) pitivät tärkeänä ikääntyneiden suun terveydenhoidon järjestelmällisten toimintamallien ja laatukriteerien tuottamista. Hiratan ym. (2013: 67–72) tutkimuksen selkein tulos taas oli kotihoidon ammattilaisten suun terveyttä koskevan koulutuksen lisäämisen merkitys ikääntyneen suun terveyden edistämässä. Koulutuksen lisääminen on välttämätöntä, jotta ikääntyneiden suun terveydenhuollon tarpeet voidaan tulevaisuudessa kohdata ja ikääntyneiden suun terveyttä voidaan tehokkaasti edistää kotihoidossa.

Kotihoidon esimiehet toivoivat Belsin ym. (2013: 77–82) tutkimustulosten mukaan tulevaisuuden suun terveystaloukselta monipuolisuutta ja mahdollisuutta erilaisiin käytäntöihin. Myös amerikkalaistutkimuksen (Gluzman ym. 2013: 218–226) mukaan terveydenhuollolla pitää olla monipuoliset pyrkimykset tunnistaa sekä luoda tapoja ja järjestelmiä, joiden avulla voidaan tarjota suun terveyden palveluita ikääntyneille kotihoidossa, jotta suun terveydenhoidon systemaattinen laiminlyönti voidaan välttää tässä haavoittuvassa väestöryhmässä. Tutkimuksesta nousee esiin voimakas kritiikki nykyisen järjestelmän riittämättömyyttä ja toimimattomuutta kohtaan. Riippumatta siitä oliko ky-

seessä suomalainen vai kansainvälinen tutkimus, niin esiin vahvasti nousi huoli ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden huonosta suun terveydentilasta ja pikainen tarve toimenpiteille, joilla ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä voitaisiin kehittää paremmaksi.

Gluzman ym. (2013: 218–226) ja Kuo ym. (2015: 137–142) puolestaan nostavat esiin tarpeen lisätutkimuksille. Jotta ikääntyneen väestöryhmän suun terveyden palveluista voidaan tehdä ihmisläheisiä, näyttöön perustuvia ja merkittäviä hoitosuosituksia, jotka toimivat yhdessä lääketieteellisen hoidon kanssa, tarvitaan tutkimuksia, joissa on laajempi otos tästä ikääntyneiden ryhmästä. Näyttöön perustuvia hoitosuosituksia noudattamalla kotihoidon toimijat kykenisivät huolellisesti arvioimaan ja toteuttamaan ikääntyneiden ja heidän perheidensä suun terveyden edistämistä ja omahoidon tukea. (Kuo ym. 2015: 137–142.)

Yksilöllinen palvelu- ja hoitosuunnitelma

Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistoimien tulee pohjautua todellisiin tarpeisiin ja yksilöllisyyteen (Belsi ym. 2013: 77–82). Asiakkaan toimintakyvyn arviointiin ja sen perusteella laadittavan palvelu- ja hoitosuunnitelman sisältöön vaikuttavat Belsin (2013: 77–82), Bissettin ja Preshawn (2011: 14–21) sekä Lundqvistin (2014: 39–43) mukaan suuresti hoitajien ja heidän esimiesten kyky nähdä ja tuntea asiakas yksilönä. Ikääntyneiden suun terveydenhoidon suunnittelussa ja järjestämisessä on otettava huomioon yksilölliset riskitekijät, ikääntyneen oma näkökulma ja käsitys voimavaroistaan sekä henkilökohtaiset mieltymykset, kuten myös kustannukset yhteiskunnalle (Lundqvist ym. 2014: 39–43; Mello ym. 2010: 41–46). Varteenotettavana tulevaisuuden kehitysehdotuksena Belsin ym. (2013: 77–82) tutkimuksesta nousi esiin toive ja tarve ikääntyneen kotona tapahtuvaa suunhoidon palvelua kohtaan, jolloin saataisiin tuotettua ikääntyneiden tarpeet kohtaavaa kustannustehokasta ja välitöntä suun terveydenhoidon palvelua. Lewis ym. (2015: 95–105) toteavat tutkimuksessaan, että kotihoidon palveluntarjoajat ja työntekijät ovat avainasemassa ikääntyneen suun terveyden ongelmien tunnistamisessa, yhteiskunnan tarjoaman ehkäisevän toiminnan tarjoamisessa ja hoidon tarpeen varhaisessa havaitsemisessa, koska heillä on läheinen suhde ikääntyneeseen kotihoidon asiakkaaseen. Hoitajilla on myös tärkeä rooli hoitamiensa ikääntyneiden suun terveyden optimoimisessa ja suun terveydenhoito pitäisi olla osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitajan tulee pystyä tekemään asiakkaan suun riskiarviointi ja arvioimaan ikääntyneen kyvyt huolehtia suuhygienias-

taan sekä määrittelemään avun ja yksilölliset hoidon tarpeet ennen hammashoidollisten hätätilanteiden syntymistä. (Bissett – Preshaw 2011: 14–21; Nitschke ym. 2010: 1882–1890.) Ikääntyneiden suuhygieniää ja sen toteuttamista pystyttiin parantamaan koulu- tuksilla ja käytännön neuvoin, lisäämällä hoitajien tietoisuutta laadukkaan suunhoidon kriteereistä ja tuottamalla ikääntyneen suun terveydenhoitoon järjestelmällinen toimintamalli (Bissett – Preshaw 2011: 14–21; Mello ym. 2010: 41–46). Yhteistyö hammashoidon ammattilaisten, kuten suuhygienistien, kanssa on tärkeää ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden terveydentilan kohentamiseksi (Bissett – Preshaw 2011: 14–21).

Moniammatillinen yhteistyö

Yksi keskeisistä teemoista ikääntyneen suun terveyden edistämisen kehittämisessä oli moniammatillinen yhteistyö, joka koettiin positiivisen kehityksen kannalta välttämättömäksi. Yhteistyöllä koettiin olevan suuri merkitys ikääntyneen kotona tapahtuvan suun terveyden edistämisen toteuttamisessa. Tehokkaan ja laadukkaan ikääntyneen suun terveyden edistämisen kokonaisuuden takaamiseksi suun terveydenhoidon ammattilaisten ja sidosryhmien, kuten lääkäreiden ja kodinhoitajien sekä näiden esimiesten tulisi toimia tiiviimmässä yhteistyössä keskenään. (Hirata ym. 2013: 67–72; Komulainen 2013; Nitschke ym. 2010: 1882–1890; Othman ym. 2014: 136–144.) Virtanen (2014) liittäisi monipuoliseen yhteistyöverkostoon kotihoidon asiakkaan itsensä lisäksi tälle läheiset ihmiset sekä suun terveydenhuollon että kotihoidon organisaatiot.

Yhteistyö hammashoidon ammattilaisten, kuten suuhygienistien kanssa on tärkeää ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden suun terveydentilan ja elämänlaadun kohentamiseksi (Bissett – Preshaw 2011: 14–21). Nitschke ym. (2010: 1882–1890) painottaa, että hammaslääkäreistä, suuhygienisteistä ja hammashoitajista koostuvalla suun terveydenhoitotiimillä ei ole vain ehkäisevän hammashoidon vastuu, vaan heidän tulee myös tarjota asiantuntijaneuvoja ja koulutusta muille ikääntyneen hoitoon osallistuville. Kotihoidon ja suun terveyden ammattilaisten yhteistyö osoittautui Lewis'n ym. (2015: 95–105) tutkimuksessa hyödylliseksi avustettaessa ikääntyneitä suun terveydenhuollon palveluiden piiriin.

Terveysteknologian hyödyntäminen

Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistäminen vaatii tulevaisuudessa innovatiivisuutta. Suun terveydenhuollon ja kotihoidon johdon sitoutuminen ja innostu-

minen modernien metodien kehittämiseen ja implementointiin on tuloksellisen ja menestyvän toiminnan tae. (Lampi – Rautiola 2016: 40–41.) Herr ym. (2014: 808–813) puhuvat tutkimuksessaan moniammatillisen yhteistyön ja mobiilien hammashoitopalveluiden puolesta. Moniammatillista yhteistyötä ja ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyttä voidaan edistää myös uusien terveysteknologisten työvälineiden avulla. MobiDent-applikaatio on esimerkki tällaisesta terveysteknologisesta työvälineestä. Se on kotihoidon työntekijöille suunnattu mobiilisovellus, jonka avulla kotihoidon työntekijä saa tukea ikääntyneen suun terveydentilan arviointiin ja päivittäisen suunhoidon toteutumiseen. MobiDent-applikaatio on kustannustehokas sijoitus sosiaali- ja terveystieteiden laadun varmistukseen sekä asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Lisäksi MobiDentin interaktiivisuus ja laaja tietoportaalit lisäävät potilasturvallisuutta, koska applikaatio mahdollistaa myös reaaliaikaisen yhteistyön. (Herr ym. 2014: 808–813; Lampi – Rautiola 2016: 40–41.)

Suun terveydenhuollon palveluiden vieminen ikääntyneen kotiin

Ikääntyneen suun terveydenhuolto on perinteisesti järjestetty suun terveydenhuollon asemilla, mutta suun terveydenhuollon palveluiden vieminen ikääntyneen kotiin on yhä enemmän esillä oleva ja huomioon otettava vaihtoehto (Lundqvist ym. 2014: 39–43). Suun terveydenhuollon palveluiden toimittaminen ikääntyneen kotiin vaikutti Komulainen (2013: 60) tutkimuksen tulosten mukaan olevan tärkeä osa ikääntyneen suun terveyden edistämisen kehittämistä. Myös Belsin ym. (2013: 77–82) tutkimuksesta nousi esiin selkeimpänä tulevaisuuden kehitysehdotuksena toive ja tarve ikääntyneen kotona tapahtuvaa suun terveydenhoidon palvelua kohtaan, jolloin saataisiin tuotettua ikääntyneen tarpeet kohtaavaa suun terveydenhoidon palvelua. Ikääntyneiden ja myös kotiinsidottujen ikääntyneiden suun terveyden ja elämänlaadun on lisäksi osoitettu todennäköisesti parantuvan, kun heidän pääsyään suun terveydenhoitoon helpotetaan (Watkins ym. 2012: 251–258). Joka neljäs (26 %) Komulaisen (2013) ja Komulaisen ym. (2012: 89–95) tutkimukseen osallistunut kotihoidon asiakas (n = 321) toivoi hammaslääkärin kotikäyntejä. Kotikäyntiä toivovia ikääntyneitä yhdisti kognitiivisen ja fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja vähäinen suun terveydenhoitopalveluiden käyttö. Tämä osoittaa, että harvoin suun terveydenhuollon palveluja käyttävät saataisiin hoidon piiriin toimittamalla palveluita kotiin.

Hammaslääkäreillä on kotona tapahtuvaa hammashoitoa kohtaan kuitenkin esteitä, joiden purkamiseksi tulee etsiä toimivia keinoja. Hammaslääkäreiden kolme useimmin

ilmoitettua estettä kotona annettavalle hoidolle olivat potilaan monitahoinen sairaushistoria, potilaan huono suhtautuminen suun terveydenhoitopalveluihin ja epäsuotuisat työolot. Kotona tapahtuvan hammashoidon esteiden poistamisen lisäksi muiksi suosituksiksi Othmanin ym. (2014: 136–144) tutkimuksessa nousivat ikääntyneitä koskevan perusopetuksen parantaminen hammaslääkäreiden koulutuksessa, ikääntyneiden henkilöiden ja heidän hoitajiensa suun terveystietouden lisääminen, hammaslääkärin työolojen parantaminen kotihoidossa sekä taloudellisten kannustimien käyttöönotto. Watkins ym. (2012: 251–258) toteaa, että koulutuksen kasvattaminen ja tehostaminen ikääntyneiden suun terveydenhoidon osalta voisi parantaa hammaslääkäreiden sitoutuvuutta kotihammashoidon toteuttamista kohtaan. Ikääntyneiden potilaiden kotona annettavan suun terveydenhoidon toteuttamista voitaisiin kasvattaa myös käyttämällä hyödyksi yksityisiä hammaslääkäreitä (Othman ym. 2014: 136–144). Jablonski ym. (2009: 99–107) vahvistavat erilaisilla hammaslääkäreiden koulutuksilla aikaan saadun merkittävän positiivisen tuloksen. Koulutuksissa ja työpajoissa käyneet toteuttavat ja ovat valmiimpia toteuttamaan ikääntyneen suun terveydenhoitoa kotihoidossa. Alle 30-vuotiaat nuoret hammaslääkärit ja henkilöt, joilla oli luottamus tarjottavaa palvelua kohtaan, olivat myös halukkaampia sitoutumaan ikääntyneille kotona annettavaan hoitoon. (Othman ym. 2014: 136–144.)

Toisin kuin voitaisiin luulla, niin Lundqvistin ym. (2014: 39–43) tutkimuksen mukaan suun terveydenhuollon järjestäminen tuli yhteiskunnalle halvemmaksi ikääntyneen kotona kuin suun terveydenhuollon asemalla ja sitä pidettiin myös kustannustehokkaana. Asemalla suun terveydenhuolto tuli halvemmaksi vain, kun ikääntyneen terveydenhuoltoa ei pystytty saamaan valmiiksi kotiolosuhteissa.

5.2.3 Ikääntyneen suun terveyden edistäminen kotihoidon ammattilaisia kouluttamalla

Kotihoidon palveluntarjoajat ja työntekijät ovat avainasemassa ikääntyneen suun terveyden ongelmien tunnistamisessa, yhteiskunnan tarjoaman ehkäisevän toiminnan tarjoamisessa ja hoidon tarpeen varhaisessa havaitsemisessa, koska heillä on läheinen suhde ikääntyneeseen kotihoidon asiakkaaseen. Tämä huomioiden kotihoidon työntekijän valmiuksien vahvistaminen ikääntyneen suun terveyden arvioinnissa on ensiarvoisen tärkeää. (Lewis ym. 2015: 95–105; Nitschke ym. 2010: 1882–1890; Turjamaa 2014.) Ikääntyneiden suuhygieniää ja sen toteuttamista pystyttiin parantamaan Mellon (2010: 41–46) tutkimuksessa lisäämällä hoitajien tietoisuutta laadukkaana suunhoidon kriteereistä ja tuottamalla ikääntyneen suun terveydenhoitoon järjestelmällinen

toimintamalli. Bissett ja Preshaw (2011: 14–21) painottavat vielä, että suun terveydenhoito pitäisi olla osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa. Hoitohenkilökuntaa tuleekin kannustaa laatimaan rutiinit alustaville hammastarkastuksille ja tunnistamaan yksilölliset hoidon tarpeet ennen hammashoidollisten hätätilanteiden syntymistä (Nitschke ym. 2010: 1882–1890).

Monipuolinen koulutuksen lisääminen

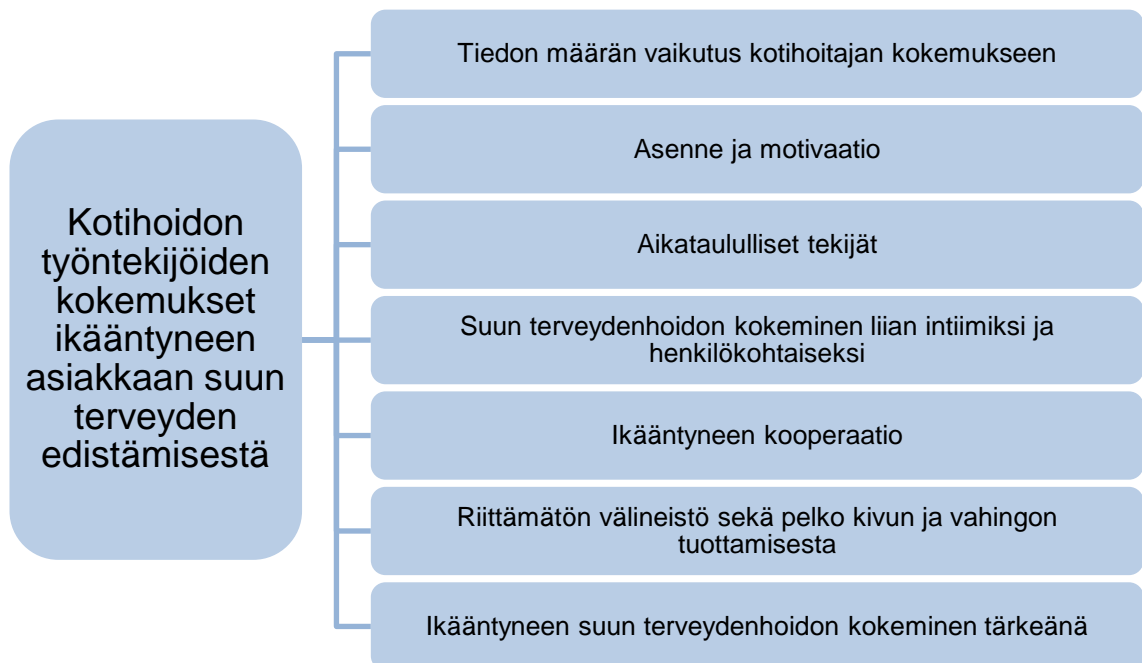
Suun terveydenhoidon koulutusjaksolla on suositeltavaa antaa käytännön neuvoja hoitajille, jotta he pystyvät tekemään asiakkaan suun riskiarvioinnin ja arvioimaan ikääntyneen kyvyt huolehtia suuhygieniastaan sekä määrittelemään avun tarpeen (Bissett – Preshaw 2011: 14–21). Todistettavasti on osoitettu, että hoitajien tieto ja asenteet ovat olennainen osa tehokkaan suuhygieenisen hoidon toteutumista ja näin ollen koulutusohjelmia pitäisi järjestää edistämään hoitajien riittäviä käytäntöjä ja tottumuksia suunhoidossa. (Bissett – Preshaw 2011: 14–21; Garrido ym. 2011: 742–747.) Watkins ym. (2012: 251–258) toteavat, että ikääntyneen suun terveydenhoitoa koskevan koulutuksen lisääminen lisää myös sitoutuvuutta ikääntyneen suun terveydenhuoltoon kohtaan. Bissett ja Preshaw (2011: 14–21) havaitsivat tutkimuksessaan, että hoitajille annettavat käytännön koulutustilaisuudet, jotka tarjoavat heille mahdollisuuden keskustella suhtautumisestaan suun terveydenhoitoon, saada tietoa plakin merkityksestä suun terveydelle sekä vaiheittaiset ohjeet hampaiden harjauksesta ja proteesien puhdistuksesta, vaikuttavat myönteisesti heidän tietoihin ja asenteisiin ja niillä on myös positiivinen vaikutus toteutettavaan suuhygieniaan ja suun terveyteen. Hoitajien asenteita ikääntyneen suun terveydenhoidon tärkeyttä kohtaan voidaan parantaa antamalla heille ikääntyneen asiakkaan suuhygienian toteuttamisohjeita ja tuomalla esiin suun terveyden ja yleisterveyden yhteys sekä suun terveyden yhteys monien sairauksien hoitotasapainoon (Wang ym. 2015: 1090–1096). Toistuvat suun terveyden koulutustilanteet kasvattivat hoitajien suun terveystietoutta ja lisäsivät käytännön suuhygienian menettelytapoja (Garrido ym. 2011: 742–747). Tästä hyvänä esimerkkinä toimii Wangin (2015: 1090–1096) tutkimus, jossa mukana olleiden 602 ikääntyneen suun terveys parani merkittävästi niillä ikääntyneillä, joita hoiti äskettäin suun terveyden edistämisen koulutuksen saaneet hoitajat. Parannusta tapahtui interventoryhmän kiinnityskudosten tilassa ja näkyvän plakin määrä sekä suutulehdukset vähenivät.

Henkilöt, jotka olivat osallistuneet ikääntyneiden suun terveydenhoitoon liittyviin koulutuksiin ja työpajoihin, toteuttivat kotona tapahtuvaa suun terveydenhoitoa huomattavas-

ti useammin (Hirata ym. 2013: 67–72). Hiratan ym. (2013: 67–72) tutkimuksen selkein tulos on koulutuksien tärkeys, jotta ikääntyneiden suun terveydenhuollon tarpeet voidaan tulevaisuudessa kohdata ja ikääntyneiden suun terveyttä voidaan edistää kotihoitossa. Hammaslääkäreistä, suuhygienisteistä ja hammashoitajista koostuvalla suun terveydenhoitotiimillä on ehkäisevän hammashoidon lisäksi vastuu tarjota asiantuntijaneuvoja ja koulutusta muulle hoitohenkilökunnalle, koska ikääntyneiden suun terveyden edistämisen toteuttaminen onnistuu parhaiten kaikkien ammattilaisten ja sidosryhmien yhteistyöllä. (Nitschke ym. 2010: 1882–1890; Hirata ym. 2013: 67–72.)

5.3 Kotihoidon työntekijöiden kokemukset ikääntyneen asiakkaan suun terveyden edistämisestä

Todistettavasti voidaan osoittaa, että hoitajien tieto ja asenteet ovat olennainen ja tärkeä osa ikääntyneen tehokkaan suuhygieenisen hoidon toteutumista. Hoitohenkilökunnan merkitys on ratkaiseva erityisesti ikääntyneille, jotka ovat riippuvaisia hoitajista päivittäisen suuhygienian ylläpidossa sekä säännöllisen ennaltaehkäisevän hoidon ja jatkohoitoon ohjauksen järjestämisessä. (Bissett – Preshaw 2011: 14–21; Nitschke ym. 2010: 1882–1890.)



Kuvio 6. Kotihoidon työntekijöiden kokemukset ikääntyneen asiakkaan suun terveyden edistämisestä.

Kotihoidon työntekijöiden negatiiviset kokemukset

Esteenä hyvän suunhoidon toteutumiselle on Bissettin ja Preshaw'n (2011: 14–21) mukaan muun muassa se, että suun terveyttä ei nähdä riittävän tärkeänä. Lisäksi psykologinen vaikeus työskennellä toisen henkilön suussa toi haasteita, koska hoitajat kokivat asiakkaiden suut hyvin henkilökohtaisiksi alueiksi ja tämän johdosta heidän rohkeus puuttua suunhoitoon oli alhainen. Hoitohenkilökunnan kiire ja vähäinen aika, pelko kivun tuottamisesta, hoidettavalle tehtävien toimenpiteiden aiheuttamasta yökkäämisestä sekä puremisesta ja käytettävissä olevan välineistön riittämättömyys saattoivat herkästi johtaa suun puhdistustoimenpiteiden vähenemiseen. (Bissett – Preshaw 2011: 14–21; Jablonski ym. 2009: 99–107; Rabbo – Mitov – Gebhart – Pospiech 2012: 57–62; Virtanen 2014.)

Rabbo ym. (2012: 57–62) toteavat, että esteenä potilaan suuhygienian parantumiselle voi olla hoitajien negatiivinen asenne ja potilaiden hoitokielteisyydestä johtuen he olivat alttiita tarjoamaan suun hoidollista apua harvemmin kuin olisi ollut tarpeen. Virtasen (2014) mukaan hoitajat saattoivat kokea suun terveydestä puhumisen hankaloittavana tekijänä luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumiselle ja se saattoi muodostua jopa esteeksi kotikäyntien jatkumiselle. (Rabbo ym. 2012: 57–62; Jablonski ym. 2009: 99–107; Virtanen 2014.)

Kotihoidon työntekijöiden positiiviset kokemukset

Toisaalta Jablonskin (2009: 99–10) ja Nitschken (2010: 1882–1890) tutkimuksissa hoitajat kokivat osaavansa huolehtia ikääntyneiden suun terveydenhoidosta riittävän hyvin ja lähes kaikki hoitohenkilökunnasta koki asiakkaan suuhygienian ja oman suun terveydentilan "tärkeänä" tai "erittäin tärkeänä". Yli puolet vastanneista hoitohenkilökunnasta piti oman suun terveyden merkitystä yhtä tärkeänä kuin asiakkaiden, 36 %:lle oman suun terveydentilan merkitys oli suurempi ja 9 % koki oman suun terveyden vähemmän tärkeäksi kuin asiakkaiden. Kielteistä asennetta ei osoitettu suun terveyden tärkeyttä kohtaan juuri ollenkaan. Konkreettisena apuna hoitajat avustivat ja ohjasivat ikääntyneitä kotihoidon asiakkaita suunhoitovälineiden ja -tuotteiden hankinnassa sekä käytössä, neuvoivat ja avustivat suuhygienian toteuttamisessa sekä hammashoitokäyntien järjestämisessä. (Jablonski ym. 2009: 99–107; Nitschke ym. 2010: 1882–1890; Virtanen 2014.)

Asenteeseen ja motivaatioon vaikuttaminen

Hoitohenkilökunnan motivaation kohentaminen on välttämätöntä ikääntyneiden suun terveyden parantamiseksi. Hoitajien asenteita ikääntyneen suun terveydenhoidon tärkeyttä kohtaan voidaan parantaa antamalla heille ikääntyneen asiakkaan suuhygienian toteuttamisohjeita ja tuomalla esiin suun terveyden ja yleisterveyden yhteys sekä suun terveyden yhteys monien sairauksien hoitotasapainoon. (Nitschke ym. 2010: 1882–1890; Wang ym. 2015: 1090–1096.) Willumsen (2009: 251–257) toteaa, että käytännön ongelmiksi hampaiden harjaukselle muodostuu hoitajien tiedon ja koulutuksen puuttuminen sekä ajan ja välineiden puute, mitkä saattavat edesauttaa avustamisen laiminlyöntiä tai lykkäämistä. Hoitajille annettavat käytännön koulutustilaisuudet, jotka tarjoavat heille mahdollisuuden keskustella suhtautumisestaan suun terveydenhoitoon, saada tietoa plakin merkityksestä suun terveydelle sekä vaiheittaiset ohjeet hampaiden harjauksesta ja proteesien puhdistuksesta, vaikuttavat myönteisesti tietotasoon ja asenteisiin, jonka lisäksi niillä on positiivinen vaikutus ikääntyneiden kotona toteutettavaan suuhygieniaan ja ikääntyneiden suun terveyteen. (Willumsen ym. 2009: 251–257; Bissett – Preshaw 2011: 14–21.)

6 Pohdinta

Opinnäytetyön aineistoksi löytyi 27 kansainvälistä ja suomalaista tutkimusartikkelia sekä tutkimusta, joista saatiin sisällönanalyysin avulla tuotettua laajasti tietoa ja kuvattua ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä, opinnäytetyön tarkoituksen ja tavoitteen mukaisesti. Aineiston avulla pyrittiin löytämään vastaukset tutkimuskysymyksiin etsimällä ilmiön keskeisiä käsitteitä ja tuomalla yhteen tämän hetken tieto ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisestä, sen esteistä ja kotihoidon työntekijöiden kokemuksista ikääntyneen suun terveydenhoitoa kohtaan. Tulosten mukaan näyttäisi siltä, että ikääntyneen suun terveyden edistäminen vaatii osakseen monenlaisia kehitystoimenpiteitä, jotta ikääntyneen suun terveyden edistämistä saadaan kehitettyä paremmaksi ja toisaalta sen esteitä purettua kehityksen tieltä. Voidaan sanoa, että kotihoidon nykyistä palvelujärjestelmää ja toimintatapoja kohtaan on laajalti uudistamispainetta.

6.1 Tulosten tarkastelu

Kirjallisuuskatsauksen aineistosta saadut tulokset pitkälti vahvistivat olemassa olevaa teoriaa ikääntyneen kotihoidon asiakkaan terveyden edistämisen ilmiöstä. Aineiston avulla teorian tietoon saatiin vahvistusta ja yksityiskohtaisempia tarkennuksia, vaikka joitakin eroavaisuuksia teorian ja aineiston väliltä nousikin esiin. Tutkimuskysymyksiin löydettiin vastauksia ja tulokset jaoteltiin omiin lukuihinsa muuntamalla tutkimuskysymys luvun otsikoksi. Tulokset jakaantuivat näin ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen mahdollisuuksiin, ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen esteisiin ja kotihoidon työntekijöiden kokemuksiin asiakkaan suun terveyden edistämisestä.

Kotihoidon ikääntyneiden asiakkaiden määrä tulee kasvamaan niin väestön ikääntymisen kuin palvelurakenteen muutoksen kautta, jossa pyrkimyksenä on tukea ikääntyneiden kotona asumista mahdollisimman pitkään. Kotona asuminen on yhteiskunnallisesti kustannustehokasta ja samalla se lisää ikääntyneen asemaa eettisestä näkökulmasta. Kotona asuminen kasvattaa ikääntyneen elämänlaatua, osallisuutta ja itsemääräämisoikeutta. Opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska ikääntyneiden väestöosuuden kasvun myötä tulevaisuudessa on myös enemmän ikääntyneitä, joilla on hoidettavia hampaita ja tätä kautta enemmän suusairauksia. Riskitekijöiden yleistyminen ja suun terveyden edistämisen esteiden kasaantuminen nostavat suusairauksien riskiä ja kasvattavat edelleen suun terveyden edistämisen haasteellisuutta. Suusairauksien ehkäisyssä merkittävin rooli on suun omahoidolla. Ikääntyneillä on kohtalaiset tiedot suun terveyden hoitamisesta, mutta motivaatio omahoidon toteuttamiseen on heikoin juuri yli 65-vuotiailla. Tulosten mukaan ikääntyneiden suun terveyden edistäminen ja motivointi vaativat pitkäjänteistä työtä, jossa säännöllisyys, rutiinit ja ohjauksen toistuvuus näyttävät merkittävää roolia. (Jylhä ym. 2012: 3; Hennala 2014: 67–82; Kiljunen 2015: 14; Ronkainen ym. 2002; Siukosaari – Nihtilä 2015: 36; Stewart 2013: 25–30; Meurman 2016; Garrido ym. 2011: 742–747; Nitschke ym. 2010: 1882–1890; Strömberg ym. 2011: 221–229; Kuo ym. 2015: 137–142.)

Vanhuspalvelulain (980/2012 1. luku § 4–6, 11) noudattaminen ikääntyneen kotihoidossa edellyttää tarkoitustenmukaisten palveluiden tarjoamista, yksilöllisyyden huomiointia, osallistamista, saatavuuden yhdenvertaistamista ja itsenäisen suoriutumisen tukemista. Palvelu- ja hoitosuunnitelmaa laadittaessa tulisi ottaa huomioon ikääntyneen toimintakyky ja sen ylläpitäminen, joka osaltaan lisää potilas- ja asiakasturvallisuutta.

Tuloksiin peilaten voidaan sanoa, että kotihoidon tavoitteena on toimia oikein lain puitteissa, mutta tavoitteet ja kotihoidon arki ovat käytännössä vielä jonkin matkan päässä toisistaan. Kotihoidon hoitotyötä ja palvelusuunnitelman laatimista ilmentää rutiinimaisuus ja joustamattomuus, josta voidaan toisaalta todeta, ettei yksilöllisyyden huomioimista pidetä vielä tärkeänä osana ikääntyneen kotihoidossa, tai toisaalta yksilöllisyyden huomioimiseen ei koeta olevan riittävästi aikaa ja resursseja. Yksilöllisyyden huomioiminen on osa ikääntyneen toimintakyvyn tukemista, kuten myös osallisuuden kokemusten tuottaminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen. Osallisuuden ja toimintakyvyn edistämässä on hoitajien lisäksi ikääntyneen omaisilla ja läheisillä merkittävä rooli. Omaiset halutaan sitouttaa ikääntyneen hoitoon entistä vahvemmin, koska läheisten tuki osallisuuden ja toimintakyvyn edistämässä on todella tärkeää. Toimenpidekeskeisyyden ja fyysisiin tarpeisiin vastaamisen ollessa vallalla, ikääntyneen omien voimavarojen tukeminen jää kotihoidossa toissijaiseksi. Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen edistäminen vaatisi kuitenkin kotihoidon palveluiden yksilöllistä, ja voimavaroja huomioivaa suunnittelua. Suun terveyden edistämisen suunnasta katsottuna, suun terveydenhoidon suunnittelun osuus ikääntyneen kotihoidon asiakkaan hoito- ja palvelusuunnitelmassa on jokseenkin olematonta. Ikääntyneen suun terveyden edistämisen, yksilöllisyyden, toimintakyvyn ja voimavarojen huomioon ottaminen, niin käytännön työssä, kuin hoito- ja palvelusuunnitelman laatimisessa onkin yksi ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen keskeisistä teemoista. Suun terveydenhoidon tulisi olla osa geriatrisen hoidon kokonaisuuden suunnittelua, koska se on tärkeä osa ikääntyneen terveydenhoidon ja hyvinvoinnin kokonaisuutta ja sillä on suuri merkitys kotihoidon jatkuvuuden kannalta. (Belsi ym. 2013: 77–82; Finne-Soveri 2014; Hiltunen ym. 2015; Nissinen 2015: 9–12; Tikkanen 2015: 5, 48; Turjamaa 2014: 31–32, 41–43; Lewis ym. 2015: 95–105; Lundqvist ym. 2014: 39–43; Komulainen 2013: 60; Kuo ym. 2015: 137–142; Strömberg ym. 2011: 221–229.)

Voidaan sanoa, että ikääntyneen suun terveyden edistäminen on aliarvostettua yhteiskunnan kaikilla tasoilla ja kansallisten hoitosuosituksen noudattamisesta löytyy puutteita. Suositusten mukaan kotihoidon ikääntyneitä asiakasta tulee kannustaa ja ohjata omatoimiseen suuhygienian ylläpitämiseen. Kotihoidon työntekijän tulee tarvittaessa tukea ja auttaa suuhygienian toteuttamisessa tai ikääntyneen tilanteen niin vaatiessa ottaa kokonaan vastuu hampaiden ja proteesien puhdistuksesta. Tätä tulosta vasten nousee esiin ristiriita, jossa suun terveyden vastavuoroinen yhteys yleisterveyteen ja vaikutus hyvän elämänlaadun ylläpitämiseen on tunnistettu, mutta ikääntyneen suun terveyden edistämiseen ei silti kiinnitetä riittävästi huomiota. Yhtenä tuloksista esiin

nousseena syynä ikääntyneen suuhygienian huolehtimisen laiminlyöntiin on kotihoidon ammattilaisten tiedon ja taidon puutteellisuus, jonka vuoksi suun terveyden edistämistä ei pidetä tärkeänä. Koulutuksellinen näkökulma onkin nostettava esiin ikääntyneen suun terveyden edistämisen keskeisistä teemoista puhuttaessa. Toisaalta kotihoidon työntekijät kyllä pitivät ikääntyneen suun terveydestä huolehtimista tärkeänä, mutta se koettiin liian intiimiksi ja pelättiin vahingon tuottamista. Suuhygienian toteuttamisen nähtiin lisäksi kuuluvan vain iltatoimiin, ja jos ikääntyneellä oli vielä huono kooperaatio, niin suuhygienian toteuttaminen helposti sivuutettiin. Kuitenkin tulee huomioida, että suurin osa ikääntyneistä ottaa avun suun omahoidon toteuttamisessa mielellään vastaan ja yksilöllisyys huomioiden kooperaatiota on mahdollisuus kasvattaa. (Findikaattori 2016; WHO 2006: 1, 3; Lindqvist ym. 2013: 298; Turjamaa 2014; Wang ym. 2015: 1090–1096; Meurman 2016.)

Selkeiden toimintaohjeiden ja laatukriteerien puuttumisen voidaan myös katsoa olevan syynä kotihoitajien osittain välinpitämättömään suhtautumiseen ikääntyneen suun terveyden edistämistä kohtaan. Toimintamallien ja laatukriteereiden selkeyttäminen nousikin opinnäytetyössä esiin yhdeksi ikääntyneen suun terveyden edistämisen teemaksi. Esiin on hyvä nostaa kotihoidon nykyinen olemus, jota luonnehtii tekeminen asiakkaan puolesta eikä hänen kanssaan. Kotihoidossa ovat vallalla käsitteet aika ja tehtävä, joiden puitteissa ikääntyneen suun terveyden edistäminen koetaan ylimääräisenä taakana, jonka suorittamista ei ole ennenkään vaadittu. (Findikaattori 2016; WHO 2006: 1, 3; Lindqvist ym. 2013: 298; Turjamaa 2014; Wang ym. 2015: 1090–1096; Meurman 2016.)

Sekä teorian että aineiston pohjalta on ilmeistä, että kotihoidon työntekijöiden suun terveyden edistämisen osaamista ja valmiuksia hoidontarpeen arviointiin, on kasvatettava. Koulutusta lisäämällä saadaan lisättyä kotihoitajien tietoa ja osaamista, mutta sillä voidaan lisäksi tuoda kotihoidon toimintakulttuuriin positiivista asennetta ikääntyneen suun terveyden edistämistä kohtaan. Koulutusten avulla saadaan myös parannettua hoidon ja palveluiden laatua. Suun terveyden onkin todettu parantuvan merkittävästi niillä ikääntyneillä kotihoidon asiakkailla, joita on hoitanut suun terveyden edistämisestä lisäkoulutusta saaneet hoitajat ja hoitajien on todettu enimmäkseen olevan myös halukkaita saamaan lisäkoulutusta ikääntyneen suun terveydenhoidosta. Koulutuspolitiikalla on merkittävä rooli myös väestön ikääntymisen myötä kasvavaan taloudelliseen kuormaan. Kun kotihoitajilla on valmiuksia suun terveydenhoidon tarpeen varhaiseen havaitsemiseen, voidaan säästyä paljon kalliimmilta toimenpiteiltä ja laitoshoidoiksi.

ta. Unohtamatta hyvän omahoidon vaikutusta ikääntyneen suun terveyttä, yleisterveyttä ja elämänlaatua kohtaan. Koulutusta tulisi sisällyttää niin lähihoitajien peruskoulutukseen, kuin kotihoidon työntekijöiden koulutukseen. Koulutusten tulee olla riittävän laadukkaita, jotta niillä päästään haluttuihin tuloksiin, koska ylimalkaisilla valmennuksilla ei ole saatu aikaan muutosta. Lisäksi koulutusten on tärkeää sisältää käytännön harjoittelua. Suun sairauksien tehokas ehkäisy ja ikääntyneen suun terveyden parantaminen edellyttävät koulutusten ja ohjauksen järjestämistä sekä käytännön ohjeiden antamista myös ikääntyneelle itselleen sekä hänen omaisilleen. (Heikka ym. 2015: 148–158; Hiltunen ym. 2015; Nissinen 2015: 9–12; Delgado ym. 2016: 14–21; Garrido ym. 2011: 742–747; Othman ym. 2014: 136–144; Lewis ym. 2015: 95–105; Wangin 2015: 1090–1096; Bissett – Preshaw 2011: 14–21; Mello ym. 2010: 41–46.)

Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan palveluiden kehittämistä aiemmin leimanneiden organisaatiolähtöisyyden ja tavoitteiden kustannuslähtöisyyden ajatteluun ollaan vähitellen lisäämässä asiakaslähtöistä ajattelua. Tämä on sen ansiota, että palveluiden laatua halutaan nostaa uusilla kehittämismalleilla ja käyttöön on otettu uusia julkisjohtamisen malleja, jotka pohjaavat asiakaslähtöisyyteen. Ikääntyneiden kasvaneet odotukset palveluita kohtaan ovat myös kasvattaneet asiakaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden huomiointia. Asiakaslähtöisyyden on kuitenkin palveluinnovaatiotutkimuksissa havaittu olevan vaarassa jäädä vain kehittäjien tyhjäksi puheeksi tai maineen kasvattamisen tarkoituksessa kehitellyksi tempuksi. Opinnäytetyöstä nousee vahvasti esiin, että ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen palveluiden kehittämisellä on jo kiire, mutta tekemisen konkretia jää nykyisellään puuttumaan. Voidaankin kysyä ovatko suositusten ja uusien toimintastrategioiden sisällöt osittain retorisia, johtuen niiden epärealistisista lupauksista ja toisaalta niiden vaatimuksista. (Hennala 2014: 67–82; Turjamaa 2014: 39.)

Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen kehittämistyön tulee toteutua terveydenhuollon toimijoiden moniammatillisessa yhteistyössä, koska moniammatilliset tiimit pystyvät parhaiten kehittämään tehokkaita, laadukkaita ja positiivisia muutoksia aikaansaavia toimintatapoja. Uusilla toimintatavoilla ja selkeällä tavoiteasettelulla turvataan ikääntyneille kivuton ja puhdas suu, ylläpidetään toimintakykyä ja parannetaan elämänlaatua. Tehokkaiden ratkaisujen kehittämiseksi tulee kotihoitajat ottaa mukaan suunnitteluun, sen sijaan, että uudet toimintamallit vain pudotettaisiin organisaatiokaaviossa ylhäältä alaspäin. Kotihoitajalla tulee olla tiedossa oman alueen suun terveydenhuollon yhteyshenkilö ja suun terveydenhuollon ammattilaisten tulee

ottaa vastuuta kotihoidon henkilöstön riittävän osaamisen ylläpidosta. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveydenedistämisen kehittämisessä moniammatillinen yhteistyö on teema, jonka avulla ikääntyneiden palveluita saadaan innovoivaa myös ikääntyneitä paremmin tavoitettaviksi. Sen lisäksi, että suun terveydenhuollon ja kotihoidon organisaatioiden pitäisi toimia tiiviimmässä yhteistyössä keskenään, niin monipuoliseen yhteistyöverkostoon tulisi liittää kotihoidon asiakkaan itsensä lisäksi myös tälle läheiset ihmiset. (Siukosaari ja Nihtilä 2015: 40; STM 2015: 6; Bissett – Preshaw 2011: 14–21; Nitschke ym. 2010: 1882–1890; Turjamaa 2014: 39; Hirata ym. 2013: 67–72; Komulainen 2013; Othman ym. 2014: 136–144; Lewis ym. 2015: 95–105; Virtanen 2014.)

Vahvimpana teemana opinnäytetyössä nousi esiin ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden palveluiden monipuolistamisen tarve. Ikääntyneet tarvitsevat tukea suuhygienian toteuttamiseen ja sen lisäksi järjestelyjä, joilla voidaan helpottaa säännöllistä suun terveyden ylläpitohoitoa. Hammashuollon palveluiden puuttumisen on todettu vaikuttavan huomattavan negatiivisesti ikääntyneen hyvinvointiin sekä elämänlaatuun ja käänteisesti tuloksissa todetaan, että hammashoidon palveluiden käyttö nostaa kiistatta ikääntyneen elämänlaatua. Suun terveydenhuollon palveluiden monipuolistamisella pystyttäisiin helpottamaan saatavuutta ja hoitoon pääsyä. Palveluiden siirtyminen kotiin, ja tavoite tukea ikääntyneen kotona asumista mahdollisimman pitkään, aiheuttavat selkeästi tarpeen vahvistaa suun terveydenhuollon asemaa kotihoidon toimintakulttuurissa. Väestön ikääntymisen myötä kasvaa myös niiden ikääntyvien määrä, jotka eivät kykene tulemaan suun terveydenhuollon vastaanotolle. Merkittävimpänä ja oikeastaan ainoana ratkaisuna on hammashuollon palveluiden vieminen ikääntyneen kotiin, jolla kotiin sidotut tai muita esteitä omaavat ikääntyneet saadaan tuotua suun terveydenhuollon piiriin. Ikääntyneen kotona annettava suun terveydenhoito vähentäisi kunnallisten hammaslääkäreiden kuormitusta ja toisin kuin luullaan, niin ikääntyneen kotiin vietyt suun terveydenhuollon palvelut ovat osoittautuneet kustannustehokkaiksi. Suurimpana esteenä ikääntyneen kotona tapahtuvaa suun terveydenhuoltoa kohtaan on hammaslääkäreiden kokemat esteet, joiden purkamiseksi tulee etsiä toimivia keinoja, koska ikääntyvistä jo neljännes toivoisi saavansa suun terveydenhuollon palveluita kotiinsa. Tähän neljännekseen kuuluvia ikääntyneitä yhdistää toimintakyvyn heikentyminen ja vähäinen suun terveydenhoitopalveluiden käyttö, joten kotiin vietävät palvelut ovat ainut keino saada nämä ikääntyneet suun terveydenhoidon piiriin. (Othman ym. 2014: 136–144; Sarkomaa 2015; Stewart 2013: 25–30; Siukosaari – Nihtilä 2015: 36–

41; Hennala 2014: 67–82; Meurman 2016; Belsi ym. 2013: 77–82; Watkins ym. 2012: 251–258; Herr ym. 2014: 808–813; Gluzman ym. 2013: 218–226.)

Vanhuspalvelulaki vastuuttaa terveysteknologisten, modernien menetelmien kehittämiseen ja ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistäminen vaatiikin tulevaisuudessa innovatiivisuutta. Palveluiden monipuolistamisessa erilaiset terveysteknologiset välineet ovat kustannustehokkaita ratkaisuja, joiden kehittäminen ja implementointi ovat tuloksellisen ja menestyksekkään toiminnan tae, kunhan suun terveydenhuollon ja kotihoidon johto saadaan sitoutumaan ja innostumaan terveysteknologisista työvälineistä. Terveysteknologian avulla saadaan myös kehitettyä moniammatillista yhteistyötä, josta MobiDent-applikaatio toimii erinomaisena esimerkkinä. (Lampi – Rautiola 2016: 40–41; Herr ym. 2014: 808–813.)

Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden lisääntyneisiin suun terveydenhoidon tarpeisiin vastaaminen vaatii voimavarojen suuntaamista suun terveyden edistämisen ja suun terveysteknologian kehittämiseen sekä tautien ehkäisyyn. Suun terveyden edistämisen suunnittelussa on huomioitava sekä järjestelmän että ikääntyneen väestön tarpeet. On huomioitava, että kotihoidon ikääntyneen asiakkaan suun terveyden edistämistä on tutkittu vielä melko vähän. Suun terveydenhuollon palveluiden merkittävien ja ihmisläheisten sekä yhdessä lääketieteellisen hoidon kanssa toimivien suositusten tuottamiseksi tarvitaan laajalla otannalla olevia tutkimuksia. Opinnäytetyön tulosten mukaan suun terveyden edistämisen toimenpiteillä ja interventioilla saadaan kyllä tuloksia aikaan, mutta melko hitaasti, joten muutosten aikaansaamisessa vaaditaan pitkäjänteisyyttä. (Bissett – Preshaw 2011: 14–21; Hiltunen ym. 2015; STM 2016: 6; Komulainen 2013; Turjamaa 2014; Willumsen ym. 2009: 251–257.)

Suuhygienistin rooli ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämässä on merkittävä niin ikääntyneen väestön suun terveydenhoidossa kuin moniammatillisen yhteistyötiimin jäsenenä sekä kotihoidon ammattilaisten suun terveyden edistämismuutosten kasvattamisessa että ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden terveydentilan ja tätä kautta elämänlaadun parantamisessa. (Siukosaari – Nihtilä 2015: 36–41; Meurman 2016; Bissett – Preshaw 2011: 14–21; Nitschke ym. 2010: 1882–1890; Hirata ym. 2013: 67–72.)

6.2 Menetelmän tarkastelu

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, jossa aineiston analyysi toteutettiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Opinnäytetyö pyrittiin toteuttamaan johdonmukaisesti menetelmää toteuttaen. Kirjallisuuskatsausta koskevaan kirjallisuuteen tutustumalla saatiin menetelmästä hyvä käsitys, niin teoreettisesti kuin käytännönkin kannalta, joka helpotti työhön ryhtymistä.

Kirjallisuuskatsauksen luonteen mukaisesti tutkimuskysymysten asettamista ohjasi tutkimuksen tarkoitus kuvata ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä. Tutkimuskysymykset asetettiin ensin väljästi, joka antoi meille liikkumatilaa nostaa aiheesta esiin juuri se, mitä ilmiön tutkimukset meille halusivat kertoa. Tutkimuskysymyksiä tarkennettiin sekä jäsennettiin opinnäytetyöprosessin aikana esimerkiksi niin, että ikääntyneen suun terveyden edistämistä tarkasteltiin lopulta sekä kehittämisen teemojen että sen esteiden kannalta. Tällä pyrimme mahdollisimman perusteellisiin tuloksiin. Omana ilmiönään tutkimuskysymykseksi nostettiin vielä kotihoidon työntekijöiden kokemukset ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisestä, johtuen kotihoidon työntekijöiden merkittävästä avainasemasta ikääntyneen suun terveydentilan muutosten varhaisessa havaitsemisessa. (Kylmä – Vehviläinen-Julkunen – Lähdevirta 2003: 609–615; Salminen 2011: 10–11.)

Aineiston valitseminen tietokannoista aloitettiin opinnäytetyön tekijöiden kesken, pohtimalla ilmiön keskeisiä käsitteitä ja viemällä ne eri tietokantoihin, jolloin tuloksena hakuihin oli kymmeniä tuhansia osumia. Aineiston haussa ehdotonta oli informaation avun hyödyntäminen, koska hänen avullaan löydettiin aihepiiriin viralliset ja kontrolloidut, lääketieteen lehtiartikkeleissa käytössä olevat MeSH-hakusanat (Medical Subject Headings) ja näin hakujen tuloksista saatiin paljon suppeammat, jolloin hakujen läpikäyntiin käytettävää aikaa saatiin rajattua. Kerätty aineisto oli lopulta laaja, kaikkiaan 31 tutkimusta. Molemmat opinnäytetyön tekijät halusivat ottaa kaikki ilmiöön soveltuvat tutkimukset mukaan, jotta opinnäytetyössä päästäisiin perusteltuihin johtopäätöksiin sille asetettujen tavoitteiden mukaisesti.

Tutkimusten pitkäjänteisen lukemisen ja taulukoinnin jälkeen pääsimme lopulta laatimaan sisällönanalyysia. Menetelmäluvussa pyrittiin kuvaamaan analyysimenetelmä monipuolisesti ja huolellisesti, jonka lisäksi opinnäytetyöprojektiin liittyvistä työpajoista

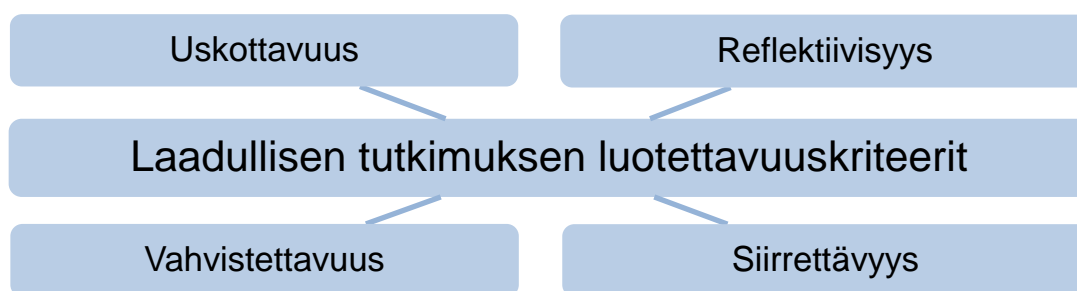
sekä ohjaustilanteista otettiin irti kaikki mahdollinen hyöty ja vietiin saadut opit käyttöön.

Sisällönanalyysi haastoi meidät tutkijoina, koska sisällönanalyysiin ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta, jonka mukaan edetä. Tämä siitäkkin syystä, että tutkimuksen tarkoitus, tutkimuskysymykset ja itse aineisto pitkälti ohjaavat analyysin tekemistä sekä induktiivista päättelyä ja eri sisällönanalyyseissä nämä luonnollisesti muuttuvat tutkittavan ilmiön mukaan. Sisällönanalyysin edetessä tuli monesti pohdittua sen oikeellisuutta, vaikka oikeita vaihtoehtoja tiedettiin olevan useita. Sisällönanalyysi onkin aina tekijöidensä näköinen, vaikka tutkimukseen olisi käytetty samaakin aineistoa. Analyysin tuottamista helpotti sisällönanalyysistä kertovaan kirjallisuuteen ja aiemmin tehtyihin sisällönanalyyseihin tutustuminen. Huomasimme huolellisesti tehdyn sisällönanalyysin helpottavan merkittävästi tulosluvun laatimista. Erityisen tyytyväisiä olimme alkuperäisessä sisällönanalyysitaulukossa käyttämäämme värikoodaukseen, jossa jo ensimmäisen sarakkeen pelkistämättömät alkuperäisilmaukset oli kirjoitettu sillä värillä, mitä tutkimuskysymystä se koski. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen esteitä kuvattiin punaisella tekstillä, ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä kuvaavia kehittämisen teemoja vihreällä ja kodinhoitajien kokemuksia taas sinisellä tekstivärillä. Tämän innovaation haluaisimme jakaa muillekin sisällönanalyysin käyttäjille, koska se helpottaa tulosten yhteen tuomista. Työtä oli silti paljon, koska olimme ottaneet analyysiin lopulta mukaan lähes kolmekymmentä tutkimusta. Tulosluvusta tuli huolellisesta sisällönanalyysistä huolimatta melko laaja, joten voidaankin kysyä etenikö sisällönanalyysi järkevällä tavalla. Voidaan lisäksi kysyä oliko pelkistettäviä alkuperäisilmauksia liikaa, tai olisiko aineiston analysointia voinut tehdä vielä tiukemmin, esimerkiksi yläluokkia samankaltaistamalla. Työn laajuudesta johtuen voimme kuitenkin olla varmoja siitä, ettei mikään aineistosta esiin noussut näkökulma jäänyt opinnäytetyössä huomioimatta. (Kylmä ym. 2003: 609–615; Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–111, 124; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 166–168.)

Tulosten syntetisoinnissa saatiin opinnäytetyön tekijöiden alkuperäisen tavoitteen mukaisesti raportoitua tämän hetken tieto, tarkasteltiin tuotettua tulosta yhdistämällä se teoreettiseen lähtökohtaan ja selitettiin tehdyt löydökset, jotka olivat hyvin paljon odotetun kaltaisia. Laadullisen menetelmän luonteen mukaisesti opinnäytetyötä rakennettiin ilmiön ymmärtämisen ja tulkittamisen lähtökohdasta. (Kylmä ym. 2003: 609–615; Tuomi – Sarajärvi 2009: 108–111, 124; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 166–168.)

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta arvioimalla pyrimme osoittamaan siinä tuotetun tiedon totuudenmukaisuuden. Opinnäytetyön kirjoittamisessa noudatettiin avoimuutta ja lähdemerkinnät on tehty asianmukaisesti. (Kylmä – Juvakka 2012: 127–129.) Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuskysymykset koskevat ensinnäkin tutkimuskysymyksen ja valikoidun kirjallisuuden argumentointeja. Kuvailun perusteluiden tulee olla vakuuttavia ja etenemisen vaiheittain johdonmukainen. Opinnäytetyön johdonmukaiseen etenemiseen pyrittiin kiinnittämään erityistä huomiota etenkin opinnäytetyön laajuuden vuoksi, koska johdonmukaisuuden ymmärrettiin olevan erityisen tärkeää luotettavuuden kannalta. Vaiheiden jäsentäminen lisää kirjallisuuskatsauksen menetelmällistä luotettavuutta ja luotettavasta työstä löytyy kaikkien valintojen, tulkintojen ja päätelmien perustelut. (Kangasniemi ym. 2013: 291–301.) Kirjallisuuskatsauksella kootun tiedon luotettavuus tulee varmistaa arvioimalla kirjallisuuskatsauksen jokaista eri vaihetta kriittisesti. (Häkkinen 2015, 30–31.) Opinnäytetyössä tehdyt valinnat ja päätelmät on perusteltu sekä tekstissä että kuvioiden avulla ja arviointia suoritettiin opinnäytetyöprosessin jokaisessa vaiheessa, jotta tuloksena oli mahdollisimman luotettava kokonaisuus. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden tarkasteluun käytetään yleisesti seuraavia luotettavuuskriteereitä: uskottavuus, reflektiivisyys, vahvistettavuus ja siirrettävyys. (Kylmä ym. 2003: 609 – 615; Kylmä – Juvakka 2012: 127–129.)



Kuvio 7. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteerit (mukaihen Kylmä – Juvakka 2012: 128).

Tutkimuksen uskottavuuden määritelmä koostuu opinnäytetyön ja siinä saatujen tulosten uskottavuudesta ja näiden osoittamisesta. Uskottavuutta voidaan vahvistaa kuvaamalla tulokset niin, että opinnäytetyön vahvuudet ja heikkoudet tulevat ymmärretyksi. Refleksiivisyyden aikaansaamiseksi edellytetään, että tutkija tiedostaa omat lähtökohdansa tutkimuksen tekemiseen ja itse tutkimukseen liittyen. Tutkimuksen lähtökoh-

dat tulee myös kuvata tutkimusraportissa. Tutkimuksessa on arvioitava, miten opinnäytetyön tekijät ovat tutkijoina vaikuttaneet aineistoonsa. (Kylmä – Juvakka 2012: 128.)

Metodologisesti arvioitaessa opinnäytetyön tekijöiden luotettavuutta voidaan pitää riittävänä, koska esiyymmärrystä ja kokemusta ikääntyneen suun terveyden edistämisestä on hankittu niin suuhygienistiopintojen projektien kuin käytännön työn kautta. Lisäksi opinnäytetyön tekijöillä on omia läheisiä kotihoidon asiakkaana. Opintojen, työkokemuksen ja läheisten kautta hankittu kokemus vahvistaa opinnäytetyön tekijöiden käsitystä ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen nykytilasta ja sen kehittämisen tarpeesta. Kokemuksemme myötä olemme jo nähneet suun terveyden vastavuoroisen yhteyden yleisterveyteen, riskitekijöiden kasaantumisen ja toimintakyvyn heikkenemisen vaikutuksen suun terveydelle ja näiden kautta suun terveyden yhteyden ikääntyneen elämänlaatuun. Uskottavuuden lisäämiseksi opinnäytetyön valinnat pyrittiin kuvaamaan ja perustelemaan mahdollisimman tarkoin. Lisäksi opinnäytetyön ohjaajien ja toisten opiskelijoiden kanssa käytyjen keskusteluiden yhteydessä saadut ehdotukset olivat usein opinnäytetyön laatua ja luotettavuutta lisääviä, joten ne otettiin usein sellaisinaan mukaan käytäntöön. Opinnäytetyön tekijöillä oli melko vahva ennakkokäsitys siitä, millaisia tuloksia ilmiöstä aineiston avulla saataisiin. Tämän vaikutusta saatuihin tuloksiin ja aineiston tulkintaan pyrittiin välttämään sillä, että molemmat lukivat aineiston ja toisen tuottaman tekstin läpi sillä ajatuksella, ettei kirjoittajan oma käsitys ole vaikuttanut tuotettuun tekstiin, vaan se pohjautuu aineistoon.

Englanninkielisten tutkimusten käännökset tarkistettiin toisillamme, jonka lisäksi haastavissa kohdissa käännökset pystyttiin tarkistuttamaan lähipiiriin kuuluvalla henkilöllä, jonka työkielenä on englanti. Lisäksi puhuimme opinnäytetyötä aloitettaessa paljon omista ennakkokäsityksistämme, joten ne olivat selkeästi molempien tiedossa, jolloin niiden vaikutusten välttäminen helpottui. (Kylmä ym. 2003: 609 – 615; Kylmä – Juvakka 2012, 127–129.)

Vahvistettavuuden kriteeri on luotettavuuden arvioinnissa keskeinen. Tutkimusprosessin kuvauksen pitää olla kirjattu niin, että toinen tutkija pystyy seuraamaan pääpiirteissään prosessin etenemistä. Läpinäkyvyyden ja vahvistettavuuden aikaansaamiseksi on tämän opinnäytetyön vaiheiden suunnittelu ja dokumentointi tehty huolellisesti opinnäytetyön luotettavuuden varmistamiseksi. Kun laadullisen tutkimuksen yhteydessä puhutaan vahvistettavuudesta, niin tulee kuitenkin huomioida, ettei toinen tutkija välttämättä tule aivan samaan tulokseen, vaikka aineisto olisikin sama. Tämä johtuu laadullisen

tutkimuksen hyväksytystä oletuksesta, jossa on olemassa useita todellisuuksia. Voidaan sanoa, että erilaiset näkemykset tutkittavasta ilmiöstä eivät välttämättä kerro tutkimuksen luotettavuusongelmasta, vaan ennemminkin lisäävät käsitystä tutkimuskohteesta. Tulosten tulisi laadullisessa tutkimuksessa olla siirrettävissä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tämän aikaansaamiseksi tutkijan tulee antaa tutkimuksessa tarpeeksi kuvailevaa tietoa, jotta lukija kykenee arvioimaan tulosten siirrettävyyttä. Siirrettävyyden ja luotettavuuden varmistamiseksi pidimme koko opinnäytetyöprosessin ajan huolta opinnäytetyön eri vaiheiden selkeästä dokumentoinnista ja analyysin tarkasta raportoinnista, jonka lisäksi käytimme hahmottamisen apuna erilaisia taulukoita, joissa kuvataan kirjallisuuskatsauksen ja sen eri vaiheiden etenemistä.

Luotettavuuden lisäämiseksi analyysiprosessista tehtiin näin lukijalle mahdollisimman avoin, ja tulosten sekä teorian välinen yhteys esitetään opinnäytetyön raportissa. (Isojärvi 2015; Kylmä ym. 2003: 609 – 615; Kylmä – Juvakka 2012, 127–129, 154; Kyngäs ym. 2011: 138–148; Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 200–202.)

6.4 Opinnäytetyön eettisyys

Etiikka ja eettisyys liittyvät oleellisesti tutkimuksen laatuun ja laadukasta tutkimusta ohjaa aina eettinen sitoutuneisuus. Tutkimusaiheella tulee aina olla eettinen oikeutus. Tämän opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska ikääntyneen suun terveydellä on merkittävä yhteys ikääntyneen elämänlaatuun. Eettisesti kotihoidon ikääntyneen asiakkaan suun terveyden edistämisen tutkimista voidaan perustella myös sillä, että aihetta on tutkittu vielä kovin vähän, joka tukee samalla myös laadullisen menetelmän valintaa. Eettistä kestävyttä voidaan pitää laadullisen tutkimuksen luotettavuuden toisena puolenä, koska eettisyys liittyy myös tutkimuksen laatuun. Eettisen kestävyuden takaamiseksi tämän opinnäytetyön tutkimussuunnitelma ja raportointi pyrittiin tekemään hyvin ja laadukkaasti. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 127, 132; Kylmä ym. 2003: 609 – 615.)

Kirjallisuuskatsauksen eettiset kysymykset koskevat tutkimuskysymyksen muotoilua ja tutkimusetiikan noudattamista katsauksen jokaisessa vaiheessa. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen ollessa menetelmällisesti väljän, korostui tekijöiden valintojen ja raportoinnin eettisyys kaikissa toteutuksen vaiheissa. Tekijät ovatkin vihkiytyneet eettiselle ajattelulle suuhygienistiopintojen alusta asti ja tiedostivat eettisen ajattelun olevan tärkeä työväline jokaisessa opinnäytetyöprosessin vaiheessa, joten eettinen sitoutuneisuus ohjasi koko opinnäytetyöprosessia. Hyvän tutkimusetiikan noudattamiseksi punai-

sena lankana ja mukana kaikessa tekemisessä kulkivat tasavertaisuus, oikeudenmukaisuus ja rehellisyys aina aineiston valinnasta ja käsittelystä työn raportointiin ja arviointiin asti. (Kangasniemi ym. 2013: 291–301.) Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) ja tieteelliselle toiminnalle esitettyjen vaatimusten mukaan on tässä opinnäytetyössä noudatettu oikean tieteellisen käytännön edellytyksiä toteuttaa tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi riittävän tarkasti ja yksityiskohtaisesti.

Tämän kirjallisuuskatsauksen toteutusta ohjasi hyvä tieteellinen käytäntö. Toteutettava kirjallisuuskatsausta pyritään tekemään rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti. Tarkkojen lähdemerkintöjen avulla kunnioitettiin alkuperäisten tutkimusten tekijöitä ja heidän saavutuksiaan. Eettisyyden lisäämiseksi tietoa etsittiin ainoastaan luotettavista lähteistä ja löydettyä aineistoa arvioitiin kriittisesti, parhaan mahdollisen aineiston löytämiseksi. Tiedonhaun työpajojen ja informaation tapaamisen avulla pystyttiin tutkimuskysymyksistä johdettua aineiston haun eettistä tasoa edelleen nostamaan. Eettisen työn takaamiseksi tiedostettiin riski plagioinnin mahdollisuudesta. Plagionnin ehdottoman välttämisen lisäksi opinnäytetyö vietiin Turnitin-plagiointiohjelman tarkastettavaksi useasti prosessin aikana. Kirjoittamisessa eettisyys varmistettiin oikeanlaisilla lähdeviittausmerkinnöillä ja kirjoitusasun yleisellä huolellisuudella. Englanninkielisten lähteiden osalta opiskelijat tarkastivat toistensa tulokset virheellisten käännösten eliminointiseksi. (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2015: 224–225; Tuomi – Sarajärvi 2009: 132–133.)

6.5 Opinnäytetyön hyödyntäminen ja jatkokehittämissuhteet

Tavoitteen ohjaamana opinnäytetyössä saatiin tuotettua tietoa, jonka avulla ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyttä voidaan parantaa. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen esteitä esiin nostamalla, voidaan näihin epäkohtiin myös helpommin puuttua ja kehittää keinoja näiden esteiden purkamiseksi. Sisällönanalyysin avulla löytyneitä ja tuloksissa läpikäytyjä ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämisen kehittämisteemoja voidaan hyödyntää ikääntyneen suun terveyden edistämisen kehitystyön ohjenuorana. Samoin kotihoidon työntekijöiden kokemuksia ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä kohtaan voidaan hyödyntää niin kotihoidon ammattilaisten koulutuksissa, kotihoidon uusien toimintamallien ja laatukriteereiden tuottamisessa, kuin moniammatillisen yhteistyön apuna. Opinnäytetyössä tuotettua tietoa voivat hyödyntää niin ikääntyneiden palveluja suunnittelevat moniammatilliset yhteisöt kuin ikääntyneiden hoitoon osallistuvat tervey-

denhuollon ammattilaiset. Ikääntyneen omaiset ja gerontologiaa sekä ikääntyneiden suun terveyttä opiskelevat voivat myös hyödyntää opinnäytetyössä tuotettua tietoa.

Jatkokehittämishankkeena mielenkiintoista olisi tutkia ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä syvemmin, koska ilmiötä on tutkittu vielä vähän ja tehokkaiden toimintamallien kehittämiseksi kaivataan lisää etenkin toiminnallisia tutkimuksia. Tämän opinnäytetyön jatkotutkimuksena toimisi hyvin myös kirjallisuuskatsauksen laajentaminen haastatteluja hyödyntämällä. Haastatteluihin voisi ottaa mukaan kotihoidon ikääntyneet asiakkaat ja heidän omaiset, kotihoitajat ja kotihoidon esimiehet sekä suun terveydenhoidon ammattilaisia. Sote-uudistuksen vaikutuksia ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämiseksi olisi hyvä tutkia, niin sote-uudistuksen suunnitelman kuin toteutuneen sote-uudistuksen pohjalta. Sote-uudistuksen tavoitteiden toteutumista voisi tutkia hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen, palveluiden saatavuuden ja yhdenvertaisuuden parantamisen sekä kustannusten hillitsemisen näkökulmasta. Opinnäytetyön tulosten pohjalta voisi suunnitella ja järjestää kotihoidon ammattilaisille ja ikääntyneille itselleen suunnattuja, tehokkaita koulutuksia, joilla ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyttä voidaan aidosti parantaa. Terveysteknologisten innovaatioiden käyttöä ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämiseksi tulee edelleen tutkia ja kehittää. Suun terveydenhoidon mobiiliteknologian mahdollisuuksia tulisi edelleen kartoittaa, tutkia ratkaisujen käytännöllisyyttä kotihoidon arjessa ja samalla tarkastella mobiilien ratkaisujen kustannustehokkuutta.

6.6 Oppimisprosessi ja ammatillinen kasvu

Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut erittäin motivoiva sekä tiedollisesti ja taidollisesti kehittävä prosessi. Opinnäytetyö oli aineiston laajuuden vuoksi haastava, mutta ammatillista kasvua ja asiantuntijuutta edistävä oppimiskokemus. Aiemmin vaatimat tiedonhakutaidot ovat kehittyneet huomattavasti ja samalla kehittyminen tieteellisen tekstin kirjoittajina on ollut nousujohteista. Tiesimme jo opinnäytetyön alussa, että meillä on erilaisia vahvuuksia, joiden hyödyntämisen lisäksi tavoitteena oli oppia toisiltamme uusia taitoja. Projektin edetessä työnjako muotoutui kuitenkin kummankin vahvuuksien mukaan, jotta saimme projektin etenemään mahdollisimman jouhevasti.

Opinnäytetyö eteni enimmäkseen etänä, koska tämä säästi meiltä aikaa ja molemmat pystyivät viemään opinnäytetyötä eteenpäin omien aikataulujensa mukaan. Toisaalta

tämä lisäsi välillä epäselvyyttä siitä, mitä toinen oli tekemässä. Sovimme kuitenkin aina tavoitteista ja aikatauluista sekä käytimme ahkerasti hyödyksi erilaisia sähköisiä viestintävälineitä, jonka lisäksi kirjoitusalueen kommenttikentät osoittautuivat erittäin hyödyllisiksi tiedonkulussa ja ajatuksien vaihdossa. Antoisinta opinnäytetyön teko oli kuitenkin silloin, kun työstimme sitä eteenpäin yhdessä.

Aineiston tietokantahakuun, karsimiseen ja lukemiseen molemmat opiskelijat osallistui-
vat tasapuolisesti. Aineiston taulukointi, käännoistyö ja sisällönanalyysi muodostettiin
myös yhdessä. Taskinen hankki yliopiston kirjastosta tutkimusartikkelit, jotka haluttiin
lukea kokonaan ja osallistui opinnäytetyön kirjoittamisen kurssille, jonka opit ja vinkit
hyödynsivät suuresti opinnäytetyön etenemistä. Taulukoiden ja kuvioiden sisältö mietitiin
yhdessä, mutta Taskinen vastasi niiden tuottamisesta. Taskisen vastuulla oli myös
opinnäytetyön ulkoasusta ja lähdeviitteiden sekä lähdeluettelon oikeellisuudesta huolehtiminen. Taskinen kirjoitti opinnäytetyöstä jonkin verran ja muotoili tuotettua tekstiä, mutta pääasiallinen vastuu kirjoittamisesta ja tekstin muotoilusta oli Utriaisella.

Meillä oli melko vahva ennakkokäsitys ja aikaisempaa tietoa ikääntyneen kotihoidon
asiakkaan suun terveyden kehittämisen esteistä ja kehittämisteemoista. Osaamisemme
vahvistui ja syventyi kuitenkin opinnäytetyön myötä huomattavasti ja olemme jo
pystyneet hyödyntämään osaamistamme potilastyössä ja muissa opinnoissa. Vahvistuneesta
asiantuntijuudesta tulee olemaan meille valtavasti hyötyä myös tulevassa
työssämme suuhygienisteinä.

Lähteet

Elomaa, Leena – Mikkola, Hannele 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161352.pdf>>.

Findikaattori 2016. Tilastokeskus. Väestön ikärakenteen kehitys. Verkkodokumentti. <<http://www.findikaattori.fi/fi/14>>. Luettu 4.3.2017.

Finne-Soveri, Harriet 2017. Muuttuva maailma, muuttuva vanhuus. Helsinki: Duodecim 133. 215–219. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo13510.pdf>>.

Gothóni, Raili - Kähkönen, Esko 2015. Osallisuutta, oppimista ja arviointia. Diakonia-ammattikorkeakoulun TKI-toiminnan vuosikirja 2015. Diakonia-ammattikorkeakoulu Helsinki. Saatavilla myös sähköisesti: <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/87751/DiakB%2060_vuosikirja1.pdf?sequence=1>.

Haikola, Britta 2014. Oral health among finns aged 60 years and older. Edentulousness, fixed prostheses, dental infections detected from radiographs and their associating factors. Oulun Yliopisto, Oulu. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526206141.pdf>>.

Hennala, Lea 2014. Radikaaleja innovaatioita vai pieniä tekoja – ikäihmisten ääni kotihoidon palvelujen uudistamisessa. Lappeenrannan teknillinen yliopisto. Gerontologia 28 (2). 67–82.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Honkala, Sisko 2015. Lääkkeiden vaikutukset suun terveyteen. Terve suu. Helsinki: Duodecim. Saatavilla myös sähköisesti: <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trv00126>.

Häkkinen, Jonna 2015. Globalisaatio sosiaalityössä. Jyväskylän yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja filosofian laitos. Pro gradu-tutkielma. Saatavilla myös sähköisesti: <<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/47318/URN%3aNB%3afi%3ajyu-201510183393.pdf?sequence=1>>.

Häggman-Laitila, Arja 2009. Näyttöön perustuvaa hoitotyötä edistävät tekijät - Systemoitu katsaus hoitotyötekijöiden käsityksiin. Tutkiva hoitotyö 7 (2). 4–12.

Isojärvi, Jaana 2015. Kirjallisuushaku. Versio 1.0. HTA-opas. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/vaikuttavuus/terveydenhuollon-menetelmien-arviointi/hta-opas/kirjallisuushaku>>.

Jylhä, Marja – Finne-Soveri, Harriet – Björkman, Mikko – Isola, Arja – Jyrkämä, Jyrki – Karjalainen, Pirkko – Lappalainen, Jarmo – Lindberg, Otto – Lupsakko, Taina – Merikanto, Tiina – Pietikäinen, Sirpa – Pitkälä, Kaisu – Rantanen, Taina – Saarenheimo, Marja – Sulkava, Raimo – Talja, Martti – Viitanen, Matti – Voutilainen, Päivi 2012. Kohti parempaa vanhuutta. Saatavilla myös sähköisesti: <<https://www.duodecim.fi/wp->

content/uploads/sites/9/2016/02/konsensuslausuma20122.pdf>. Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim ja Suomen Akatemia.

Jylhä, Marja – Strandberg, Timo 2012. Ikääntyneet tarvitsevat tasa-arvoa ja parempia palveluita. Kohti parempaa vanhuutta – ainakin parin askeleen verran. Duodecim 128. 1833–1834.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari – Pietilä, Anna-Maija – Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (4). 291–301.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Ketola-Kinnula, Tanja – Pussinen, Pirkko – Seppänen, Riitta 2015. Suun infektioiden vaikutus yleisterveyteen. Katsausartikkeli. Lääkärilehti 70 (45). 3015–3022.

Kiljunen, Anneli 2015. Sote-vaikuttajat tentissä. Suomen hammaslääkärilehti 5. 14.

Kimari, Laura 2013. EHL, LL Tanja Ketola-Kinnulan luento ”Miten korkea ikä ja yleisterveys vaikuttavat hoitopäätökseen?” Verkkodokumentti.
<http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/uutissorvi_uusi.uutissivu?p_uutis_id=16251&p_palsta_id=23>. Suomen Hammaslääkäri-seura Apollonia. Duodecim. Luettu 26.3.2017.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, Jari – Vehviläinen-Julkunen, Katri – Lähdevirta, Juhani 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? Duodecim 119. 609–615.

Kyngäs, Helvi – Elo, Satu – Pölkki, Tarja – Kääriäinen, Maria – Kanste, Outi 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Saatavilla myös sähköisesti:
<https://www.researchgate.net/publication/261723764_Sisallanalyysi_suomalaisessa_hoitotieteellisessa_tutkimuksessa> Hoitotiede 23 (2). 138–148.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista 980/2012. Annettu 28.12.2012, voimaantulo 1.7.2013.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Voimaantulo 1.7.1994.

Lindqvist, L – Seleskog, B – Wårdh, I – Bültzingslöwen, I 2013. Oral care perspectives of professionals in nursing homes for the elderly. International Journal of Dental Hygiene 11. 298–305.

Lumme, Riitta – Vuorijärvi, Aino 2014. Opinnäytetyön kriittiset kohdat. Opetusmateriaali. Helsinki: Metropolia.

Meurman, Jukka H. 2016. Suomalainen suun terveys - Vanhus ja suu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Meurman, Jukka H. – Mäkitie, Antti 2015. Suun ja hampaiden sairaudet – tunnetko riittävästi? Suomen Lääkärilehti 70 (45). 2989.

Nissinen, Annika 2015. Suun terveydenhoito ujutettava vanhuspalveluihin. Suomen hammaslääkärilehti 5. 9–12.

Noro, Anja – Alastalo Hanna 2014 (toim.). Vanhuspalvelulain 980/2012 seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa. Raportti 13. 56–70.

Nunes Alves de Sousa, Milena – Dantas Bezerra, André Luiz – Souza Ramos Queiroz Pessoa, Yldry – Bezerra Cavalcanti Nóbrega, Carolina – Pelizon Pelino, José Eduardo 2012. Self-care in oral health in the third age: report of an elderly group. Journal of Nursing 6 (11). 2649–2655.

OECD = The Organisation for Economic Co-operation and Development.

OECD 2014. Elderly population by region. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://www.oecd-ilibrary.org/deliver/3013081ec005.pdf>>.

Opetushallitus 2014. Määräys 79/011/2014. Ammatillisen perustutkinnon perusteet - sosiaali- ja terveysalan perustutkinto. Lähihoitaja 2014. Saatavilla myös sähköisesti: <http://www.oph.fi/download/162460_sosiaali_ja_terveysalan_pt_01082015.pdf>.

Parodontiitti (diagnostiikka). Käypä hoito -suositus. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla sähköisesti: <<http://www.kaypahoito.fi>>.

Ronkainen, R – Ahonen, S – Backman, K – Paasivaara, L 2002. Kotihoito kotihoidon kivijalkana. Teoksessa Voutilainen, P – Vaarama, M – Backman, K – Paasivaara, L – Eloniemi-Sulkava, U – Finne-Soveri, HU (toim.). Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes-oppaita 49. Helsinki: Gummerus Kirjapaino Oy.

Saarela, Riitta 2014. Oral and Nutritional Problems among residents in assisted living facilities. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Saatavilla myös sähköisesti: <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/144224/Oralandn.pdf?sequence=1>>.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Saatavilla myös sähköisesti: <http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf>.

Sarkomaa, Sari 2015. Sote-vaikuttajat tentissä. Suomen hammaslääkärilehti 5. 14.

Siukosaari, Päivi 2013. Condition of teeth and periodontium in the home-dwelling elderly. Faculty of Medicine, Institute of dentistry. University of Helsinki. Saatavilla myös sähköisesti: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/38890/siukosaari_dissertation.pdf?sequence=1>.

Siukosaari, Päivi – Nihtilä, Annamari 2015. Vanhusten suun terveys. Duodecim 131. 36–41.

Soiluva, Maria 2016. Tekee mieli oppia - parempaa suun hoitoa. Suun terveydeksi 3. 23.

Sosiaalihuoltolaki 1301/2014. Annettu 30.12.2014.

Sosiaali- ja terveystietojärjestelmä 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:11. Helsinki.

STM = Sosiaali- ja terveysministeriö.

STM 2015. Sosiaali- ja terveystietojärjestelmän strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Saatavilla myös sähköisesti:
<<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225187>>.

STM 2015. Syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävän poikkihallinnollisen ohjelman (2011–2015) loppuarvio. Saatavilla myös sähköisesti:
<<http://stm.fi/documents/1271139/1448516/Syrj%C3%A4ytymisen+v%C3%A4hent%C3%A4minen+loppuarvio+16.4.2015+%284%29.pdf/2e6be4ae-72a5-4c94-a1ff-7ae2e389af04>>.

STM 2015b. Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä. Saatavilla myös sähköisesti:
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126798/STM_Toimintamalleja_muuttaen_parempaan%20suun.pdf?sequence=1>.

Sote- ja maakuntauudistus 2017. Hallituksen esitys sote- ja maakuntauudistuksesta. Saatavilla myös sähköisesti:
<<http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3223876/hallituksen-esitys-sote-ja-maakuntauudistuksesta-2.3.-2017.pdf/05df0eec-7625-435a-b462-667279f2d029>>.

Stewart, Stacey 2013. Daily Oral Hygiene in residential care. Dental hygiene 47 (1). 25–30.

Suomen Hammaslääkärisseura 2015. Kohti parempaa iäkkäiden suunterveyttä. Saatavilla myös sähköisesti:
<[https://www.apollonia.fi/Apollonia/www.nsf/0/D7D20047710162C7C2257704003CE363/\\$FILE/Suugeriatria_konsensuslausuma.pdf](https://www.apollonia.fi/Apollonia/www.nsf/0/D7D20047710162C7C2257704003CE363/$FILE/Suugeriatria_konsensuslausuma.pdf)>.

STM 2015. Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä 2015:6. Saatavilla myös sähköisesti:
<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126798/STM_Toimintamalleja_muuttaen_parempaan%20suun.pdf?sequence=1>.

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Voimaantulo 1.5.2011.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Vanhuspalvelulaki – pykälästä toiminnaksi. THL. Ohjaus 14/2013. Saatavilla myös sähköisesti:
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110437/URN_ISBN_978-952-245-966-4.pdf?sequence=1>.

Tikkanen, Päivi 2015. Physical Functioning among Community-Dwelling Older People. University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 277. Saatavilla myös sähköisesti:
<http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1733-1/urn_isbn_978-952-61-1733-1.pdf>.

The Lancet 2012. Demanding dignity, and competence, in older people's care. Lancet (379). 868. Verkkodokumentti.
<[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60377-8/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60377-8/fulltext)>.
Luettu 26.3.2017.

THL = Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

THL 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Suun terveys. Saatavilla myös sähköisesti:
<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1>.

THL 2016a. Eriarvoisuus iäkkäillä. Verkkodokumentti.
<<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elamankulku/iakkaat>>.
Luettu 19.3.2017.

THL 2016b. Kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2015. Tilastokatsaus 8/2016. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/ikaantyneiden-sosiaalipalvelut/kotihoidon-laskenta>>. Luettu 23.3.2017.

THL 2017. Hyvinvointia vanhuuteen. Verkkodokumentti.
<<https://www.thl.fi/fi/web/ikaantyminen/hyvinvointia-vanhuuteen>>. Luettu 18.3.2017.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. 5. uudistettu painos. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus-epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla myös sähköisesti:
<http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>.

WHO = World Health Organization.

WHO 2006. Oral health in ageing societies. Saatavilla myös sähköisesti:
<http://www.who.int/oral_health/events/Oral%20health%20report%202.pdf>.

WHO 2015. World report ageing and health. Saatavilla myös sähköisesti:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf?ua=1>.

Aineiston lähteet

- Belsi, A – Gonzalez-Maffe, J – Jones K – Wright, D – Gallagher, JE 2013. Care home managers' views of dental services for older people living in nursing and residential homes in inner city London. *Community Dental Health* 30 (2). 77–82.
- Bissett, Susan – Preshaw, Philip 2011. Guide to providing mouth care for older people. *Nursing older people* 23 (10). 14–21.
- Dahl, Kari Elisabeth – Wang, Nina J. – Skau, Irene – Öhrn, Kerstin 2010–2011. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. *Acta Odontologica Scandinavica* 69 (4). 208–214.
- Furuta, Michiko – Komiya-Nonaka, Manae – Akifusa, Sumio – Shimazaki, Yoshihiro – Adachi, Munehisa – Kinoshita, Toshinori – Kikutani, Takeshi – Yamashita, Yoshihisa 2012. Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 41 (2). 173–181.
- Garrido Urrutia, Constanza – Romo Ormazábal, Fernando – Espinoza Santander, Iris – Medics Salvo, Darinka 2011. Oral health practices and beliefs among caregivers of the dependent elderly. *Gerodontology* 29 (2). 742–747.
- Gluzman, R. – Meeker, H. – Agarwal, P. – Patel, S. – Gluck, G. – Espinoza, L. – Ornstein, K. – Soriano, T. – Katz, R.V. 2013. Oral health status and needs of home-bound elderly in an urban home-based primary care service. *Spec Care Dentist* 33 (5). 218–226.
- Herr, Marie – Arvieu, Jean-Jacques – Aegerter, Philippe – Robine, Jean-Marie – Ankri, Joël 2014. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. *European Journal of Public Health* 24 (5). 808–813.
- Hirata, Solchiro – Sakayori, Takaharu – Maki, Yoshinobu – Takano, Naohisa – Ishii, Takuo 2013. Factor analysis on implementation of domiciliary dental care in Metropolitan residential Tokyo. Department of Social Dentistry. Tokyo Dental Collage. *Japani. Bull Tokyo Dent Coll* 54 (2). 67–72.
- Jablonski, Rita A. – Munro, Cindy L. – Grap, Mary Jo – Schubert, Cristine M. – Ligon, Mary – Spigelmyer, Pamela 2009. Mouth Care in Nursing Homes: Knowledge, Beliefs, and Practices of Nursing Assistants. *Geriatric Nursing* 30 (2). 99–107.
- Komulainen, Kaija 2013. Oral Health Promotion Among Community-Dwelling Older People. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.
- Komulainen, Kaija – Ylöstalo, Pekka – Syrjälä, Anna-Maija – Ruoppi, Piia – Knuuttila, Matti – Sulkava, Raimo – Hartikainen, Sirpa 2012. Preference for dentist's home visits among older people. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 40 (1). 89–95.
- Kuo, Y-W. – Yen, M. – Fetzer, S. – Lee, J-D. – Chiang, L-C. 2015. Effect of family caregiver oral care training on stroke survivor oral and respiratory health in Taiwan: a randomised controlled trial. *Community Dental Health* 32 (3). 137–142.

Lampi, Hannu – Rautiola, Teija 2016. MobiDent-aplikaatiolla iäkkään parempaan suunterveyteen. *Suomen Hammaslääkärilehti* 9. 40–41.

Lewis, A – Kitson, A – Harvey, G 2015. Improving oral health for older people in the home care setting: An exploratory implementation study. *Australian Dental Journal* 60 (1). 95–105.

Lundqvist, M. – Davidson, T. – Ordell, S. – Sjöström, O. – Zimmerman, M. – Sjögren P. 2014. Health economic analyses of domiciliary dental care and care at fixed clinics for elderly nursing home residents in Sweden. *Community Dental Health* 32 (1). 39–43.

Mello, Ana Lúcia – Erdmann, Alacoque Lorenzini – Brondani, Mario 2010. Oral health care in long-term care facilities for elderly people in southern Brazil: a conceptual framework. *Gerodontology* 27 (1). 41–46.

Moriya, Shingo – Tei, Kanchu – Yamazaki, Yutaka – Hata, Hironobu – Kitagawa, Yoshimasa – Inoue, Nobuo – Miura, Hiroko 2013. Relationships between higher-level functional capacity and dental health behaviors in community-dwelling older adults. *Gerodontology* 30 (2). 133–140.

Nitschke, Ina – Majdani, Mahsa – Sobotta Bernhard – Reiber, Thomas – Hopfenmüller, Werner 2010. Dental care of frail older people and those caring for them. *Journal of Clinical Nursing* 19 (13). 1882–1890.

Othman, Akmal Aida – Yusof, Zamros – Saub, Roslan 2014. Malaysian government dentists' experience, willingness and barriers in providing domiciliary care for elderly people. *Gerodontology* 31 (2). 136–144.

Rabbo, Mohammed Abed – Mitov, Gergo – Gebhart, Florian – Pospiech, Peter 2012. Dental care and treatment needs of elderly in nursing homes in Saarland: perceptions of the homes managers. *Gerodontology* 29 (2). 57–62.

Strömberg, Ella – Hagman-Gustafsson, Marie-Louise – Holmén, Annette – Wårdh, Inger – Gabre, Pia 2011. Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 40 (3). 221–229.

Strömberg, Ella – Holmén, Annette – Hagman-Gustafsson, Marie-Louise – Gabre, Pia – Wårdh, Inger 2013. Oral health-related quality-of-life in homebound elderly dependent on moderate and substantial supportive care for daily living. *Acta Odontologica Scandinavica* 71 (3–4). 771–777.

Turjamaa, Riitta 2014. Older people's individual resources and reality in home care. University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences Publications of the University of Eastern Finland. *Dissertations in Health Sciences* 255.

Virtanen, Eija 2014. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistäminen esimiehen näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto.

Wang, Tze-Fang – Huang, Chiu-Mieh – Chou, Chyuan – Yu, Shu 2015. Effect of oral health programs for caregivers. *International Journal of Nursing Studies* 52 (6). 1090–1096.

Watkins, Catherine – L.Ettinger, Ronald – Cowen, Howard – Qian, Fang – V.Dawson, Deborah 2012. Iowa dentists' involvement in care for patients who are homebound. *Spec Care Dentist* 32 (6). 251–258.

Willumsen, Tiril – Fjaera, Brit – Eide, Hilde 2009. Oral health-related quality of life in patients receiving home-care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia. *Gerodontology* 27 (4). 251–257.

Tiedonhakuprosessin kuvaus, taulukko 1.

Taulukko 1. Tiedonhakuprosessin kuvaus							
Tietokanta	Hakusanat	Kaikki tulokset	Valittu otsikon perusteella	Valittu abstraktin perusteella	Valittu kokotekstin perusteella	Lopullinen valinta	Opiskelija
Cinahl/ EbscoHost	"Oral Health" OR "Dental Care" OR "Dental Care for Aged" OR "Dental Devices, Home Care" OR "Mouth Care" OR "Mouth, Edentulous" Aged OR elderly "Home Health Care" OR "home care" Limiters Search modes: boolean/Phrase Published Date: 20100101–20171231 English Language Research Article Age Groups: Aged: 65+ years, Aged, 80 and over	37	20	13	12	10 (sama 2)	LT
Medic	"suun terveys" "oral health" "dental care" "oral hygiene" suuhygieni* mouth aged elderly ikäänt* vanhu* kotihoi* "home care services"	2	2	2	2	1(sama)	MU
Medic	"suun terveys" "oral health" "dental care" "oral hygiene" suuhygieni* mouth ikäänt* Kotih* "home care"	1154	24	16	3	3 1(sama)	MU

Medic	Sote AND suun terv*	61	6	1	1	0	MU
Medic	Vanh* AND kotih.* AND Hoitaj* AND muuto* AND suun terv*	49	12	6	6	0	MU
PubMed	oral health OR oral hygiene OR dental care AND aged AND home care services OR home nursing OR home health nursing AND "last 5 years"	16	15	13	13	13	MU
Science Direct	Oral health OR dental care AND home care for aged (abstract, title, keywords)	44	11	4	4	1(Wang)	MU
Cochrane	"oral health" AND "elderly" OR "aged" AND "prevention" AND "home care" (abstract, title, keywords)	2	0	0	0	0	
Cochrane	"oral health" AND "elderly" OR "aged" AND "home care" (abstract, title, keywords)	17	1	0	0	0	
Yhteensä		1382	91	55	41	27	

Artikkeleiden kuvaus, taulukko 2.

	Kirjoittajat, vuosiluku, maa, missä julkaistu, (opisk, tietokanta, hakusanat)	Tavoite/ tarkoitus	Ketä tutkittu ja missä/ Aineisto ja menetelmä	Tutkimuksen päätulokset/ Keskeiset tulokset	Tutkimuskysymys 1. Mitkä tekijät estävät ikääntyvien kotihoidon asiakkaiden suun terveyden edistämistä?	Tutkimuskysymys 2. Miten ikääntyvien suun terveyttä edistetään kotihoidossa?	Tutkimuskysymys 3. Millaisena kotihoidon työntekijä kokee asiakkaan suun terveyden edistämisen?
1.	Albrecht M, Kupfer R, Reissmann DR, Mühlhauser I, Köpke S. 2016 Saksa (Oral health educational interventions for nursing home staff and residents) Cochrane Database of Systematic Reviews 2016.	To assess the effects of oral health educational interventions for nursing home staff or residents, or both, to maintain or improve the oral health of nursing home residents.	We searched for relevant studies that had been conducted up until January 2016 and identified nine trials involving a total of 3253 nursing home residents. The average age of residents across the studies ranged from 78 to 86 years. In all of the studies most of the people taking part had dentures (between 62 % and 87 %). The trials evaluated a variety of approaches in-	Key results: We could not identify a clear benefit of training of nurses and/or residents on residents' dental health as assessed by dental and denture plaque. No study assessed oral health, oral health-related quality of life or adverse events. As education programmes were not fully described, results do not allow for clear conclusions about the effectiveness or potential harm of specific oral health education interventions in nursing homes.		Educational interventions for nurses or residents, or both, focusing on knowledge and skills related to oral health management may have the potential to improve residents' oral health. We conclude that there is a need for clinical trials to investigate the advantages and harms of oral health educational programmes in nursing homes. In general, the goal of educational interventions is to improve oral and dental health of residents by increasing knowledge and skill levels of nursing home staff or nursing home	

	LT Man.haku		cluding educational programmes, skills training, and written information material. Topics included dental issues that were particularly relevant for older people such as care of dentures and covered dental and oral diseases, prevention of oral diseases, dental hygiene tools, and oral health care guidelines. The length of the trials ranged from three months to five years.			residents, or both.	
2.	Belsi A, Gonzalez- Maffe J, Jones K, Wright D, Gallagher JE. 2013 Englanti	To investigate care home managers' views on the provision of dental care (current and future; urgent, check-up and	A cross sectional postal questionnaire survey and follow-up semi-structured interviews. Setting: Care homes in South East London. Participants: All care home	1. Managers report having arrangements in place for residents to access dental services; however, there was a clear view that future arrangements should be more appropriate to the needs and vulnerabilities of their	The majority (of managers) agreed or strongly agreed that resident's fear of treatment was a barrier (53 %), as were patients' limited mobility (45 %) and waiting times for services (42 %). Limited mobility	Access to a range of dental services and modes of service delivery were requested for the future; most notable were the demands for domiciliary services to be available to nursing homes and for residential	

	<p>(Care home managers' views of dental services for older people living in nursing and residential homes in inner city London.)</p> <p>Community Dent Health 30 (2). 77-82</p> <p>MU PubMed, **)</p>	<p>follow-up) for their residents, barriers to care and the impact of policy changes, by type of home (nursing vs residential), with a view to informing the planning and provision of care.</p>	<p>managers in three south east London boroughs. Results: A 72 % response rate (n=152) was achieved,</p>	<p>residents. This underlines the importance of commissioning service providers who can meet the physical and psychosocial needs of vulnerable people as well as their specific dental needs. Managers' views support the findings, that domiciliary care is important for more vulnerable adults, such as those residing in nursing homes and with predicted demographic changes, this is likely to increase rather than decrease.</p>	<p>and transport issues were more significant barriers for nursing homes, whereas fear was a more significant barrier for residential homes (53 %). Follow-up interviews of managers provided additional information on barriers to dental care and identified person-related issues including residents' challenging behaviour, lack of co-operation and refusal of treatment due to fear. Difficulties in communication with some residents due to health problems such as dementia were also reported as demonstrated by the following quotation. "Well, one issue is residents' non-compliance due to dementia, sometimes they refuse to open their mouth..." Health systems-related issues included long waiting times and the availability of NHS</p>	<p>homes to access local general dental practitioners to meet the needs of their residents.</p>	
--	---	--	--	---	---	---	--

					<p>(National Health Service) dentists: “until now we found it extremely difficult to find an NHS dentist. It was very difficult getting people involved.</p> <p>Transport was another issue, especially in relation to the costs it imposed on residents or, if unable to pay, to the care homes.</p> <p>Barriers were often multiple, for example regarding the challenges of getting anxious individuals escorted to the place of care.</p>		
3.	<p>Bissett Susan, Preshaw Philip. 2011 Englanti (Guide to providing mouth care for older people)</p>	<p>The authors provide an overview of oral health, why it is important for older people and how poor oral health can affect nutritional status and quality of life. Practical</p>	<p>This article has been subject to double-blind review.</p>	<p>Oral disease has a significant effect on quality of life, so caregivers need to know how to keep patients’ teeth and gums healthy. Why oral health is important: - It affects general health and personal wellbeing. - Oral disease can cause pain and suffer-</p>	<p>An older person’s ability to perform good oral hygiene is reduced by cognitive, visual and physical impairment, because good plaque control relies on fine motor skills, adequate vision and motivation. Oral health not only relies on good plaque removal, but also a low-sugar diet and adequate salivary flow.</p>	<p>An oral healthcare education session is recommended to provide hands-on advice to caregivers. Ensimmäinen vaihe ikääntyvän suun hoitosuunnitelman suunnittelussa on suun tutkiminen ja riskien arviointi. Hoitaja pystyy tekemään asiakkaan suun riskiarvioinnin ja hoitaja pystyy arvioi-</p>	<p>Evidence has shown that the knowledge and attitudes of caregivers are integral to the delivery of effective oral care. Barriers to providing effective oral care exist, such as oral health being seen as a low priority, psychological distress at working inside another person’s mouth and busy nursing staff lacking</p>

	<p>Nursing older people 23 (10). 14–21.</p> <p>MU Man.haku</p>	<p>advice is given on assessment of oral health; cleaning of natural teeth and dentures; and care of oral problems that commonly affect older people.</p>		<p>ing with significant morbidity.</p> <ul style="list-style-type: none"> - It helps the mastication of a healthy diet. - It is important for communication, socialisation and appearance. - It affects quality of life. <p>The authors provide an overview of oral health, why it is important for older people and how poor oral health can affect nutritional status and quality of life. Practical advice is given on assessment of oral health; cleaning of natural teeth and dentures; and care of oral problems that commonly affect older people.</p> <p>Väestön ikääntymisen myötä hammasperäisten sairauksien määrä kasvaa, koska yhä useammalla on omia hampaita. Tämä luo hammashuollolle haasteita niin suun terveydenhuollon toimittamisessa kuin ikääntyvien</p>		<p>maan ikääntyvän kyvyt huolehtia suuhygieniastaan ja määrittelemään avun tarpeen.</p> <p>A one-hour oral healthcare education session can provide hands-on practical advice to caregivers and has been shown to improve residents' oral health.</p> <p>Nursing staff and carers have an important role in optimising the oral health of people in their care, and oral health should be managed as part of the holistic care given to patients and residents. Close collaboration with dental professionals such as dental hygienists is important to optimise the oral health of home-bound older or institutionalised people.</p> <p>A hands-on oral healthcare education session that provides an opportunity for caregivers to discuss their feelings about</p>	<p>sufficient time. It has been recommended that a hands-on oral healthcare education session that provides an opportunity for caregivers to discuss their feelings about oral health, covers the role of plaque in oral health and provides step-by-step instructions for the brushing of dentures and natural teeth, not only has a positive effect on the knowledge and attitudes of caregivers, but also has a positive effect on the oral hygiene..</p>
--	--	---	--	--	--	---	--

				suun terveyden ylläpitämisessä, taloudellisia haasteita unohtamatta.		oral health, covers the role of plaque in oral health and provides step-by-step instructions for the brushing of dentures and natural teeth, not only has a positive effect on the knowledge and attitudes of caregivers, but also has a positive effect on the oral hygiene, and therefore oral health, of residents	
4.	<p>Dahl KE, Wang NJ, Skau I, Öhrn K.</p> <p>2010-2011</p> <p>Norja</p> <p>(Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults)</p> <p>Acta Odontologica Scan-</p>	<p>To investigate associations between oral health-related quality of life assessed with the Oral Health Impact Profile (OHIP)-14 Suunterveyteen liittyvää elämänlaatua mitattiin Oral Health Impact Profile (OHIP-14) -</p>	<p>The study was conducted in a stratified random sample of 3538 individuals. Questionnaires including questions on demographic factors, number of remaining teeth, dental visits, dental health behaviour, self-rated oral health and OHIP-14 were mailed to the sample. Bivariate and multivariate analyses were</p>	<p>The response rate was 69 %. The mean OHIP-14 score was 4.1 (standard deviation = 6.2). No problem was reported by 35 % of the respondents. The most frequently reported problems were: physical pain (56 %), psychological discomfort (39 %) and psychological disability (30 %). When the effect of all independent variables was analysed in multivariate analysis, self-rated oral health, frequency of</p>		<p>Several studies have reported a significant association between number of teeth and OHRQoL, which was also confirmed in the present study. The fact that regular dental attendees reported having better OHRQoL may be because they care more about their oral health than irregular attendees. A recall system for preventive dental care could therefore facilitate good health.</p>	

	<p>dinavica 69. 208–214</p> <p>LT Cinahl *)</p>	<p>kyselyllä, demographic factors, number of teeth present, dental visits, dental health behaviour and self-rated oral health in a representative sample of 20–80-year-old Norwegians.</p>	<p>performed.</p>	<p>dental visits, number of teeth, age and sex were significantly ($P < 0.05$) associated with the prevalence of having problems and frequent problems. Self-rated oral health had the strongest association with having problems [odds ratio (OR) 4.5; 95% confidence interval (CI) 3.4–6.0] and with having frequent problems (OR 4.0; 95% CI 2.7–5.8).</p>		<p>Individuals who used toothpicks daily and thus had better oral hygiene reported better OHRQoL. Oral hygiene habits are consequently of importance for oral health and for its impact on daily life.</p>	
<p>5.</p>	<p>Furuta M, Komiya-Nonaka M, Akifusa S, Shimazaki Y, Adachi M, Kinoshita T, Kikutani T, Yamashita Y</p> <p>2012</p> <p>Japani</p> <p>(Interrelationship of oral health status, swal-</p>	<p>We examined direct and indirect relationships among oral health status, swallowing function, nutritional status, cognitive ability, and ADL in Japanese elderly people living at home and receiving home care</p>	<p>Participants were 286 subjects aged 60 years and older (mean age, 84.5 ± 7.9 years) living at home and receiving home care services.</p>	<p>1. Our study revealed that poor oral health was directly related to deterioration of swallowing function. These findings indicate that not only swallowing training but also oral care to maintain good oral health can have a beneficial effect on improvement of nutritional status and prevention of pneumonia. 2. A lower number of teeth are positively related to swallowing dysfunction, whereas</p>	<p>However, our results also showed that 75.9 % of participants had not received dental treatment; many elderly people requiring home care have difficulty in gaining access to professional dental care. Further efforts are needed to develop a long-term care system or community system that provides ready access to dental services.</p>	<p>Our study revealed that poor oral health was directly related to deterioration of swallowing function. These findings indicate that not only swallowing training but also oral care to maintain good oral health can have a beneficial effect on improvement of nutritional status and prevention of pneumonia. 2. These findings suggest that maintaining the number of teeth from a younger age</p>	

	<p>lowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities)</p> <p>Community Dent Oral Epidemiology 41 (2). 173–181</p> <p>MU PubMed, **)</p>	<p>services because of physical disabilities.</p>		<p>denture wearing contributes to recovery of swallowing function. Dysphagia, cognitive impairment, and malnutrition directly and indirectly decreased ADL (activities of daily living) in elderly people living at home and receiving home nursing care.</p>		<p>and wearing dentures when teeth are lost may indirectly reduce malnutrition and subsequent ADL decline in these people.</p> <p>3. Our results suggest that maintaining or improving oral health status and swallowing function indirectly or directly contribute to preventing a decline in ADL in elderly people who require home care.</p>	
<p>6.</p>	<p>Garrido Urrutia C, Romo Ormazábal F, Espinoza Santander I, Medics Salvo D. 2011</p>	<p>To compare formal and informal caregivers' oral care practices and oral health beliefs when taking care of severely</p>	<p>A cross-sectional study was conducted on a convenience sample of 21 formal caregivers from a long-term residence and 18 informal caregivers from a local</p>	<p>Significant differences were observed between formal and informal caregivers' performance of some oral health care practices. There were no significant differences between formal and informal caregivers' oral</p>	<p>Significant differences are also found when examining the frequency of the performance of oral care; 61.1 % of informal caregivers reported doing it once a day or more, while only 14.3 % of formal caregivers</p>		<p>The fact that less than half of the caregivers reported having received training in oral care for the elderly reveals an evident deficiency in their instruction, something that has already been pointed out by several</p>

	<p>Chile</p> <p>(Oral health practices and beliefs among caregivers of the dependent elderly)</p> <p>Gerodontology 2012; 29: e742–e747</p> <p>LT Cinahl</p>	<p>dependent elderly.</p>	<p>primary health care domiciliary programme. Caregivers were surveyed using a questionnaire designed to elicit oral care practices and oral health beliefs. The nursing Dental Coping Beliefs Scale questionnaire was translated and validated in Chile.</p>	<p>health beliefs. Conclusion: Educational programmes should be displayed to promote adequate oral care practices and beliefs among the caregivers.</p>	<p>reported doing it with this frequency. This situation may be due to the workload formal caregivers have, for there is more than one patient under their care.</p>		<p>authors and suggests that incorporating caregivers' instruction in this area is necessary.</p>
<p>7.</p>	<p>Gluzman R, Meeker H, Agarwal P, Patel S, Gluck G, Espinoza L, Ornstein K, Soriano T, Katz RV</p> <p>2013</p> <p>Yhdysvallat, New Yorkin osavaltio</p>	<p>This study assessed the oral health status, dental utilization and dental needs of the homebound elderly (HBE) care patients within the Mount Sinai Visiting Doctor program.</p>	<p>Methods: Of the 334 eligible patients, 57 % agreed to participate and 95.4% completed the clinical examinations, the Dental Utilization and Needs survey and Geriatric Oral Health Assessment Index conducted in each subject's home by a trained re-</p>	<p>Given that this survey of the oral health status and needs of an urban homebound elderly population in New York City in 2011 revealed that – nearly 75 % were dentate – 40 % needed restorative care – 45 % needed dental extractions – 33 % currently reported having dental/oral pain – 92 %</p>	<p>Given that virtually no information is currently available on the oral health status and needs of homebound elderly in palliative medical settings, and given the predictions on the demographic population-aging trends and on the shift toward end-of-life home care services,</p>	<p>...there must be a balanced efforts to identify ways and mechanisms for providing oral health care for an equally vulnerable set of citizens at the other end of the lifespectrum if we are to avoid systematic oral neglect in institutionalized — as well as homebound — elders. ...conduct high quality oral health surveys of today's homebound</p>	

	<p>(Oral health status and needs of homebound elderly in an urban home-based primary care service.)</p> <p>Spec Care Dentist 33 (5).</p> <p>MU, LT PubMed, **)</p>		<p>search team.</p>	<p>needed some type of dental treatment beyond oral hygiene needs – over 50 % stated that they “often or always” had problems with 10 of the 12 assessed oral health problem areas that comprise the GOHAI Questionnaire – 96% had not seen a dentist since becoming homebound, typically 3–6 years ago.– 93% indicated they would be interested in a homebound dental care program, the findings of this study provide a clear evidence that the oral health status of these homebound elderly in New York City is very poor, that the vast majority of the sample did not have access to dental care and, and that the quality of life and well-being of these individuals are significantly negatively affected by the lack of basic dental care.</p>		<p>elderly now, so we can build an available and accessible, sensible oral health care for the near future, one that succeeds in providing humane and appropriate dental care for this most vulnerable subset of our citizens, who due to physical, mental or social constraints and realities are incapable of obtaining oral health care in today’s system.</p>	
--	--	--	---------------------	--	--	---	--

<p>8.</p>	<p>Herr M, Arvieu JJ, Aegerter P, Robine JM, Ankri J.</p> <p>2014</p> <p>Ranska</p> <p>(Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey.)</p> <p>European Journal of Public Health, 24 (5). 1808–1813</p> <p>MU PubMed, **)</p>	<p>To identify unmet health care needs and associated factors among older people in France.</p>	<p>This is a cross-sectional population study of people aged 70 years or older in which 2350 respondents were interviewed in 2008–2010. During a standardized interview, a nurse examined health problems, functional abilities and use of health care resources. Unmet health care needs were defined as situations in which a participant needed health care and did not receive it.</p>	<p>Unmet health care needs were found in 23 % of the sample and mainly consisted of lack of dental care (prevalence of 17.7 %) Unmet health care needs were found in 23 % of the sample and mainly consisted of lack of dental care (prevalence of 17.7 %) Unmet health care needs affect almost one-quarter of older people in France. Efforts should be made to improve oral health and develop home care, especially for the oldest-olds. This cross-sectional population study shows that unmet health care needs may be found in almost one-quarter of the elderly population in France. Socioeconomic position influenced the risk of having unmet health care needs, but the main risk factors identified were advanced age and</p>	<p>Efforts should be made to improve oral health and develop home care, especially for the oldest-olds. Whereas published studies often point to the cost of health care as the main reason for unmet health care needs,13,14 we observed a stronger effect of other factors, such as regular tobacco smoking, homebound status and depression, as compared with socioeconomic factors.</p>	<p>Various interventions to improve seniors' access to dental care could be proposed, such as the use of mobile services to provide dental care in the home or the development of gerontological networks through which medical and paramedical staffs providing home care could alert authorities when a patient needs dental care. 2 A French study also suggests that general practitioners should take advantage of their strategic position to promote dental care among their elderly patients. Considering the number of patients, family caregivers and physicians who may disregard dental care, a public health campaign would be helpful. 3. Public health policy should already promote better access to care for older people and fight against any</p>	
-----------	--	---	--	--	---	--	--

				<p>homebound status. The lengthening of life in industrialized countries raises the issue of access to health care among older people. Unmet health care needs, defined as situations in which someone who needed health care did not receive it, represent a measure of access to health care.</p> <p>- Efforts should be made to develop home care and improve oral health, especially for the oldest-olds, using mobile health care services, gerontological networks and public health campaigns.</p>		form of ageism.	
9.	<p>Hirata S, Sakayori T, Maki Y, Takano N, Ishii T.</p> <p>2013</p> <p>Japani</p> <p>(Factor anal-</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää mitkä tekijät vaikuttivat kotona tapahtuvan suun terveydenhoidon käyttöönottoon suun</p>	<p>All 8239 members of the Tokyo Dental Association were interviewed by email. 4031.</p>	<p>Henkilöt jotka olivat osallistuneet ikääntyvien suun terveydenhoitoon liittyviin koulutuksiin osallistuvat toteuttivat kotona tapahtuvaa suun terveydenhoitoa huomattavasti useammin. Suun terveydenhoidon ammattilaisten ja si-</p>			

	<p>ysis on implementation of domiciliary dental care in Metropolitan residential Tokyo.)</p> <p>Department of Social Dentistry. Tokyo Dental Collage. Japani. Bull Tokyo Dent Coll 54 (2). 67–72.</p> <p>MU, PubMed, **)</p>	<p>terveydenhuollon yksiköissä</p>		<p>dosryhmien, kuten lääkäreiden ja kodinhoitajien sekä näiden esimiesten yhteistyöllä on suuri merkitys kotona tapahtuvan suun terveyden edistämisen toteuttamisessa.</p> <p>Merkittävä positiivinen tulos on saatu aikaan myös erilaisilla koulutuksilla. Koulutuksissa ja työpajoissa käyneet toteuttavat ja ovat valmiimpia toteuttamaan ikääntyvien suun terveydenhoitoa kotihoidossa.</p> <p>Suun terveydenhoidon toteuttamista kotihoidossa edesauttavat myös erilaisin kotihoidon harjoitteluihin osallistuminen, nielemishäiriöihin erikoistuminen ja aspiraatipneumonian ehkäisy toteuttaminen.</p> <p>Tutkimuksen selkein tulos on koulutuksien tärkeys, jotta ikääntyvien suun terveydenhuollon tarpeet voidaan tulevaisuudessa kohdata ja ikääntyvien</p>			
--	--	------------------------------------	--	--	--	--	--

				suun terveyttä voidaan edistää kotihoidossa.			
10.	<p>Jablonski, R., Munro, C., Grap, M.J., Schubert, C., Ligon, M. & Spigelmyer, P.</p> <p>2009</p> <p>Yhdysvallat</p> <p>Mouth Care in Nursing Homes: Knowledge, Beliefs, and Practices of Nursing Assistants.</p> <p>Geriatric Nursing 30 (2). 99–107.</p> <p>Man. haku</p>	<p>The purpose of this study was to examine the knowledge, beliefs, and practices of nursing assistants (NAs) providing oral hygiene care to frail elders in nursing homes, with the intent of developing an educational program.</p>	<p>The study occurred in two economically and geographically diverse nursing homes. (n=106)</p>	<p>Nurses are in a powerful position to support nursing assistants in providing mouth care by ensuring that they have adequate supplies and knowledge to respond to resistive behaviors.</p>			<p>Hoitajat kokivat osavansa huolehtia ikääntyvien suun terveydenhoidosta riittävän hyvin.</p> <p>Potilaiden hoitokielteisyydestä johtuen hoitajat olivat kuitenkin alttiita tarjoamaan suun hoidollista apua harvemmin kuin olisi ollut tarpeen.</p> <p>Muina ikääntyvien suunhoidollisten tehtävien esteenä olivat pelko kivun aiheuttamisesta ja riittämätön hoitovälineistö.</p>

<p>11.</p>	<p>Jablonski R. A., Therrien B, Mahoney E. K, Kolanowski A, Gabello M, Brock A. 2011 Yhdysvallat (An intervention to reduce care-resistant behavior in persons with dementia during oral hygiene: a pilot study) Spec Care Dentist 31 (3). 77–87. LT Cinahl *)</p>	<p>The primary purpose of this pilot study was to test the feasibility of an intervention designed to reduce care-resistant behaviors (CRBs) in persons with moderate- to-severe dementia during oral hygiene activities.</p>	<p>The intervention, Managing Oral Hygiene Using Threat Reduction (MOUTH), combined best oral hygiene practices with CRB reduction techniques. Oral health was operationalized as the total score obtained from the Oral Health Assessment Tool (OHAT). CRB was measured using a refinement of the Resistiveness to Care Scale. Seven nursing home residents with dementia received twice daily mouth care for 14 days.</p>	<p>The findings from this pilot study suggest that the MOUTH intervention is feasible and reduced CRBs, thus allowing more effective oral care.</p>	<p>EI KÄYTETTY</p>		
<p>12.</p>	<p>Komulainen Kaija 2013</p>	<p>tavoitteena tutkia ennalta ehkäisevän hoidon ja</p>	<p>Tutkimus oli osa laajempaa geriatrista interventiotutkimusta</p>	<p>1.The oral health of the participants was poor; of the participants, 70 % had gingivitis, 59 %</p>	<p>Although the participants had, for example, less dental caries, less mucosal lesions,</p>	<p>Tutkimuksen mukaan kotona asuvien yli 75-vuotiaiden suunterveyttä voidaan edistää</p>	

	<p>Suomi</p> <p>(Oral health promotion among community-dwelling older people)</p> <p>Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 188.</p> <p>MU Medic ****)</p>	<p>terveysneuvonnan tehoa suun itsehoitotottumuksiin ja suun terveyteen kotona asuvilla yli 75-vuotiailla. Tutkimuksessa selvitettiin myös ennalta ehkäisevän hoidon tarpeeseen, suun itsehoitoon ja hyvään suuhygieniaan sekä hammaslääkärin kotikäynnin valintaan liittyviä tekijöitä.</p>	<p>"Ikääntyneiden Hyvän Hoidon Strategia" (HHS), johon oli satunnaisotannalla valittu 75 vuotta täyttäneitä kuopiolaisia. Suun tutkimusta varten HHS-tutkimuksen interventoryhmä satunnaistettiin suun tutkimuksen interventio- (n=165) ja verrokkiryhmään (n=156). Suun tutkimuksen aiheisto kerättiin tutkimushenkilöitä haastattelemalla ja suun kliinisellä tutkimuksella.</p>	<p>had deepened periodontal pockets of 4 mm or more and 46 % had carious teeth, 26 % reported oral pain or discomfort, and 13 % mucosal lesions which needed follow-up. A dry mouth was also often reported; 45 % of the participants reported having the feeling of a dry mouth, of which 18 % reported having the feeling of a dry mouth often. The clinical oral examinations revealed that 36% of the participants had decreased unstimulated saliva secretion and 31% had decreased stimulated saliva secretion. 2.52 % of the participants had their own natural teeth, the mean number of teeth among the dentate subjects being 14.4. Among the whole study population, 77 % had a removable denture and 39 % of the dentate participants</p>	<p>and less denture stomatitis in the follow-up than in the baseline study, every fifth 51 subject still had oral pain or discomfort at the end of the study. One reason may be the subjective feeling of a dry mouth, which actually slightly increased during the study. This means that the efforts to relieve dry mouth symptoms were not successful. Despite the symptoms, the study participants were not motivated to use mouth moisturizing agents as recommended, possibly because they felt they were not benefitting from its use. Tutkimukseen osallistuneilla ikääntyvillä, joilla oli omia hampaita oli suuri ehkäisevän hammashoidon tarve ja tarve pysyi korkeana kahden vuoden tutkimusajan puitteissa. Tämä siitäkin huolimatta, että ryhmä oli saa-</p>	<p>ennalta ehkäisevillä hammashoidon toimenpiteillä.</p> <p>1. During the two-year follow-up, participants in the intervention group improved their oral health behaviour. Participants in the control group also improved their oral health behaviour but to a lesser degree.</p> <p>2. The explanation for the improvement in the control group cannot be established with certainty, but it is possible that better periodontal health in both the intervention and control group was at least in part explained by the information that was given in the context of the clinical oral examination and interview. Dental hygiene improved more in the intervention group than in the control group, which concurs with earlier studies. One way to improve</p>	
--	---	--	--	---	--	---	--

			<p>had a removable partial denture. Dentures were often old and in poor condition; half of the dentures were more than ten years old and 23 % of the denture users reported that the dentures needed repairing or renewal. Denture stomatitis was found in 20 % of those who used removable dentures.</p> <p>3. One interesting finding of this study was that the improvement in oral health (gingivitis, periodontitis, caries and health behaviour) was detected both in the intervention and control groups, and while this improvement was clinically substantial in most cases, the differences in changes between the intervention and control group were quite small and statistically insignificant.</p> <p>The main reason why</p>	<p>nut omahoidon ohjeistusta, he olivat käyneet hammashoidossa ja heitä oli motivoitu. Suurimpana syynä hoidontarpeelle oli osaproteesin käyttö. Hoidontarvetta voidaan verrata säännöllisen hammashoitokäytön puuttumiseen.</p> <p>Omia hampaita omaavista 52 % ja hampaattomista vain 5 % käytti hammashoitopalveluja säännöllisesti interventioryhmästä. Tämä tulos kertoo ristiriidasta hammashuollon käytön ja hoidon tarpeen välillä sekä hampaattomilla että hampaallisilla ikääntyvillä. Tutkijan itsensäkin yllätti, että yli puolella hampaattomalla tutkimukseen osallistujalla oli ehkäisevän hoidon tarvetta, vaikka yleisesti uskotaan, ettei hampaattomilla juurikaan ole ehkäisevän hoidon tarvetta. Hoidon tarve hampaattomilla liittyi haurauteen, useisiin</p>	<p>oral hygiene is to use toothpaste at least twice a day and daily interdental cleaning. Despite attempts to motivate the participants of this study to use toothpaste twice daily, its use seemed to remain quite low and only half of the subjects used toothpaste twice a day, as is currently recommended. Oral hygiene can be improved by also using electric toothbrushes, which in this study was not used. This finding is interesting because it shows that oral hygiene is still not a priority for many people, even though it is well known that it is important for oral health. The main reason why</p>	
--	--	--	--	---	--	--

				<p>we did not find any essential improvement attributed to the intervention in oral health habits or oral health is that the participants belonging to the control group also improved their health habits and especially their oral health. This improvement in the control group was clear and in most cases beyond what can be expected to be caused by chance.</p>	<p>sairauksiin tai heikentyneisiin kognitiivisiin kykyihin. Hampaallisilla ehkäisevän hoidon tarve liittyi enimmäkseen osaproteeseihin ja epäsäännöllisiin hammashuoltokäytäntöihin.</p> <p>Suun tulehdussairauksien ollessa estettävissä ja niiden yhteyden yleisterveyteen ollessa todistettu on huolestuttavaa, että kotihoidon asiakkaiden päivittäisessä suuhygieniassa on runsaasti puutteita ja ehkäisevän hoidon tarve on suuri.</p>	<p>koska monet proteesit olivat jo yli kymmenen vuotta vanhoja. On huomioitava, että vanhat proteesit on vaikeampi puhdistaa kuin uudet.</p> <p>Inadequate denture hygiene that leaves a high quantity of microorganisms on denture surfaces and on the surfaces of the underneath tissues of dentures has been reported to be common, especially among old people in nursing homes and among those who are in institutional care</p> <p>Besides the use of cleaning agents, another way to improve denture hygiene is to avoid constant wearing of dentures ...In this study, about half of the subjects who use removable dentures said they use the dentures continuously and, despite the recommendations, no changes in denture use were ob-</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

						<p>served. In this study, access was made easier by paying study-related transportation and offering home visits by the dentist. In spite of free transportation, the number of people who preferred home visits by the dentist was unexpectedly high. More than one in four participants preferred to have the dentist pay a home visit. Particularly the participants who used dental health care services irregularly preferred home visits. This suggests that different kinds of dental care service delivery are needed in order to ensure that older people use dental health care services more regularly. During the two-year study period, of the dentate participants, nine out of ten subjects in the intervention group and one out of three in the control visited a dental</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

						<p>hygienist. The explanation for the difference in visits to 53 dental hygienists was the attempt to respond to their real preventive care oral health needs. In this study, the participants in the intervention group paid more visits to dental health care than did the participants in the control group, which, of course, was not unexpected. But what is significant is that the participants in the control group used more dental health care services than people in these age groups in general in Finland. One possible explanation for the fairly high use of dental health care services also among those in the control group could be the thorough information about treatment needs given in the clinical oral examination.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

<p>13.</p>	<p>Komulainen K, Ylöstalo P, Syrjälä A-M, Ruoppi P, Knuuttila M, Sulkava R, Hartikainen S.</p> <p>2012</p> <p>Suomi</p> <p>(Preference for dentist's home visits among older people.)</p> <p>Community Dent Oral Epidemiol (40). 89–95.</p> <p>LT Cinahl)</p>	<p>To investi- gate factors associated with older people's preference for a dentist's home visit.</p>	<p>This is a report on 321 homedwell- ing participants (mean age 81.6) in the population- based Geriatric Multidisciplinary Strategy for Good Care of the Elderly (GeMS) study, conducted in 2004–2005 in the city of Kuopio in eastern Finland. The information about sociodem- ographic and general health- related factors and the use of social and health services was collected by two study nurses using a structured interview. Each study subject was given a clinical oral examination and an interview about oral health and the use of dental health care services by one of two dentists. Lo-</p>	<p>Of the study subjects, 25.9% preferred a dentist's home visit. The preference for choosing a dentist's home visit was associ- ated with a low score (£24) in the Mini- Mental State Conclusions: The find- ings of this study em- phasize the need to organize dentists' home visits in order to increase equality in the use of dental health care services among the older people with disabilities.</p>	<p>.. older people may not have enough re- sources to use health care services.</p>	<p>The number of partici- pants who preferred a dentist's home visit was unexpectedly high; about one of four (25 %) participants chose a dentist's home visit. The most im- portant factors associ- ated with a dentist's home visit were func- tional disabilities and cognitive impairment, which earlier have been associated with the risk of becoming a nonuser of dental health care services.</p>	
------------	---	---	--	---	---	---	--

			gistic regression models were used to estimate odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI).				
14.	<p>Kuo Y-W, Yen M, Fetzer S, Lee J-D, Chiang L-C.</p> <p>2015</p> <p>Taiwan</p> <p>(Effect of family caregiver oral care training on stroke survivor oral and respiratory health in Taiwan: a randomised controlled trial)</p> <p>Community dental health 32 (3). 137–142.</p>	<p>To evaluate the effectiveness of home-based oral care training programs on tongue coating (TC), dental plaque (DP), and symptoms of respiratory infection (SRI) in stroke survivors.</p>	<p>To evaluate the effectiveness of home-based oral care training programs on tongue coating (TC), dental plaque (DP), and symptoms of respiratory infection (SRI) in stroke survivors.</p>	<p>Home-based oral care training programme had a beneficial effect on oral health as measured by TC (tongue coating) and DP (dental plaque) scores. The effect on SRI requires further longitudinal study.</p>	<p>Home-based oral care provided to stroke survivors by family caregivers is a basic care necessity but our findings raise concerns. The last few years have brought forth scores of devices and gadgets to clean the tongue. The concept is so simple that prevention-oriented people should need only minimal encouragement to incorporate tongue cleaning into their oral care routine. However, most stroke survivors did not have supplies, and family caregiver did not attempt to obtain them, suggesting that oral care was not a norm.</p>	<p>1. Home-based oral care training programme had a beneficial effect on oral health as measured by TC and DP scores.</p> <p>2. The structured home-based oral care training program, including the tongue-cleaning procedure, is simple and fast with benefits for most stroke survivors which far outweigh the small investment and time required to carry out this procedure. Therefore, we suggest that health providers should apply evidence-based oral care practice guidelines to at carefully assess, and provide effective patient and family education and self-</p>	

	MU PubMed **)					management support.	
15.	<p>Lampi Han- nu, Rautiola Teija.</p> <p>2016</p> <p>Suomi</p> <p>MobiDent- applikaatiolla iäkkään pa- rempaan suuntervey- teen. Suo- men Ham- maslääkäri- lehti 9. 40- 41.</p> <p>MU Medic ****)</p>	<p>MobiDent- applikaatio on kotihoidon työntekijöille kehitetty mobiilisovel- lus, joka on suunniteltu tukemaan iäkkäiden hyvää ter- veyttä ja suuntervey- teen. Suo- men Ham- maslääkäri- lehti 9. 40- 41.</p> <p>MobiDent- applikaation avulla halutaan tuoda nykyaikainen ja inno- vatiivinen keino kehit- tää erityisesti ikäänty- neiden suun terveyden edistämistä huomioi- malla potilasturvalli- suus koko tuotekehitte- lyprosessin ajan.</p>	<p>Artikkelissa kuva- taan MobiDent- applikaation mer- kitystä tulevai- suuden työväli- neenä ikäänty- neiden kotihoi- dossa.</p>	<p>MobiDent-applikaation avulla halutaan tuoda nykyaikainen ja inno- vatiivinen keino kehit- tää erityisesti ikäänty- neiden suun terveyden edistämistä huomioi- malla potilasturvalli- suus koko tuotekehitte- lyprosessin ajan.</p>	<p>Kotihoidon ja suun terveydenhuollon joh- don innostuminen ja sitoutuminen uusien menetelmien kehittä- miseen ja jalkauttami- seen on tuloksellisen toiminnan tae.</p>	<p>MobiDent-applikaatio on terveysteknologinen työväline, jonka avulla voidaan edistää tukea tarvitsevien potilaiden suun terveyttä mo- niammatillisena yhteis- työnä. MobiDentin välityksellä kotihoidon työntekijät voivat myös konsultoi- da suun terveydenhoi- don ammattilaisia. MobiDent-sovelluksen helppokäyttöisyys ja monipuolisuus tukevat kotihoidon työntekijöi- den valmiuksia huoleh- tia asiakkaidensa suun terveydestä osana päivittäistä hoitoa. MobiDent-applikaation suun terveyden edis- tämisen moduulit ku- vaavat asiakkaan suunhoitoprosessia kotihoidossa ja ohjaa- vat kotihoidon työnteki-</p>	

		sä suun terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.				jää ylläpitämään ja edistämään asiakkaan suun terveyttä päivittäin. MobiDent-applikaatio on kustannustehokas terveysteknologinen työväline. Se on sijoitus sosiaali- ja terveyspalveluiden laadun varmistukseen sekä asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Mobidentin interaktiivisuus ja laaja tietoportaali lisäävät potilasturvallisuutta, koska applikaatio mahdollistaa myös reaaliaikaisen yhteistyön.	
16.	Lewis A, Kitson A, Harvey G. 2015 Australia (Improving oral health for older people in the home care	Aim: To explore how home care providers can support older people to maintain good oral health through implementing a model called Better Oral	A mixed method, pre- to post-implementation design was used. The Promoting Action on Research Implementation in Health Services framework informed the model's implementation process.	1. Home care clients were identified as having high levels of dental need. 2. Home care providers are well placed to play a key role in providing community-based prevention and early detection of oral health problems for older people. Due to their unique	Thematic analysis identified home care workers as 'lone workers'. This was because they worked unsupervised in isolation in older people's homes with minimal opportunity to meet colleagues and care coordinators. The workplace culture was one in which home care was per-	1 This understanding of context (>kotihoitajien kiire, jossa ajatellaan vain tehtävä ja aika käsitteitä) was used to shape the strategies needed for continuity of oral health care for older people. This was described as promoting a 'think and link' approach to home care. A 'Stop, Check	The workplace culture was one in which home care was perceived as a collection of tasks to be delivered as quickly as possible. This was described as a 'task and time' approach to care delivery. Apart from initial care planning and annual reviews, it was observed that care

	<p>setting: An exploratory implementation study)</p> <p>Australian Dental Journal 60 (1). 95–105.</p> <p>MU PubMed, **)</p>	<p>Health in Home Care (BOHHC consisting of</p> <p>1.Oral health assessment</p> <p>2. Oral health-care planning. 3. Oral health care 4. Dental referral and treatment).</p> <p>1. Describing the role home care providers play in achieving better oral care outcomes for their clients.</p> <p>2. Assessing older people's self-reported oral health outcomes following implementation of the BOHHC Model.</p>	<p>A mixed method study across four community aged care settings was used to assess this.</p> <p>Home care clients situated in metropolitan, regional and rural locations in two Australian states.</p> <p>Of 608 eligible clients, 319 (52 %) participated. They included 141 non-Indigenous and 178 Indigenous clients.</p> <p>The mean age of non-Indigenous participants was 81 years and 62 years for Indigenous participants.</p> <p>The overall gender ratio was 68 % females: 32 % males.</p>	<p>position of knowing the client better than anyone else in the organisation, enhanced by their role of assisting older people in their homes.</p> <p>3. Coordinated care involving home care coordinators and dental clinic staff was useful in assisting home care clients to access dental services. Home care clients were identified as having high levels of dental need.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Home care providers are well placed to play a key role in providing community-based prevention and early detection of oral health problems for older people. 	<p>ceived as a collection of tasks to be delivered as quickly as possible. This was described as a 'task and time' approach to care delivery. Apart from initial care planning and annual reviews, it was observed that care coordinators tended not to visit clients and relied on home care workers to alert them to changes.</p> <p>Oral health-care planning At pre-implementation, little evidence of oral health-care planning was found.</p>	<p>and Act' problem solving framework and an oral health reporting guide were developed to alert home care workers to changes in oral health status and to report these to care coordinators.</p> <p>This feedback prompted care coordinators to undertake an oral health assessment and reviewcare planning. A simple six question oral health assessment tool was introduced for use by non-nurse care coordinators because it does not require clinical assessment skills.</p> <p>2. The development of oral health self-care guides for older people and their families supported informed consumer directed care.</p>	<p>coordinators tended not to visit clients and relied on home care workers to alert them to changes.</p>
--	---	---	---	---	---	--	---

<p>17.</p>	<p>Lundqvist M, Davidson T, Ordell S, Sjöström O, Zimmerman M, Sjögren P. 2014 Ruotsi (Health economic analyses of domiciliary dental care and care at fixed clinics for elderly nursing home residents in Sweden.) Community Dental Health (32). 39–43. MU PubMed **)</p>	<p>The aim was to analyse health economic consequences of domiciliary dental care for elderly nursing home residents in Sweden, compared to dentistry at a fixed clinic.</p>	<p>A review of relevant literature was undertaken complemented by interviews with nursing home staff, officials at county councils, and academic experts in geriatric dentistry. Domiciliary dental care and fixed clinic care were compared in cost analyses and cost-effectiveness analyses.</p>	<p>1. The mean societal cost of domiciliary dental care for elderly nursing home residents was lower than dental care at a fixed clinic, and it was also considered cost-effective. Lower cost of dental care at a fixed dental clinic was only achieved in a scenario where dental care could not be completed in a domiciliary setting. 2. Dental care for elderly residents is traditionally provided at fixed dental clinics, but domiciliary dental care is an emerging alternative. Longer life expectancy accompanied with increased morbidity, and hospitalisation or dependence on the care of others will contribute to a risk for</p>		<p>Providing alternative forms of dental care to improve access for frail groups in society will contribute to enabling patients to maintain a proper oral health in later life. Individual risk analysis as well as societal costs and personal preferences must be considered when planning and supplying oral health care.</p>	

				rapid deterioration of oral health so alternative methods for delivering oral health care to vulnerable individuals for whom access to fixed dental clinics is an obstacle should be considered.			
18.	<p>Mello A L, Erdmann A L, Brondani M.</p> <p>2010</p> <p>Brasilia</p> <p>(Oral health care in long-term care facilities for elderly people in southern Brazil: a conceptual framework.)</p> <p>Gerodontology 27 (1). 41–46.</p> <p>MU</p>	<p>To present a theoretical model for understanding oral health care for the elderly in the context of long-term care institutions (LTCI).</p>	<p>Open-ended individual interviews were conducted with the elderly residing in LTCI, their careers, nursing technicians and nurses, directors of care, dental surgeons and managers of public health services. A grounded theory methodological approach was adopted for data collection and analysis.</p>	<p>The emerging core category revealed a basic social process: 'Promoting oral health care for the elderly based on the context of LTCI' (long-term care institutions). This process was composed of two contradicting yet correlated aspects: the oral health care does not minimize the poor oral epidemiological condition, and at the same time, there was a continued improvement in the oral care expressed by better care practices. These aspects were related to the: attribution of meaning to oral health, social determination of</p>		<p>Suunhoidon systemaattisen toimintamallin luominen ja hoitajien tietoisuuden lisääminen suunhoidon laatuvaatimuksista auttoivat parantamaan ikääntyneiden laitospotilaiden suuhygieniää ja sen toteuttamista</p>	<p>Tutkimuksessa kävi ilmi, mikäli työyhteisössä ei ollut laadittu selkeitä toimintaohjeita ja laatukriteerejä, heijastui se hoitajien välipitämättömään käytökseen ikääntyneen potilaan suunhoidossa</p>

	Man.haku			oral health, the ageing process, interactions established in the oral health care practices, oral health care management in LTCI, inclusion of oral health care into the political-organisational dimension and possibility of conjecturing better oral health care practices.			
19.	<p>Moriya S, Tei K, Yamazaki Y, Hata H, Kitagawa Y, Inoue N, Miura H.</p> <p>2013</p> <p>Japani</p> <p>(Relationships between higher-level functional capacity and dental health behaviors in community-dwelling older adults)</p>	<p>The aim of the present study was to elucidate relationships between higher-level functional capacity and dental health behaviours in community-dwelling older adults.</p>	<p>Three hundred and thirty-eight adults aged 65 years or older were enrolled in this study. Higher-level functional capacity was evaluated using the Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology Index of Competence (TMIG-index). Univariate and multivariate models were constructed with dental health behaviours, such as regular visits to a dentist, brush-</p>	<p>Univariate logistic regression analysis demonstrated a significant correlation between low TMIGindex and 'intellectual activity' subcategory scores to lack of regular visits to a dentist and not using extra cleaning devices. Using a multivariate model, significant relationships remained after adjusting for a number of variables including demographics, medical status, lifestyle and number of remaining teeth. Intellectual activity of</p>		<p>Exposure to intellectual activities over a period of 2 years has been associated with an increased likelihood of better instrumental self-maintenance over the subsequent 2 years.</p> <p>These findings suggest that intellectual activity may be an important contributing factor to the overall health status of the elderly. We hypothesise that this relationship exists because intellectual activity enhances ones access to information on health issues and leads to good health</p>	

	Gerodontology 30. 133–140. LT Cinahl *)		ing frequency and use of extra cleaning devices, as the dependent variable, and the total TMIG-index score and its subcategory scores as the principal independent variable.	higher-level functional capacity may be an accurate indicator of dental health behaviours in community-dwelling older adults. Intellectual activity should be taken into consideration to effectively promote oral health behaviours and oral hygiene in elderly persons living independently.		behaviours. It is therefore believed that general intelligence, childhood circumstances and socio-economic status may all influence intellectual activity, as well as oral health knowledge, attitudes and health behaviours in the elderly.	
20.	Nitschke I, Majdani M, Sobotta B. AJ, Reiber T, Hopfenmüller W. 2010 Saksa (Dental care of frail older people and those caring for them) Journal of Clinical Nursing (19)	To describe oral health utilisation patterns of frail older people and contrast these with attitudes and utilisation patterns of nursing staff who are caring for them.	Cross-sectional study. Structured interviews of a random selection of long-term care staff (n = 320) and frail older people (n = 172), within the two groups of home-care services (HCS, home-care services) and long-term care facilities (LTCF, institutionalised care).	Of staff members, 55,3 % attach the same importance to their own oral health compared to that of clients and 35,7 % regard their own oral health as more important; 98,4 % of staff attended two or more dental examinations per year; 3,4 % of HCS and 37,1 % of LTCF routinely arranged oral examinations. In 81,4 % HCS and in 34,4 % of LTCF, there was no routine dental service available. Patterns of oral health service	None of the age groups examined, had followed recommendations widely accepted in Germany, for semi-annual routine dental examinations. Oral entrance examinations were only requested by 2,0 % of HCS and 13,2 % of LTCF. Having no own teeth when using dentures does create the need for careful denture maintenance at regular review intervals. Edentulous clients, stating the use of dentures as	Nursing staff play a crucial role in the oral health care of frail older people who regularly depend on carers not only for assistance with their daily oral hygiene but also for arranging routine prophylaxis and treatment with dental professionals. Gerodontology strives to preserve teeth of community dwelling seniors by various educational and outreach programs. In the case of institutionalised older people it is essential to	The vast majority (96,2 %) of staff members regarded client's oral health and 99,1 % their own oral health as 'important' or 'very important'. No answers indicating a negative attitude were given. The importance of their own oral health was regarded as equally important as that of clients by 55,3 % of staff members. The importance of their own oral health was rated higher than that of clients by 35,7 and

	<p>1882–1890.</p> <p>LT Cinahl *)</p>			<p>attendance greatly differ between staff and clients.</p>	<p>a reason for non-attendance, were clearly not aware of this fact.</p>	<p>establish a close co-operation based on mutual understanding between gerodontologists and all members of teams providing nursing care.</p> <p>For the improvement of clients oral health, an improved motivation of nursing staff is essential.</p> <p>..should be encouraged to establish routine procedures for initial medical as well as dental examinations to gather baseline data and identify individual clients in need of treatment before dental emergencies occur.</p> <p>The nursing team carries the responsibility of the day-to-day care, particularly for the regular performance of oral and dental hygiene measures which in most cases includes denture hygiene. Being in daily close contact with the patient their role in primary and secondary prevention</p>	<p>9,1 % felt that their own oral health was less important than that of clients.</p>
--	---	--	--	---	--	--	---

						cannot be overestimated. The dental team, which may comprise of dentists, oral hygienists and dental therapists not only offers dental prophylaxis and treatment, it also has a role in the continuing educational process of the other carers by providing specialist advice and training.	
21.	<p>Okabe Y, Furuta M, Akifusa S, Takeuchi K, Adachi M, Kinoshita T, Kikutani T, Nakamura S, Yamashita Y.</p> <p>2016</p> <p>Japani</p> <p>(Swallowing function and nutritional status in Japanese elderly peo-</p>	<p>we explored the longitudinal association of malnutrition with oral function, including oral health status and swallowing function, in elderly people receiving home nursing care.</p>	<p>Prospective observational cohort study with 1-year follow-up. Setting: Two mid-sized cities in Fukuoka, Japan from November 2010 to March 2012. Participants: One hundred and ninety-seven individuals, aged ≥ 60 years, living at home and receiving homecare services because of physical disabilities, without malnutrition.</p>	<p>1. The oral function and nutritional status of elderly people living at home should be evaluated.</p> <p>2.Oral health status, such as number of teeth, wearing denture, and occlusal status, did not show a significant difference among participants with different nutritional status</p>	<p>Because most family caregivers cannot always perceive swallowing dysfunction and ingestion in addition to having poor nutrition knowledge, formal care from care providers and health care professionals may be needed to monitor swallowing function to prevent malnutrition in elderly people receiving home care.</p>	EI KÄYTETTY	

	<p>ple receiving home-care services: A 1-year longitudinal study)</p> <p>Journal of Nutrition, Health & Aging, 20 (7). 697–704.</p> <p>MU PubMed, **)</p>						
22.	<p>Othman AA, Yusof Z, Saub R.</p> <p>2014</p> <p>Malesia</p> <p>(Malaysian government dentists' experience, willingness and barriers in providing domiciliary care for elderly people.)</p>	<p>To assess Malaysian government dentists' experience, willingness and barriers in providing domiciliary care for elderly people.</p>	<p>A descriptive cross-sectional study was conducted using a self-administered postal questionnaire targeting government dentists working in the Ministry of Health in Peninsular Malaysia.</p>	<p>Younger dentists below the age of 30 and those with confidence in providing the service were the most willing to undertake domiciliary care for elderly patients (OR = 13.5, $p < 0.05$). The 3 most reported barriers were patient's complex medical history (74 %), patient's poor attitude towards oral health service (67.5 %), and dentist's unfavourable working condition (64.4%).</p>	<p>Other reported barriers were related to elderly centres. Lack of proper hygiene control, low oral health knowledge among the staff and lack of cooperation were the main barriers reported by the dentists. These attributes (ominaisuudet) would be essential when an elderly patient requires supervision in post-extraction instructions, denture hygiene and a simple toothbrushing instruction.</p>	<p>Apart from overcoming the barriers, other recommendations include improving undergraduate dental education, education for elderly people and carers, improving dentist's working condition, and introducing domiciliary financial incentive for dentist.</p> <p>Oral health service utilisation by elderly patients through domiciliary visits could also be improved by utilising private dentists via a suitable payment</p>	

	Gerodontology (31). 136–144. MU PubMed, **)					package. This would not only improve access to oral healthcare but also reduce government dentists' domiciliary workload tremendously.	
23.	Rabbo M A, Mitov G, Gebhart F & Pospiech P. 2012 Saksa (Dental care and treatment needs of elderly in nursing homes in Saarland: perceptions of the homes managers.) Gerodontology 29 (2). 57–62. MU Man.haku	To investigate nursing home managers' perceptions and attitudes towards oral health care and access to dental services for aged care facility residents.	Questionnaires containing 28 closed-ended questions were mailed to all 114 nursing homes in Saarland, Germany. Descriptive statistics were calculated for response items. Facility response rate was 39 %. None of the nursing homes in this study offered systematic dental health care.	Tutkimuksissa, jotka käsittelivät ikääntyneen laitospotilaan suun terveyttä esimiehen näkökulmasta, kävi ilmi, etteivät esimiehet tienneet potilaiden suun terveyden todellista tilannetta. Suunhoidon taso ja esimiesten käsitykset olivat ristiriidassa, koska esimies uskoi potilaan suun terveyden paremmaksi kuin, mitä se todellisuudessa oli. Tutkimuksen mukaan esimiesten vähäinen tieto potilaiden suun terveydestä viittaa siihen, ettei potilaiden suun terveyttä arvosteta. Laitospotilaiden suunhoidon vähäisyyden vaikutti hoitohenkilökunnan suuri vaihtu-	Eighty-four per cent of the homes' managements rated the state of the dentition of the inhabitants as satisfying. Over half of the managers indicated satisfaction with the know-how of their nursing staff concerning oral hygiene procedures. The most significant barriers to provision of dental care in the facilities according to their managers were staff shortage, lack of interest of the inhabitants and financial concerns.	The results of this study showed an urgent need for estimating a programme for systematic dental care for (institutionalised) elder people in the federal state of Saarland.	Lisäksi aikaisemmat tutkimukset osoittivat, että hoitajien negatiivinen asenne laitospotilaiden suunhoitoa kohtaan oli esteenä potilaiden suuhygienian paranemiselle ja laitospotilaiden suun puhdistustoimenpiteitä hankaloitti hoitajien pelko potilaan yökämisestä tai puremisesta

				vuos, jolloin uuden työntekijän perehdytys jäi suunhoidon osalta puutteelliseksi.			
24.	<p>Sjögren P, Bäckman N, Sjöström O, Zimmerman M.</p> <p>2015</p> <p>Ruotsi</p> <p>(Patient safety in domiciliary dental care for elderly nursing home residents in Sweden.)</p> <p>Community Dental Health. 32 (4). 216–220.</p> <p>MU, PubMed, **)</p>	<p>Patient safety in domiciliary dental care for elderly residents in Sweden.</p>	<p>All reported events in the quality registry at a provider of domiciliary dental care, (2012-05-01 to 2014-06-30) were categorized into 14 domains, and for severity as 'minor', 'moderate', or 'serious' events.</p>	<p>From 218,586 consecutive Swedish domiciliary dental care treatment sessions with 724 (0.03 %) reported events there was a low frequency of patient safety related events. There were 4,272 treatment sessions per such reported event. However, among the patient safety related events, the most frequently reported ones involved patient identity control (3.3%). There were no serious events requiring reporting to national authorities.</p>	EI KÄYTETTY	<p>Domiciliary dental care has a low frequency of patient safety related events and should be provided to elderly in order to improve accessibility to dental care.</p>	

<p>25.</p>	<p>Strömberg E, Hagman-Gustafsson M-L, Holmén A, Wårdh I, Gabre P. 2011 Ruotsi (Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living) Community Dent Oral Epidemiology (40). 221–229. LT Cinahl</p>	<p>Elderly people with disabilities have an increased risk of developing oral diseases as compared with the healthy elderly. The aim of this study was to investigate oral hygiene habits, clinical variables related to oral self-care and caries risk in elderly individuals living at home with moderate and substantial needs of home care.</p>	<p>A random sample of 151 elderly people with moderate needs and 151 with substantial needs of home care were examined. Data concerning general health, social conditions and oral hygiene habits were collected using a questionnaire. Data showing the prevalence of caries, plaque scores and gingival bleeding were obtained through clinical examinations.</p>	<p>Elderly subjects with substantial needs of home nursing had more active caries ($P < 0.01$) and more often gingival bleeding ($P < 0.05$), as compared with elderly people with moderate needs. Forty-nine per cent of the elderly with moderate needs performed acceptable self-care, as compared with 25% of the individuals with substantial needs. Good self-care was associated with women, low plaque scores, less bleeding and less caries. Factors increasing the risk of having caries were low saliva secretion, high plaque scores and a large number of fillings, while having a dentist and good oral hygiene habits increased the chance of not developing caries. Good oral hygiene habits were associated with less prevalence of plaque and oral dis-</p>	<p>Participants who did not have good self-care more often had caries, gingival bleeding and high plaque scores. Factors that increased the risk of having caries were a large number of fillings, not having a dentist, high plaque scores, low saliva secretion and not performing good self-care. In addition, 47 % of the elderly people with moderate needs of support stated that they performed ap- proximal oral hygiene; the corresponding proportion for the elderly with substantial needs was 22 %. Only 25 of the 300 participants in the study received help with oral hygiene, and of them 56 % had toothbrushing twice per day. This means that almost half of the most dependent elderly people, and proba-</p>	<p>78 % of the elderly with moderate needs and 60 % of those with substantial needs brushed twice per day. Good oral hygiene habits were in this study associated with less prevalence of plaque and oral disease in the elderly irrespective of extent of needs of home nursing. There is a need for greater knowledge among patients, relatives and care givers about effective methods to prevent oral disease. Furthermore, the dependent elderly need assistance in performing oral hygiene and structures that facilitate maintaining regular dental care despite old age or disabilities.</p>	<p>Even if the elderly received assistance with oral hygiene, their gingival bleeding did not improve. In fact, there was a tendency, although not statistically significant, for the elderly who received help with their oral hygiene to have fewer teeth without gingival bleeding and more teeth with serious bleeding.</p>
------------	--	---	---	---	--	--	---

	*)			ease in the elderly irrespective of extent of needs of home nursing.	bly those with the highest caries risk, only benefited from toothpaste once a day, in spite of the fact that toothbrushing with fluoridated toothpaste is the preventive measure that shows the highest evidence for preventing caries. One important factor for the increased caries risk is the prolonged oral clearance caused by hyposalivation and impaired oral motor functions. Another is the difficulties in maintaining oral hygiene habits, owing to physical disorders and cognitive impairments		
26.	Strömberg E, Holmén A, Hagman-Gustafsson M-L, Gabre P, Wårdh I. 2013 Ruotsi	To describe the oral health-related quality-of-life in homebound elderly dependent on moderate and substan-	A total of 302 selected persons in three counties in Sweden over 65 years of age and in need of daily support from society participated in the study. Half of the partici-	Cardiovascular disease was common and an average of seven prescription drugs was used. More than half of the participants had dentures. The strongest correlation with GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment	“oral disorders had significant effects on the well-being and life satisfaction of the individuals, even when they had high rates of chronic physical and mental conditions and physical disabilities.” The presence of root	Oral health-related quality-of-life is a relatively new expression of increasing interest. It is originated in the quality-of-life concept and covers the idea that oral health has a special impact on the quality-of-life.	“Individuals with substantial needs had more caries and more often bleeding gums, but other characteristics of oral health did not differ in relation to the need of daily support.” “One quarter of the

	<p>(Oral health-related quality-of-life in homebound elderly dependent on moderate and substantial supportive care for daily living)</p> <p>Acta Odontologica Scandinavica, (71). 771–777.</p> <p>LT Cinahl (*)</p>	<p>tial supportive care for daily living.</p>	<p>patients had moderate needs of support, defined as supportive care of 15–50 h per month and half had substantial needs of supportive care, i.e. 3-times a day with a night overview. An oral examination was performed and structured questions were asked about general health and living conditions, medication, oral care routines and quality-of-life, using the instrument GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Instrument).</p>	<p>Instrument) was the total number of teeth. There was a significant difference between individuals with moderate and substantial needs according to GOHAI, irrespective of gender. More elderly people with substantial needs of support had low GOHAI values. Decayed teeth, DT/T, root remnants and dry mouth were negatively correlated to GOHAI among individuals with substantial needs. Conclusions: This study found that elderly homebound individuals with substantial needs of supportive care had a lower quality-of-life than elderly homebound individuals with moderate needs of supportive care, although both medical and odontological variables were similar in the groups. Older individuals often report quality of life in terms of the ability to</p>	<p>remnants, dry mouth and few occlusal contacts appeared to have a greater negative impact on experienced oral health-related quality-of-life in participants with substantial than with moderate needs of support. It has been stated that, in individuals with 10 or more missing teeth, the number of occluding pairs of teeth decreases and this impairs chewing. Oral dryness has been showed to impact on oral health-related quality-of-life in patients receiving homecare nursings.</p>	<p>... few teeth and the need of dental care are negatively related to quality-of-life, but are these facts aspects of the ability to chew? Large studies often collect data about the number of teeth, but seldom their placement, i.e. occlusal contacts. It has been stated that, in individuals with 10 or more missing teeth, the number of occluding pairs of teeth decreases and this impairs chewing ability and eating.</p> <p>2. Oral health-related quality-of-life in homebound elderly dependent on moderate and substantial supportive care for daily living showed the strongest correlation to the total number of teeth. More of the participants with substantial needs of support showed low GOHAI values. One recent study reports that oral health-</p>	<p>elderly people with substantial needs of support received help with their oral hygiene, but this assistance did not decrease the prevalence of oral diseases”</p>
--	---	---	---	---	---	--	--

				think clearly, to love, to make decisions for oneself, to live at home or to use one's mental abilities. Clinical symptoms need to be set in the context of the patient's lifestyle. Perhaps a better way of measuring oral health-related quality-of-life would be by asking: 'What does this problem stop you from doing?'		related quality-of-life is significantly linked to the relationship between well-being and depression in early old age, while subjective health may contribute to mediating it.	
27.	<p>Turjamaa Riitta.</p> <p>2014</p> <p>Suomi</p> <p>Older people's individual resources and reality in home care</p> <p>University of Eastern Finland, Faculty of Health Sciences Publications</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja arvioida iäkkäiden kotihoidon asiakkaiden voimavarojen tunnistamista ja tukemista kotihoidossa asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmista.</p>	<p>Tutkimus koostuu neljästä osatutkimuksesta. Ensimmäisen osatutkimuksen aineistona olivat aikaisemmat iäkkäiden voimavaroja käsittelevät tieteelliset artikkelit (n = 17). Toisen osatutkimuksen aineisto koostui tutkimukseen osallistuvan organisaation kotihoidon henkilökunnan (n = 32) ryhmähaastatte-</p>	<p>1. It is notable that professionals' descriptions about existing home care clients' resources were reduced to mainly include physical needs. The recognition of clients' situations is incomplete and does not address the subject of their individual needs and resources. Therefore, as professionals, nothing should be considered as selfevident, and every client's aspects should be perceived individu-</p>	<p>The findings of this study show that documentation focusing on clients' physical needs and recognizing resources is insufficient. Inadequate documentation is problematic from both legal and an ethical point of view. Non-comprehensiveness and inaccurate documentation present a risk to client safety and well-being and to the continuity of home care services. Moreover, there is a risk that</p>	<p>In order to promote older home care clients' living at home for as long as possible, home care professionals need to be able to recognize older clients' individual needs. In order to be able to recognize older clients' needs and resources, there is a need for a regular use of assessment tools in identifying clients' individual resources based on a comprehensive approach.</p> <p>2. Older clients' re-</p>	<p>It is notable that professionals' descriptions about existing home care clients' resources were reduced to mainly include physical needs. The recognition of clients' situations is incomplete and does not address the subject of their individual needs and resources. Therefore, as professionals, nothing should be considered as selfevident, and every client's aspects should be perceived individually.</p>

	<p>of the University of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 255. 2014.</p> <p>MU Man.haku</p>		<p>luista. Kolmas osatutkimus kohdentui kotihoidon asiakkaiden palvelu- ja hoitosuunnitelmiin (n = 437). Neljännessä osatutkimuksessa aineisto kerättiin videomalla kotikäyntejä ja virikkeitä antavien haastatteluiden avulla kotihoidon hoitajilta (n = 14) sekä heidän asiakkailtaan (n = 23).</p>	<p>ally.</p> <p>2. The current planning for older clients' care is classification-based with an instrument-oriented approach where there is a lack of acknowledgement of clients' individual needs and resources. In addition, classification-based documentation seems to be inflexible and hides the full picture of the client's situation.</p> <p>3. Current home care is organisationally - driven and the context of care is mainly routine-like help in everyday activities, based on doing things on behalf of clients and ignoring their personal perspectives, individual needs and resources.</p> <p>4. In order to be able to promote clients' living at home, home care services need to be provided based on individually designed and delivered care and</p>	<p>more power is given to home care professionals and available services, and less to clients' own opinions. This kind of documentation will lead to a task-oriented approach. Thus, unawareness of the client's perception of health and abilities hinder care and service planning.</p>	<p>sources have to be assessed from the client's point of view, and their own perspectives must be taken into account when planning care and services.</p> <p>1. In order to promote older home care clients' living at home for as long as possible, home care professionals need to be able to recognize older clients' individual needs. In order to be able to recognize older clients' needs and resources, there is a need for a regular use of assessment tools in identifying clients' individual resources based on a comprehensive approach.</p> <p>2. Older clients' resources have to be assessed from the client's point of view, and their own perspectives must be taken into account when planning care and services.</p>	
--	---	--	---	---	---	---	--

			<p>services that takes into account clients' resources and perspectives of meaningful activities.</p> <p>Sekä iäkkäät asiakkaat että kotihoidon henkilökunta pitivät sosiaalisia suhteita ja mielekkään arjen elementtejä kotona asuvien iäkkäiden ihmisten voimavaroina, johon liittyivät tärkeänä osana perhe- ja ystävyysuhteet sekä luottamuksellinen suhde kotihoidon henkilöstön kanssa. Mielekkään arjen elementtejä luonnehtivat kokonaisvaltainen toimintakyky, mahdollisuus selviytyä päivittäisistä toiminnoista sekä positiivinen elämänsenne ja itseluottamus. Voimavaroja tukevia tekijöitä olivat kotihoidon palvelut sekä ympäristön turvallisuus ja toimivuus. Päivittäisessä hoitotyössä voimavarojen huomioiminen ja tukeminen oli melko vähäistä. Asiakkaan</p>		<p>3. The development of nursing documentation as a whole requires home care professionals to be able to design clients' care and services individually.</p> <p>More comprehensive electronic documentation systems must be developed so that clients' individual needs and resources can be faithfully documented.</p> <p>4. In order to be able to promote clients' living at home, home care services need to be provided as individually designed care which takes into account clients' resources and perspectives of meaningful and inspirational activities as well as social relationships.</p> <p>5. In daily care, working with a 'doing things with clients' rather than a 'doing things on behalf of clients' philosophy is needed.</p> <p>6. There is a need for dialogue at the organi-</p>	
--	--	--	---	--	---	--

				<p>luona tapahtuvaa työskentelyä ilmensi kiireisyys ja asiakkaan puolesta tekeminen. Lisäksi työskentely keskittyi päivittäisten toimintojen ja lääkehoidon rutiininomaiseen suorittamiseen sekä välttämättömiin hoito- toimenpiteisiin. Myös hoito- ja palvelussuunnitelmissa oli nähtävissä sama suorituskeskeisyys eikä asiakkaan voimavaroja huomioitu. Kotihoidossa on tunnistettavissa toimenpidekeskeisyyttä ja asiakkaan fyysisiin tarpeisiin vastaamista. Jotta voidaan edistää iäkkäiden asiakkaiden kotona asumista, tarvitaan yksilöllisesti suunniteltuja kotihoidon palveluita, joita toteutetaan voimavarojen tukemisen näkökulmasta.</p> <p>Voimavaralähtöisyyden toteuttaminen edellyttääkin iäkkäiden asiakkaiden sosiaalisten suhteiden ja mie-</p>		<p>sational level in collaboration with clients and professionals, including discussion on aspects of developing home care services to answer to clients' needs and resources.</p>	
--	--	--	--	--	--	--	--

				lekkään arjen elementtien huomioimista.			
28.	<p>Virtanen Eija 2014 Suomi (Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistäminen esimiehen näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma.) Tampereen yliopisto. MU Medic, ***) ****)</p>	<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämistä esimiehen näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli saadun tutkimustiedon avulla kehittää ikääntyneen asiakkaan suun terveyden edistämistä kotihoidon organisaatiossa.</p>	<p>Tutkimus oli laadullinen, ja aineisto kerättiin parihaastattelulla kymmeneltä kotihoidossa työskentelevältä esimieheltä keväällä 2013. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällysanalyysillä.</p>	<p>Esimiehen myönteisellä johtamistavalla, työyhteisön aktiivisella suun terveyttä edistävällä työotteella ja koulutuksella voidaan kehittää ikääntyneen kotihoidon asiakkaan hoitokulttuurista suu- ja hammasystävällisemmäksi kuin mitä se nykyisin on. Systemaattisen suunhoidon toimintamallin luominen kotihoidon organisaatioon parantaa ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyttä ja elämänlaatua sekä tuo taloudellisia säästöjä yhteiskunnalle. Yhdenmukaiseksi kehitettävistä toimintatapoista ovat asiakkaan suun terveydentilan arvioiminen ja puheeksi ottaminen, asiakkaan kannustaminen ja avustaminen hyvän suuhygienian toteuttamiseen sekä suun</p>	<p>Jos käydään kiireiseen aikaan tai ei käydä iltaisin asiakkaan luona, niin suun omahoidossa auttaminen jää huomioimatta. Esimiehen näkemyksen mukaan hoitajien rohkeus puuttua asiakkaan suunhoitoon oli alhainen, koska hoitajat kokivat asiakkaan suun hyvin henkilökohtaiseksi ja intiimiksi alueeksi. Myös hoitajien avun antaminen suunhoidossa koettiin vaikeammaksi tehtäväksi kuin jalkojen hoidon. Jotkut hoitajat kokivat, että suun terveydestä puhuminen saattoi hankaloittaa luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumista ja se saattoi olla jopa este kotihoitokäytien jatkumiselle. Esimiehen näkemyksen mukaan asiakkaan</p>	<p>1. Konkreettisen avun antaminen suunhoidossa oli sitä, että hoitajat avustivat ja ohjasivat suun puhdistustoimenpiteissä, neuvoivat suun terveydenhoidossa, avustivat suunhoitovälineiden ja -tuotteiden hankinnassa sekä hammashoitokäynnin järjestelyissä 2. Systemaattisen suunhoidon toimintamallin luominen kotihoidon organisaatioon parantaa ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyttä ja elämänlaatua sekä tuo taloudellisia säästöjä yhteiskunnalle. Yhdenmukaiseksi kehitettävistä toimintatapoista ovat asiakkaan suun terveydentilan arvioiminen ja puheeksi ottaminen, asiakkaan kannustaminen ja avustaminen hyvän suuhygienian toteut-</p>	

				<p>terveystietojen järjestelmällinen dokumentointi. 3. Kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämiseen tarvitaan monipuolinen yhteistyöverkosto, johon kuuluvat asiakas, hänen läheiset ihmiset sekä kotihoidon ja suun terveydenhuollon organisaatiot.</p>	<p>pääsyä suun terveydenhuollon vastaanotolle rajoittavia tekijöitä olivat asiakkaan kykenemättömyys hammashoitoajan varamiseen, liikkumisvaikeudet, yleinen huonokuntoisuus tai taloudelliset taustatekijät.</p>	<p>tamiseen sekä suun terveystietojen järjestelmällinen dokumentointi. 3. Kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämiseen tarvitaan monipuolinen yhteistyöverkosto, johon kuuluvat asiakas, hänen läheiset ihmiset sekä kotihoidon ja suun terveydenhuollon organisaatiot.</p>	
29.	<p>Wang Tze-Fang, Huang Chiu-Mieh, Chou Chyuan, Yu Shu. 2015 Taiwan Effect of oral health programs for caregivers International Journal of Nursing Studies 52.</p>	<p>Aim was to evaluate the effects of oral health education for caregivers on the oral health status of the elderly.</p>	<p>Randomized controlled trials or comparative before-and-after studies involving an oral health education program for caregivers of the elderly (65 years old) were identified by two independent reviewers. Primary outcome was the percentage of patients with normal mucosa in the oral cavity. The secondary outcomes were</p>	<p>The systemic review and meta-analysis found limited evidence that oral health education for caregivers may be effective for improving the oral health of the elderly. 1. Poor oral health in the elderly is associated with malnutrition, cognitive decline, and a higher risk for cardiovascular disease and infectious respiratory diseases. 2. Various oral health education programs have been presented to nursing personnel</p>	<p>A single oral health education of the caregivers yearly was insufficient to improve the oral health status of the residents after 1.5 yrs. Possible reasons for the lack of a significant impact of the caregivers' training on the oral health status of the elderly residents may include relatively good oral health status of residents at baseline, less sensitive measurement scales for the oral health assessments, too small a sample</p>	<p>This meta-analysis analysis, involving 602 elders, found that the percentage of elderly with normal oral mucosa, with no visible plaque, and with no detectable denture stomatitis all significantly increased after the group was treated by caregivers who had received a recent oral health education program. An oral health education for caregivers may significantly improve the oral health of the elderly. Instruction on oral</p>	

	<p>1090–1096. MU Science Di- rect *****)</p>		<p>the percentage of patients with no visible plaque and the percentage of patients without denture stomatitis.</p>	<p>with anticipation that the elderly may benefit from caregivers' improved expertise in personal hygiene procedures. 3. Regarding the improvement of oral health of the elderly, many studies reported conflicting conclusions of these oral health education programs on caregivers.</p>	<p>size to detect a 20% difference , short presentation without adequate training or theory of improved oral health care , insufficient time due to competing personal care duties), inadequate staffing intensity at facility , insufficient supplies for oral health care, the Hawthorne effect on the facilities and staff and a relatively high turnover of staff at the facility between the pre and post training assessments.</p>	<p>health care, its associations with infectious disease, and other degenerative diseases can improve the attitude of the caregivers toward the importance of oral health of the elderly residents. Multiple oral health education sessions augmented the oral health knowledge and practical oral hygiene procedures of the caregivers, but some facilities hesitated to provide the extra time for staff training due to workload.</p>	
<p>30.</p>	<p>Watkins C, L.Ettinger R, Cowen H, Qian F, V.Dawson D. 2012 Yhdysvallat (Iowa den- tists' in- volvement in care for pa-</p>	<p>This study investigated the frequency of Iowa dentists' provision of in-office and out-of-office dental care for people who are homebound, as well as comparing</p>	<p>A comprehensive survey requesting information regarding a dentist's involvement in the care of adult special populations was developed through the joint efforts of the Geriatric Education Center and the Department of</p>	<p>Due to improved medical and drug care, people are living longer and the number of elderly persons who are unable to visit a dentist for treatment is increasing. Many of these persons have some teeth and so may require the services of a dentist. It has been shown that oral health and general</p>		<p>It has been reported that improvement of access to dental care is likely to improve quality of life and the oral health of patients including those who are homebound. Increasing education efforts may be a useful intervention to increase homebound care involvement of younger dentists.</p>	

	<p>tients who are homebound.)</p> <p>Spec Care Dentist 32 (6). 2012.</p> <p>MU PubMed (**)</p>	<p>the practice and educational characteristics among dentists who did and did not provide care for patients who were homebound.</p>	<p>Preventive and Community Dentistry at the University of Iowa College of Dentistry, Iowa City. Sections of the survey specifically requested information about care provided to patients who are homebound within and outside of the private office setting.</p>	<p>health are interrelated and that poor oral health can impact general health, especially with regard to cardiopulmonary health.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Didactic and clinical education were very important in both bivariate and multivariate associations. • Dentists who were associated with nursing homes were more likely to care for patients who were homebound, both in and out of the office. 			
31.	<p>Willumsen T, Fjaera B, Eide H.</p> <p>2009</p> <p>Norja</p> <p>(Oral health-related quality of life in patients receiving home-care nursing: as-</p>	<p>To explore the differences in oral status, dental attendance and dry mouth problems between patients with long-term disease with high and low scores on Oral Health</p>	<p>A cross-sectional questionnaire study was conducted with 137 patients receiving home-care nursing. Structured interviews were conducted by student nurses using OHIP-14, items from the Xerostomia Inventory and questions concerning</p>	<p>Eighty-three per cent of patients had natural teeth and 60% had only natural teeth. 'Natural teeth only' indicated a low score on OHIP-14. Problems with brushing and items concerning xerostomia indicated a high score on OHIP-14. Contrasts in the assessments concerning brushing of teeth and xerostomia indicated</p>	<p>A statistically significant relationship between more than four prescribed daily medications and reduced saliva flow (23). It is a clinical observation that reduced mobility complicates oral hygiene regimes and thus, from these results we can state that they are in a risk group for dental caries. Problems with brush-</p>	<p>Concerning dry mouth, the lack of knowledge and focus by the elderly themselves was shown to be a problem. Many reported sensations of dry mouth, but most had never reflected on whether they had too little or too much saliva. This was further emphasised as about one-third did nothing to compensate when they</p>	<p>Furthermore, there are many practical problems that contribute to neglecting or postponing assistance with tooth brushing. Examples of this may be the lack of knowledge and training among nurses, or the lack of equipment and time.</p>

	<p>sociations with aspects of dental status and xerostomia)</p> <p>Gerodontology 2010 (27). 251–257.</p> <p>LT Cinahl *)</p>	<p>Impact Profile 14 (OHIP 14) and how patients cope with oral problems such as xerostomia and a reduced ability to brush their teeth.</p>	<p>dental visit habits, brushing of teeth and data from medical records.</p>	<p>low priority from the patients themselves and the nursing staff.</p>	<p>ing and items concerning xerostomia were found to be the most statistically significant indicators of a high score on OHIP- 14. One-third of the patients who said they had problems with toothbrushing, wanted assistance, and only one-fifth of them got assistance. This highlights a substantial problem in dental care for the elderly. The threshold for accepting that 'I cannot brush my own teeth' is high.</p>	<p>felt they had a dry mouth and only a few used symptomatic medications like saliva gel, tablets or sugary sweets. In this context, the patients could easily be helped out by medical or dental staff giving appropriate advice and delivering adequate symptomatic medications. Community health services should focus upon oral health and cooperate with dental services for regular dental visits.</p>	
--	--	--	--	---	---	--	--

Tietokantakohtaiset hakusanat

*) Cinahl: "Oral Health" OR "Dental Care" OR "Dental Care for Aged" OR "Dental Devices, Home Care" OR "Mouth Care" OR "Mouth, Edentulous" AND Aged OR elderly AND "Home Health Care" OR "home care"

***) PubMed: oral health OR oral hygiene OR dental care AND aged AND home care services OR home nursing OR home health nursing

****) Medic: "suun terveys" "oral health" "dental care" "oral hygiene" suuhygieni* mouth aged elderly ikäänt* vanhu* kotihoi* "home care services"

*****) Medic: "suun terveys" "oral health" "dental care" "oral hygiene" suuhygieni* mouth ikäänt* Kotih* "home care"

*****) Science Direct: Oral health OR dental care AND home care for aged

Sisällönanalyysin muodostuminen, taulukko 3.

Alkuperäistutkimus - Alkuperäisilmaus suomennettuna (Tutkimusnumero artikkeleiden kuvaustaulukosta) (Analyysin tekijä)	Pelkistys	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka, vastaus tutkimuskysymyksiin
<p>Belsi A, Gonzalez-Maffe J, Jones K, Wright D, Gallagher JE. 2013 Care home managers' views of dental services for older people living in nursing and residential homes in inner city London. Englanti. (2) (MU)</p> <p>1. Suun hoidon esteenä toimii ikääntyneen toimenpidepelko (53 %), rajoittunut liikkuvuus (45 %), kuljetuksen järjestymisen, ikääntyvälle aiheutuvat kulut ja hoitopääsyn odotusajat (42 %).</p> <p>2. Kotihoidon esimiesten haastatteluissa selvisi, että suun hoidon esteenä voi olla itse henkilöön liittyvät kysymykset, kuten asiakkaan haasteellinen käyttäytyminen, kooperaation puuttuminen ja pelon aiheuttama kieltäytyminen hoidosta. Lisäksi esteenä voi olla jonkin sairauden, kuten dementian</p>	<p>1. Ikääntyneen suun hoidon esteitä ovat toimenpidepelko, rajoittunut liikkuvuus, kuljetuksen järjestymisen, ikääntyvälle aiheutuvat kulut ja hoitopääsyn odotusajat.</p> <p>2. Hoidon esteenä voi olla myös asiakkaan huono käytös, kooperaation puuttuminen, kieltäytyminen hoidosta, jonkin sairauden aiheuttamat kommunikaatio-ongelmat.</p> <p>3. Esteet ovat yleensä moninaiset, kuten ahdistuneen ikääntyneen saattaminen hoitoon.</p> <p>4. Ikääntyneiden tarkoituksenmukainen sekä tarpeet ja haavoittuvuuden huomioon ottava suun terveydenhoito.</p> <p>5. Palveluntuottajat, jotka kykenevät vastaamaan ikääntyneiden moninaisiin tarpeisiin.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suunhoito 2. Esteet 3. Toimenpidepelko 4. Rajoittunut liikkuminen 5. Kuljetukset 6. Hoitoon saattaminen 7. Hoitopääsyn odotusajat 8. Kulut 9. Kooperaatio 10. Kieltäytyminen 11. Kommunikaatio-ongelmat 12. Dementia 13. Moninaisuus 14. Ahdistuneisuus 15. Käytöshäiriöt 16. Yksilön huomioiminen 17. Palvelut 18. Koti 19. Hauraus 20. Palveluntuottajat 21. Käytännöt 22. Tarpeet 	<p>Esteet ikääntyneen suun terveyden edistämiseksi ovat moninaiset (1–15.)</p> <p>Eettinen näkökulma ikääntyneen suun terveydenhuollon järjestämisessä (2, 3, 9–12, 14)</p> <p>Lain noudattaminen ikääntyneen hoidossa (7, 17, 18, 20)</p> <p>Ikääntyneen suun terveyden edistäminen tulevaisuudessa (1, 8, 13, 16–22)</p> <p>Ikääntyneen suun terveyden edistämisen pohjautuminen tarpeisiin ja yksilöllisyyteen (13, 16–18, 20, 21, 22)</p>	<p>5.1 Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden suun terveyden edistämisen esteet</p> <p>5.2 Ikääntyneiden suun terveyden edistäminen kotihoitossa</p>

<p>aiheuttamat kommunikaatio-ongelmat.</p> <p>3. Esteet olivat tutkimuksen mukaan usein moninaiset, kuten ei-hoitomyönteisen ja ahdistuneen ikääntyneen saattaminen suun hoitoyksikköön.</p> <p>4. Tulevaisuudessa ikääntyneiden suunhoidon järjestämisen tulisi olla tälle väestöryhmälle tarkoituksenmukaisempi perustuen heidän tarpeisiinsa ja haavoittuvuuteensa.</p> <p>5. Tärkeässä roolissa tulevaisuudessa on käyttää palveluntuottajia, jotka pystyvät aidosti vastaamaan tämän haavoittuvan väestöryhmän fyysisiin ja psykologisiin tarpeisiin, ottamalla samalla huomioon heidän hammashuoltonsa erityistarpeet.</p> <p>6. Tulevaisuuden toiveita esimiehiltä kysyttäessä nousee esiin toive mahdollisuudesta monipuolisiin suun terveyden palveluihin ja erilaisiin käytäntöihin.</p> <p>7. Suurimpana tulevaisuuden kehitysehdotuksena tutkimuk-</p>	<p>6. Tulevaisuuden hammas-huollon monipuoliset palvelut ja moninaiset käytännöt.</p> <p>7. Suunhoidon terveystaluiden järjestäminen kotihoidon asiakkaan kotona.</p>			
--	---	--	--	--

<p>sessä nousi esiin toive ja tarve ikääntyneen kotona tapahtuvaa suunhoidon palvelua kohtaan, jolloin saataisiin tuotettua ikääntyneiden tarpeet kohtavaa suun terveydenhoidon palvelua.</p>				
<p>Bissett Susan, Preshaw Philip. 2011. Guide to providing mouth care for older people. Englanti. (3) (LT)</p> <p>1. Ikääntyneen henkilön kyky hoitaa hyvää suuhygieniää vähenee, kun kognitiivinen, visuaalinen ja fyysinen toimintakyky heikkenee.</p> <p>2. Hyvä plakin hallinta perustuu hienomotorisiin taitoihin, riittävään näkökykyyn ja motivaatioon.</p> <p>3. Suun terveys ei pelkästään perustu hyvään plakin poistoon, vaan myös matalan sokerin ruokavalioon ja riittävään syljeneritykseen.</p> <p>4. Suun terveydenhoidon koulutusjaksolla on suositeltavaa antaa käytännön neuvoja hoitajille.</p>	<p>1. Ikääntyneen suuhygieniaan vaikuttavat kognitiivisen-, visuaalisen- ja fyysentoimintakyvyn heikkeneminen.</p> <p>2. Plakin hallinta perustuu hienomotoriikkaan, näkökykyyn ja motivaatioon.</p> <p>3. Suun terveyteen vaikuttavat myös vähäsokerinen ruokavalio sekä riittävä syljeneritys.</p> <p>4. Koulutuksissa käytännön neuvot tärkeitä.</p> <p>5. Hoitosuunnitelma sisältää suun terveydentilan tutkimisen ja riskien arvioinnin.</p> <p>6. Hoitaja tekee riskiarvioinnin, arvioi ikääntyneen kyvyt huolehtia omasta suuhygieniasta sekä määrittelee avun tarpeen.</p> <p>7. Hoitajalla tärkeä rooli ikääntyneiden suun- ja yleistervey-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kognitiiviset taidot 2. Näkökyky 3. Fyysinen toimintakyky 4. Hienomotoriikka 5. Motivaatio 6. Ruokavalio 7. Syljeneritys 8. Koulutus 9. Käytännönläheisyys 10. Tutkiminen 11. Riskien arviointi 12. Kompetenssi 13. Avun tarve 14. Rooli 15. Moniammatillinen yhteistyö 16. Tieto 17. Asenteet 18. Resurssit 19. Arvostus 20. Ohjeet 	<p>Kognitiiviset ja fyysiset häiriöt rajoittavat suuhygienian toteutumista. (1–4, 7)</p> <p>Tiedon merkitys hoitotyön laatuun. (5, 8–12, 14–20)</p> <p>Yksilöllisen hoitosuunnitelman laatiminen. (5, 8, 10–12, 14–16)</p>	<p>5.1 Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden suun terveyden edistämisen esteet</p> <p>5.2 Ikääntyneiden suun terveyden edistäminen kotihoidossa</p> <p>5.3 Kotihoidon työntekijöiden kokemukset asiakkaan suun terveyden edistämisestä</p>

<p>5. Hoitajan tekemä ikääntyneen suun hoitosuunnitelma sisältää: suun terveydentilan tutkiminen ja riskien arviointi.</p> <p>6. Hoitaja pystyy tekemään asiakkaan suun riskiarvioinnin ja arvioimaan ikääntyneen kyvyt huolehtia suuhygieniasiaan sekä määrittelemään avun tarpeen.</p> <p>7. Hoitajilla on tärkeä rooli hoitamiensa ikääntyneiden suun terveyden optimoimisessa ja suun terveydenhoito pitäisi olla osana potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.</p> <p>8. Yhteistyö hammashoidon ammattilaisten, kuten suuhygienistien, kanssa on tärkeää ikääntyneiden kotihoidon asiakkaiden terveydentilan kohentamiseksi.</p> <p>9. Todistettavasti on osoitettu, että hoitajien tieto ja asenteet ovat olennainen osa tehokkaan suuhygienisen hoidon toteutumisesta.</p> <p>10. Esteitä tehokkaan/hyvän suunhoidon toteutumiselle ovat muun muassa se, että suun</p>	<p>den hoidossa kokonaisuutena.</p> <p>8. Moniammatillinen yhteistyö tärkeää.</p> <p>9. Hoitajien tieto ja asenne vaikuttavat hoidon toteutumiseen.</p> <p>10. Tehokkaan hoidon esteinä on hoitajien kiire, suunhoidon arvostuksen puute ja tehtävän hoidon epämiellyttävyys.</p> <p>11. Koulutuksella ja selkeillä ohjeilla on suuri merkitys hoitajien tietoihin, asenteisiin sekä positiivinen vaikutus hoitoon ja suun terveyteen.</p>			
--	--	--	--	--

<p>terveyttä ei nähdä tärkeänä, psykologinen vaikeus työskennellä toisen henkilön suussa sekä hoitohenkilökunnan vähäinen aika/kiire.</p> <p>11. Hoitajille annettavat käytännön koulutustilaisuudet, jotka tarjoavat heille mahdollisuuden keskustella suhtautumisestaan suun terveydenhoitoon, saada tietoa plakin merkityksestä suun terveydelle sekä vaiheittaiset ohjeet hampaiden harjauksesta ja proteesien puhdistuksesta, vaikuttavat myönteisesti heidän tietoihin ja asenteisiin ja niillä on myös positiivinen vaikutus toteutettavaan suuhygieniaan ja suun terveyteen.</p>				
<p>Dahl KE, Wang NJ, Skau I, Öhrn K. 2011. Oral health-related quality of life and associated factors in Norwegian adults. Norja. (4) (MU)</p> <p>1. Monissa tutkimuksissa on osoitettu hampaiden lukumäärän olevan merkittävä tekijä mitattaessa suun terveyden yhteyttä elämänlaatuun (OH-RQoL), kuten tässäkin tutkimuksessa todettiin.</p>	<p>1. Hampaiden lukumäärä on merkittävä tekijä mitattaessa suun terveyden yhteyttä elämänlaatuun</p> <p>2. Säännöllisesti hammashuollon palveluja käyttävillä on parempi suun terveys ja elämänlaatu, kuin palvelujen epäsäännöllisillä käyttäjillä, johtuen paremmasta suuhygieniasta ja suun terveyden arvostuksesta.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suun terveys 2. Elämänlaatu 3. Hampaiden lukumäärä 4. Säännöllinen 5. Epäsäännöllinen 6. Hammashuolto 7. Suuhygienia 8. Arvostus 9. Omahoitotottumukset 	<p>Ikääntyneen kokemus suun terveyden merkityksestä (1-9)</p> <p>Ikääntyneen omahoitotottumukset (1–9)</p> <p>Suun terveyden yhteys ikääntyneen elämänlaatuun (1–9)</p>	<p>Luku 5.2</p>

<p>2. Säännöllisesti hammashuollon palveluja käyttävät ilmoittivat omaavansa paremman suun terveyden ja sitä kautta paremman elämänlaadun. Tämä johtune siitä, että he arvostavat ja pitävät parempaa huolta suun terveydestään, kuin epäsäännölliset hammahuollon käyttäjät.</p> <p>3. Tutkimuksen tulosten mukaan suun omahoitotottumuksilla on suuri vaikutus suun terveyteen ja täten päivittäiseen elämänlaatuun.</p>	<p>3. Suun omahoitotottumuksilla on suuri vaikutus suun terveyteen ja elämänlaatuun.</p>			
<p>Furuta M, Komiya-Nonaka M, Akifusa S, Shimazaki Y, Adachi M, Kinoshita T, Kikutani T, Yamashita Y. 2012. Interrelationship of oral health status, swallowing function, nutritional status, and cognitive ability with activities of daily living in Japanese elderly people receiving home care services due to physical disabilities. Japani. (5) (LT)</p> <p>1. Tutkimus osoitti, että huono suun terveys liittyi suoraan nielemistoimintojen heikentymiseen.</p>	<p>1. Huono suun terveys liittyy heikentyneisiin nielemistoimintoihin.</p> <p>2. Dysfagia, kognitiivinen heikkous ja aliravitsemus vähensivät suoraan ja epäsuorasti päivittäisen elämän aktiivisuutta kotihoitoa saavilla iäkkäillä ihmisillä.</p> <p>3. Ikääntyneiden on vaikea päästä ammattimaiseen hammashoittoon.</p> <p>4. Hampaiden menetysten ehkäiseminen ja rohkaisemi-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Huono suun terveys 2. Dysfagia 3. Kognitiivinen heikkous 4. Aliravitsemus 5. Ravitsemus 6. Päivittäinen aktiivisuus 7. Kotihoito 8. Vaikeus 9. Saavutettavuus 10. Hampaiden menetys 11. Proteesit 12. Järjestelmän kehittäminen 13. Palveluiden saatavuus 14. Palveluiden saavutettavuus 	<p>Päivittäisen elämän aktiivisuuden väheneminen (1–5, 10,11)</p> <p>Oikeus hyvään hoitoon (1, 7–9, 12–14)</p> <p>Palveluiden jatkuva kehittäminen (7–9,12–14)</p>	<p>Luvut 5.1, 5.2 ja 5.3</p>

<p>2. Dysfagia, kognitiivinen heikkous ja aliravitsemus vähensivät suoraan ja epäsuorasti ADL: n (activities of daily living - päivittäiset toiminnot.) kotona asuvilla, kotihoitoa saavilla iäkkäillä ihmisillä.</p> <p>3. Monien kotihoitoa tarvitsevien ikääntyneiden on vaikea päästä ammattimaiseen hammashoittoon.</p> <p>4. Tulokset viittaavat siihen, että hampaiden menetyksen ehkäiseminen ja hammasproteesien käytön rohkaiseminen voivat epäsuorasti edistää päivittäisen aktiivisuuden ylläpitoa tai parantamista, johtuen nielemisfunktion ja ravitsemuksen parantuneesta tilanteesta.</p> <p>5. Lisätoimia tarvitaan kehittämään pitkän tähtäimen hoitotai yhteisjärjestelmää, joka tarjoaa helpon pääsyn hammaslääkäripalveluihin.</p>	<p>nen proteesien käyttöön voivat epäsuorasti edistää päivittäisen aktiivisuuden ylläpitoa tai parantamista, johtuen parantuneesta ravitsemuksesta ja nielemistoiminnoista.</p> <p>5. Pitkällä tähtäimellä tulee kehittää hoito- ja yhteistyöjärjestelmiä, jotta pääsy hammaslääkäriin helpottuu.</p>			
<p>Garrido Urrutia C, Romo Ormazábal F, Espinoza Santander I, Medics Salvo D. 2011. Oral health practices and beliefs among caregivers of the</p>	<p>1. Koulutetuista hoitajista alle 15 % ilmoitti hoitavansa suun terveyttä kerran tai useammin päivässä.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koulutettu hoitaja 2. Suunhoidon käytäntö 3. Rutiinit 4. Suuri työmäärä 5. Kiire 	<p>Koulutuksen merkitys hoitajan työhön (1–3, 7, 8)</p> <p>Tiedon merkitys hoitotyön laatuun. (1, 2, 4, 6–9)</p>	<p>Luvut 5.1, 5.2 ja 5.3</p>

<p>dependent elderly. Chile. (6) (LT)</p> <p>1. Vain 14,3 % koulutuksen saaneista hoitajista ilmoitti hoitavansa ikääntyneen suun terveyttä kerran tai useammin päivässä kun taas omaishoitajista 61 % teki näin.</p> <p>2. Tämä tilanne voi johtua kotihoitajien työmäärästä, koska heillä on hoidettavana enemmän kuin yksi potilas.</p> <p>3. Tutkimukseen osallistuneista omaishoitajista 61,1 % ilmoitti hoitavansa suunterveyttä kerran tai useammin päivässä.</p> <p>4. Koulutusohjelmia pitäisi järjestää edistämään hoitajien riittäviä käytäntöjä ja tottumuksia suunhoidossa.</p> <p>5. Tieto siitä, että alle puolet hoitajista ilmoitti saaneensa koulutusta ikääntyneiden suun terveydenhoidosta, paljastaa selvän puutteen heidän koulutuksessaan. Tämä on jo todettu useammassa julkaisussa ja tuotu esiin, että hoitajien koulutuksen lisääminen tällä osalla on välttämätöntä.</p>	<p>2. Tämä tilanne voi johtua kotihoitajien työmäärästä, koska heillä on hoidettavana enemmän kuin yksi potilas.</p> <p>3. Yli 60 % omaishoitajista hoiti suun terveyttä päivittäin kerran tai useammin.</p> <p>4. Koulutuksen lisääminen tukemaan suunhoidon käytäntöjä ja uskomuksia.</p> <p>5. Tämän tutkimuksen lisäksi useassa muussa tutkimuksessa on todettu hoitajien koulutuksessa puutteita suunhoidon osalta ja sen lisääminen on välttämätöntä.</p>	<p>6. Kouluttamaton hoitaja/omainen</p> <p>7. Koulutus</p> <p>8. Käytäntö</p> <p>9. Uskomukset</p>	<p>Säännöllisyys ja rutiinit ovat tärkeitä suun terveydenhoidossa (2–5, 7–9)</p>	
--	---	--	--	--

<p>Gluzman R, Meeker H, Agarwal P, Patel S, Gluck G, Espinoza L, Ornstein K, Soriano T, Katz RV 2013. Oral health status and needs of homebound elderly in an urban home-based primary care service. Yhdysvallat. (7) (MU)</p> <p>1. Hyvin suurella osuudella tutkituista ei ollut mahdollisuutta käyttää suun terveydenhuollon palveluita. Suun perusterveydenhuollon palveluiden puuttuminen vaikuttaa huomattavan negatiivisesti näiden ikääntyneiden hyvinvointiin ja elämänlaatuun.</p> <p>2. 92 % tutkituista (n=334) ikääntyvistä oli hoidon tarvetta.</p> <p>3. Ikääntyvät ovat haavoittuvin väestöryhmä, joka ei nykypäivän Amerikkalaisessa suun terveyden palveluiden järjestelmässä kykene hankkiutumaan palveluiden piiriin. Tämä johtuu heidän fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tai realiteetteihin liittyvistä rajoituksistaan.</p> <p>4. Jotta ikääntyneiden väestöryhmän suun terveyden palve-</p>	<p>1. Suurimmalla osalla ikääntyvistä ei ole mahdollisuutta käyttää suun terveydenhuollon palveluita. Tämä vaikuttaa negatiivisesti näiden ikääntyneiden hyvinvointiin ja elämänlaatuun.</p> <p>2. 92 % tutkituista (334) ikääntyvistä oli hoidon tarvetta.</p> <p>3. Ikääntyneiden kykenemättömyys hankkiutua suun terveydenhuollon palveluiden piiriin johtuu fyysisistä, psyykkisistä ja sosiaalisista tai realiteetteihin liittyvistä rajoituksista.</p> <p>4. Ikääntyneiden suun terveyspalveluiden kehittämiseksi, tälle väestöryhmälle sopivaksi, tarvitaan lisää laajoja tutkimuksia.</p> <p>5. Ikääntyneiden suun terveydenhoidon laiminlyönnin estämiseksi terveydenhuollolla pitää olla pyrkimys luoda tapoja ja järjestelmiä joiden avulla voidaan tarjota suun terveyden palveluita ikääntyville kotihoitossa.</p> <p>6. Ikääntyville saatavilla ole-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suun terveydenhuolto 2. Palvelut 3. Hyvinvointi 4. Elämänlaatu 5. Hoidon tarve 6. Rajoitukset 7. Fyysinen 8. Psyykinen 9. Sosiaalinen 10. Realiteetti 11. Laiminlyönti 12. Kehittäminen 13. Tutkimus 14. Helppopääsyinen 15. Käytännöllinen 16. Suun terveys 17. Mittaaminen 	<p>Suun terveydenhuollon palveluiden saatavuus ikääntyvälle. (1, 2)</p> <p>Suun terveydenhuollon palveluiden käytön vaikutus ikääntyneen elämänlaatuun (3–5, 11, 16)</p> <p>Ikääntyneiden haasteet suun terveydenhuollon piiriin hakeutumisessa (6–10)</p> <p>Ikääntyneen kotihoidon asiakkaiden suun terveydenhuollon kehittäminen (11–17)</p>	<p>Luvut 5.1 ja 5.2</p>
---	--	---	---	-------------------------

<p>luista voidaan tehdä ihmisläheisiä ja merkittäviä suosituksia, jotka toimivat yhdessä lääketieteellisen hoidon kanssa, tarvitaan tutkimuksia, joissa on laajempi otos tästä ikääntyneiden ryhmästä.</p> <p>5. Terveysthuollolla pitää olla monipuoliset pyrkimykset tunnistaa sekä luoda tapoja ja järjestelmiä joiden avulla voidaan tarjota suun terveyden palveluita ikääntyville kotihoidossa, jotta suun terveydenhoidon systemaattinen laiminlyönti voidaan välttää tässä haavoittuvassa väestöosassa.</p> <p>6. Kotona asuville ikääntyville pitää toimeenpanna korkealaatuisia suun terveyden mittauksia välittömästi, jotta voidaan luoda saatavilla oleva, helppopääsyinen sekä käytännöllinen suun terveydenhuolto lähitulevaisuudessa.</p>	<p>van, helppopääsyisen sekä käytännöllisen, suun terveydenhuollon palvelujärjestelmän luomiseksi tarvitaan ikääntyneiden suun terveyden mittausta.</p>			
<p>Herr M, Arvieu JJ, Aegerter P, Robine JM, Ankri J. 2014. Unmet health care needs of older people: prevalence and predictors in a French cross-sectional survey. Ranska. (8)</p>	<p>1. Sosioekonominen asema riskitekijä riittämättömille terveydenhuollon tarpeille korkean iän ja kotisidonaisuuden jälkeen.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sosioekonominen asema 2. Riskitekijä 3. Riittämätön 4. Tarpeet 5. Korkea ikä 	<p>Sosioekonomisen aseman vaikutus ikääntyneen suun terveyteen (1, 2, 4, 7, 9)</p> <p>Esteenä oleviin kustannuksiin vaikuttavia tekijöitä (1, 2, 5, 6,</p>	<p>Luvut 5.1 ja 5.2</p>

<p>(LT)</p> <p>1. Sosioekonominen asema vaikuttaa riskitekijänä siihen, että terveydenhuollon tarpeet ovat riittämättömiä, mutta tärkeimmiksi havaitut tekijät ovat korkea ikä ja tila, jossa ikäänntyvä ei enää toimintakykynsä puitteissa pysty poistumaan kotoaan vaan on kotiin sidottu.</p> <p>2. Aiemmat tutkimukset usein osoittavat terveydenhuollon kustannusten olevan suurimpana syynä täyttämättömille terveydenhuollon tarpeille. Havaitimme kuitenkin voimakkaampien vaikutusten olevan säännöllinen tupakointi, kotisidonaisuus ja masennus peilaten näitä tekijöitä sosioekonomisiin tekijöihin.</p> <p>3. Hammashoidon puute oli tärkein tunnistettava tarve, jonka esiintyvyys oli 17,7 %.</p> <p>4. Eliniän pidentyminen teollisuusmaissa herättää kysymyksen ikäänntyneiden terveydenhuollon saatavuudesta.</p> <p>5. Pyrkimyksiä suun terveydentilan parantamiseksi ja</p>	<p>2. Aiemmat tutkimukset osoittavat terveydenhuollon kustannusten olevan suurimpana syynä täyttämättömille terveydenhuollon tarpeille. Suuremmat vaikutukset aiheuttaa kuitenkin säännöllinen tupakointi, kotisidonaisuus ja masennus yhdistettynä sosioekonomisiin tekijöihin.</p> <p>3. Hammashoidon puute oli tärkein tunnistettava tarve, lähes 18 %.</p> <p>4. Eliniän pidentymisen vaikutukset terveydenhuollon saatavuuteen teollisuusmaissa.</p> <p>5. Suun terveydentilan ja kotihoidon parantamisessa on keskityttävä erityisesti kaikkein vanhimpiin.</p> <p>6. Ehdotuksia joilla voidaan parantaa ikäänntyneiden hammashoidon saatavuutta ovat kotiin tuotavat hammashoitopalvelut tai gerontologisten verkostojen kehittäminen, joiden kautta kotihoidon lääkärit ja hoitohenkilökunta voivat ohjata potilaan tarvitsemaan hammashoitoon.</p>	<p>6. Kotisidonaisuus 7. Kustannukset 8. Tarpeet 9. Tupakointi 10. Masennus 11. Tarve 12. Pidentynyt elinikä 13. Saatavuus 14. Keskittäminen 15. Mobiili hammashoito 16. Yhteistyö 17. Moniammatillisuus 18. Verkosto 19. Hoitoon ohjaus 20. Ikäsyrijintä</p>	<p>12–20)</p> <p>Eliniän pitenemisen vaikutukset suun terveydenhoitoon (1, 2, 5–8, 12–20)</p> <p>Suun terveystalouden mobiilisointi ja moniammatillinen yhteistyö (6–8,10–20)</p>	
---	---	---	---	--

<p>kotihoidon kehittämiseksi on pyrittävä tekemään erityisesti kaikkein vanhimpien keskuudessa.</p> <p>6. Voidaan ehdottaa erilaisia toimenpiteitä, joilla voidaan parantaa ikääntyneiden hammashoidon saatavuutta, kuten kotona tapahtuvan mobiilien hammashoitopalvelujen käyttöä tai gerontologisten verkostojen kehittämistä, joiden kautta kotihoidon lääkärit ja hoitohenkilökunta voivat ohjata potilaan tarvitsemaan hammashoittoon.</p> <p>7. Julkisen terveydenhuollon pitäisi edistää paremmin vanhusten hoidon saatavuutta ja taisteltava kaikenlaista ikäsyrijintää vastaan.</p>	<p>7. Julkisen terveydenhuollon pitäisi edistää paremmin vanhusten hoidon saatavuutta ja taisteltava kaikenlaista ikäsyrijintää vastaan.</p>			
<p>Hirata S, Sakayori T, Maki Y, Takano N, Ishii T. 2013. Factor analysis on implementation of domiciliary dental care in Metropolitan residential Tokyo. Japani. (9) (MU)</p> <p>1. Henkilöt jotka olivat osallistuneet ikääntyneiden suun terveydenhoitoon liittyviin koulutuksiin toteuttivat kotona</p>	<p>1. Ikääntyneiden suun terveydenhoitoa käsitteleviin koulutuksiin osallistuminen lisäsi suun terveydenhoidon toteuttamista kotihoidon asiakkaan kotona.</p> <p>2. Ikääntyneiden suun terveyden edistämisen toteuttaminen onnistuu parhaiten kaikkien ammattilaisten ja sidosryhmien</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koulutukset 2. Toteuttaminen 3. Kotihoito 4. Ammatilliset 5. Sidosryhmät 6. Esimiehet 7. Suun terveyden edistäminen 8. Työpajat 9. Yhteistyö 10. Moniammatillisuus 	<p>Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveydenhuollon kehittäminen (1–12)</p> <p>Koulutuksen merkitys kotihoidon asiakkaan suun terveyden toteuttamisessa (1, 3–6, 8, 11, 12)</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö ikääntyneen kotihoidon asiak-</p>	<p>Luku 5.2</p>

<p>tapahtuvaa suun terveydenhoitoa huomattavasti useammin.</p> <p>2. Suun terveydenhoidon ammattilaisten ja sidosryhmien, kuten lääkäreiden ja kodinhoitajien sekä näiden esimiesten yhteistyöllä on suuri merkitys kotona tapahtuvan suun terveyden edistämisen toteuttamisessa.</p> <p>3. Merkittävä positiivinen tulos on saatu aikaan myös erilaisilla hammaslääkäreiden koulutuksilla. Koulutuksissa ja työpajoissa käyneet toteuttavat ja ovat valmiimpia toteuttamaan ikääntyneiden suun terveydenhoitoa kotihoidossa.</p> <p>4. Tutkimuksen selkein tulos on koulutuksien tärkeys, jotta ikääntyneiden suun terveydenhuollon tarpeet voidaan tulevaisuudessa kohdata ja ikääntyneiden suun terveyttä voidaan edistää kotihoidossa.</p>	<p>yhteistyöllä.</p> <p>3. Koulutuksissa ja työpajoissa käyneet suun terveydenhuollon ammattilaiset toteuttavat ja ovat valmiimpia toteuttamaan kotihoidon asiakkaiden suun terveyttä.</p> <p>4. Koulutukset ovat avainasemassa ikääntyneiden suun terveyden edistämisen toteuttamisessa ja tulevaisuuden tarpeiden kohtaamisessa.</p>	<p>11. Tarpeet 12. Tulevaisuus</p>	<p>kaan suun terveyden edistämässä (3, 9–12)</p>	
<p>Jablonski, R., Munro, C., Grap, M.J., Schubert, C., Ligon, M. & Spigelmyer, P. 2009. Mouth Care in Nursing Homes: Knowledge, Beliefs, and Practices of Nursing Assistants.</p>	<p>1. Hoitajat uskovat osaavansa huolehtia ikääntyneen suun terveydestä</p> <p>2. Hoitokielteisyydestä johtuen ikääntyneen suun hoito usein</p>	<p>1. Osaaminen 2. Taito 3. Este 4. Hoitokielteisyyys 5. Kipu 6. Hoitovälineistö</p>	<p>Hoitajien tarjoama apu ikääntyneen suun hoidossa (1,2)</p> <p>Esteet suun hoidon tarjoamisessa ikääntyvälle (3–6)</p>	<p>Luku 5.3</p>

<p>Yhdysvallat. (10) (MU)</p> <p>1. Hoitajat kokivat osaavansa huolehtia ikääntyneiden suun terveydenhoidosta riittävän hyvin.</p> <p>2. Potilaiden hoitokielteisyydestä johtuen hoitajat olivat kuitenkin alttiita tarjoamaan suun hoidollista apua harvemmin kuin olisi ollut tarpeen.</p> <p>3. Muina ikääntyneiden suunhoidollisten tehtävien esteenä olivat pelko kivun aiheuttamisesta ja riittämätön hoitovälineistö.</p>	<p>laiminlyödään</p> <p>3. Kivun aiheuttamisen pelko ja hoitovälineistön riittämättömyys toimivat ikääntyneen suun hoidon esteenä</p>			
<p>Komulainen K. 2013. Oral health promotion among community-dwelling older people. Suomi. (12) (MU)</p> <p>1. Korjaavan hoidon tarvetta ja suusairauksia esiintyi edelleen paljon tutkimuksen päättyessä huolimatta interventioryhmän saamasta terveysneuvonnasta ja ennaltaehkäiseivistä toimenpiteistä.</p> <p>2. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan alentuneella toimintakyvyllä on suora negatiivinen</p>	<p>1. Terveyden edistämisen keinoilla aikaan saatu muutos positiiviseen on verrattain hidasta.</p> <p>2. Ikääntyneen toimintakyvyn alenemisella on suora vaikutus omahoidon toteuttamiseen ja sen onnistumiseen.</p> <p>3. Suun terveyden edistämisen toimenpiteiden onnistuminen vaatii säännöllisyyttä ja suun terveydenhuollon palveluiden viemistä kotiin.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Keino 2. Muutos 3. Toimintakyky 4. Omahoito 5. Toteuttaminen 6. Toimenpide 7. Säännöllisyys 8. Palvelut 9. Koti 10. Ammattilainen 11. Tieto 12. Hoito 13. Yksilöllinen 14. Kokonaisuus 15. Omahoito 16. Motivointi 	<p>Tehokas ja laadukas ikääntyneen suun terveyden edistämisen kokonaisuus (1–5, 7–14, 17, 18, 20–22, 25–28)</p> <p>Yhteistyö ikääntyneen suun terveyden edistämässä (1, 2, 5, 6, 8, 10, 14, 20, 21, 23, 24, 28)</p> <p>Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan toiveet ja tarpeet suun terveyden edistämässä (3, 4, 7–9, 11–19, 21, 22, 25–28)</p>	<p>Luvut 5.1 ja 5.2</p>

<p>vaikutus hampaiden harjaamis- tiheyteen, hammastahnan käyttöön ja runsaaseen jään- nösplakin muodostumiseen.</p> <p>3. Huolimatta kaikista, erityi- sesti interventioryhmälle suun- natuista, terveysneuvonnalli- sista ja ennaltaehkäisevistä toimenpiteistä vain alle puolella ikäntyvistä oli hyvä suuhygie- nia tutkimuksen lopussa ja kahdella kolmasosalla oli hyvä proteesihygienia.</p> <p>4. Suun terveydenhuollon am- mattilaiset eivät pääse riittävän helposti käsiksi ajantasaisiin ikäntyneen kognitiivista, toi- minnallista ja psyykkistä tilaa käsitteleviin tietoihin, vaikka nämä tiedot olisivat todella tärkeitä suun terveyden ehkäi- sevän toiminnan suunnittele- miseksi ja toteuttamiseksi.</p> <p>5. Suun terveydenhoidon tulisi olla osa geriatrisen hoidon kokonaisuuden suunnittelua, koska ilman sen mukaanottoa tärkeä osa terveydenhoidon kokonaisuudesta jää huomioi- matta.</p> <p>6. 45 % tutkituista ilmoitti kär-</p>	<p>4. Suun terveydenhuollon am- mattilaisille tulee suoda kaikki tiedot ikääntyneen terveyteen ja hoitoon liittyen, jotta hänen suun terveyttään voidaan hoi- taa yksilöllisesti</p> <p>5. Suun terveyden tulisi olla osa ikääntyneen terveyden hoidon kokonaisuutta eikä sen erillinen osa</p> <p>6. Ikääntyneiden suun tervey- den edistämässä on otettava huomioon yksilöllinen omahoi- don ohjaus ja motivoiva kes- kustelu, jotta terveysneuvon- nan avulla saadaan asiakas motivoitua muuttamaan oma- hoitotottumuksiaan.</p> <p>7. Ikääntyneiden suun terveyt- tä ja omahoitotottumuksia pys- tytään parantamaan terveys- neuvonnalla ja ennalta ehkäi- sevillä toimenpiteillä.</p> <p>8. Suusairauksien ehkäisyssä avain asemassa on mekaani- nen plakin poisto, joten ikään- tyneen omahoidon tasoa on arvioitava säännöllisin välein.</p> <p>9. Ikääntyneen terveydentilan muutokset ja toimintakyvyn</p>	<p>17. Terveysneuvonta 18. Ohjaus 19. Suusairaudet 20. Ehkäisy 21. Arviointi 22. Tarve 23. Toimijat 24. Yhteistyö 25. Tasa-arvo 26. Esteet 27. Huomiointi 28. Kokonaisvaltaisuus 29. Terveydentila</p>	<p>Suusairauksien ehkäisy (15, 16, 17, 19, 20)</p> <p>Ikääntyneen suun terveyden riskitekijät (3, 15, 29)</p>	
---	---	--	---	--

<p>sivänsä kuivasta suusta, mutta tulosten mukaan kuivasta suusta kärsivien määrä ei kahden vuoden aikana vähentynyt, vaan jopa lisääntyi hieman. Tämä johtunee siitä syystä, että ikääntyvät eivät motivoituneet käyttämään heille esiteltäviä kuivan suun tuotteita, koska eivät uskoneet hyötyvänsä niistä.</p> <p>7. Tutkimuksen mukaan kotona asuvien yli 75-vuotiaiden ikääntyneiden suun terveyttä ja omahoitotottumuksia pystyttiin parantamaan sekä interventio-että verrokkiryhmässä. Interventio-ryhmässä omahoitotottumukset paranivat hieman enemmän.</p> <p>8. Plakin mekaanisen poistamisen ollessa tärkein suusairauksia ehkäisevä tekijä, pitäisi ikääntyneiden hammashuollon sisältää säännöllisen ylläpito- hoidon ja omahoidon taso pitäisi arvioida. Tarvittaessa tulisi antaa lisäohjausta sekä apua omahoidon suorittamiseen.</p> <p>9. Muutokset ikääntyneen terveydentilassa, kuten toiminta-</p>	<p>huononeminen ovat riskitekijöitä suun terveydelle.</p> <p>10. Alhaisen toimintakyvyn omaavat ja harvoin suun terveydenhuollon palveluja käyttävät ikääntyvät saataisiin suun terveydenhuollon piiriin viemällä suun terveydenhuollon palvelut kotiin.</p> <p>11. Ikääntyvät käyttävät suun terveydenhuollon palveluita huomattavasti todellista tarvetta vähemmän.</p> <p>12. Ikääntyneiden suun terveydenhuollon epätasa-arvoa ja esteitä tulisi purkaa, jotta ikääntyvät saataisiin suun terveydenhuollon palveluiden piiriin.</p> <p>13. Ikääntyneiden omahoidon ohjauksen tulisi perustua yksilöllisiin tarpeisiin.</p> <p>14. Ikääntyville tulee tarjota suun terveydenhuollon palveluita kotiin.</p> <p>15. Ikääntyneiden suun terveyden edistäminen vaatii eri toimijoiden yhteistyötä ja ikääntyneen kokonaisvaltaisen</p>			
--	---	--	--	--

<p>kyvyn aleneminen (haurauden lisääntyminen, psyykkisen aktiivisuuden vähentyminen), tulisi ottaa huomioon riskitekijänä suun terveyden alentumiselle.</p> <p>10. Joka neljäs tutkimukseen osallistunut kotihoidon asiakas toivoi hammaslääkärin kotikäyntejä. Kotikäyntiä toivovien kognitiivinen ja fyysinen toimintakyky (muisti ja yleinen toimintakyky) oli heikentynyt ja terveydenhuollon palveluiden käyttö oli vähäistä. Tämä osoittaa, että harvoin terveydenhuollon ja suun terveydenhuollon palveluja käyttävät saataisiin hoidon piiriin toimittamalla palveluita kotiin.</p> <p>11. Hampaallisista ikääntyvistä 58 % ja hampaattomista 3 % käyttivät suun terveydenhuollon palveluita, joka on osoitus kuilusta ikääntyneiden ehkäisevän hoidon tarpeen ja todellisen ehkäisevän suun terveydenhuollon palveluiden käytön välillä.</p> <p>12. Vain kolmasosa tutkimukseen osallistuneista kotihoidon asiakkaista oli käyttänyt suun</p>	tilanteen huomioimista			
--	------------------------	--	--	--

<p>terveydenhuollon palveluita säännöllisesti ennen tutkimusta. Tutkimuksen tulosten mukaan suun terveydenhuollon epätasa-arvoisuuteen tulisi puuttua välittömästi, jotta ikääntyvät saataisiin käyttämään suun terveydenhuollon palveluita säännöllisesti.</p> <p>13. Perustuen tutkimuksen tuloksiin ikääntyville kotihoidon asiakkaille tulisi järjestää yksilöllisten tarpeiden mukaista apua suun omahoidossa.</p> <p>14. Suun terveydenhuollon palvelujen toimittaminen ikääntyneiden kotiin vaikuttaa tämän tutkimuksen tulosten mukaan olevan myös tärkeätä.</p> <p>15. Ikääntyville suunnattu ehkäisevä suun terveydenhoityö vaatii menestyäkseen kokonaisvaltaista lähestymistä, jossa otetaan huomioon ikääntyneen olosuhteet ja terveys kokonaisuutena. Ikääntyneiden hyvän hoidon takaamiseksi terveydenhoitohenkilökunnan ja suunterveydenhoitohenkilökunnan tulisi toimia läheisessä yhteistyössä keskenään.</p>				
---	--	--	--	--

<p>Komulainen K, Ylöstalo P, Syrjälä A-M, Ruoppi P, Knuuttila M, Sulkava R, Hartikainen S. 2012. Preference for dentist's home visits among older people. Suomi. (13) (LT)</p> <p>1. Ikääntyneillä ihmisillä ei ehkä ole riittävästi resursseja terveydenhuoltopalvelujen käyttöön.</p> <p>2. Tutkimukseen osallistuneista hammaslääkäreiden kotikäyntejä suosivien määrä oli yllättävän korkea, noin neljäsosa (26 %) osallistujasta valitsi mieluummin hammaslääkärin kotikäynnin.</p> <p>3. Tärkeimmät hammaslääkärin kotikäyntiä suosivat tekijät olivat toiminnallinen vajavaisuus ja kognitiivinen heikkeneminen, jotka aikaisemmin olivat olleet riskitekijänä hammashoitopalvelujen käyttämättömydestä.</p>	<p>1. Ikääntyneillä ei ole riittävästi resursseja terveydenhuoltopalvelujen käyttöön.</p> <p>2. Hammaslääkäreiden kotikäyntejä tutkimukseen osallistuneista suosi 26 %.</p> <p>3. Tärkeimmät kotikäyntiä suosivat tekijät olivat toiminnallinen vajavaisuus ja kognitiivinen heikkeneminen, jotka aikaisemmin olivat rajoittaneet hammashoitopalvelujen käyttöä.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Resurssit 2. Palveluiden käyttö 3. Kotikäynnit 4. Toiminnallinen vajaus 5. Kognitiivinen heikkous 6. Riskitekijä 7. Rajoitukset 8. Hammashoitopalvelut 	<p>Esteet suun hoitoon hakeutumisessa ikääntyvällä. (1, 2, 4, 5)</p> <p>Ikääntyneen suun terveydenhuollon järjestäminen ja saataavuus kotiolosuhteissa (1–8)</p>	Luvut 5.1 ja 5.2
<p>Kuo Y-W, Yen M, Fetzer S, Lee J-D, Chiang L-C. 2015. Effect of family caregiver oral care training on stroke survivor oral and respiratory health in Taiwan: a randomised con-</p>	<p>1. Useilla aivohalvauspotilailla ei ollut tarvikkeita, eivätkä hoitajat yrittäneet hankkia niitä, mikä viittaa siihen, ettei suunhoito ollut rutiini.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aivohalvauspotilas 2. Suunhoitotarvikkeet 3. Tiedon puute 4. Rutiini 5. Omahoito 6. Suunterveys 	<p>Suunhoidon tärkeys aivohalvauspotilailla. (1–12)</p> <p>Henkilökohtainen omahoidon koulutus ja ohjaus (1–13)</p>	Luvut 5.1, 5.2 ja 5.3

<p>trolled trial. Taiwan. Taiwan. (14) (LT)</p> <p>1. Useilla aivohalvauksesta selvinneillä ei ollut saatavilla tarvikkeita, eivätkä hoitajat yrittäneet hankkia niitä, mikä viittaa siihen, ettei suunhoito ollut rutiini.</p> <p>2. Koulutuksella kotona tapahtuvaan suuhygienian hoitoon oli suotuisa vaikutus suun terveyteen TC (kielenpäällyste) ja DP (hammasplakki) -pistemäärillä mitattuna.</p> <p>3. Kielen puhdistus on niin yksinkertaista, että ennaltaehkäisyönteiset ihmiset tarvitsivat vain vähän kannustusta ottaakseen kielen puhdistuksen osaksi suuhygieniarutiiniaan.</p> <p>4. Hoitajien ja omaishoitajien kotona antama suun terveydenhoito aivohalvauksesta selvinneille potilaille on hoidollinen välttämättömyys.</p> <p>5. Terveysthuollon toimijoiden tulisi noudattaa näyttöön perustuvia hoitosuosituksia kyetäkseen huolellisesti arvi-</p>	<p>2. Suuhygienian omahoidon koulutuksella oli suotuisa vaikutus suun terveyteen.</p> <p>3. Kielen puhdistus olisi helppo ja suositeltava lisäys suuhygieniarutiineihin.</p> <p>4. Kotona annettava suun terveydenhoito aivohalvauksesta selvinneille potilaille on hoidollinen välttämättömyys.</p> <p>5. Potilaiden ja heidän omaisten valistuksen ja omahoidon tukemisen pitäisi perustua tarkasti näyttöön perustuviin hoitosuosituksiin.</p> <p>6. Useilla aivohalvauspotilailla ei ollut tarvikkeita, eivätkä hoitajat yrittäneet hankkia niitä, mikä viittaa siihen, ettei suunhoito ollut rutiini.</p>	<p>7. Tavat 8. Tottumukset 9. Tärkeys 10. Ohjeet 11. Koulutus 12. Hoitosuositus 13. Välinpitämättömyys</p>	<p>Hoitovälineistön tärkeys omahoidossa (1–6, 9, 12)</p>	
--	--	--	---	--

<p>oimaan ja toteuttamaan potilaiden ja heidän perheidensä valistusta ja itsehoidon tukea.</p> <p>6. Useilla aivohalvauksesta selvinneillä ei ollut saatavilla tarvikkeita suun omahoitoon, eivätkä hoitajat yrittänyt hankkia niitä, mikä viittaa siihen, ettei suunhoito ollut rutiini.</p>				
<p>Lampi H., Rautiola T. 2016. MobiDent-aplikaatiolla iäkkään parempaan suunterveyteen. Suomi. (15) (MU)</p> <p>1. Suun terveydenhuollon ja kotihoidon johdon sitoutuminen ja innostuminen modernien metodien kehittämiseen ja implementointiin on tuloksellisen ja menestyvän toiminnan tae.</p> <p>2. Tukea tarvitsevien potilaiden suun terveyttä voidaan edistää moniammatillisena yhteistyönä MobiDent-aplikaation avulla, joka on terveysteknologinen työväline.</p> <p>3. MobiDentin välityksellä kotihoidon työntekijät voivat myös konsultoida suun terveydenhoidon ammattilaisia.</p>	<p>1. Iäkkäiden suun terveyden edistäminen edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja uusien menetelmien kehittämistä</p> <p>2. Mobident-aplikaation avulla voidaan edistää tukea tarvitsevan ikääntyneen suun terveyttä</p> <p>3. Mobident-aplikaatio mahdollistaa kotihoidon työntekijän yhteyden suun terveydenhuollon ammattilaiseen.</p> <p>4. Mobident-aplikaatio on kustannustehokas ja potilasturvallisuutta edistävä terveysteknologinen väline, jonka avulla edistetään kotihoidon asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä.</p> <p>5. Kotihoidon työntekijän val-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Moniammatillinen 2. Terveysteknologia 3. Yhteistyö 4. Menetelmä 5. Kehittäminen 6. Mobident-aplikaatio 7. Kotihoito 8. Työntekijä 9. Kustannustehokkuus 10. Hyvinvointi 11. Terveys 12. Suun terveys 13. Tuki 14. Valmius 15. Helppokäyttöinen 16. Laatu 17. Potilasturvallisuus 18. Reaaliaikainen 19. Monipuolinen 	<p>Terveysteknologian hyödyntäminen ikääntyneen suun terveyden kehittämisessä (1–8, 10–12, 15–19)</p> <p>Kotihoidon työntekijöiden valmiuksien vahvistaminen ikääntyneen suun terveyden arvioinnissa/edistämässä (1–3, 6–9, 13–19)</p>	<p>Luvut 5.2 ja 5.3</p>

<p>4. MobiDent-aplikaatio on kustannustehokas terveysteknologinen työväline. Se on sijoitus sosiaali- ja terveystalveluiden laadun varmistukseen sekä asiakkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Mobidentin interaktiivisuus ja laaja tietoportaaali lisäävät potilasturvallisuutta, koska applikaatio mahdollistaa myös reaaliaikaisen yhteistyön.</p> <p>5. MobiDent-sovelluksen helppokäyttöisyys ja monipuolisuus tukevat kotihoidon työntekijöiden valmiuksia huolehtia asiakkaidensa suun terveydestä osana päivittäistä hoitoa.</p>	<p>miuksia ikääntyneen suun terveyden hoitamisessa pystytään tukemaan Mobident-aplikaation avulla.</p>			
<p>Lewis A, Kitson A, Harvey G. 2015. Improving oral health for older people in the home care setting: An exploratory implementation study. Australia. (16) (MU)</p> <p>1. Kotihoidon esimies käy kotihoidon asiakkaan luona vain hoitosuunnitelman laatimisen yhteydessä ja tämän jälkeen esimies luottaa kotihoidon työntekijän ilmoittavan mahdollisista asiakkaan tilassa tapah-</p>	<p>1. Kotihoidon työntekijä on vastuussa ikääntyneen kotihoidon asiakkaan terveydentilan muutoksien havaitsemisesta</p> <p>2. Suun terveydenhoitoa ei sisällytetty kotihoidon asiakkaan terveydenhoitosuunnitelmaan</p> <p>3. Kotihoidon työkalut tarviin uusina toimintamalleja, jotta ikääntyneen kotihoidon</p>	<p>1. Suun terveydenhoito 2. Työntekijä 3. Kotihoito 4. Vastuu 5. Terveydentila 6. Havainnointi 7. Hoitosuunnitelma 8. Työkulttuuri 9. Toimintamalli 10. Arviointilomake 11. Esimies 12. Erityisosaaminen 13. Opas 14. Suhde</p>	<p>Kotihoidon työntekijän valmiuksien vahvistaminen ikääntyneen suun terveyden arvioinnissa (2, 3, 5, 6, 9–12, 15)</p> <p>Ikääntyneen suun terveydenhoito-osion sisällyttäminen kotihoidon hoitosuunnitelmaan (1, 3, 4, 7–9, 11, 13, 16)</p> <p>Suun terveyden edistämisen sisällyttäminen kotihoidon työkalut. (1–3, 6–11, 14–16)</p>	<p>Luvut 5.1, 5.2 ja 5.3</p>

<p>tuvista muutoksista.</p> <p>2. Palvelu- ja hoitosuunnitelman laatimisen yhteydessä ei tutkimuksen mukaan juurikaan suunniteltu suun terveydenhoidon toteuttamista.</p> <p>3. Kotihoitajien kiire aiheuttaa työhön ajattelumallin, jossa ajatellaan vain tehtävä ja aika käsitteitä. Tämän pohjalta luotiin kotihoitoon "mietti ja yhdistä" toimintasuunnitelma ikääntyneiden suun terveydenhoidon takaamiseksi.</p> <p>4. Kotihoidon työntekijöille luotiin 'Pysähdy, tarkista ja toimi' ongelmanratkaisumalli ja ikääntyneen suun terveyden arviointilomake, joiden avulla kotihoidon työntekijät pystyvät havainnoimaan suun terveydentilan muutoksia ja tätä kautta ilmoittamaan niistä kotihoidon esimiehelle, joka ryhtyy tarvittaviin toimenpiteisiin.</p> <p>5. Yksinkertaisen kuuden kysymyksen suun terveyden arviointilomakkeen täyttäminen ei vaadi kotihoidon työntekijältä suun terveyden kliinistä osaamista.</p>	<p>asiakkaan suun terveys tulee huomioitua</p> <p>4. Suun terveydentilan arviointilomakkeen avulla kotihoidon työntekijä pystyy arvioimaan ikääntyneen suun terveydentilan muutoksia ja ilmoittamaan niistä eteenpäin esimiehelleen toimenpiteitä varten</p> <p>5. Ikääntyneen suun terveyden arviointiin ei tarvita suun terveydenhoidon kliinistä erityisosaamista</p> <p>6. Ikääntyvät ja heidän lähipiirinsä hyötyivät heille suunnatuista suun terveyden oppaista.</p> <p>7. Kotihoidon työntekijöiden läheinen suhde kotihoidon ikääntyvään asiakkaaseen auttaa heitä arvioimaan ja huomioimaan muutokset heidän terveydentilassaan. Tämä tuo mukanaan myös suuren vastuun.</p> <p>8. Eri toimijoiden yhteistyöllä saavutettiin hyviä tuloksia.</p> <p>9. Kotihoitajien työkuultuuria ohjaa mahdollisimman nopeasti suoritettavat yksittäiset teh-</p>	<p>15. Yhteistyö 16. Suun terveydenhoidon ammattilaiset</p>		
--	--	---	--	--

<p>6. Tutkimuksen mukaan ikääntyvät ja heidän lähipiirinsä hyötyivät heille suunnatuista suun terveyden oppaista.</p> <p>7. Kotihoidon palveluntarjoajat ja työntekijät ovat avainasemassa ikääntyneen suun terveyden ongelmien tunnistamisessa, yhteiskunnan tarjoaman ehkäisevän toiminnan tarjoamisessa ja hoidon tarpeen varhaisessa havaitsemisessa, koska heillä on läheinen suhde ikääntyvään kotihoidon asiakkaaseen.</p> <p>8. Kotihoidon ja suun terveyden ammattilaisten yhteistyö osoittautui hyödylliseksi avustettaessa ikääntyvää suun terveydenhuollon palveluiden piiriin.</p> <p>9. Kotihoidon työkuultuuri perustui tutkimuksen mukaan joukosta tehtäviä, jotka kotihoitajan tuli suorittaa asiakkaan luona mahdollisimman lyhyessä ajassa.</p>	<p>tävät.</p>			
<p>Lundqvist M, Davidson T, Ordell S, Sjöström O, Zimmermann M, Sjögren P. 2014.</p>	<p>1. Yhä pidemmät elinajanodotteet ja riskit ikääntyneen suun terveyden nopealle heikenty-</p>	<p>1. Elinajanodote 2. Riskit 3. Liikkuminen</p>	<p>Ikääntyneen vaihtoehtoisella suun terveydenhuollolla parempaan suun terveyteen</p>	<p>Luvut 5.1 ja 5.2</p>

<p>Health economic analyses of domiciliary dental care and care at fixed clinics for elderly nursing home residents in Sweden. Ruotsi. (17) (MU)</p> <p>1. Pidempi elinajanodote yhdistettynä useiden eri sairauksien kasaantuvuuteen ja sairaalaan joutumiseen tai riippuvuuteen muiden hoidosta liisäävät kaikki suun terveyden nopean heikkenemisen riskiä, joten vaihtoehtoisia menetelmiä tarvitaan suun terveyden hoidon tuottamiseksi/toimittamiseksi/järjestämiseksi tälle haavoittuvalle väestöryhmälle, joille hammashuollon asemalle saapuminen on este.</p> <p>2. Ikääntyneidenkin suun terveydenhuolto on perinteisesti järjestetty suun terveydenhuollon asemilla, mutta hoidon järjestämien kotona on kasva-va/nouseva vaihtoehto.</p> <p>3. Tutkimuksen mukaan suun terveydenhuollon järjestäminen tuli yhteiskunnalle halvemmaksi ikääntyneen kotona kuin suun terveydenhuollon asemalla ja sitä pidettiin myös kustannustehokkaana.</p>	<p>miselle sekä mahdottomuus saapua hammashuollon asemalle vaativat vaihtoehtoisia menetelmiä ikääntyneen suun terveydenhuollon järjestämiseltä.</p> <p>2. Tulevaisuudessa suun terveydenhuoltoa pitää järjestää yhä enemmän ikääntyneen kotona.</p> <p>3. Kotona järjestetty suun terveydenhuolto voi olla kustannustehokkaampaa kuin pelkästään terveysasemalla toimiminen.</p> <p>4. Ikääntyneen suun terveydenhuolto tulee halvemmaksi terveysasemalla vain, jos sitä ei voida saattaa loppuun koti-olosuhteissa.</p> <p>5. Vaihtoehtoisilla ja hyvin tavoitettavilla ikääntyneiden suun terveydenhuollon palveluilla taataan tämän ryhmän parempi suun terveys vielä myöhemmälläkin iällä.</p> <p>6. Ikääntyneiden suun terveydenhoidon suunnittelussa ja järjestämisessä on huomioitava sekä yhteiskunnalliset että</p>	<p>4. Vaihtoehtoinen 5. Myöhempi ikä 6. Menetelmä 7. Järjestäminen 8. Koti 9. Suun terveydenhuolto 10. Kustannustehokas 11. Suunnittelu 12. Tulevaisuus 13. Yksilöllisyys 14. Yhteiskunta</p>	<p>myöhemmälläkin iällä (1–7, 9, 11, 12)</p> <p>Ikääntyneen suun terveydenhuollon järjestäminen kotiolo-suhteissa on kustannustehokasta (3, 7–10, 13, 14)</p>	
---	---	---	---	--

<p>4. Asemalla suun terveydenhuolto tuli halvemmaksi vain, kun ikääntyneen terveydenhuoltoa ei pystytty saamaan valmiiksi kotiolosuhteissa.</p> <p>5. Yhteiskunnan hauraille väestöryhmille vaihtoehtoisten ja paremmin tavoitettavissa olevien suun terveydenhoidon tapojen tarjoaminen mahdollistaa näiden henkilöiden hyvän suun terveydentilan säilymisen myös myöhemmällä iällä.</p> <p>6. Ikääntyneiden suun terveydenhoidon suunnittelussa ja järjestämisessä on otettava huomioon yksilölliset riskitekijät, kuten myös kustannukset yhteiskunnalle sekä ikääntyneen henkilökohtaiset mieltymykset.</p>	<p>yksilölliset tekijät.</p>			
<p>Mello A L, Erdmann A L, Brondani M. 2010. Oral health care in long-term care facilities for elderly people in southern Brazil: a conceptual framework. Brasilia. (18) (MU)</p> <p>1. Ilman työyhteisössä laadittuja selkeitä laatukriteerejä ja toimintaohjeita hoitajat suhtau-</p>	<p>1. Työyhteisössä tulee olla selkeät laatukriteerit ja toimintaohjeet ikääntyneiden suun terveydenhoidon osalta.</p> <p>2. Ikääntyneiden suuhygieniää ja sen toteuttamista pystytään parantamaan lisäämällä hoitajien tietoisuutta hyvän suunhoidon laatukriteereistä ja luo-</p>	<p>1. Työyhteisö 2. Laatukriteeri 3. Toimintaohjeet 4. Suun terveydenhoito 5. Hoitaja 6. Suuhygieniä 7. Tietoisuus 8. Toimintamallit 9. Systemaattinen 10. Välinpitämättömyys</p>	<p>Selkeillä toimintamalleilla ja laatukriteereillä ikääntyneen parempaan suun terveyteen (1–10)</p>	<p>Luku 5.1, 5.2 ja 5.3</p>

<p>tuivat välipitämättömästi ikääntyneiden suun terveydenhoitoa kohtaan.</p> <p>2. Ikääntyneiden suuhygieniää ja sen toteuttamista pystyttiin parantamaan lisäämällä hoitajien tietoisuutta laadukkaasti suunhoidon kriteereistä ja tuottamalla ikääntyneen suun terveydenhoitoon järjestelmällinen toimintamalli.</p>	<p>malla systemaattisia toimintamalleja.</p>			
<p>Moriya S, Tei K, Yamazaki Y, Hata H, Kitagawa Y, Inoue N, Miura H. 2013. Relationships between higher-level functional capacity and dental health behaviors in community-dwelling older adults. Japan. (19) (MU)</p> <p>1. Tutkimuksen tulokset osoittivat, että ikääntyneen kotihoidon asiakkaan älyllinen kyvykkyys pitäisi ottaa huomioon mahdollisimman tehokkaiden suun terveyden edistämistimenpiteiden kehittämiseksi ja ikääntyneiden parempien suun omahoitotottumusten saavuttamiseksi.</p> <p>2. Älyllinen kyvykkyys lisää ihmisen terveystietoutta, joka</p>	<p>1. Ikääntyneen älyllisen kyvykkyden huomioiminen ja vahvistaminen lisää suun terveyden edistämistimien vaikutusta ja parantaisi ikääntyneiden omahoitotottumuksia.</p> <p>2. Älyllinen kyvykkyys edistää ikääntyneen parempaa terveyskäyttäytymistä ja luonnollisesti tätä kautta parempaa yleisterveydentilää.</p> <p>3. Henkisen älykkyyden muodostumiseen vaikuttaa monet tekijät aina lapsuudesta asti, kuten sosioekonominen asema ja lapsuuden olosuhteet</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Älyllinen 2. Kyvykkyys 3. Omahoitotottumukset 4. Huomiointi 5. Vahvistaminen 6. Terveyskäyttäytyminen 7. Tieto 8. Henkinen 9. Suun terveys 10. Tekijät 11. Sosioekonominen asema 12. Olosuhteet 13. Asenne 	<p>Kohti parempaa ikääntyneen suun terveyttä älyllistä kyvykkyyttä vahvistamalla (1–9)</p> <p>Useat tekijät vaikuttavat henkisen kyvykkyuden muodostumiseen (10–13)</p>	<p>Luku 5.2</p>

<p>puolestaan johtaa hyvään terveyskäyttäytymiseen ja edelleen edistää ikääntyneiden kokonaisvaltaisesti parempaa terveydentilaa.</p> <p>3. Yleisesti uskotaan, että yleinen älykkyys, lapsuuden olosuhteet ja sosioekonominen asema voivat kaikki vaikuttaa ikääntyneen henkiseen älykyyteen, kuten myös suun terveystietouteen, asenteisiin ja terveyskäyttäytymiseen.</p>				
<p>Nitschke I, Majdani M, Sobotta B. AJ, Reiber T, Hopfenmüller W. 2010. Dental care of frail older people and those caring for them. Saksa. (20) (LT)</p> <p>1.81,4 % kotihoidossa olevilla (HCS) ja 34,4 % laitoshoidossa olevilla iäkkäillä (LTCF) ei ollut säännöllistä hammashuoltoa saatavilla. (HCS= Home care services, LTCF=Long-term care facilities, institutionalised care)</p> <p>2. Yksikään tutkituista ikäryhmistä ei ollut noudattanut Saksassa yleisesti hyväksytyjä suosituksia puolivuositaisista säännöllisistä hammaslääkä-</p>	<p>1. Kotihoidossa 81,4 % ja laitoshoidossa 34,4 % olevilla iäkkäillä ei ollut saatavilla säännöllistä hammashuoltoa.</p> <p>2. Tutkituista ikäryhmistä yhdeksäkään ei ollut noudatettu Saksassa hyväksytyjä suosituksia puolivuositaisista hammaslääkärintarkastuksista.</p> <p>3. Hampaattoman hammasproteesia käyttävän tulee tehdä hammasproteesien huolellinen ylläpitohuolto säännöllisesti. Poisjäännin syyksi hammasproteesin käytön ilmoittaneet eivät selvästikään olleet tietoisia tästä.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotihoito 2. Säännöllisyys 3. Suositukset 4. Hampaaton 5. Hammasproteesit 6. Poisjäanti 7. Koulutus 8. Oppiminen 9. Yhteistyö 10. Hoitohenkilökunta 11. Motivaatio 12. Kannustus 13. Rutiini 14. Ymmärrys 15. Vastuu 16. Asiantuntija 17. Asenne 18. Tärkeys 19. Ennaltaehkäisy 	<p>Säännöllisyys ja rutiinit ovat tärkeitä suun terveydenhoidossa (1–5, 9–15, 17–19)</p> <p>Kansallisten hoitosuosituksen noudattaminen (1–3, 7–9, 11–15, 17–19)</p> <p>Kotihoidon työntekijän tukeminen suun terveyden edistämässä (1–4, 7–19)</p> <p>Yhteistyö hoitoketjussa edistää ikääntyneen suun terveyttä. (1, 3, 7–19)</p>	<p>Luvut 5.1, 5.2 ja 5.3</p>

<p>rintarkastuksista.</p> <p>3. Hampaattoman käyttäessä hammasproteeseja, tulee hänen tehdä huolellinen hammasproteesien ylläpito huolto säännöllisesti. Hampaattomat, jotka mainitsivat hammasproteesin käytön syyksi poisjäännille, eivät selvästikään olleet tietoisia tästä.</p> <p>4. Gerodontologia pyrkii säilyttämään (yhteisössä asuvien) ikääntyneiden hampaat erilaisilla koulutus- ja oppimishojelmissa. Laitoshoidossa olevien ikääntyneiden osalta on välttämätöntä luoda yhteisymmärryksessä tiivis yhteistyö gerodontologien ja kaikkien hoitohenkilöstön jäsenten kesken.</p> <p>5. Hoitohenkilökunnan motivaation kohentaminen on välttämätöntä ikääntyneiden suun terveyden parantamiseksi.</p> <p>6. Hoitohenkilökuntaa olisi kannustettava laatimaan rutiinimenetelmiä alustaville hammastarkastuksille perustiedon keräämiseksi ja tunnistamaan ikääntyneiden yksilölliset hoidon tarpeet ennen hammas-</p>	<p>4. Gerodontologia pyrkii erilaisilla koulutus- ja oppimishojelmissa säilyttämään ikääntyneiden hampaat. Lisäksi on välttämätöntä luoda yhteisymmärrys ja tiivis yhteistyö muun hoitohenkilöstön kanssa.</p> <p>5. Hoitohenkilökunnan motivaation kohentaminen on välttämätöntä ikääntyneiden suun terveyden parantamiseksi.</p> <p>6. Hoitohenkilökuntaa tulee kannustaa laatimaan rutiinit alustaville hammastarkastuksille ja tunnistamaan yksilölliset hoidon tarpeet ennen hammashoidollisten hätätilanteiden syntymistä.</p> <p>7. Hoitohenkilökunta vastaa säännöllisesti päivittäin tapahtuvasta suuhygienian hoidosta, sisältäen hammasproteesien hygienian.</p> <p>8. Hammaslääkäreistä, suuhygienisteistä ja hammashoitajista koostuvalla suun terveydenhoitotiimillä on ehkäisevän hammashoidon lisäksi vastuu tarjota asiantuntijaneuvoja ja koulutusta muulle hoitohenkilökunnalle.</p>			
---	---	--	--	--

<p>hoidollisten hätätilanteiden syntymistä.</p> <p>7. Hoitohenkilökunta vastaa säännöllisesti päivittäin tapahtuvasta suuhygienian hoidosta, mikä monissa tapauksissa sisältää hammasproteesien hygienian.</p> <p>8. Hammaslääkäreistä, suuhygienisteistä ja hammashoitajista koostuvalla suun terveydenhoitotiimillä ei ole vain ehkäisevän hammashoidon vastuu vaan heidän tulee myös tarjota asiantuntijaneuvoja ja koulutusta muulle hoitohenkilökunnalle.</p> <p>9. Suurin osa (96,2 %) hoitohenkilökunnasta koki asiakkaan suuhygienian ja 99,1 % oman suun terveydentilan "tärkeänä" tai "erittäin tärkeänä".</p> <p>10. Yksikään vastaus ei osoittanut kielteistä asennetta suun terveyden tärkeyttä kohtaan.</p> <p>11. Hoitohenkilökunnasta 55,3 % piti oman suun terveyden merkitystä yhtä tärkeänä kuin asiakkaiden, 35,7 %:lle vastanneista oman suun tervey-</p>	<p>9. Lähes kaikki hoitohenkilökunnasta koki asiakkaan suuhygienian ja oman suun terveydentilan "tärkeänä" tai "erittäin tärkeänä".</p> <p>10. Kielteistä asennetta ei osoitettu suun terveyden tärkeyttä kohtaan.</p> <p>11. Yli puolet vastanneista hoitohenkilökunnasta piti oman suun terveyden merkitystä yhtä tärkeänä kuin asiakkaiden, 36 %:lle oman suun terveydentilan merkitys oli suurempi ja 9 % koki oman suun terveyden vähemmän tärkeäksi.</p> <p>12. Hoitohenkilökunnan merkitys on ratkaiseva iäkkäille, jotka ovat riippuvaisia hoitajista päivittäisen suuhygienian hoidossa sekä säännöllisen ennaltaehkäisevän hoidon ja jatkohoitoon ohjauksen järjestämisessä.</p>			
--	--	--	--	--

<p>dentilan merkitys oli suurempi kuin asiakkaiden ja 9,1 % koki oman suun terveydentilansa vähemmän tärkeäksi kuin asiakkaiden.</p> <p>12. Hoitohenkilökunnalla on ratkaiseva merkitys hauraille iäkkäille henkilöille, jotka ovat jatkuvasti riippuvaisia hoitajista päivittäisen suuhygienian hoidossa sekä säännöllisen ennaltaehkäisevän hoidon ja jatkohoitoon ohjauksen järjestämisessä.</p>				
<p>Othman AA, Yusof Z, Saub R. 2014. Malaysian government dentists' experience, willingness and barriers in providing domiciliary care for elderly people. Malesia. (22) (LT)</p> <p>1. Hammaslääkäreiden ilmoittamat tärkeimmät esteet hoitohenkilökunnalla olivat huono suuhygienian valvonta, henkilökunnan vähäinen tietämys suunterveydestä sekä yhteistyön puute. Nämä ominaisuudet olisivat olennaisia, kun iäkkäämpi potilas tarvitsee hammasoperaation jälkeistä ohjeistusta, opastusta proteesien hygieniassa sekä yksin-</p>	<p>1. Tärkeimmät hammaslääkäreiden ilmoittamat puutteet hoitohenkilökunnalla olivat huono suuhygienian valvonta, henkilökunnan vähäinen tietämys suunterveydestä sekä yhteistyön puute.</p> <p>2. Hammaslääkäreiden useimmin ilmoittamat esteet heidän kotona antamalle hoidolle olivat potilaan monitahoinen sairaushistoria, potilaan huono suhtautuminen suun terveydenhoitopalveluun ja epäsuotuisat työolot.</p> <p>3. Suosituksia kotona annettavan hoidon parannuksiksi ovat</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puutteet 2. Valvonta 3. Suuhygienia 4. Tieto 5. Asenteet 6. Suositukset 7. Kotihoito 8. Opiskelija 9. Tutkinto 10. Koulutus 11. Työolot 12. Yksityinen 13. Ikä 14. Taloudellinen hyöty 15. Halu 16. Ikääntyneet 17. Parantaminen 18. Saavutettavuus 19. Saatavuus 	<p>Kotihoidon työntekijän valmiuksien vahvistaminen ikääntyneen suun terveyden hoidossa ja edistämässä. (1–7, 11, 15–17, 20, 21)</p> <p>Kotona tapahtuvan suun terveydenhoidon järjestämisen myöntyvyyteen vaikuttavia tekijöitä. (1, 2, 5, 6, 8–15, 20, 21)</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämässä (2–12, 14, 15, 17–21)</p>	<p>Luvut 5.1, 5.2 ja 5.3</p>

<p>kertaisessa hampaidenharjauksessa.</p> <p>2. Hammaslääkäreiden kolme useimmin ilmoitettua estettä kotona annettavalle hoidolle olivat potilaan monitahoinen sairaushistoria (74,1 %), potilaan huono suhtautuminen suun terveydenhoitopalveluun (67,5 %) ja hammaslääkäriin epäsuotuisat työolot (64,4 %).</p> <p>3. Kotona tapahtuvan hammashoidon esteiden poistamisen lisäksi muita suosituksia ovat perusopetuksen parantaminen hammaslääkäreiden koulutuksessa, ikääntyneiden henkilöiden ja heidän hoitajien opetus, hammaslääkäriin työolojen parantaminen sekä taloudellisten kannustimien käyttöönotto kotona annettavasta hammashoidosta hammaslääkärille.</p> <p>4. Alle 30-vuotiaat nuoret hammaslääkärit ja henkilöt, joilla oli luottamus tarjottavaa palvelua kohtaan olivat halukkaimpia sitoutumaan ikääntyville kotona annettavaan hoitoon.</p>	<p>opiskelijoiden ja tutkinnon suorittaneiden parempi koulutus, vanhusten ja hoitajien koulutus, hammaslääkäriin työolojen parantaminen sekä taloudellisen kannustimen käyttöönotto yksityisille hammaslääkäreille.</p> <p>4. Nuoret ja kotona annettavaan hoitoon luottavat hammaslääkärit olivat halukkaimpia sitoutumaan ikääntyville kotona annettavaan hoitoon.</p> <p>5. Ikääntyneille kotona annettavaa suun terveydenhoitoa voitaisiin parantaa käyttämällä hyödyksi yksityisiä hammaslääkäreitä määrittämällä heille hoidosta sopiva korvaus.</p> <p>6. Suun terveydenhuollon saatavuuden parantamisen lisäksi tämä vähentäisi valtavasti kunnallistenhammaslääkärien kuormitusta.</p>	<p>20. Yhteistyö 21. Työn kuormitus</p>		
--	---	---	--	--

<p>5. Ikääntyneiden potilaiden kotona annettavan suun terveydenhoidon käyttöä voitaisiin parantaa myös käyttämällä hyödyksi yksityisiä hammaslääkäreitä määrittämällä heille hoidosta sopiva korvaus.</p> <p>6. Suun terveydenhuollon saatavuuden parantamisen lisäksi tämä vähentäisi myös kunnallistenhammaslääkäreiden kuormitusta valtavasti.</p>				
<p>Rabbo M A, Mitov G, Gebhart F & Pospiech P. 2012. Dental care and treatment needs of elderly in nursing homes in Saarland: perceptions of the homes managers. Saksa. (23) (LT)</p> <p>1. Merkittävimmät esteet hammashoidon tarjoamiselle laitoksissa johtajiensa mukaan olivat pula henkilöstöstä, henkilöstön kiinnostuksen puute asukkaita kohtaan ja taloudelliset huolenaiheet.</p> <p>2. Laitospotilaiden suunhoidon vähäisyyteen vaikutti hoitohenkilökunnan suuri vaihtuvuus, jolloin uuden työntekijän perehdytys jäi usein suunhoidon</p>	<p>1. Johtajien mukaan merkittävimmät esteet hammashoidolle laitoksissa olivat henkilöstöpula, henkilöstön kiinnostuksen puute ja taloudelliset tekijät.</p> <p>2. Suunhoidon vähäisyyteen laitoksissa vaikutti henkilökunnan suuri vaihtuvuus ja uusien työntekijöiden niukka perehdytys suunhoitoon.</p> <p>3. Esteenä potilaan suuhygienian parantumiselle voi olla hoitajien negatiivinen asenne, pelko yökkäämisestä tai puremisesta, mikä herkästi johtaa suun puhdistustoimenpiteiden vähenemiseen.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esteet 2. Henkilöstöpula 3. Asenne 4. Taloudelliset tekijät 5. Vaihtuvuus 6. Perehdytys 7. Tieto 8. Pelko 9. Henkilökunta 10. Suuhygienia 	<p>Henkilöstön asenteet ja esteet ikääntyneen suunhoidon toteuttamista kohtaan. (1–10)</p>	<p>Luku 5.3</p>

<p>osalta puutteelliseksi.</p> <p>3. Esteenä potilaiden suuhygienian parantumiselle oli hoitajien negatiivinen asenne suunhoitoa kohtaan ja hoitajien pelko yökkäämisestä ja puremisesta vähentää potilaiden suun puhdistustoimenpiteitä.</p>				
<p>Strömberg E, Hagman-Gustafsson M-L, Holmén A, Wårdh I, Gabre P. 2011. Oral status, oral hygiene habits and caries risk factors in home-dwelling elderly dependent on moderate or substantial supportive care for daily living. Ruotsi. (25) (LT)</p> <p>1. Karies riskiä lisääviä tekijöitä ovat suuri täyteaineiden määrä, omahammaslääkärin puuttuminen, suuri plakkimäärä, alhainen syljeneritys ja huono omahoito.</p> <p>2. Yksi tärkeä tekijä kasvaneen kariesriskin kannalta on pitkäaikainen niukkuus suun huuhtoutumiselle, joka johtuu hyposalivaatiosta ja heikentyneistä suun motorisista toiminnoista. Toinen tekijä on vaikeudet suun hygieniavaatimusten</p>	<p>1. Karies riskiä lisääviä tekijöitä ovat suuri täyteaineiden ja plakin määrä, omahammaslääkärin puuttuminen, alhainen syljeneritys ja huono omahoito.</p> <p>2. Tärkeät tekijä kariesriskin kannalta ovat pitkäaikainen suun huuhtoutumisen niukkuus johtuen hyposalivaatiosta ja heikentyneistä suun motorisista toiminnoista sekä vaikeudet suuhygieniavaatimusten ylläpitämisessä fyysisten- ja kognitiivisten häiriöiden vuoksi.</p> <p>3. Vähäinen plakin määrä ja suusairauksien esiintyvyys vanhuksilla on suoraan verrannollinen hyviin suuhygieniatottumuksiin riippumatta kotihoidon tarpeiden laajuudesta.</p> <p>4. Ikääntyneet, joilla oli kohtalaisia tarpeita tekivät useam-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Karies 2. Riskit 3. Syljeneritys 4. Omahoito 5. Kuiva suu 6. Suun motoriikka 7. Suuhygienia 8. Fyysinen 9. Kognitiivinen 10. Häiriöt 11. Plakki 12. Suusairaudet 13. Rutiinit 14. Kyvykyys 15. Tuki 	<p>Ikääntyneen suun terveyden riskitekijät (1–12)</p> <p>Kognitiivisen sekä fyysisen kyvykyuden ja rutiinien merkitys (8, 9, 10, 13, 14, 15)</p>	<p>Luvut 5.1 ja 5.2.</p>

<p>ylläpitämisessä fyysisten- ja kognitiivisten häiriöiden vuoksi.</p> <p>3. Tehdyssä tutkimuksessa hyvät suuhygienian tottumukset yhdistyivät vähäiseen plakin määrään ja suusairauksien esiintyvyyteen vanhuksille, riippumatta kotihoidon tarpeiden laajuudesta.</p> <p>4. Kuitenkin vanhukset, joilla on kohtalaisia tarpeita, tekivät useammin hyvää omahoitoa ja osoittivat, että mahdollisuudet omahoidon vahvistamiseen ja uusien rutiinien oppimiseen ovat parempia, kun toiminnot ovat vähemmän rasittavia.</p> <p>5. Potilaiden, heidän omaisten ja hoitohenkilökunnan tietoa on tarpeen lisätä, jotta suun sairauksia voitaisiin ehkäistä tehokkaammin.</p> <p>6. Lisäksi huollettavana olevat vanhukset tarvitsevat tukea suuhygienian suorittamisessa ja järjestelyjä, jotka helpottavat säännöllisen hammashoidon ylläpitoa iästä tai kyvyttömyydestä huolimatta.</p>	<p>min omahoitoa ja osoittivat, että omahoitoa on mahdollista vahvistaa ja uusia rutiineja oppia mikäli toiminnot eivät ole liian vaativia.</p> <p>5. Potilaiden, heidän omaisten ja hoitohenkilökunnan tiedon lisäämisellä voidaan ehkäistä tehokkaammin suun sairauksia.</p> <p>6. Ikääntyvät tarvitsevat tukea suuhygienian suorittamisessa ja järjestelyjä, jotka helpottavat säännöllisen hammashoidon ylläpitoa iästä tai kyvyttömyydestä huolimatta.</p>			
<p>Strömberg E, Holmèn A,</p>	<p>1. Sairailta ja fyysisesti rajoit-</p>	<p>1. Suun terveydentila</p>	<p>Suun terveyden vaikutus elä-</p>	<p>Luku 5.1</p>

<p>Hagman-Gustafsson M-L, Gabre P & Wårdh I. 2013. Oral health-related quality-of-life in homebound elderly dependent on moderate and substantial supportive care for daily living. Ruotsi. (26) (MU)</p> <p>1. Suun vaivoilla oli merkittävä vaikutus yksilön hyvinvointiin ja elämäntyytyväisyyteen silloinkin, kun ikääntyvällä oli vaikeita fyysisiä ja henkisiä sairauksia tai fyysisiä vammoja.</p> <p>2. Jäännösjuuret, kuiva suu ja poskihampaiden sekä näiden kontaktien puuttuminen vaikuttivat negatiivisemmin koettuun suun terveyden vaikutukseen elämänlaatuun enemmän niillä tutkimukseen osallistuneilla, joilla oli merkittävä avun tarve kuin niillä joilla oli kohtalainen avun tarve.</p> <p>3. Henkilöillä, joilla on 10 tai enemmän puuttuvia hampaita myös kontaktihampaiden eli vastapurijoiden määrä vähenee, jolloin pureskelu ja tätä kautta syöminen heikentyy huomattavasti. Jäljellä olevien hampaiden määrän lisäksi niiden sijainnilla on siis suuri</p>	<p>tuneillakin suun terveydentilalla on suuri merkitys elämänlaatuun.</p> <p>2. Mitä merkittävämpi avun tarve kotihoidon asiakkaalla on sitä negatiivisemmin erilaiset suun vaivat vaikuttavat elämänlaatuun.</p> <p>3. Vastapurijoiden eli kontaktihampaiden puuttuminen vaikuttaa merkittävästi pureskelun ja syömisestä heikkenemiseen.</p> <p>4. Kuivasta suusta kärsivillä huonon suun terveyden negatiivinen vaikutus elämänlaatuun on entistäkin huomattavampi.</p>	<p>2. Elämänlaatu 3. Kontaktihampaat 4. Pureskelu 5. Syöminen 6. Kuiva suu 7. Sairaudet 8. Vammat</p>	<p>mänlaatuun (1–8)</p>	
--	--	---	-------------------------	--

<p>merkitys pureskelun ja syömi- sen kannalta.</p> <p>4. Suun kuivuuden on todettu vaikuttavan kotihoidon ikään- tyneiden asiakkaiden koettuun suun terveyteen liittyvään elä- mänlaatuun.</p>				
<p>Turjamaa Riitta. 2014. Older people's individual resources and reality in home care. Suo- mi. (27) (MU)</p> <p>1. Tutkimuksen tulosten mu- kaan kotihoidon asiakkaiden fyysisiin tarpeisiin keskittyvä ja voimavarojen tunnistamisen ohittava dokumentaatio on riittämätön. Vaillinainen doku- mentointi on ongelmallinen sekä eettisestä että laillisesta näkökulmasta katsottuna.</p> <p>2. Asiakkaiden kokonaisvaltai- sen tilanteen tunnistaminen on riittämätöntä eikä siinä keskity- tä yksilöllisiin tarpeisiin tai voi- mavaroihin. Sen vuoksi am- mattilaisten ei tulisi ottaa mi- tään asiakkaiden kohdalla itsestäänselvyytenä vaan jo- kainen tulisi hahmottaa ja käsi- tellä yksilönä.</p>	<p>1. Ikääntyneiden kotihoidon asiakkaisiin liittyvä dokumen- tointi ei ole tarkoituksenmu- kaista ja siinä on lisäksi laillisia ja eettisiä puutteita.</p> <p>2. Kotihoidossa ei pyritä tun- nistamaan ikääntyneen koko- naisvaltaista tilannetta tai voi- mavaroja. Kotihoidon doku- mentoinnin pitäisi perustua yksilöllisyyteen.</p> <p>3. Kotihoidon hoitosuunnitel- man teko perustuu luokitteluun ja mittareihin, jotka eivät huo- mioi yksilöllisyyttä. Dokumen- tointityyli on joustamaton ja usein piilottaa alleen ikäänty- neen todellisen tilanteen.</p> <p>4. Nykyinen kotihoito on en- nemminkin rutiininomaista tekemistä asiakkaan puolesta, kuin hänen kanssaan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kotihoito 2. Dokumentointi 3. Laki 4. Etiikka 5. Kokonaisvaltaisuus 6. Voimavarat 7. Yksilöllisyys 8. Hoitosuunnitelma 9. Palvelusuunnitelma 10. Luokittelu 11. Mittarit 12. Joustamattomuus 13. Todellisuus 14. Rutiininomainen 15. Puolesta tekeminen 16. Kiire 17. Hoitosuunnitelma 18. Kotihoidon jatkuminen 19. Turvallisuus 20. Laiminlyönti 21. Hyvinvointi 22. Mielenpito 23. Tehtävä- painotteinen 24. Tietämättömyys 25. Sosiaaliset suhteet 26. Mielekkyystekijät ar- 	<p>Nykypäivän kotihoidon hoito- työtä, dokumentaatiota ja hoi- tosuunnitelman laatimista il- mentää rutiininomaisuus ja joustamattomuus (1–4, 8–12, 14–17, 19, 20, 23, 24)</p> <p>Kotihoidon asiakkaan kotona asumisen tukeminen yksilöllii- sesti ja kokonaisvaltaisesti (5– 9, 13, 17–19, 21, 22, 25, 26)</p>	<p>Luvut 5.1, 5.2 ja 5.3</p>

<p>3. Nykyinen hoitosuunnitelman muodostaminen luokittelemalla erilaisten mittareiden avulla jättää ikääntyneen yksilölliset tarpeet ja voimavarat kokonaan huomiotta. Lisäksi luokituksiin perustuva dokumentointi tuntuu tutkimuksen mukaan olevan joustamaton ja piilottavan asiakkaan tilanteen kokonaiskuvan.</p> <p>4. Nykyinen kotihoito on toteutettu organisatorisesti ja kotihoito sisältää lähinnä rutiinomaista apua päivittäisissä toiminnoissa, perustuen lähinnä tekemiseen asiakkaan puolesta kuin hänen kanssaan, jolloin sivuutetaan asiakkaan henkilökohtaiset näkökannat, tarpeet ja voimavarat.</p> <p>5. Kotihoidon hoitotyössä asiakkaan voimavarojen tukeminen ja huomioiminen oli kovin vähäistä. Työskentelyä asiakkaan kotona luonnehti asiakkaan puolesta tekeminen ja kiire. Työskentely toistui samalla kaavalla (rutiinomainen) ja se painottui vaadittuihin hoitotoimenpiteisiin ja päivittäisen lääkehoidon sekä toimintojen toteuttamiseen. Suoritus-</p>	<p>5. Ikääntyneen omia voimavaroja ei kotihoidossa tueta vaan asiat tehdään kiireellä heidän puolestaan. Hoitosuunnitelma laaditaan samalla rutiinomaisella kaavalla, jossa ikääntyneen omat voimavarat jätetään huomioimatta.</p> <p>6. Kokonaisvaltaisuuden puuttuminen dokumentaatiosta ja suunnittelusta nostaa esiin potilaan turvallisuuteen, hyvinvointiin ja kotihoidon jatkumiseen liittyvän riskin. Lisäksi uhkana on, että ikääntyneen omiin mielipiteisiin kiinnitetään yhä vähemmän huomiota.</p> <p>7. Dokumentoinnin epätarkkuus johtaa tehtäväpainotteiseen lähestymiseen kotihoidossa, koska tietämättömyys asiakkaan kokemasta terveydentilasta ja hänen kyvyistään hankaloittavat hoito- ja palvelusuunnittelua.</p> <p>8. Kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen edistämiseksi tulee kotihoidon palvelujen suunnittelun olla yksilöllistä ja toteutuksen asiakkaan omia voimavaroja tukevaa.</p>	jessa		
---	--	-------	--	--

<p>keskeisyys nousi esiin myös palvelu- ja hoitosuunnitelmasa ilman kotihoidon ikääntyneen asiakkaan omien voimavarojen huomioimista.</p> <p>6. Epätarkka ja eikokonaisvaltainen dokumentaatio nostaa esiin potilaan turvallisuuteen, hyvinvointiin ja kotihoidon jatkumiseen liittyvän riskin. Riskinä on myös että kotihoidon ammattilaisille ja käytettävissä oleville palveluille annetaan yhä enemmän valtaa samalla kun kotihoidon asiakkaiden omiin mielipiteisiin kiinnitetään yhä vähemmän huomiota.</p> <p>7. Epätarkka ja eikokonaisvaltainen dokumentointi johtaa tehtäväpainotteiseen lähestymiseen kotihoidossa. Tällöin tietämättömyys asiakkaan kokemasta terveydentilasta ja hänen kyvyistään hankaloittavat hoito- ja palvelu- suunnittelua.</p> <p>8. Tutkimuksen tulosten mukaan kotihoidossa on havaittavissa asiakkaan fyysisiin tarpeisiin vastaamista ja toimenpidekeskeisyyttä. Ikääntynei-</p>	<p>9. Ikääntyneen kotihoidon toteuttaminen voimavaralähtöisesti edellyttää mielekkään arjen osatekijöiden ja sosiaalisten suhteiden huomioimista.</p> <p>10. Kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen tukeminen vaatii yksilöllisesti suunniteltua ja toteutettua hoitoa ja palveluita, jotka huomioivat asiakkaan yksilölliset voimavarat ja tarpeet sekä käsitykset mielekkäistä ja tarkoituksenmukaisista toiminnoista sekä sosiaalisten suhteiden merkityksen.</p> <p>11. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen tunnistamiseksi tulee olla käytössä arviointityökalu, jolla mitataan säännöllisesti asiakkaan yksilölliset voimavarat pohjautuen kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan.</p> <p>12. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa tulee ottaa huomioon ikääntyneen oma näkökulma ja käsitys voimavaroistaan.</p> <p>13. Jotta kotihoidon asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja voimavarat voidaan dokumentoi-</p>			
--	--	--	--	--

<p>den kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen edistämiseksi tulee kotihoidon palvelujen suunnittelun olla yksilöllistä ja toteutuksen asiakkaan omia voimavaroja tukevaa.</p> <p>9. Ikääntyneen kotihoidon toteuttaminen voimavaralähtöisesti edellyttää mielekkään arjen ja sosiaalisten suhteiden huomioimista.</p> <p>10. Kotihoidon asiakkaiden kotona asumisen tukeminen vaatii yksilöllisesti suunniteltua ja toteutettua hoitoa ja palveluita, jotka huomioivat asiakkaan yksilölliset voimavarat ja tarpeet sekä käsitykset mielekkäistä ja tarkoituksenmukaisista toiminnoista sekä sosiaalisten suhteiden merkityksen.</p> <p>11. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan tarpeiden ja voimavarojen tunnistamiseksi tulee olla käytössä arviointityökalu, jolla mitataan säännöllisesti asiakkaan yksilölliset voimavarat pohjautuen kokonaisvaltaiseen lähestymistapaan.</p> <p>12. Hoito- ja palvelusuunnitelmaa laadittaessa tulee ottaa</p>	<p>da luotettavasti on luotava uusia kokonaisvaltaisia sähköisesti toimivia dokumentointijärjestelmiä.</p> <p>14. Kotihoidon järjestävän tahon, kotihoidon ammattilaisten ja asiakkaiden tulee yhteistyössä dialogia käyttäen kehittää kotihoitoa, jotta se pystyy tulevaisuudessa vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin ja voimavaroihin.</p> <p>15. Tutkimuksen tuloksista on huomioitava, että kotihoidon ammattilaiset kuvasivat vain asiakkaiden fyysisiä tarpeita, jolloin käsitys ikääntyneen tilanteesta ja voimavaroista on vaillinainen, koska se ei huomioi yksilöllisiä tarpeita tai voimavaroja. Kotihoidon ammattilaisten ei tule mitään itsestään selvyytenä vaan jokaisen asiakkaan tilanne tulisi hahmottaa yksilöllisesti.</p>			
--	--	--	--	--

<p>huomioon ikääntyneen oma näkökulma ja käsitys voimavaroistaan.</p> <p>13. Jotta kotihoidon asiakkaiden yksilölliset tarpeet ja voimavarat voidaan dokumentoida luotettavasti on luotava uusia kokonaisvaltaisia sähköisesti toimivia dokumentointijärjestelmiä.</p> <p>14. Kotihoidon järjestävän tahon, kotihoidon ammattilaisten ja asiakkaiden välillä on tarpeen käydä yhteistyössä dialogiaa kotihoidon kehittämisestä, jotta se pystyy tulevaisuudessa vastaamaan asiakkaiden tarpeisiin ja voimavaroihin.</p> <p>15. Tutkimuksen tuloksista on huomioitava, että kotihoidon ammattilaiset kuvasivat vain asiakkaiden fyysisiä tarpeita, jolloin voidaan sanoa, että käsitys ikääntyneen tilanteesta ja voimavaroista on vaillinaisen, koska se ei huomioi yksilöllisiä tarpeita tai voimavaroja. Kotihoidon ammattilaisten ei tulisi pitää mitään itsestään selvyytenä vaan jokaisen asiakkaan tilanne tulisi hahmottaa</p>				
---	--	--	--	--

yksilöllisesti.				
<p>Virtanen, Eija. 2014. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistäminen esimiehen näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Suomi. (28) (LT)</p> <p>1. Auttaminen suun omahoidossa jää toteutumatta, jos asiakkaan luona ei käydä iltaisin tai vain kiireisimpänä aikana.</p> <p>2. Esimiesten näkemyksenä oli, että hoitajat kokivat asiakkaiden suut hyvin intiimeiksi ja henkilökohtaisiksi alueiksi, minkä johdosta hoitajien rohkeus puuttua suunhoitoon oli erittäin alhainen.</p> <p>3. Asiakkaan kykenemättömyys ajanvaraukseen hammashoitoon, yleinen huonokuntoisuus, liikkumisvaikeudet tai taloudelliset tekijät olivat esimiesten näkemysten mukaan rajoittavia tekijöitä asiakkaan pääsylle suun terveydenhoitoon.</p> <p>4. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan hoitokulttuuria voidaan</p>	<p>1. Auttaminen suun omahoidossa jää toteutumatta, jos asiakkaan luona ei käydä iltaisin tai vain kiireisimpänä aikana.</p> <p>2. Esimiesten näkemyksen mukaan hoitajat kokivat asiakkaiden suut hyvin intiimeiksi ja henkilökohtaisiksi alueiksi, minkä vuoksi heidän rohkeus puuttua suunhoitoon oli alhainen.</p> <p>3. Kykenemättömyys varata aikaa hammashoitoon, yleinen huonokuntoisuus, liikkumisvaikeudet tai taloudelliset tekijät olivat esimiesten näkemysten mukaan rajoittavia tekijöitä asiakkaan pääsylle suun terveydenhoitoon.</p> <p>4. Hoitokulttuuria kotihoidossa voidaan parantaa esimiesten myönteisellä johtamistyyllillä, työyhteisön suun terveyttä aktiivisesti edistävällä työskentelyllä sekä koulutuksella.</p> <p>5. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyttä sekä elämänlaatua voidaan parantaa</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Omahaito 2. Kiire 3. Ajoitus 4. Intiimi 5. Rohkeus 6. Puuttuminen 7. Resurssit 8. Voimavarat 9. Myönteisyys 10. Esimies 11. Johtaminen 12. Asenne 13. Työyhteisö 14. Organisaatio 15. Toimintamalli 16. Taloudelliset tekijät 17. Avustaminen 18. Elämänlaatu 19. Kirjaaminen 20. Puheeksiottaminen 21. Hoitosuhde 22. Luottamus 23. Ohjaaminen 24. Suuhygieniä 25. Hammashoito 26. Suunhoitotarvikkeet 27. Työkulttuuri 	<p>Esteet ikääntyneen suun terveyden edistämiseksi ovat moninaiset (1–8, 10–16)</p> <p>Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyden hoitokulttuurin edistäminen (17, 18, 19, 20–27)</p>	<p>Luvut 5.1 ja 5.3</p>

<p>parantaa esimiesten myönteisellä johtamistyyllillä, työyhteisön suun terveyttä aktiivisesti edistävällä työskentelyllä sekä koulutuksella nykyisestään suu- ja hammasystävällisemmäksi.</p> <p>5. Ikääntyneen kotihoidon asiakkaan suun terveyttä sekä elämänlaatua voidaan parantaa luomalla kotihoidon organisaatioon järjestelmällisen suunhoidon toimintamalli, samalla saadaan myös yhteiskunnalle taloudellisia säästöjä.</p> <p>6. Yhteneväisiksi suunniteltavia toimintamalleja ovat kotihoidon asiakkaan suun terveyden puheeksiottaminen ja sen arvioiminen, asiakkaan avustaminen ja kannustaminen suuhygienian toteuttamiseen sekä systemaattinen suun terveystietojen kirjaaminen.</p> <p>7. Tarvitaan monipuolista yhteistyöverkostoa kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämiseen. Verkostoon kuuluvat asiakas itse ja hänen läheiset ihmiset sekä suun terveydenhuollon että kotihoidon organisaatiot.</p>	<p>taa luomalla kotihoidon organisaatioon suunhoidon toimintamalli, joka tuo myös yhteiskunnalle taloudellisia säästöjä.</p> <p>6. Yhteneväisiksi suunniteltavia toimintamalleja kotihoidossa ovat asiakkaan suun terveyden puheeksiottaminen ja arvioiminen, avustaminen ja kannustaminen suuhygienian toteuttamiseen sekä systemaattinen suun terveystietojen kirjaaminen.</p> <p>7. Monipuolinen yhteistyöverkosto on tarpeen kotihoidon asiakkaan suun terveyden edistämiseksi. Verkostoon kuuluvat asiakas itse, läheiset sekä suun terveydenhuollon että kotihoidon organisaatiot.</p> <p>8. Hoitajat kokivat suun terveydestä puhumisen hankaloitettavana tekijänä luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumiselle ja muodostua jopa esteeksi kotikäyntien jatkumiselle.</p> <p>9. Konkreettisenä apuna hoitajat avustivat ja ohjasivat suunhoitovälineiden ja -tuotteiden hankkimisessa sekä käytössä,</p>			
---	--	--	--	--

<p>8. Hoitajat saattoivat kokea suun terveydestä puhumisen hankaloittavana tekijänä luotamuksellisen hoitosuhteen rakentumiselle ja se saattoi muodostua jopa esteeksi kotikäyntien jatkumiselle.</p> <p>9. Konkreettisenä apuna hoitajat avustivat ja ohjasivat suunhoitovälineiden ja -tuotteiden hankinnassa sekä käytössä, neuvoivat ja avustivat suuhygienian toteuttamisessa ja hammashoitokäyntien järjestämisessä.</p>	<p>neuvoivat ja avustivat suuhygienian toteuttamisessa ja hammashoitokäyntien järjestämisessä.</p>			
<p>Wang, Tze-Fang - Huang, Chiu-Mieh - Chou, Chyuan - Yu, Shu. 2015. Effect of oral health programs for caregivers. Taiwan. (29) (MU)</p> <p>1. Tutkimuksessa löydettiin rajallisesti positiivista näyttöä siitä, että kodinhoitajille suunnatut suun terveyttä koskevat koulutukset voivat olla tehokkaita ikääntyneiden suun terveyden parantamiseksi.</p> <p>2. Syitä merkittävien tulosten saavuttamattomuuteen ikääntyneiden suun terveyden pa-</p>	<p>1., 3., 4. Ikääntyneiden suun terveyttä voidaan parantaa järjestämällä hoitajille suun terveyttä koskevia koulutuksia.</p> <p>2. ja 5. Tulosten saavuttamiseksi koulutusten tulee olla riittävän käytännönläheisiä, pakollisia koko henkilöstölle ja niiden pitää toistua riittävän usein. Samoin opitut suun terveyden- hoidon taidot tulee ottaa käytäntöön osana kokonaisuhoitoa ja välineiden riittävyys on taattava.</p> <p>6. Vaikka toistuvilla koulutuksil-</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Koulutukset 2. Toistuva 3. Käytännönläheinen 4. Välineet 5. Tietous 6. Työtaakka 7. Asenne 8. Suun terveyden edistäminen 9. Tehokas 10. Toteuttaminen 	<p>Suun terveyden hoitaminen koetaan ylimääräiseksi työtaakaksi (6–8)</p> <p>Suun terveyden edistämiskoulutuksilla kohti parempaa suun terveyttä (1–5, 8–10)</p>	<p>Luvut 5.1 ja 5.2</p>

<p>rantamisessa voivat olla: lyhyt esitys ilman riittävää käytännön koulutusta tai teoriaa, koulutuksen lyhyys, johtuen kotihoitajien muista tehtävistä, liian pieni osallistumisprosentti, riittämättömät suun terveydenhoitovälineet, tutkimuksen liian pieni otanta tai se ettei työpaikalla painoteta asiakkaiden suun terveyden hoitamista riittävästi.</p> <p>3. Tutkimuksessa mukana olleiden 602 ikääntyneen suun terveys parani merkittävästi niillä ikääntyvillä, joita hoiti äskettäin suun terveyden edistämisen koulutuksen saaneet hoitajat. Parannusta tapahtui interventioryhmän kiinnityskudosten tilassa ja näkyvän plakin määrä sekä suutulehdukset vähenivät.</p> <p>4. Omaishoitajille suunnatusta suun terveyden edistämiskoulutuksesta voi olla huomattavasti hyötyä ikääntyneiden suun terveyden parantamisessa.</p> <p>5. Kuitenkin vain yksittäinen suun terveydenedistämiskoulutus oli tutkimuksen mukaan</p>	<p>la saatiin hyviä tuloksia aikaan, niin moni palveluntuottaja koki suun terveyden hoitamisen lisäävän hoitajien työtaakkaa ja siksi empivät koulutuksien järjestämisessä.</p> <p>7. Koulutuksilla voidaan lisätä hoitajien positiivista asennetta ikääntyneiden suun terveydenhoidon toteuttamista ja sen arvostusta kohtaan.</p>			
--	---	--	--	--

<p>riittämätön ikääntyneiden suun terveyden parantamiseksi vielä puolitoista vuotta koulutuksen jälkeen.</p> <p>6. Toistuvat suun terveyden koulutustilanteet kasvattivat hoitajien suun terveystietoutta ja lisäsivät käytännön suuhygienian menettelytapoja. Osa palveluntuottajista kuitenkin empi tämän koulutuksen tarjoamista, koska sen koettiin entisestään lisäävän hoitajien työtaakkaa.</p> <p>7. Hoitajien asenteita ikääntyneen suun terveydenhoidon tärkeyttä kohtaan voidaan parantaa antamalla heille ikääntyneen asiakkaan suuhygienian toteuttamisohteita ja tuomalla esiin suun terveyden ja yleisterveyden yhteys sekä suun terveyden yhteys monien sairauksien hoitotasapainoon.</p>				
<p>Watkins C, L.Ettinger R, Cowen H, Qian F, V.Dawson D. 2012. Iowa dentists' involvement in care for patients who are homebound. Yhdysvallat. (30) (MU)</p> <p>1. Terveydenhoidon ja lääke-</p>	<p>1. Suun terveydenhoitopalveluiden kehittäminen ikääntyneiden osalta.</p> <p>2. Suun terveyden ja yleisterveyden välinen vastavuoroinen yhteys.</p>	<p>1. Suun terveydenhoitopalvelut</p> <p>2. Koti</p> <p>3. Suun terveys</p> <p>4. Hoitoonpääsy</p> <p>5. Elämänlaatu</p> <p>6. Koulutus</p> <p>7. Sitoutuneisuus</p>	<p>Suun terveydenhoitopalveluiden vieminen ikääntyneen kotihoidon asiakkaan kotiin (1–6)</p> <p>Sitoutuneisuuden lisääminen koulutuksen avulla (3, 6, 7)</p>	<p>Luku 5.2</p>

<p>hoidon parantumisen myötä ihmiset elävät pidempään. Tämän myötä kasvava väestöryhmä on ikääntyvät, jotka eivät pysty tulemaan hammaslääkärin vastaanotolle. Monilla heistä on kuitenkin hampaita ja he tarvitsisivat hammaslääkärin palveluita.</p> <p>2. Suun terveyden ja yleisterveyden välillä on todistettu yhteys ja huono suun terveys voi vaikuttaa myös yleisterveyteen. Esimerkiksi huonon suun terveyden yhteys sydän- ja verisuonisairauksien syntymiselle on todistettu.</p> <p>3. Ikääntyneiden ja myös kotiinsidottujen ikääntyneiden suun terveyden ja elämänlaadun on osoitettu todennäköisesti parantuvan, kun heidän pääsyään suun terveydenhoitoon on helpotettu/parannettu.</p> <p>4. Koulutuksen kasvattaminen ja tehostaminen ikääntyneiden suun terveydenhoidon osalta voisi parantaa hammaslääkäreiden sitoutuvuutta kotihammas-hoidon toteuttamista kohtaan.</p>	<p>3. Suun terveyden ja elämänlaadun parantaminen hammas-hoitoon pääsyä helpottamalla.</p> <p>4. Ikääntyneen suun terveydenhoitoa koskevan koulutuksen lisääminen lisää myös sitoutuvuutta ikääntyneen suun terveydenhuoltoon kohtaan.</p>			
---	--	--	--	--

<p>Willumsen T, Fjaera B, Eide H. 2010. Oral health-related quality of life in patients receiving home-care nursing: associations with aspects of dental status and xerostomia. Norja. (31) (LT, MU)</p> <p>1. Käytännön ongelmiksi hampaiden harjaukselle muodostuu hoitajien tiedon ja koulutuksen puuttuminen sekä ajan ja välineiden puute, mitkä saattavat edesauttaa avustamisen laiminlyöntiä tai lykkäämistä.</p> <p>2. Kolmasosa potilaista kertoi, että heillä oli vaikeuksia hampaiden harjauksessa ja halusivat siihen apua, mutta vain viidennes heistä sai haluaansa apua. Tämä tuo esiin ikääntyneiden hammashoidon merkittävän ongelman; kynnys hyväksyä se, että "en pysty harjaamaan omia hampaitani" on korkea.</p> <p>3. Sekä potilaiden että hoitajien tulisi arvioida kotihoitajien suorittaman hampaiden säännöllisen harjaamisen tarve. Kuivan suun ongelmien arvioinnilla ja hoidolla pitäisi lisäksi olla suurempi prioriteetti.</p>	<p>1. Hoitajien tiedon, koulutuksen, ajan ja välineiden puute muodostaa ongelmia hampaiden harjaukselle, edesauttaa avustuksen laiminlyöntiä ja lykkäämistä.</p> <p>2. Kolmasosalla potilaista oli vaikeuksia hampaiden harjauksessa ja halusivat siihen apua, vain viidesosa sai apua. Ikääntyville hammashoidon merkittävä ongelma on hyväksyä se, ettei kykene enään harjaamaan omia hampaita.</p> <p>3. Potilaiden ja hoitajien tulisi arvioida kotihoitajien suorittaman hampaiden säännöllisen harjaamisen tarve. Lisäksi kuivan suun ongelmien arvioinnilla ja hoidolla pitäisi olla suurempi prioriteetti.</p> <p>4. On alettu ymmärtää, ettei ole tarkoituksenmukaista vain pidentää pitkäaikaissairaiden ikääntyneiden elämää tai hoitaa sairauksia, vaan myös ylläpitää hyvää elämänlaatua.</p> <p>5. Suun terveydellä on todettu olevan vastavuoroinen yhteys yleisterveyteen ja elämänlaatuun.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tieto 2. Koulutus 3. Ajankäyttö 4. Hoitovälineet 5. Avustaminen 6. Laiminlyönti 7. Siirtäminen 8. Myöntäminen 9. Hyväksyminen 10. Yhteistyö 11. Arviointi 12. Säännöllisyys 13. Suun tila 14. Tärkeys 15. Elämänlaatu 16. Suun terveys 17. Laiminlyönti 18. Yhteys 19. Sairaudet 20. Diabetes 21. Aspiraatiopneumonia 	<p>Kotihoidon työntekijän valmiuksien vahvistaminen ikääntyneen suun terveyden edistämässä ja arvioinnissa (1–7, 10–14)</p> <p>Moniammatillinen yhteistyö hoitoketjussa edistää ikääntyneen suun terveyttä (1, 3–5, 10–14)</p> <p>Ikääntyneen suun terveyden edistämisen pohjautuminen tarpeisiin ja yksilöllisyyteen (1–5, 8–14)</p> <p>Suun terveyden vaikutus elämänlaatuun ja yleisterveyteen (15–21)</p>	
---	---	--	--	--

<p>4. On alettu yhä enemmän ymmärtää, ettei ole tarkoituksenmukaista vain pidentää pitkäaikaissairaiden ikääntyneiden elämää tai hoitaa sairauksia, vaan myös ylläpitää hyvää elämänlaatua.</p> <p>5. Suun terveydellä on todettu olevan vastavuoroinen yhteys yleisterveyteen ja elämänlaatuun.</p> <p>6. Suun terveydenhoidon laiminlyönnillä on todettu olevan elämänlaadun heikkenemisen lisäksi yhteydessä systeemisiin sairauksiin, kuten diabetekseen ja aspiraatiopneumoniaan.</p>	<p>6. Suun terveydenhoidon laiminlyönnillä on todettu olevan elämänlaadun heikkenemisen lisäksi yhteydessä systeemisiin sairauksiin, kuten diabetekseen tai aspiraatiopneumoniaan.</p>			
--	--	--	--	--