

Opinnäytetyö (AMK)

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

2010

Petra Härmä ja Maija Kylänpää

SUOMESSA JA KANADASSA LAITOSHOITON TEHTYJEN SUUN HOIDON TOIMINTAMALLIEN TARKASTELU

– systemaattinen kirjallisuuskatsaus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

18.10.2010 | Sivuja 71

Tarja-Leena Kuusilehto ja Paula Yli-Junnila

Petra Härmä ja Maija Kylänpää

SUOMESSA JA KANADASSA LAITOSHOITON TEHTYJEN SUUN HOIDON TOIMINTAMALLIEN TARKASTELU- systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Ikääntyvän väestön kasvaessa niin Suomessa kuin Kanadassa ja suun terveysongelmien muuttuessa, terveyden edistäminen ja hyvän hoidon takaaminen asettavat uusia haasteita sekä hoitohenkilökunnalle että suun terveydenhuollolle. Myös kunnat ja yksityiset palvelujen tarjoajat joutuvat miettimään uusia keinoja, joilla pystyttäisiin turvaamaan ikääntyneiden palvelujen laadukas ja asiakaslähtöinen toteuttaminen. Suomi ja Kanada päätettiin valita opinnäytetyöhön mukaan, koska mailla on hyvin samankaltainen väestön rakenne ja kummassakin on tehty runsaasti tutkimustyötä ikääntyneiden suun terveydenhoidosta hoitolaitoksissa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella Suomessa ja Kanadassa hoitohenkilökunnalle luotuja suun terveydenhoidon toimintamalleja ja niiden toimivuutta. Tavoitteena oli kerätä tutkimuksista saatu tieto laatua seuraten yhteen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta, jonka avulla tavoite pystyttiin saavuttamaan. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaatimusten mukaan opinnäytetyö on tehty vaiheittain ja jokainen vaihe on kuvattu opinnäytetyössä.

Opinnäytetyön tuloksena esiteltiin mukaan otetut suun terveydenhoidon toimintamallit. Ne esiteltiin yksityiskohtaisesti, jotta lukija saa tarkan kuvan toimintamallien kehitysprosessin merkittävydestä. Tulosten yhteenvedossa käsiteltiin toimintamallien eroavaisuuksia sekä yhtäläisyyksiä, joita on etsitty sisällönanalyysin avulla. Johtopäätöksissä tekijät esittelevät omat kehittämisehdotuksensa toimintamalleista, joiden ideat nousivat teoreettista viitekehystä koottaessa ja toimintamalleja tarkasteltaessa.

Suuhygienistit tulevat tulevaisuudessa olemaan keskeisessä asemassa ikääntyneiden suun terveyden edistämisessä. He toimivat suunnittelijoina ja kehittäjinä moniammatillisessa yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa tehden toimintamalleista tulevaisuuden haasteisiin vastaavat. Tekijät toivovat, että opinnäytetyöstä on apua laitoshoidossa olevien ikääntyneiden suun terveydenhuollon palveluketjuun tutustuttaessa ja suuhygienistin roolin sisäistämässä ikääntyneiden suun terveydenhoidon kehittämisessä.

ASIASANAT:

Suun terveys, ikääntyneet, toimintamallit, laitoshoido

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Program on Dental Hygiene

18th of October 2010 | 71 pages

Tarja- Leena Kuusilehto and Paula Yli- Junnila

Petra Härmä and Maija Kylänpää

ORAL HEALTHCARE MODELS MADE FOR LONG-TERM CARE IN FINLAND AND IN CANADA- systematic literature review

Health promotion and guaranteeing the good quality of care are setting new goals here in Finland and in Canada for the dental personnel and for the caretakers as the population is getting older. The communities and the private service providers have to come up with new ideas on how to organize the services for the elders. Finland and Canada were chosen to be part of this thesis because the countries have very similar population structure. There has also been a lot of studies made of geriatric dental care in both countries.

The purpose of the thesis was to review the oral health care models made for the health care personnel in Finland and in Canada. The aim of the thesis was to collect the information from the studies systematically together. The research method that was used in the thesis was systematic review which helped to gain the aim of the thesis. As the systematic review commands the thesis was done in sections and all the sections are described in the thesis.

The results of the thesis contain the outcomes of the systematic review. Results are described in detail so the reader gets the full picture out of the significance of the process which is used to build the models. In the summary of the results a comparison was done between the similarities and the differences of the models and in the conclusions the makers showed their own development ideas for the models. The development ideas were based on the context and from the observation of the oral health care models.

In the future the dental hygienists will be playing a significant role in the health promotion for the elderly. They will be positioned as designers and developers of the models in a multiprofessional working groups. The challenge that dental hygienists will come up with is how to make the models to respond future's needs. The makers hope that the thesis will help people to understand the process of the dental care with the elderly and to understand the important role of dental hygienists in the development of oral health care.

KEYWORDS:

Oral health, elderly, models, long-term care

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
1.1 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	8
2 SUUN TERVEYDENHUOLTO IKÄÄNTYVIEN HOITOLAITOKSISSA SUOMESSA JA KANADASSA	10
2.1 Yhteiskunnan asettamat normit ikääntyneiden hoidolle Suomessa	13
2.2 Yhteiskunnan asettamat normit ikääntyneiden hoidolle Kanadassa	15
3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	18
4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄ JA TOTEUTUS	19
4.1 Tutkimusongelman muotoilu	20
4.2 Aineiston kerääminen ja kirjallisuushaut	20
4.2.1 Saturaatio	21
4.3 Aineiston valinta	22
4.4 Aineiston laadun arviointi	23
4.5 Aineiston analysointi	24
4.6 Opinnäytetyön prosessin kuvaus	25
5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	28
5.1 Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma	28
5.2 Vanhusten suun terveydenhuollon toimintamalli Paltamon kunnan vanhustenhuoltoon	29
5.3 Laitoshoidossa olevien ikääntyvien suunhoitomallin kehittäminen	31
5.4 Toimintamallin kehittäminen laitospotilaiden suun terveydenhoitoon	34
5.5 Kirkkonummen kunnassa kehitetty suun hoidon toimintamalli laitoshoidon	37
5.6 Suunhoidon toteuttaminen pitkäaikaishoidon laitoksissa: opetuksellinen koekäyttö	38
5.7 Toimintamallin kehittäminen, toteuttaminen ja hyödyksi käyttäminen sekä arvioinnin tulokset laajassa suunterveydenhuollon ohjelmassa ikääntyvien pitkäaikaishoidossa.	42
5.7.1 Viiden vuoden seuranta tutkimus ikääntyvien pitkäaikaishoitolaitoksista: Laajan suun terveydenhuollon ohjelman hyväksikäyttö	44
5.8 Tutkimustulosten yhteenveto	45
6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	49
7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	52
LÄHTEET	54

LIITTEET	59
Liite 1. Ikääntyneen suun puhdistamisen välineet ja suositukset	59
Liite 2. Tietokantahaut	60
Liite 3. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laadunarviointimittari	63
Liite 4. Kirjallisuuskatsauksen analyysirunko	64
Liite 5. Kirkkonummen kunnassa valmistettu suun terveydenhuollon toimintamalli laitoshoitoon	65
Liite 6. Hoitohenkilökunnan tarpeiden mukaan räätälöity suunhoitomalli	66
Liite 7. Suun hoidon palveluohjauksen toimintamalli	67
Liite 8. Suun terveydenhoito osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa	68
Liite 9. Taulukko opinnäytetyön tuloksista	66
Liite 10. Vanhusten suun terveydenhuollon toimintamalli vanhustenhuoltoon	68

TAULUKOT

Taulukko 1. Ikääntyneiden väestönkehitys	58
Taulukko 2. Aineistona olevien tutkimusten julkaisuvuodet	23

1 JOHDANTO

Ikääntyvän väestön määrä, niin Suomessa kuin kaikissa muissakin teollisuusmaissa, tulee kasvamaan seuraavien vuosikymmenten aikana huomattavasti. Ennusteiden mukaan (taulukko 1.) ikääntyneiden määrä Suomessa, erityisesti vanhimmissa ikäluokissa, kasvaa voimakkaasti. (Tilastokeskus 2009). Tämän vuoksi eritoten kuntien päättäjät joutuvat pohtimaan ikääntyvän väestön palvelujen muutosten suuntaa ja miettimään uusia ratkaisuja, joilla ikääntyneiden palvelut järjestetään laadukkaasti, arvokkaasti ja asiakasta kunnioittaen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Niin Suomessa kuin Kanadassa eletään hetkiä, jolloin suuri määrä ihmisiä on vanhentumassa ja siirtymässä palvelutaloihin ja vanhainkoteihin. On arvioitu että Kanadassa vuonna 2020 20% väestöstä (n. 7 miljoonaa henkilöä) on yli 64-vuotiaita ja vuonna 2041 luku on jopa kolminkertaistunut. (MacEntee 2006, 421; Statistics Canada 2005.)

Tulevaisuudessa väestönkehitys on menossa siihen suuntaan, että hoitolaitoksissa ja vanhainkodeissa on yhä enemmän asukkaita, joilla on omia hampaita sekä implantteja (Paavola ym. 2003, 354). Väestön vanhetessa ja suun terveysongelmien muuttuessa terveyden edistäminen asettaa uusia haasteita hoitohenkilökunnalle. Hoitolaitoksissa asuvien ikääntyneiden suun terveydentila tulee olemaan tulevaisuudessa haasteellista ja siksi hoitohenkilökunnan tuki ikääntyneiden suun terveyden parantamisessa on välttämätöntä. (Wilkman 1996, 3; Vehkalahti & Knuutila 2008, 49.)

Vanhustenhuollossa haasteita suunterveyden ylläpitämiselle asettavat muun muassa syljenerityksen väheneminen, yleissairaudet, motoriikan heikkeneminen, lääkitykset, ravitsemus sekä yleiskunnon heikkeneminen. (Pirilä 2002, 18; Vehkalahti & Knuutila 2008, 49; Wilkman 1996, 3.) Muita epäkohtia ovat hammas- ja proteesiongelmät, jotka haittaavat kommunikointia sekä altistavat infektioille ja voivat hoitamattomana johtaa aliravitsemukseen. Suunterveys ja toimintakyky muodostavat merkittävän osan vanhusten

hyvinvoinnista. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2008, 10.)

Ikääntyvien laitoshoidossa on käytössä suunhoidon toimintamalleja, jotka on kehitetty tukemaan hoitohenkilökuntaa ikääntyvien päivittäisessä suun hoidossa. Toimintamallien avulla pyritään ylläpitämään ja edistämään ikääntyneiden suun terveyttä hoitolaitoksissa (Oksanen 2007, 5-7). Suomessa ei ole käytössä koko maan kattavaa toimintamallia, vaan kunnat ja yksityiset palveluntuottajat ovat voineet itse laatia tarpeisiinsa vastaavan toimintamallin. Opinnäytetyössä tullaan esittelemään sekä Suomen että Kanadan saatavilla olevia toimintamalleja ikääntyvien laitoshoidosta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on Suomessa ja Kanadassa laitoshoidon tehtyjen suunhoidon toimintamallien löytäminen sekä niiden toimivuuden tarkastelu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen keinoin. Opinnäytetyön tavoitteena on vastata ennalta asetettuihin tutkimusongelmiin eli tarkastella millaisia toimintamalleja on luotu Suomessa ja Kanadassa ja onko niiden toimivuutta tutkittu. Tavoitteena on kerätä tutkimuksia puolueettomasti yhteen. Puolueettomalla keräämisellä tarkoitetaan, että hakuprosessissa on otettu jokainen tutkimus huomioon ja tutkimustuloksia ei vääristellä. Tällöin syntyy valmiiksi kerätty tieto ja vertailu tutkimuksista, jota tutkijat voivat mahdollisesti hyödyntää tulevaisuudessa (Johansson ym. 2007, 84).

Suuhygienistin ydinosaamisalueisiin kuuluu tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtamisosaaminen, joka sisältää muun muassa suun terveydenhuollon toimintamallien sekä toiminnan laadun kehittämisen. Suuhygienisti toimii moniammatillisessa yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa suun terveydenhuollon ammattilaisena, osallistuen tutkimus-, projekti- ja kehittämistyöhön. (Turun Ammattikorkeakoulu, 2010.) Tällöin erilaisten toimintamallien tunteminen on suuhygienistin ammattiosaamisen kannalta tärkeää, ja siten opinnäytetyö on ajankohtainen.

1.1 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön keskeisimmät käsitteet ovat ikääntynyt, toimintamalli ja pitkäaikainen laitoshoido. 65 vuotta täyttäneestä henkilöstä käytetään niin puhekielessä kuin eri tieteenalojen tutkimuksissa useita eri käsitteitä: eläkeläinen, ikääntynyt, ikäihminen, seniori ja vanhus. Mitään virallista yhteistä käsitettä ei ole olemassa. (Vilppula 2006.) Vanhus käsitettä käytetään harvoin yhteyksissä, joissa viitataan aktiiviseen vanhukseen, kun taas käsitteet ikääntynyt ja ikäihminen heijastavat aktiivisuutta (Tainio 1999, 252-253).

Pitkäaikaista laitoshoidoa tarjoavat lähinnä vanhainkodit ja terveyskeskusten vuodeosastot. Kansaneläkelain (347/1956) mukaan laitoshoidolla tarkoitetaan henkilön ylläpidon, hoidon ja huolenpidon sisältävää toimintaa sairaalassa, hoitolaitoksessa tai muussa vastaavassa hoitoyksikössä. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa (1241/2002) on määritelty, että henkilölle järjestetty hoito on aina laitoshoidoa, kun se on järjestetty sairaalan tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Laitoshoidoa on myös hoito vastaavassa sosiaalihuollon laitoksessa, kuten vanhainkodissa (Säädöstietopankki 2010).

Toimintamallilla tarkoitetaan tässä työssä hoitohenkilökunnalle luotua suunhoidon toteutusmallia hoitolaitoksissa, jonka avulla henkilökunta pystyy toimimaan asukkaiden suun terveyden parantamiseksi. Opinnäytetyöhön pyrittiin valitsemaan suunhoidon toimintamalleja, jotka sisältävät osittain sellaisia suosituksia, joita myös *Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma* suosittelee ikääntyneiden laitoshoidolle (Päivärinta & Haverinen 2002, 86-89).

Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma on julkaistu Suomessa vuonna 2002 yhteistyössä Stakesin, Sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kuntaliiton kanssa. Suunnitelma on tarkoitettu oppaaksi työntekijöille ja palvelusta vastaaville. Toteutuessaan suunnitelma toimii koko vanhustenhuollon prosessia ohjaavana oppaana. Julkaisussa määritellään myös *Hyvän suun terveyden ja toiminnan turvaamisen keinot*. Näitä ovat: suun terveyden säännöllinen tutkimus sekä suun kunnossa tapahtuvien muutosten arviointi, suuhygieniasta huolehtiminen ja itsehoidon tukeminen, kotihoitovälineiden yksilöllinen valinta, päivittäisen

suuhygienian hoidon toteutumisen arviointi sekä suun hoitopalveluista tiedottaminen ja hoidon organisointi. (Stakes 2002; Nordblad 2002, 87.)

2 SUUN TERVEYDENHUOLTO IKÄÄNTYVIEN HOITOLAITOKSISSA SUOMESSA JA KANADASSA

Tässä kappaleessa käsitellään suun terveydenhoidon tilaa ikääntyvien hoitolaitoksissa Suomessa ja Kanadassa. Taustaa on tärkeää selvittää, jotta ymmärrettäisiin toimintamallien sekä koulutuksen lisääntyvä tarve ikääntyvien suun terveydenhoidossa. Teoreettisessa viitekehyksessä osoitetaan aiempien tutkimusten pohjalta, mitkä suun hoidon osa-alueet toteutuvat hoitolaitoksissa ja mihin tarvitaan tulevaisuudessa lisäpanostusta. Kappaleessa käsitellään myös yhteiskunnan asettamaa vastuuta hoitolaitoksille ikääntyvien suun terveydenhoidossa.

Wilkmanin tutkimuksessa (1996) tarkasteltiin ikääntyneiden suun ja hampaiden hoitoa hoitolaitoksissa. Suurin osa hoitajista (85%) ilmoitti ottavansa yhteyttä hammashuoltoon, jos ikääntyneiden luonnonhampaissa tai hammasproteeseissa ilmaantui ongelmia tai särkyä. Vähän yli puolet hoitajista (59%) otti yhteyttä havaitessaan limakalvomuutoksia ja vähäisintä yhteydenotto (13%) oli tapauksissa, joissa ikääntyneellä oli havaittu syljenerityksen vähenemistä. Tutkimuksessa tuli myös ilmi, että vain 39% hoitajista otti yhteyttä hammashuoltoon, jos heillä oli vaikeuksia suun ja hampaiden päivittäisessä puhdistuksessa (Wilkman 1996, 32).

Hoitajien kuvaus siitä, kuinka usein he arvioivat ikääntyneiden suun ja hampaiden kuntoa oli seuraava: suurin osa hoitajista (82%) arvioi hammasproteesien kuntoa säännöllisesti, luonnonhampaiden kuntoa ilmoitti seuraavansa 62% hoitajista säännöllisesti ja vähiten (42%) seurattiin limakalvomuutoksia (Wilkman 1996, 32). Huonoiten huolehditaan syljeneritysongelmista kärsivien hoidosta ja hampaattoman suunhoidosta (Pirilä 2002, 87). Tutkimustulokset osoittivat, että jos hoitaja piti suun ja hampaiden hoitoa yhtä tärkeänä kuin muuta päivittäistä hoitoa, hän puhdisti ja auttoi ikääntynyttä päivittäisessä suun ja proteesien puhdistuksessa (Wilkman 1996, 36).

Holopaisen (1995, 50) tutkimuksen mukaan hoitajien mielestä suun hoito toteutui hyvin hoitolaitoksissa, ja parhaiten toteutui hammasproteesien puhdistus ja huonoiten luonnonhampaiden päivittäinen puhdistus. Wilkmanin (1996) tutkimuksessa tutkittiin hoitajien päivittäisiä hoito- ja puhdistustoimenpiteitä. Lähes jokainen hoitaja (99%) vastasi huolehtivansa ikääntyneen suunhygienian hoitamisesta, jos ikääntynyt sitä halusi. Wilkmanin (1996, 33) tutkimuksessa hoitotyön tekijöistä 62% kertoi puhdistavansa ikääntyneiden luonnonhampaat päivittäin, Holopaisen (1995, 55) tutkimuksessa 87% ja Pirilän (2002, 91) tutkimuksessa 63% hoitohenkilöstöstä. Myös hammasproteesien puhdistuksesta huolehdittiin hyvin, sillä 98% tutkimukseen vastanneista kertoi puhdistavansa proteesit päivittäin. Suurin osa hoitajista (95%) ilmoitti huolehtivansa ikääntyneiden suun kostutuksesta. (Wilkman 1996, 32-33.)

Tutkimusten mukaan hoitolaitoksissa asuvien ikääntyneiden mielipide hoitohenkilökunnalta saamaan tukeen suun puhdistamisessa koettiin toisaalta riittävänä, mutta toisaalta siihen tarvittaisiin myös enemmän tukea ja avustusta (Ollikainen 2006; 36-40, Simons ym. 2001). Tutkimuksessa todettiin myös, että jos vanhuksia autettiin suunhoidossa, niin sitä pidettiin melko tehottomana (Simons ym. 2001).

Pirilän (2002, 106) tutkimuksessa käy ilmi, että hoitohenkilökunnan mielestä suunhoito jää vähemmälle huomiolle jatkuvan kiireen ja työvoimapulan vuoksi. Kuitenkin on tutkittu, että hoitajilla on melko paljon tietoa suun ja hampaiden kunnon merkityksestä ikääntyneiden hyvinvoinnille (Pirilä 2002, 129). Tutkimuksista käy myös ilmi, että laitoksissa asuvien ikääntyneiden suunhoitoon vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa puutteelliset tiedot ja taidot, asenteet, yleissairaudet sekä hoitohenkilökunnan jatkuva kiire (Wilkman 1996, 49-50; Pirilä 2002, 28; Ollikainen 2006, 24; Peltola-Haavisto ym. 2000).

MacEntee teki vuonna 2006 kansallisen tutkimuksen Kanadan vanhustenhuollon suunterveydenhoidosta. Hän toteaa: ”Kansallinen hoitosuunnitelma tarvitaan vastaamaan haasteelliseen suun terveydenhuoltoon pitkäaikaissijoitettujen ja hauraiden vanhusten hoitolaitoksissa. Yleisesti ottaen akuuttihoito hoidetaan hyvin, joko paikan päällä tai hoidettava kuljetetaan

sairaalaan. Monet perheet ovat myös järjestäneet muutamia käyntejä suuhygienisteille tai hammaslääkäreille. Kuitenkin tehokkain päivittäinen hoito on puutteellista ja vanhusten monien eri vaivojen kanssa on hankalaa päästä hoitoon nopeasti ja tehokkaasti” (MacEntee 2006, 422-423).

Nykypäivän vanhukset ovat parempikuntoisia ja tämä asettaa haasteita sekä hoitohenkilökunnalle että suun terveydenhuollon henkilöstölle. Kun ihminen vanhenee, hänestä tulee hauraampi ja lisääntyvä hauraus väestössä lisää vanhusten riippuvuutta toisista ihmisistä. Tämä hauraus täytyy havaita elämänlaadun heikkoutena tai ylläpitävyyden jatkeena. Koska vanhus on riippuvainen muista, täytyy hoitohenkilökunnan osata arvostaa elämänlaadun säilymistä. (MacEntee 2006,421-422; Lavigne 2008, 899.)

MacEntee toteaa, että vanhuudenhauraus alkaa olla suurimmillaan noin 80-vuotiaana, jolloin noin kolmasosa vanhuksista asuu palvelutaloissa, vanhainkodeissa, vuodeosastoilla tai muissa pitkäaikaishoitoa tarjoavissa laitoksissa. Kuitenkin 80- vuotias voi hyvinkin odottaa elävänsä vielä ainakin viisi vuotta. Sydän- ja verisuonisairaudet, lihasrappeumataudit ja neurologiset sairaudet ovat suurimmat vanhusten terveyttä uhkaavat tekijät. Myös muut tekijät kuten muistihäiriöt, kuulon ja näön heikkeneminen ja unihäiriöt vaikuttavat vanhusten terveyteen ja itsenäisyyteen merkittävästi. (MacEntee 2006, 422; Gernet 2010.)

Vanhusten suun kuntoon ja varsinkin parodontiumin toimintaan vaikuttavat siis mittavasti erilaiset systeemiset sairaudet esimerkiksi diabetes, halvaukset, yliherkkyydet sekä sydänsairaudet. Suussa elää taudinaiheuttajia, jotka päästessään verenkiertoon voivat olla hengenvaarallisia. Tämä riski kasvaa varsinkin, kun suu on hoitamaton ja siellä on infektioita kuten limakalvohaavaumia. Jos suussa on tulehduksen leviämistä edesauttavia vaurioita ja ihminen on heikkokuntoinen, leviävät mikrobit elimistössä helpommin. Terveelle ihmiselle normaalisti vaarattomat bakteerit voivat olla hengenvaarallisia heikkokuntoiselle ikääntyneelle. Niin kuin huono yleisterveys huonontaa suuhygieniää niin huono suuhygienia huonontaa yleisterveyttä. (McNally 2005, 465; Heinonen 2007, Kandelman ym. 2008, 227-229; Dharamsi ym. 2009, 581; Honkala 2009; Käypä hoito- suositus 2010, 23.)

Hoitolaitokset ovat vastuussa asukkaistaan ja näin ollen heillä on velvollisuus hoitaa ikääntyneen suun terveyttä, jotta sairaudet eivät pääse pahentamaan ikääntyneen terveyttä. Muita tärkeitä alueita terveydenhuollon suunnitelmassa ovat perushoito, kuten hampaiden harjaus, sillä tutkimuksissa on todettu että hampaiden harjaukseen käytetään hoitolaitoksissa aikaa vain noin 16,2 sekuntia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, Stein & Robert 2009, 44-50.)

2.1 Yhteiskunnan asettamat normit ikääntyneiden hoidolle Suomessa

Suomen perustuslain (25 §) mukaan julkisen vallan on turvattava perus- ja ihmisoikeuksien toteutuminen. Tähän pykälään liittyvät muun muassa välttämätön huolenpito sekä riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Eduskunnan päätöksellä on säädetty lakeja (Kansanterveyslaki, Sosiaalilaki), jotka ohjaavat ikääntyneiden laitoshoidossa olevien palveluja sekä perusterveydenhuollon toteutumista. Vanhustenhuoltoon ei ole vielä olemassa omaa lakia.

Kansanterveyslaissa (66/1972) luku 3 § 14 todetaan: ”Kansanterveystyöhön kuuluvina tehtävinä kunnan tulee huolehtia kunnan asukkaiden terveysneuvonnasta ja terveystarkastuksista ja seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin, huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa sekä tehdä yhteistyötä terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten tahojen kanssa sekä ylläpitää suun terveydenhuoltoa, johon sisältyy väestön suun terveyden edistäminen sekä kunnan asukkaiden suun sairauksien tutkimus, ehkäisy ja hoito.”

Lakeja tukemaan on julkaistu Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008) sekä Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma, (Päivärinta & Haverinen 2002) jonka pääperiaatteet on esitelty sivulla 7. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus on tehty edistämään ikäihmisten hyvinvointia ja terveyttä, kaventamaan ikääntyneiden hyvinvointi- ja terveyseroja sekä parantamaan palvelujen laatua ja vaikuttavuutta. Sen päällimmäisenä tavoitteena on tukea kuntia kehittämään ikäihmisten palveluja. Julkaisussa todetaan:” Palvelujen laadun ja vaikuttavuuden turvaaminen

edellyttää toimivia palveluketjuja. Ikääntyneiden kotona asumisen ja arjen sujumuuden tueksi tarvitaan yhteistä palvelunäkemyksiä, jossa sosiaalihuolto, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon sekä muut palveluja tuottavat tahot toimivat saumattomasti” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008).

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma on nykyisen hallituksen yksi kolmesta ohjelmasta. Vaikka vanhustyönlaki puuttuikin vielä, on ohjelmassa otettu huomioon myös vanhustenhuolto. Politiikkaohjelman tavoitteena on terveysnäkökulmien huomioonottamisen parantaminen palvelujärjestelmissä sekä päätöksenteossa. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2009 erityisen suun terveydenhuollon asiantuntijatyöryhmän valmistelemaan ehdotusta terveyden edistämisen politiikkaohjelman toteuttamiseen suun terveydenhuollossa. Joulukuussa 2009 työryhmä antoi lausuntonsa hallitusmuistion muodossa, jossa todetaan: ” Jos vanhus ei toimintakyvyn alentumisen vuoksi kykene ylläpitämään hyvää suuhygieniaa, hänellä on oltava mahdollisuus saada apua riippumatta siitä, asuuko hän kotonaan vai hoidetaanko häntä jossakin muualla.” (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Suomessa vastuu laitoshoidossa olevien ikäihmisten hoidosta on myös hoitajilla. Suomen sairaanhoitajaliiton eettisissä ohjeissa todetaan: ”Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua” (Suomen sairaanhoitajaliitto 1996).

Suomen perushoitajien liitto on määritellyt lähihoitajien eettiset periaatteet. Lähihoitaja toimii näiden periaatteiden mukaan: lähihoitaja kunnioittaa jokaista ihmistä ja ihmisten elämänarvoja ja yksityisyyttä. He huolehtivat, että asiakkaat ja potilaat saavat hyvää hoitoa, ja että heille kerrotaan tarvittava tieto heihin koskevasta hoidosta. Lähihoitaja toimii työssään tasa-arvoisesti ja edistää ihmisen mahdollisuuksia hyvään elämään. On tärkeää huolehtia ammattitaidon ylläpitämisestä ja toimia muiden ammattilaisten kanssa asiakas- ja

potilaslähtöisesti. Lähihoitaja osallistuu aktiivisesti ammattinsa kehittämiseen moniammatillisissa työryhmissä. (Superliitto 2009.)

Suuhygienistin koulutukseen kuuluu yksilöiden ja yhteisöjen suun terveyden hoitotyön hallitseminen eri osa-alueilla. Tähän kuuluu myös muutosten ennakointi ja käytänteiden kehittäminen tulevaisuuden tarpeita vastaavaksi. Suuhygienisti toimii moniammatillisessa työryhmässä suun terveydenhoitotyön asiantuntijana sekä työskentelee eri-ikäisten asiakkaiden kanssa yksilön tarpeet huomioiden. (Opetusministeriö 2001, 66.) Suuhygienistin koulutuksessa yhtenä osa-alueena on vanhusten ja pitkäaikaissairaiden suun terveydenhoitotyön osaaminen. Opintoissa painotetaan perushoidon suunnittelua, toteutusta ja arviointia yhteistyössä laitoksen henkilökunnan kanssa. (Metropolia 2010.) Suuhygienisti toimii laitoshoidossa muun muassa henkilökunnan opastajana sekä tekee suun terveydentilan tarkastuksia (Keskinen 2009).

2.2 Yhteiskunnan asettamat normit ikääntyneiden hoidolle Kanadassa

Vuonna 2008 Kanadan hammaslääkäriliitto asetti työryhmän pohtimaan erilaisia keinoja, joilla voidaan edesauttaa vanhusten suun terveyttä. Työryhmä jatkoi vuonna 2005 asetetun ryhmän työtä, jonka pääasiana oli kehittää yhteinen visio Kanadan vanhusten suun terveyttä parantamaan. Vuoden 2008 työryhmä pohti raportissaan tämän hetken suurimpia haasteita vanhusten suun terveydenhuollossa ja antoi siihen parannusehdotuksia. He toteavat myös viime vuosina tilanteen hieman kehittyneen. Monia projekteja on aloitettu, mutta valitettavasti niitä on kuitenkin ollut harvassa ja ne ovat kaatuneet yleensä ammattitaitoisten henkilöiden vähyyteen ja hallitukselta saadun rahoituksen niukkuuteen. (Canadian Dental Association 2008, 2.)

Yhtenä suurimmista ongelmista todettiin olevan vanhusten hankala pääsy hoitoon. Vaikka kaupunkialueilla tilanne on hyvä, maaseudulla hoitoon pääsy on hankalaa henkilöstön vähyyden ja pitkien matkojen takia. Toisena ongelmana koettiin ammattitaitoisten suun terveydenhuollon henkilöstön määrä. Työryhmä peräänkuuluttaa oppilaitosten vastuuta vanhusten suun hoidon opettamisessa. Moniammatillisen yhteistyön tärkeys, hoidon suunnittelun osaaminen ja kliinisen hoitotyön osaaminen ovat työryhmän mielestä eritoten tärkeässä asemassa

vanhusten suun terveydenhuoltoa toteutettaessa. (Canadian Dental Association 2008, 3.)

Muita suuria esteitä laitoshoidossa olevien vanhusten hoidolle asettavat: julkisten säädösten ja ohjeiden puute ja kunnollisten hoitotilojen puute. Monien vanhusten kohdalla suurena ongelmana on myös hoidon rahoitus. Vanhukset eivät ole välttämättä kykeneviä maksamaan suun terveydenhuollosta, koska he ovat menettäneet hammashoitoa koskeneet etuudet eläköitymisen yhteydessä, ovat pienituloisia tai he eivät saa enää hallituksen tukea. (Canadian Dental Association 2008, 3-4.)

Työryhmän tekemässä taustakartoituksessa havaittiin monia eri ehdotuksia tämän hetkisen tilanteen parantamiseksi Kanadassa. Useat ehdotukset pitivät tärkeänä toimintamallin kehittämisen tai suun terveydenhuollon ammattihenkilöiden projektiluontoisen kouluttamisen. Työryhmän omat ehdotukset kattoivat työntekijöiden koulutuksen, toimintamallien kehittämisen, hallituksen mukaan saamisen, päivittäisten suunhoidon standardien määrittämisen laitoshoidossa oleville vanhuksille, lisätutkimusten aloittamisen ja uusien työntekijöiden mukaan saamisen. (Canadian Dental Association 2008, 5.)

Kanadan hallitus on määritellyt laissa vanhuksia koskevia säädöksiä. Varsinaista vanhusten suun terveydenhuoltoa koskevaa lakia ei ole olemassa. Hallitus on kuitenkin määritellyt hoitolaitosten vastuualueita. Siihen sisältyy myös asukkaan auttaminen päivittäisessä suuhygieniassa, yhteyden pitäminen hammashuoltoon ja suun terveydenhoidon ammattilaisen ohjeiden noudattaminen vanhuksen hoidossa. Kuitenkaan henkilökunta laitoksissa ei ole muuttanut asenteitaan tai tapojaan viime vuosikymmeninä. Tutkimusten mukaan henkilökunta ja viranhaltijat kertoivat ongelmien johtuvan liian suuresta työtaakasta sekä suunhoidon ammattilaisten vähyydestä. Suun terveydenhuollon ammattilaisten vastaus näihin väittämiin oli esimerkiksi: huono taloudellinen hyöty, hoitoloiden huono varustelutaso ja hoitohenkilökunnan sekä asukkaiden negatiiviset asenteet hoitoa kohtaan. (MacEntee 2006, 422; Stein & Robert 2009, 44-50.)

Tutkimukset peräänkuuluttavat hoitajien vastuuta. Coleman kirjoittaa Journal of Gerodontology Nursing lehdessä: ” Hoitajilla on ammatillinen vastuu pitää huolta asukkaiden suun terveydestä. Suun terveydenhoito, aivan kuten kylvettäminen, syöminen ja vessassa käyminen, on aivan yhtä tärkeää. Suunhoito koetaan suun terveydenhuoltohenkilöstön vastuuksi, vaikka suurin osa hoitolaitosten asukkaista ei välttämättä ole ikinä edes tavannut hammaslääkärinä.” Tämän takia Coleman ehdottaakin, että hoitoalan oppilaitoksien olisi tehtävä yhteistyötä suun terveydenhuollon henkilökuntaa kouluttavien tahojen kanssa. Tutkimukset osoittavat myös, että hoitohenkilökunnalle järjestetyt koulutukset takaavat hyviä kliinisiä tuloksia. (Stein & Robert 2009 44-50; Coleman 2005.)

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla tarkastella Suomessa ja Kanadassa hoitohenkilökunnalle luotuja suun terveydenhoidon toimintamalleja ja niiden toimivuutta. Opinnäytetyön tavoitteena on vastata ennalta asetettuihin tutkimusongelmiin eli tarkastella millaisia suun terveydenhoidon toimintamalleja on luotu Suomessa ja Kanadassa ja onko niiden toimivuutta tutkittu. Tavoitteena on kerätä tutkimuksia puolueettomasti yhteen. Tutkimuksien laatu varmistettiin käyttämällä luotettavia tieteellisiä tietokantoja, alan lehtiä ja artikkeleita sekä tieteellisiä tutkimuksia.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on tärkeää valita mahdollisimman tarkat kysymykset, jotta opinnäytetyöstä saadaan edustava (Johansson ym. 2007, 47). Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin Suomessa ja Kanadassa laitoshoidon henkilöstölle tehtyjä suun terveydenhoidon toimintamalleja sisällölliseltä kannalta. Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella haettiin vastauksia seuraaviin tutkimusongelmiin:

1.

Millaisia hoitohenkilökunnalle luotuja suun hoidon toimintamalleja on luotu Kanadassa ja Suomessa?

2.

Onko suun hoidon toimintamallien toimivuutta tutkittu?

Tutkimusongelmiin pyritään saamaan vastaus keräämällä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla kaikki suomalaiset ja kanadalaiset saatavilla olevat tutkimukset yhteen ja analysoimalla niiden sisältöä sisällönanalyysin avulla (liite 4).

4 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄ JA TOTEUTUS

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on vastata ennalta asetettuun tutkimusongelmaan sekä kerätä tutkimuksia puolueettomasti yhteen. Tällöin syntyy valmiiksi kerätty tieto ja vertailu tutkimuksista. (Johansson ym. 2007, 46.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus eroaa toisista kirjallisuuskatsauksista tarkan tutkimusongelman määrittelyn, tutkimusten valinnan, analysointi- ja syntetisointiprosessin takia. Laatu ja puolueettomuus ovat kaksi tärkeintä kriteeriä tutkimusten valinnassa itse katsaukseen. Itse prosessi takaa luotettavuuden sekä korkealaatuisuuden, sillä jokainen opinnäytetyön vaihe on tarkkaan määritelty virheiden minimoimiseksi. (Cook 1997, Johansson ym. 2007, 4-5 mukaan.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen on hankalaa yksin ja usein sen toteuttamisessa on mukana kaksi tutkijaa, jotka tukevat toisensa työtä ja antavat osaltaan uutta näkökulmaa työhön sekä kannustavat uusien ideoiden syntyä (Johansson 2007, 46;55). Opinnäytetyössä kumpikin tekijä on tarkastanut hakutulosten perusteella valittavat tutkimukset sekä niiden sopivuuden työhön. Tekijät ovat tehneet tutkimustyötä sekä yksin että yhdessä. Näin saadaan jatkuvasti uusia ideoita työn suunnan ja mahdollisten haasteiden osalta (Johansson ym. 2007, 46).

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voidaan tiivistää viiteen vaiheeseen: tutkimusongelman muotoilu, aineiston kerääminen ja kirjallisuushaut, aineiston arviointi, aineiston analyysi sekä aineiston tulkinta ja tulosten esittäminen (Cooper 1989, 15).

4.1 Tutkimusongelman muotoilu

Opinnäytetyön ensimmäinen vaihe oli tutkimussuunnitelma, joka ohjasi kirjallisuuskatsauksen etenemistä. Suunnitelmassa muodostettiin täsmälliset tutkimusongelmat, johon kirjallisuuskatsauksella pyrittiin vastaamaan. Ongelmien ideana oli rajata aihetta tarpeeksi kapealle alueelle, jotta aiheen kirjallisuus tulee tarpeeksi hyvin huomioon ja tutkimuksen luotettavuus ja laatu säilyvät (Johansson ym. 2007, 47). Paras lopputulos saadaan käyttämällä kaikki saatavilla olevat laadukkaat tutkimukset. Aika ja kielitaidon puute ovat usein hidasteina ja tutkijat päätyvät usein rajaamaan hakujaan realistisiksi (Johansson 2007, 49).

Tutkimusongelmien kartoittamiseen käytettiin PICO- menetelmää. Siinä tarkoituksena on valmiin määrittelyn avulla ohjata aiheen valintaa. Määrittelyssä käytetään apuna potilasryhmää, tutkittavaa interventiota tai ilmiötä, näiden vertailua ja kliinisiä tuloksia. P tarkoittaa population tai problem of interest, I on intervention under investigation, C on the comparison of interest ja O tarkoittaa the outcomes considered most important in assessing result. Tämän opinnäytetyön perusteelle P on hoitolaitoksissa/ palvelutaloissa asuvat seniorit niin Suomessa kuin Kanadassa, I on hoitohenkilökunnalle luodut toimintamallit suunhoitoon, C on tutkimustulosten vertailua ja O lopputulosten esittely. (Johansson ym. 2007, 47.)

4.2 Aineiston kerääminen ja kirjallisuushaut

Hakuprosessi on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ydin ja sen onnistuminen takaa opinnäytetyön laadun. Hakuprosessi alkaa hakusanojen määrittelyllä ja tämä joukko yleensä lisääntyy mitä pidemmälle katsauksessa edetään. (Johansson ym. 2007, 49.) Kirjallisuushaku vaiheessa hakusanat on dokumentoitu tarkasti (liite 2) ja ensimmäisen vaiheen sisäänottokriteereinä on toiminut tutkimuksen otsikko ja tiivistelmä, joista käy ilmi onko tutkimus tehty hoitolaitoksissa asuvien ikääntyneiden suun terveydenhoidon toimintamalleista joko Suomessa tai Kanadassa. Tutkimuksia karkeasti rajatessa on myös määriteltävä minkä kieliset julkaisut otetaan opinnäytetyöhön. Tässä

opinnäytetyössä tarkoin muodostetut termit niin suomeksi ja englanniksi vaikuttavat tutkimuksen laajuuteen ja kattavuuteen. Työssä on jatkuvasti mukana alussa päätetyt sisäänottokriteerit (Johansson ym. 2007, 48).

Ongelma, joka systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta löytyy, on juuri hakuprosessissa. Tietokantojen ulkopuolelle jäävät tutkimukset, julkaisemattomat tutkimukset ja tutkimukset, joissa on tarkasteltu tutkittavaa aihetta vain positiivisesta näkökulmasta, haittaavat puolueettomuutta. Usein tutkija voi päättää julkaisemattomien tutkimusten jättämisestä katsauksen ulkopuolelle. (Johansson ym. 2007, 67.) Opinnäytetyön alkuvaiheessa päätettiin jättää ulkopuolelle julkaisemattomat tutkimukset sekä tietokantojen ulkopuolelle jäävät tutkimukset.

Estabrooks ym. (1994, 503-511) mukaan akateemisten opinnäytteiden mukaanotto on suotavaa, sillä ne laaditaan käyttäen tieteellisen tutkimuksen periaatteita. Koska Suomesta on saatavilla vain pieni määrä tieteellisiä tutkimuksia aiheesta, päätettiin valmiit opinnäytetyöt ottaa mukaan katsaukseen. Kanadan opinnäytetöitä ei ollut saatavilla viitetietokannoista.

Kirjallisuushaut tehtiin sekä viitetietokannoista, että alan julkaisuista. Lähes kaikki tutkimukset sekä Suomesta, että Kanadasta löydettiin sähköisten tietokantojen avulla. Kirjallisuushauissa käytettiin Medic, Cinahl, Medline, Pubmed ja Cochrane-librarya. Tietokannat ovat alan johtavia viitetietokantoja, jotka kattavat terveydenhuoltoalan kokonaisuudessaan (Elomaa & Mikkola 2008, 16). Käyttämällä useita viitetietokantoja pyrittiin saamaan kattava sekä luotettava kirjallisuuskatsaus.

4.2.1 Saturaatio

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ja varsinkin systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarvitaan vain sen verran aineistoa kun tarvitaan vastaamaan kattavasti tutkimusongelmiin. Aineiston riittävyyttä voi helposti arvioida saturaation eli kylläntymisen avulla. Tämän tarkoittaa sitä hetkeä, kun aineisto alkaa toistaa itseään eikä näin ollen tuota enää tutkimuksen kannalta relevanttia uutta tietoa. (Eskola 1998, 62-63.)

Kylläntyminen ei kuitenkaan voi toteutua, jos tekijä ei ole etukäteen määritellyt mitä aineistosta etsitään. Usein kylläntymiselle ei voida etukäteen määritellä tiettyä pistettä, vaan tekijän on itse tarkkailtava työtä sen edetessä. Kylläntymistä voidaan verrata myös tulosten yleistettävyyteen. (Eskola 1998, 63.) Opinnäytetyössä esimerkiksi Suomea koskeva aineisto alkoi toistaa itseään ja siitä voidaan päätellä, ettei asiasta ole julkaistu paljon tieteellisiä töitä.

Kylläntymisen ongelma on siinä, milloin tekijä voi olla varma, ettei tutkimuskohde tuota enää uusia tuloksia. Kukaan ei kuitenkaan voi olla varma etteikö uusia tuloksia voisi jossain vaiheessa ilmentyä. Raja on kuitenkin vedettävä tiettyyn pisteeseen ja kylläntymisen saavuttaminen on yksi keino rajata aineiston määrää. (Hirsjärvi ym. 2004, 71.)

4.3 Aineiston valinta

Kotimaisesta tietokannasta Medicistä tutkimuksia haettiin hakusanoilla: vanhus, suun terveys, laitoshoido, suunhoito, ikääntynyt, suuhygienia, hammas, toimintamalli ja hoitohenkilökunta. Hakusanat ja niiden eri yhdistelmät tuottivat 151 hakutulosta, joista valittiin otsikon perusteella luettavaksi 35 tutkimusta tai artikkelia. Hakusanoja yhdistettiin sekä Suomen että Kanadan hauissa Boolean menetelmällä, käyttämällä AND ja OR yhdistelmiä. Hyväksytyistä artikkeleista luettiin abstrakti, jonka jälkeen vain yksi tutkimus ja yksi artikkeli valittiin mukaan itse katsaukseen. Vaikka suurin osa 35 alkuperäisistä tutkimuksista hylättiin, saatiin niistä paljon tietoa opinnäytetyön viitekehukseen. Muut katsaukseen hyväksytyt (n=3) kotimaiset tutkimukset löydettiin manuaalisella haulla.

Ulkomaisista tietokannoista Medlinesta, Cinahlista, PubMedista ja Cochrane-librarysta etsittiin tietoa hakusanoilla: oral health, elderly, finland, canada, dental health, model, nursing, resident, caretaker, mouth ja general health. Hakusanat tuottivat ensin yli 100 000 hakutulosta, mutta hakusanoja yhdistelemällä saatiin rajattua hakutuloksia 1374:ään. 1374 tutkimuksesta valittiin otsikon perusteella 33 tutkimusta, joiden abstrakti luettiin. Abstraktien perusteella vain kaksi tutkimusta ja yksi jatkotutkimus valittiin kirjallisuuskatsaukseen.

Kirjallisuuskatsaukseen Suomesta valitut tutkimukset oli tehty vuosina 2004, 2005 ja 2007. Suomalaisista kaksi oli ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä ja yksi ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Kaikki tutkimukset olivat toimintatutkimuksia, joissa tutkimusten aikana kehitettiin toimintamalli ikääntyneiden laitoshoitoon. Kanadasta valitut tutkimukset oli tehty vuosina 2002, 2006 ja 2007. Kaksi näistä tutkimuksista oli toimintatutkimuksia ja yksi vuonna 2002 tehdyn tutkimuksen seurantatutkimus. Kummassakin tutkimuksessa testattiin jo valmiiksi suunniteltua toimintamallia vanhustenhuoltoon.

Taulukko 2. Aineistona olevien tutkimusten julkaisuvuodet

Vuosi	2002	2004	2005	2006	2007
Tutkimusten määrä	1	1	1	1	2

4.4 Aineiston laadun arviointi

Laadun tarkkailu on tärkeä osa kirjallisuuskatsausta. Se takaa tutkimuksen luotettavuuden sekä tuottaa suosituksia uusille jatkotutkimuksille. Ennen laadun arviointia päätetään tutkijoiden kesken minimilaatutaso, jonka mukaan tutkimuksia otetaan mukaan katsaukseen. (Khan ym. 2001, Johansson ym. 2007, 101 mukaan.) Minimilaatutaso tässä työssä määriteltiin siten, että tutkimukset, jotka hyväksyttiin katsaukseen, olivat joko opinnäytetöitä ja tieteellisiä tutkimuksia tai julkaisuja. Laatua arvioidaan alkuperäistutkimuksista siten, että otetaan huomioon tutkimuksen merkitys sekä tulosten tulkinta.

Tutkimuksista tarkasteltiin laadun arvioimiseksi niiden rakennetta ja tutkimusprosessin kuvaamista. Tutkimusten laatua määritti pääasiassa sen luotettavuuden tarkasteleminen. Tutkimuksista etsittiin tarkasti määriteltyjä tutkimusmenetelmiä sekä selkeästi esitettyjä tutkimuskysymyksiä (Ketola 2010). Julkaisujen laadun takaavat myös niiden julkaisukanavat. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetut tutkimukset oli julkaistu alan johtavissa tietokannoissa sekä alan tunnetuimmissa lehdissä.

Laatua täytyy myös katsoa siitä näkökulmasta, ovatko tutkijat löytäneet kattavan kokoelman tutkimuksia työhön ja tarkastelleet sitä monesta näkökulmasta. Tällä tarkoitetaan sitä, että opinnäytetyössä otettiin tutkimukset huomioon puolueettomasti eikä esimerkiksi negatiivisia tuloksia jätetty huomioimatta (Johansson ym. 2007, 4).

4.5 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on analyysimenetelmä, jonka avulla aineistoa voidaan analysoida systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysin tavoitteena on etsiä merkityksiä ja saada aineistosta selkeää, yhtenäistä ja tiivistettyä johtopäätösten tekoa varten. Analyysin tekoa varten on olemassa ohjeita, ei yksityiskohtaisia sääntöjä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 105-106.) Aineiston analysoinnissa ja tulkinnassa tulee huomioida aineiston tieteenala, jotta tuloksista saisi kattavan kuvan (Grönroos & Perälä 2004, 11).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuottamaa aineistoa voidaan analysoida aineistolähtöisesti tai teorialähtöisesti (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-120). Tässä opinnäytetyössä käytetään induktiivista sisällönanalyysiä, joka tarkoittaa aineistolähtöistä analyysiä. Tätä opinnäytetyötä varten on valmistettu Grönroosin ja Perälän (2004) luokittelurunkoa apuna käyttäen oma analyysirunko (Liite 4). Analyysirunko, josta käytetään myös nimityksiä tiedonkeruulomake tai luokittelurunko, voi olla strukturoitu tai väljä. Strukturoitu analyysirunko ohjaa tutkijaa poimimaan vain määrätyt asiat. Väljä analyysirunko mahdollistaa havainnoimaan aineistosta myös asioita, joita ei välttämättä ole analyysirungossa huomioitu. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 110-121.) Analyysirunko auttaa etsimään tutkimuksista niitä asioita, jotka sisältyvät runkoon. Analyysirungon avulla aineisto voidaan pilkkoa osiin, käsitteellistää ja kootaan uudeksi kokonaisuudeksi. (Salin 2009.)

Aineiston analysointi tapahtui opinnäytetyöhön valittujen aineistojen sisällöistä. Aineistot käytiin läpi ja niistä etsittiin vastauksia analyysirungon mukaisesti. Analyysirungon kohta I oli taustatietojen selvittämistä, josta haastavimmaksi koitui tieteenala, jolle tutkimus oli tehty. Varsinkin kanadalaisissa tutkimuksessa oli yleensä mukana runsaasti eri tieteenalojen edustajia, joten jouduttiin

päättämään mikä tieteenaloista oli eniten edustettuna tutkimuksissa. Tämä kuitenkin vaikuttaa positiivisesti kirjallisuuskatsauksen kattavuuteen, sillä näin ollen saadaan mukaan useita näkökulmia aiheeseen. Myös tietokanta ja julkaisukanavan määrittely tuotti vaikeuksia, sillä suomalaiset opinnäytetyöt löydettiin manuaalisesti, joten julkaisukanavaksi täytyi laittaa opinnäytetöiden julkaisukorkeakoulu.

Analyysirungon kohdassa II etsittiin tutkimuksen menetelmiä. Tutkimustyyppin ja –menetelmän selvittäminen oli helppoa, mutta luotettavuuden arviointiin täytyi käyttää useita lukukertoja, sillä tutkimuksissa oli erilaisia lähestymistapoja luotettavuuden esittelyyn. Tekijöiden täytyi ymmärtää teksti syvällisesti ja nähdä sieltä olennaiset luotettavuuteen vaikuttavat tekijät.

Kohdassa III tehtiin yhteenvedot tutkimusten tuloksista. Toimintamallin määrittelyn puuttuminen kaikista tutkimuksista oli tekijöille suuri yllätys. Tekijät olisivat kokeneet toimintamallin määrittelyn hyvin tärkeäksi, mutta sen puuttumiseen vaikutti varmasti se, että kaikissa tutkimuksissa luotiin toimintamalli, joka ei perustunut mihinkään jo olemassa olevaan malliin. Osasta tutkimuksia oli myös hankalaa löytää suoria kehittämissuhteita toimintamallin parantamiseksi. Osassa tutkimuksista oli kuitenkin ilmaistu kehittämissuhteet epäsuorasti mikä vaati lukijalta tekstin syvällistä ymmärtämistä. Aineistoa ei käsitteellistetty, vaan tuloksien tutkimisessa keskityttiin toimintamallien eriävyyksiin ja samankaltaisuuksiin.

4.6 Opinnäytetyön prosessin kuvaus

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin systemaattinen kirjallisuuskatsaus, koska menetelmällä pystytään kokoamaan yhteen laaja otanta tutkimuksista. Tällaista katsausta ei ole myöskään aiheesta koskaan tehty.

Idea opinnäytetyön aiheesta kehittyi syksyllä 2009 osin Turun Liinahaassa tapahtuneen vanhustyön harjoittelun sekä Kanadaan suuntautuneen vaihto-opiskelun ajan tuloksena. Haluttiin selvittää millaisia suun hoidon toimintamalleja on luotu laitoksissa työskenteleville hoitajille Suomessa ja

vastaavasti taas Kanadassa. Aihe on myös Suomessa ja maailmalla tällä hetkellä ajankohtainen, koska yhä enenevä määrä vanhuksia asuu laitoshoidossa (MacEntee 2005, 422; Isola & Kylmä 1999, 14).

Tutkimusongelman muotoilu on systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen vaihe. Opinnäytetyössä tutkimusongelmat muuttuivat sen mukaan, mitä pidemmälle prosessissa edettiin. Ongelmaksi tutkimuksen aikana tulivat liian laajat tutkimusongelmat, joita jouduttiin supistamaan tutkimuksen edetessä. Opinnäytetyössä oli alun perin tarkoituksena myös tarkastella hoitohenkilökunnan asenteita ikääntyvien suun hoitoa kohtaan hoitolaitoksissa, mutta aihe rajattiin pois ajanpuutteen vuoksi.

Prosessi käynnistyi esseen kirjoittamisella, aiheen rajaamisella ja ideoinnilla Kanadassa syyskuussa 2009. Silloin tehtiin ensimmäiset haut tutkimuksista ja perehdyttiin aiheeseen syvemmin. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus oli menetelmänä melko tuntematon, joten myös sen sisäistämiseen käytettiin aikaa. Varsinainen opinnäytetyön työstäminen alkoi Suomessa keväällä 2010 tutkimussuunnitelmalla, jolloin syntyi ensimmäiset tutkimusongelmat ja samalla aloitettiin kirjallisuuskatsauksen työstäminen kirjallisuushauilla ja teoreettisen viitekehyksen kokoaminen. Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin helmikuussa 2010. Teoreettisen viitekehyksen aineiston kerääminen alkoi jo syksyllä 2009 ja sitä jatkettiin lähes koko prosessin ajan. Teoreettinen viitekehys pohjautuu tutkittuun tietoon ja tutkimustuloksiin. Se avaa lukijalle aiheen taustaa ja selventää toimintamallien merkitystä.

Kirjallisuushakuja tehtiin Medlineista, Cinahlistasta, Medicistä, PubMedistä ja Cochrane- librarysta. Hakusanoina käytettiin sekä englanninkielisiä että suomenkielisiä hakutermejä. Hakusanoina käytettiin esimerkiksi suunhoito, ikääntynyt, laitoshoido, toimintamalli ja hoitohenkilökunta. Englanninkielisinä sanoina hauissa mukana olivat esimerkiksi oral health, elderly, Canada, dental, model ja nursing. Hakuprosessi kesti lähes koko opinnäytetyöprosessin ajan, sillä uusia hakusanoja tuli mukaan koko ajan ja alan artikkeleita lukemalla saatiin lisää lähteitä työhön. Kesällä 2010 opinnäytetyöprosessin eteneminen hidastui hieman johtuen tekijöiden suuresta välimatkasta. Opinnäytetyön menetelmä mahdollisti kuitenkin myös yksilöllisen työskentelyn. Kesän ajan

kumpikin tekijä luki ja arvioi kirjallisuuskatsaukseen mahdollisesti tulevia tutkimuksia. Tekijät valitsivat kirjallisuuskatsaukseen tulevat työt yhteisymmärryksessä.

Syksyllä 2010 aloitettiin aineiston käsitteleminen sekä aukikirjoittaminen. Systemaattisesta kirjallisuuskatsauksesta muodostui tekijöiden aikaisempia odotuksia vastoin pieni, sillä mukaan otettiin vain viisi tutkimusta, yksi hoitosuositus ja yksi kunnallinen toimintamalli. Tekijät päättivät systemaattisen kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaisesti ottaa mukaan vain julkaistut tutkimukset ja toimintamallit. Mahdolliset valmisteilla olevat tutkimukset jätettiin siis katsauksen ulkopuolelle. Useat tutkimukset löydettiin käyttämällä Turun ammattikorkeakoulun kirjastoa, Turun yliopiston kirjastoa ja University of Manitoban kirjastoa. Loput tutkimuksista löydettiin Internetistä ja muutamat jouduttiin kaukolainaamaan muista Suomen oppilaitoksista.

Jokaisesta mukaan otetusta tutkimuksesta tehtiin analyysi. Sen tekemiseen käytettiin opinnäytetyötä varten tehtyä analyysirunkoa (liite 4). Analyysirungon avulla tutkimuksista tutkittiin yleistietoja, teoreettisia lähtökohtia, tutkimusten menetelmiä sekä tutkimusten tuloksia. Analyysi auttoi tekijöitä huomaamaan tutkimusten eroja sekä yhtäläisyyksiä, joita tarkasteltiin tulosten yhteenvedossa.

Tutkimustulosten aukikirjoittaminen alkoi syyskuussa 2010 kun kaikki aineistot oli saatu valittua kirjallisuuskatsaukseen. Koska kirjallisuuskatsauksessa ei tutkittu mitään abstraktia käsitettä vaan konkreettisia malleja, päättivät tekijät aukikirjoittaa mallit, jotta voitiin havaita niiden luomiseen käytetty prosessi. Lähes jokaisessa toimintamallissa itse mallin luominen kuului jo toimintamalliin, joten senkin vuoksi aukikirjoittaminen oli perusteltua. Näin myös lukijalle välittyvät tarkasti toimintamallien sisällöt.

Opinnäytetyön raportin viimeisessä vaiheessa tarkasteltiin eettisyyttä ja luotettavuutta. Tekijät arvioivat oman työnsä luotettavuutta valmiin mittarin avulla (liite 3). Lokakuussa 2010 kirjoitettiin johtopäätökset ja pohdinta, joista käy ilmi myös tekijöiden kehittämissuunnitelmat tulevaisuuden kannalta ikääntyneiden suun terveyden parantamiseksi.

5 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Opinnäytetyön tuloksista on tehty tiivistelmätaulukko, joka on luettavissa liitteenä 9. Tässä kappaleessa tulokset on esitetty yksityiskohtaisesti ja toimintamallien kehittämisprosessien kuvaus on aukikirjoitettu.

5.1 Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma

Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma on esitelty sivulla 7 alustavasti, koska suun hoito ja suun terveyden ylläpitäminen ovat osa hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Päivärinnan ja Haverisen vuonna 2002 julkaistussa *Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma* oppaassa on erikseen määritelty Suun terveydenhoito osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa (Haverinen & Päivärinta 2002, 86).

Suun terveydenhoito on jaettu hoito- ja palvelusuunnitelmassa neljään osaan: Asiakkaaksi tulo, neuvotteluvaihe, toimintavaihe sekä palaute ja seuranta vaihe. Asiakkaan tulovaiheessa selvitetään aikaisemmat suunhoito tottumukset, hammashoidon historia, mahdollisten lääkkeiden sivuvaikutukset. Samalla arvioidaan suun hoidon palvelujen tarve. (Haverinen & Päivärinta 2002, 86.)

Neuvotteluvaiheessa tiedustellaan ikääntyneen omat odotukset ja toiveet suun hoidon toteutumisesta ja hoitopalvelujen järjestämisestä. Samalla keskustellaan mahdollisista kustannuksista ja tehdään kustannusarvio. Toimintavaiheessa arvioidaan ikääntyneen omat mahdollisuudet käyttää palveluja, tarvitaanko esimerkiksi saattajaa hammashoitolaan mukaan. (Haverinen & Päivärinta 2002, 86.) Palaute ja seuranta vaiheessa tärkeintä on yhteistyö ikääntyneen, hoitohenkilökunnan ja suun terveydenhuollon henkilöstön välillä. Hyvä hoito- ja palvelusuunnitelma parantaa tiedonkulkua ammattilaisten välillä, ja sen avulla pystytään seuraamaan esimerkiksi suussa tapahtuvia muutoksia, ja siten myös puuttamaan tilanteisiin nopeammin. (Haverinen & Päivärinta 2002, 87.) Suun terveydenhoito osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa on nähtävissä liitteenä 8.

5.2 Vanhusten suun terveydenhuollon toimintamalli Paltamon kunnan vanhustenhuoltoon

Kemppainen on tehnyt ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön *Vanhusten suun terveydenhuollon toimintamalli Paltamon kunnan vanhustenhuoltoon* vuonna 2004. Työn tarkoituksena oli kehittää toimintamalli, jonka avulla voidaan parantaa ikääntyvien suun terveyttä hoitolaitoksissa. Opinnäytetyön tavoitteena oli luoda uusi ja taloudellinen suun terveydenhuollon toimintamalli Paltamon kunnan vanhustenhuoltoon. (Kemppainen 2004, 28.) Toiminta toteutettiin pilottina päiväkeskus Kanervan ikääntyville (Kemppainen 2004, 3).

Opinnäytetyö toteutettiin toimintatutkimuksena, johon kuului ikääntyneiden suun terveydentilan arviointi ja hoidon toteutus, hoitohenkilökunnan koulutustarpeen arviointi, koulutuksen suunnittelu ja toteutus, kehittämistarpeiden määrittäminen sekä toimintamallin suunnittelu, testaaminen, arviointi ja toimintamallin käyttöönotto (Kemppainen 2004, 28-29).

Opinnäytetyö jakaantui neljään eri vaiheeseen: kartoitusvaihe, prosessointi-, sitouttamis- ja suunnitteluvaihe, toteuttamisvaihe sekä arviointi- ja hyväksymisvaihe. Kartoitusvaihe oli kaksivaiheinen. Ensimmäisessä vaiheessa tarkasteltiin päiväkeskus Kanervan vanhuksien suun terveydentilaa ja määritettiin vanhusten suun terveydentila ja hoidon tarve. Samalla toteutettiin myös ikääntyneiden haastattelu, jossa selvitettiin ikääntyneiden omia asenteita, odotuksia ja suunhoidon tottumuksia. Toisessa vaiheessa kartoitettiin hoitohenkilökunnan suun terveydenhoidon tiedot ja taidot sekä selvitettiin täydennyskoulutustarve. (Kemppainen 2004,32-33.)

Prosessointivaiheessa analysoitiin ikääntyneiden ja hoitohenkilökunnan kyselyjen yhteenvedot, joista kävi ilmi kehittämisehdotukset, toiveet ja tarpeet (Kemppainen 2004, 46). Sitouttamis- ja suunnitteluvaiheessa määriteltiin tavoitteet, joiksi muodostui uuden toimintamallin suunnittelu ja hoitohenkilökunnan täydennyskoulutus (Kemppainen 2004, 47). Toteuttamisvaiheessa ikääntyneille järjestettiin tarpeenmukainen suun

terveydenhoito ja täydennyskoulutus hoitohenkilökunnalle (Kemppainen 2004, 29). Toteuttamisvaiheessa pidettiin myös terveydenedistämistilaisuus ikääntyneille, jossa kannustettiin hyvään suunhoitoon ja terveellisiin ravitsemustottumuksiin. Ikääntyneille valittiin omahoitajat, jotka täyttävät suunhoidon kartoituslomakkeen, joiden pohjalta suuhygienisti tekee hoitosuunnitelman. (Kemppainen 2004, 48.)

Arviointivaiheessa tarkasteltiin opinnäytetyön tuloksia ja tehtiin korjaukset lopulliseen toimintamalliin (Kemppainen 2004, 29). Arviointia toteutettiin kyselyn avulla. Hoitohenkilökunta piti täydennyskoulutusta hyödyllisenä ja kehittävänä. Hoitohenkilökunta piti myös uutta toimintamallia hyvänä, mutta alussa hieman sekavana. (Kemppainen 2004, 53.) Korjausten jälkeen se hyväksyttiin ja otettiin käyttöön (Kemppainen 2004, 54). Myös suunhoidon kansiota hoitohenkilökunta piti hyödyllisenä (Kemppainen 2004, 3).

Toimintamalli tehtiin osaksi vanhustenhuollon palveluketjua. Palveluketjun alussa vanhustenhuollon uudelle asiakkaalle laaditaan hoito- ja palvelusuunnitelma, johon liitetään myös Kemppaisen laatimat *Vanhuksen suun terveydentilan kartoituslomake* ja *Avustettavan vanhuksen suun terveydenhuollon lisälomake*. Ensimmäisessä kaavakkeessa selvitetään muun muassa asiakkaan suun terveydentilaa ja omia tuntemuksia suun tilasta. Toisessa kaavakkeessa selvitetään asiakkaan lähiomaisen yhteystietoja, kerrotaan tehdyistä toimenpiteistä ja kotihoito-ohjeet. (Kemppainen 2004, 62.)

Toimintamallin ensimmäisessä vaiheessa kartoitetaan ikääntyneen suun terveydenhoidon tarpeet ja toteutetaan tarpeen mukainen suun terveydenhoito. Kartoitusvaiheessa ikääntyneen omahoitaja täyttää suun terveydentilan kartoituslomakkeen arvioiden siihen oman näkemyksensä ikääntyneen suun hoidosta ja apuvälineiden tarpeesta, jonka jälkeen lomake lähetetään suuhygienistille, joka tekee suunhoidon suunnitelman. Tarvittaessa hoitaja varaa ajan suun terveydenhuoltoon ja täyttää valmiiksi esitietolomakkeen. (Kemppainen 2004, 62.) Vastaanotolla hammaslääkäri toteuttaa suun terveystarkastuksen ja tekee hoitosuunnitelman ja kustannusarvion (Kemppainen 2004, 63).

Olennainen osa toimintamallia on myös suuhygienistin järjestämät vuosittaiset täydennyskoulutukset hoitohenkilökunnalle ja myös ikääntyneille. Koulutusten sisältö perustuu suun terveydenhoidon uusista tutkimustiedoista ja koulutukseen osallistuvien tarpeista ja toiveista. Hoitohenkilöstölle tehtiin myös suunhoidon kansio, joka sisältää muun muassa yhteystiedot, käytettävät suunhoidon lomakkeet ja niiden toimintaohjeet, suunhoidontuotteiden esitteitä. (Kemppainen 2004, 63.) Toimintamallin toimivuutta arvioitiin opinnäytetyön prosessin aikana, (Kemppainen 2004, 51) mutta sen jälkeen sen toimivuutta ei ole tutkittu tai ainakaan siitä ei ole julkaistu mitään materiaalia.

5.3 Laitoshoidossa olevien ikääntyvien suunhoitomallin kehittäminen

Laaksovirta on vuonna 2005 julkaissut *Laitoshoidossa olevien ikääntyvien suunhoitomallin kehittäminen*, joka on Turun ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveysalan jatkotutkinnon opinnäytetyöksi valmistettu työ. Siinä kuvataan toimintamallin luomista yhdessä palvelutalon henkilökunnan kanssa. Kehittämishanketta olivat toteuttamassa Turun kaupungin omistama osakeyhtiö, joka tarjoaa ikääntyvien hoito- ja hoivapalveluja sekä toisena osapuolena Turussa toimiva yksityinen hammaslääkärikeskus. (Laaksovirta 2005,27.)

Kehittämishankeen tarkoituksena oli kehittää tulevaisuuden haasteisiin vastaava ikääntyvien suunhoidon toimintamalli. Mallin luomisprosessin työkaluina käytettiin henkilöstökoulutusta, osaamisen vaihtoa ja pilotointia eli testaamista. Toimintamallin suunnittelussa oli alusta alkaen mukana ikääntyvien parissa työskennellyt henkilökunta, joka myös toteutti pilotointia. Henkilökunnan sekä heidän asiakkaiden toiveet sekä tarpeet huomioitiin heti alussa. (Laaksovirta 2005, 26.)

Kehittämishanke toteutettiin toimintatutkimuksena ja hanke jakautui useaan eri osaan, jotka kukin osaltaan auttoivat mallin kehittämiseen. Alussa toteutettiin kysely puolistrukturoidulla kyselykaavakkeella henkilökunnan tiedoista ja taidoista. Alkukartoituksen pohjalta järjestettiin työkonferenssi, jossa osallistujina olivat eri osastojen osastohoitajat ja siellä päätettiin pilotointiin

osallistuva osasto. Työkonferenssissa osastonhoitajille annettiin eri osa- alueita mietittäväksi. Nämä osa- alueet olivat myös kummunneet aikaisemmin tehdystä alkukartoituksesta. Aiheita olivat suuvastaavan/ omahoitajan rooli asukkaan suunhoidon toteuttamisessa palvelutalossa, ideaalitoimintatapa suunhoidon toteuttamiseksi palvelutalossa ja järjestettävän henkilökoulutuksen aihesisällöt ja koulutusmenetelmät. (Laaksovirta 2005 32-33.)

Sekä työkonferenssi että alkukartoitus antoi tekijälle vastauksia siihen, mitkä olivat hoivakodin työntekijöiden tarpeet sekä osastonhoitajien näkemykset kehittämiskohteista. Näiden pohjalta tekijä toteutti henkilöstökoulutuksen koko hoivakodin henkilöstölle. Henkilöstökoulutuksessa käytiin läpi yleisimpiä ikääntyvien suu- ja limakalvosairauksia, suun ja yleisterveyden yhteyttä, suun puhdistukseen liittyviä asioita ja ravinnon vaikutusta suun terveydentilaan. Koulutuksissa tekijä pyrki sitomaan luentojen aiheet vastaamaan ikääntyvien suunhoidon tulevaisuuden haasteita. Koulutukset järjestettiin kahdessa osassa ja henkilöstön sekä tekijän interaktiivinen vuorovaikutus koettiin tärkeäksi sekä onnistuneeksi. Koulutuksista kerättiin palautetta ja näiden palautteiden perusteella päätettiin sisällyttää kehittämishankkeen pilotoinnin yhteyteen vielä konkreettisia suunpuhdistusvinkkejä sekä konsultointia asukkaiden suun terveydentilasta. (Laaksovirta 2005, 33-34;42-44.)

Toimintamallin ja hoitopolun kehittäminen

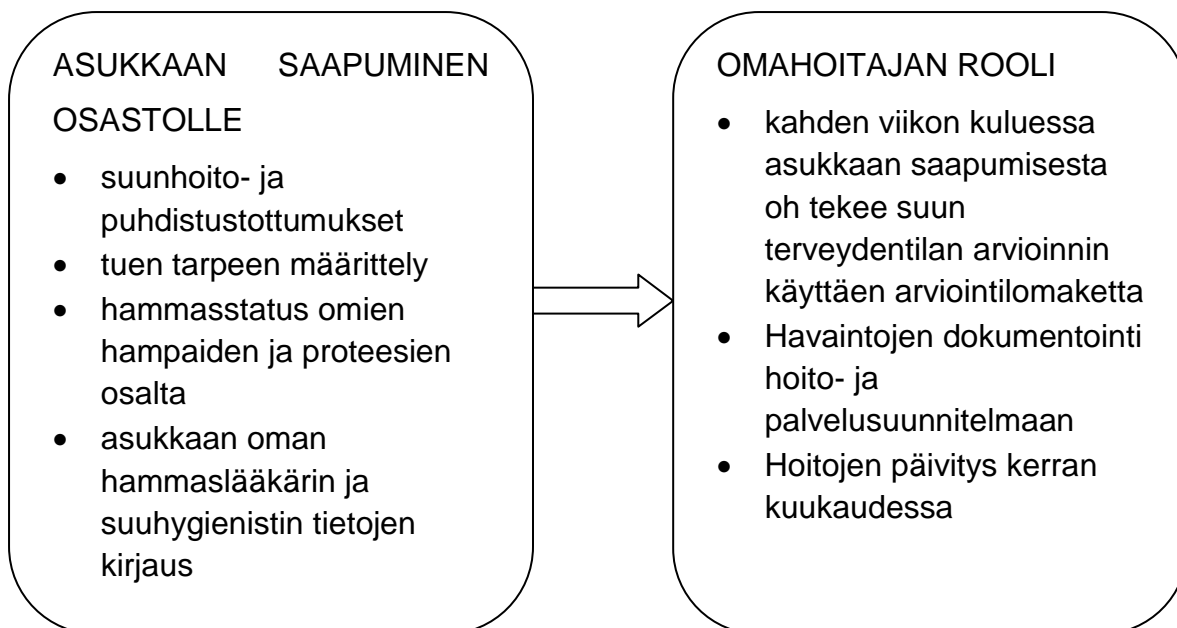
Toimintamallin kehittämiseen kuuluivat olennaisina osina alkukartoitus ja sen perusteella toteutettu henkilöstöohjaus sekä osastonhoitajien kanssa järjestetty työkonferenssi. Itse suunhoidollinen osuus toteutettiin palvelutalon tehostetun palvelun osastolla. Osasto valittiin pilotointiin osaston monipuolisuuden sekä henkilökunnan innostuksen takia. Tehostetun palvelun osastolla osa asukkaista pystyi liikkumaan itsenäisesti ja osa jopa piti huolta perus suuhygieniastaan itse henkilökunnan tukemana. Osastolla oli kuitenkin asukkaita, joiden suuhygieniasta henkilökunta huolehtii kokonaan. Näin ollen osasto oli erittäin monipuolinen pilotointia ajatellen, sillä tällöin hoitohenkilökunnan kanssa voitiin käydä läpi monia erilaisia suun puhdistukseen sekä limakalvojen tutkimiseen liittyviä asioita. (Laaksovirta 2005, 44.)

Osastolta valittiin viisi asukasta, joiden suun terveydentilat olivat erilaisia. Osalla oli irtoproteesit, osalla omat hampaat ja osalla kiinteä proteesiratkaisu. Tekijä (=suuhygienisti) toteutti yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa asukkaiden suun terveydentilan tarkastukset sekä tarvittavat peruspuhdistukset. Tehostetun palvelun osastolta oli mukana neljän hoitajaa, joiden opastuksella myös muu henkilökunta oppisi jatkossa suun peruspuhdistuksen. Tällainen osallistuvan oppiminen ja tiedon jakaminen kuuluvat tutkimuksessa käytettyyn toimintatutkimus metodiin. (Laaksovirta 2005, 46.)

Suun terveydentilan arvioinnissa oli käytössä arviointilomake, joka auttoi suun tutkimisen järjestelmällisyydessä ja löydösten huomaaminen helpottui. Arviointilomakkeeseen kuuluivat suun terveyden ja hoidon tarpeen arviointi huulten, limakalvojen, hampaiden, kielen, proteesien ja ikenien terveyden perusteella. Arviot tehtiin numeerisesti asteikolla 1-3. Asteikossa numero 1 tarkoitti normaalia, 2 tarkoitti hoidon tarpeen kasvamista ja suunhoidon ammattilaisen konsulttoimistarvetta, 3 tarkoitti suussa olevan paljon hoidon tarvetta ja suunhoidon ammattilaisiin yhteydenottotarvetta ja hoidon järjestämistä. (Laaksovirta 2005, 46-47.)

Suunhoidon suunnittelun yhteydessä tarkoituksena oli opettaa hoitohenkilöstö dokumentoimaan suun terveydentila. Dokumentit liitettiin asukkaan hoito- ja palvelusuunnitelmaan. Hoito- ja palvelusuunnitelma on asukkaan koko hoidon suunnittelun sekä arvioinnin pohja, johon dokumentoidaan tarkasti suoritettu hoitotyö ja joka toimii apuvälineenä tiedonkulussa hoitohenkilökunnan välillä ja takeena yhtenäiselle hoidolle henkilökunnan vaihtuessa. Jokaisella asukkaalla on henkilökohtainen hoito- ja palvelusuunnitelma. Palvelutalo lisäsi hoito- ja palvelusuunnitelmaan suun terveydentilan arviointilomakkeen, joka täytettäisiin aina asiakkaan tullessa osastolle ja jota omahoitaja täydentäisi joka kuukausi. (Laaksovirta 2005, 14; 46-48.)

Asukkaan suunhoidon käytänteitä yhtenäistämään laadittiin hoitopolku, joka on työvälineen asukkaan suunhoidon järjeistämiseksi. Sen avulla hoitohenkilökunta saa selkeytettyä tehtäviään sekä toiminnan ajoittamista.



Hoitopolku on muodostettu käyttämällä ja palvelutalon tarpeisiin soveltamalla Päivärinnan ja Haverisen vuonna 2002 julkaisemaa suunhoidon hoitopolkua. (Päivärinta & Haverinen 2002, 89.)

Tekijä kertoo pilotoinnin jälkeen toimintamallin jalkautuvan jokaiselle palvelukodin osastolle. Palvelutalon hoitohenkilökunta antoi myös palautetta lomakkeiden ja hoitopolun toimivuudesta, mutta tulokset eivät ole ehtineet tähän julkaisuun. (Laaksovirta 2005) Koko Laaksovirran tekemä suunhoidon toimintamalli on esitetty kaaviona liitteessä 6.

5.4 Toimintamallin kehittäminen laitospotilaiden suun terveydenhoitoon

Oksanen on tehnyt opinnäytetyön *Toimintamallin kehittäminen laitospotilaiden suun terveydenhoitoon* vuonna 2007. Työn tavoitteena oli etsiä keinoja laitoshoidossa asuvien ikääntyneiden suunhoidon parantamiseksi kehittämällä toimintamalli, joka toimisi tulevaisuudessa hoitohenkilökunnan ja suun terveydenhuollon henkilöstön yhteistyön välineenä. Toimintamallin avulla pyritään ylläpitämään ja edistämään ikääntyneiden suun terveyttä hoitolaitoksissa. (Oksanen 2007, 5,7.)

Kehittämistyö toteutettiin toimintatutkimuksena yhteistyössä Espoon kaupungin vanhuspalveluihin kuuluvan psykogeriatrisen pitkäaikaisosaston sekä kyseisestä alueesta vastaavan hammaslääkärin ja suuhygienistin kanssa.

Tekijä ei antanut hoitolaitokseen valmista toimintamallia, vaan tarkoituksena oli, että mallia kehitetään yhdessä hoitohenkilökunnan kanssa heidän tarpeisiinsa sopivaksi. (Oksanen 2007, 21.)

Laitoshoidossa oleville ikääntyneille laitettiin hoito- ja palvelusuunnitelmaan suun hoidon osalta yhteinen tavoite, johon kaikki pyrkivät toimenpiteillään. Näin tiedonkulku onnistuu helposti, ja jokainen ammattihenkilö voi tuoda oman asiantuntemuksensa ja mielipiteensä julki. Näin mahdollistetaan myös nopea tiedonkulku ja täten mahdollistetaan myös nopea puuttuminen suun kunnossa tapahtuviin muutoksiin. (Oksanen 2007, 20.)

Toimintamallia kehiteltäessä kartoitettiin ensin osaston henkilökunnan tiedot ja taidot ikääntyneen suunhoidosta kyselytutkimuksen avulla. Samalla kartoitettiin osaston nykyiset suun hoidon käytänteet ja pyydettiin henkilökunnalta kehittämisehdotuksia. Kartoitusta käytettiin apuna toimintamallia suunnitellessa ja samalla määräytyi hoitohenkilökunnalle annettavan suun terveydenhoidon koulutuksen sisältö. (Oksanen 2007, 20.)

Kyselytutkimuksen vastauksista ja käydyistä keskusteluista nousi esiin kehittämisehdotuksia, jotka pyrittiin ottamaan huomioon toimintamallia tehdessä. Yhtenä kehittämisehdotuksena oli, että saataisiin enemmän yhteistyötä hoitohenkilökunnan ja suun terveydenhuollon ammattilaisten välille. Tämä huomioitiin järjestämällä koulutusta hoitohenkilökunnalle tämän hankkeen yhteydessä ja jatkossa aina kerran vuodessa tai tarvittaessa. Lisäksi kehittämisehdotuksissa toivottiin suun ja hampaidenhoitoon liittyvää koulutusta. (Oksanen 2007, 55.)

Koulutuspäivänä hoitohenkilökunnalle kerrottiin muun muassa suositeltavista suunhoidontuotteista ja välineistä. Koulutuksen tarkoituksena oli myös muuttaa hoitohenkilökunnan asenteita positiivisemmiksi suunhoitoa kohtaan. (Oksanen 2007, 55.) Koulutuspäivänä tuli myös ilmi, että hoitohenkilökunta haluaisi, että jokaiselle asukkaalle suunniteltaisiin henkilökohtainen suunhoito-ohje, jotta päivittäinen puhdistaminen sujuisi helpommin (Oksanen 2007, 56).

Toimintamallin kehittämisessä käytettiin moniammatillista yhteistyötä sekä niin sanottua palveluohjaajaideologiaa (Oksanen 2007, 15). Palveluohjaaja on

palveluohjauksesta vastaava sosiaali- ja terveysalan ammattilainen, joka tuottaa yksilöllistä palveluohjausta asiakkailleen huomioiden asiakkaiden yksilölliset tarpeet (Stakes sosiaali- ja terveydenhuollon sanastoja 2001). Palveluohjaaja oli Oksasen opinnäytetyössä suuhygienisti, joka toteutti ja suunnitteli suun terveydenhoitosuunnitelman yhdessä asiakkaan, hammaslääkärin ja asukkaan omahoitajan kanssa. Moniammatillisessa yhteistyössä on mahdollista hyväksikäyttää hoitohenkilökunnan tietoja ja kokemuksia ikääntyvien hoitotyöstä, sekä suun terveydenhuollon henkilöstön kokemuksia suunterveyden hoidosta. (Oksanen 2007, 20.)

Toimintamallia kehiteltäessä otettiin huomioon Stakesin 2002 julkaisema Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma –oppaan suun terveydenhoidon hoitosuunnitelma ja hoitokodin nykyiset käytännöt soveltuvin osin. Suunnittelussa pyrittiin myös ottamaan huomioon laitoshammashoidon yhdenmukaistamisen tarpeet ja nykyiset linjaukset Espoossa. (Oksanen 2007, 57.)

Palveluohjauksen toimintamalli jaettiin viiteen prosessiin johon kuului 1. valikointi, 2. arviointi ja neuvottelu, 3. palvelujen suunnittelu ja järjestäminen sekä 4. & 5. seuranta ja hoivajärjestelyjen tarvittava korjaaminen. (Oksanen 2007, 57.)

Valikoinnin periaatteena on, että suuhygienisti ilmoittaa viikkoa ennen tulostaan hoitohenkilökunnalle. Osaston hoitajat merkitsevät niiden asukkaiden nimet vihkoon, jotka tarvitsevat suuhygienistin ohjausta suun terveyden ylläpitämiseksi ja joilla hoitajien mielestä on hoidon tarvetta. (Oksanen 2007, 57.) Osastolle tullessaan suuhygienisti katsoo ajanvarauskirjasta hoidettavat potilaat ja selvittää suun terveys tarkastusta varten tarvitsemansa tiedot ja täyttää esitietolomakkeen (Oksanen 2007, 61).

Arviointi ja neuvotteluvaiheessa suuhygienisti tekee asukkaalle suunterveyden tarkastuksen, jonka jälkeen tehdään arviointi yhdessä asukkaan ja hoitajan kanssa. Samalla täytetään hoidon tarpeen arviointi ja seurantalomake. Arvioinnissa huomioidaan esimerkiksi mahdolliset kiputunteukset, puhumisvaikeudet ja asukkaan oma suunhoito. Neuvotteluvaiheessa selvitetään

asukkaan omat tuntemukset ja odotukset tulevasta palvelujen järjestämisestä, sekä sovitaan yhteisistä suunhoidon tavoitteista. (Oksanen 2007, 58.) Arvioinnin ja neuvottelun jälkeen suuhygienisti tekee hoitosuunnitelman, johon kirjataan, tarvitseeko asukas hammaslääkärin hoitoa, suun- ja hampaiston terveydentila, henkilökohtaiset suunhoidon ohjeet sekä seuraavan tarkastuksen ajankohdan (Oksanen 2007, 59).

Suunnittelu ja palvelujen järjestämävaiheessa suuhygienisti, tai tarvittaessa hammaslääkäri, tekee päätöksen suunhoitopalveluista. Tarvittaessa asukkaalle varataan aika hammashoitolaan, mutta pieniä hoitotoimenpiteitä voidaan tehdä myös hoitolaitoksessa. Suunhoitoon valmistautumisesta keskustellaan, ja mietitään valmiiksi tarvitseeko asukas esimerkiksi saattajaa tai kuljetuspalvelua. (Oksanen 2007, 59.)

Viimeisessä vaiheessa eli seuranta ja hoivajärjestelyjen tarvittava korjaaminen, osaston hoitohenkilökunta seuraa asukkaan suun terveydentilaa ja siinä tapahtuvia muutoksia sekä suunhoidon toteutumista osastolla. Suuhygienisti käy osastolla hoitamassa asukkaita heidän hoitosuunnitelma mukaisesti. Käyntien yhteydessä voidaan keskustella mahdollisista muutostoiveista, seurataan hoitosuunnitelma toteutumista ja annetaan palautetta hoitohenkilökunnalle. Potilastietoihin tehdään aina merkinnät hoidon toteutumisesta ja jatkotoimenpiteistä. (Oksanen 2007, 60.) Suun hoidon palveluohjauksen toimintamalli on nähtävänä liitteenä 7. Toimintamallin toimivuutta ei ole arvioitu (Oksanen 2007, 63).

5.5 Kirkkonummen kunnassa kehitetty suun hoidon toimintamalli laitoshoidon

Vehkalahti ja Knuutila ovat kuvanneet artikkelissaan *Ikääntyneiden suunterveyden edistäminen Suomessa* (2007, 54) Kirkkonummen kunnassa vuosien mittaan kehitetyn suunhoidon toimintamallin laitoshoidon. He toteavat samankaltaisen mallin olevan käytössä useassa Suomen kunnassa. Toimintamalli on kehitetty käytettäväksi palvelutaloissa, vanhainkodeissa tai sairaalan vuodeosastoilla. Sisällössä painotetaan yhteisöllistä osallistumista, jossa sekä hoitohenkilökunta, hammashuolto että omaiset on otettu mukaan ikäihmisen suun terveydestä huolehtimaan. (Vehkalahti & Knuutila 2008, 54,

Remes- Lylyn suullisen tiedonannon mukaan.) Toimintamalli on nähtävillä liitteenä 5.

Mallin muodostavat erilaiset konkreettiset toiminnot vanhusten suun terveyden edistämiseksi kuten omahoitajien kouluttaminen yksilölliseen suun hoitoon, osastoilta löytyvät kuvalliset ohjeet suun puhdistamisesta, asukkaan yöpöydältä löytyvä yksilöllinen ohje suun hoidosta, Ikäihmisten suun hoidon oppaan löytyminen osastoilta ja hammashoidon yhteystietojen saatavuus osastolla. Lisäksi malliin kuuluu erilaiset hoitoa tukevat toiminnot kuten hoito- ja palvelusuunnitelmasta löytyvä suunhoidon sivu, vuosittaisen koulutuksen järjestäminen vastaaville lääkäreille ja vuosittain järjestettävät kehittämis- ja arviointiseminaarit hoitohenkilökunnan sekä hammashuollon henkilökunnan välillä. Hoitajien ja omaisten osuutta mallissa kuvaa omaisille jaetut tiedot asukkaan suun hoidosta sekä yksilöllisesti että omaisten illoissa, joka osastolta löytyvä suunhoidosta vastaava hoitaja sekä hoitajan läsnäolon hammaslääkärin tai suuhygienistin suorittaessa tarkastusta. (Vehkalahti & Knuutila 2008, 54, Remes- Lylyn suullisen tiedonannon mukaan.)

5.6 Suunhoidon toteuttaminen pitkäaikaishoidon laitoksissa: opetuksellinen koekäyttö

Geriatrissa, hammaslääkäristä sekä hoito- ja terveystieteen asiantuntijoista koostunut ryhmä toteutti vuonna 2005 laitoshoidon henkilökunnalle suun hoidon koulutus- ja toimintamallin. Ryhmä suunnitteli klinisen tutkimuksen, niin sanotun pyramidimallin, klinisen ja psykososiaalisen merkityksen arvioimiseksi. Pyramidimalli on esitelty kuviossa 1. Mallin tarkoituksena oli edistää pitkäaikaishoidossa olevien vanhusten suun terveyttä sekä ravitsemusta. Mallia testattiin Vancouverin ikääntyvien laitoshoidossa. (MacEntee ym. 2005, 25- 26.)



Kuvio 1. Pyramidimalli (Riessman 1965, 27- 32)

Tutkimus aloitettiin valitsemalla pitkäaikaishoidon yksiköitä mukaan tutkimukseen. 130 laitoksen joukosta tunnistettiin 41 lähes samankokoista laitosta, joihin otettiin yhteyttä. Ryhmä valitsi tutkimukseen 14 ensimmäistä, jotka olivat halukkaita lähtemään tutkimukseen. Laitokset jaettiin tämän jälkeen sattumanvaraisesti kahteen eri ryhmään. (MacEntee ym. 2005, 26.)

Ensimmäisessä ryhmässä laitoksien johtavat hoitajat määräisivät koulutuksille ohjaajan, joka oli sairaanhoitaja ja työskennellyt vähintään kolme vuotta käytännön töissä. Ryhmä nimettiin aktiiviseksi ryhmäksi. Toisessa ryhmässä ohjaajana toimi suoraan suuhygienisti ja ryhmä nimettiin kontrolliryhmäksi. Kahden eri ryhmän väliset erot selittyvät erilaisen kouluttajavalinnan perusteella. Viimeisenä vaiheena ennen hoitajien koulutuksien alkamista laitoksissa, valittiin laitoksista asukkaita suun terveystarkastuksiin. Valittujen asukkaiden täytyi saada hoitoa, joka ei kuitenkaan vaadi kokoaikaista hoitajan apua, heillä täytyi olla omat hampaat sekä heidän täytyi sopia suun tutkimukseen henkisesti tasoltaan ja heidän fyysisen kunnon täytyi olla vähintään hyvä. (MacEntee ym. 2005, 26- 28.)

Aktiivinen ryhmä

Ensimmäisessä ryhmässä oli mukana alun perin seitsemän hoitolaitosta, mutta vain viisi otti osaa lopulliseen tutkimukseen, koska yhden laitoksen ohjaava hoitaja muutti paikkakunnalta pois ja yhden ohjaavan hoitajan mielenkiinto

sammui tutkimusta kohtaan. Hoitolaitoksista yhteensä 63 hoitajaa osallistui opetusseminaariin ja 59 asukkaan suun kunto tarkastettiin. Aktiivisen ryhmän seminaarin ohjaava hoitaja oli saanut suun terveyden koulutusta suuhygienistiltä. Suuhygienisti oli kouluttanut ohjaajan käyttäen kliinisistä tilanteista otettuja kuvia ja useimpia vanhusten suun sairauksia käsitteleviä tekstejä, joissa kerrottiin lyhyesti sairauksien oireista ja hoidosta. Hoitaja sai myös aina ottaa suuhygienistiin yhteyttä puhelimitse, jos hän tarvitsi tukea, lisää tietoa tai neuvoja. (MacEntee ym. 2005, 27.)

Hoitajat järjestivät hoitolaitoksissaan tunnin mittaiset seminaarit muille iäkkäiden hoitoa toteuttaville työntekijöille. Hän opasti seminaarissaan suun puhdistamista sekä suun terveystarkastuksen tekemistä. Apunaan hänellä oli käytettävissään kuvia, tekstejä sekä erilaisia välineitä kuten hammasharjoja ja mallileuat. Seminaarilaisia kehoitettiin myös ottamaan yhteyttä ohjaajaan, jos heillä heräsi kysymyksiä yksittäisen henkilön suun puhdistamiseen liittyvissä asioissa. Kaksi viikkoa seminaarien jälkeen suuhygienisti otti yhteyttä ohjaavaan hoitajaan ja kyseli heidän tuntemuksiaan seminaarin toteutumisesta. (MacEntee ym. 2005, 26- 28.)

Kontrolliryhmä

Toisessa ryhmässä seminaarin järjestäjänä toimi suuhygienisti ja hän järjesti seminaarin samalla koulutus pohjalla, jolla Vancouverissa oli aikaisemminkin järjestetty hoitajien koulutuksia. Koulutukseen osallistui seitsemän laitosta, 68 asukkaan suun terveydentila selvitettiin ja 85 hoitajaa osallistui koulutukseen. Suuhygienisti järjesti samankaltaisen tunnin seminaarin kuin aktiiviryhmässä kuvien, tekstien ja välineistön kanssa. Hän ei kuitenkaan neuvonut hoitajia ottamaan yhteyttä ongelmatilanteiden kohdatessa. (MacEntee ym. 2005, 28.)

Vanhusten suun kunto niin aktiivi- kuin kontrolliryhmässä tutkittiin kokeneen suuhygienistin toimesta ja tulokset kirjattiin avustajien toimesta tietokoneelle. Avustajat eivät tieneet suita tutkittavan tutkimusta varten eivätkä he myöskään tieneet, että vanhusten suut tutkittaisiin kolmen kuukauden päästä uudelleen. Tärkeimpiä tutkimuskohteita suun terveystarkastuksessa olivat plakin määrä ja ikenien kunto, toisarvoisia tutkimuskohteita olivat ravinnon laatu ja purenta.

Tutkijat tekivät ravinnon laadusta ja syömisestä lyhyen kyselyn myös asukkaille. (MacEntee ym. 2005, 28.)

Tutkimuksen tulosten valmistuttua toisen klinisen tutkimuksen jälkeen tutkijat totesivat vain vähäistä parantumista asukkaiden suun terveydessä. Nämäkin parannukset johtuivat yleensä asukkaan yleisterveyden parantumisesta tai hampaiden korjaavan hoidon toteutumisesta. Tutkijat toteavatkin pyramidimallin, jossa jo henkilökuntaan kuuluva hoitaja toimi ohjaajana, toimimattomaksi tässä tutkimuksessa, mutta eivät kiellä kokonaan sen toimivuutta. Tutkijat toteavat ongelmakseen sen, ettei suun terveystarkastuksissa kolmen kuukauden seurannan jälkeen saatu tarpeeksi asukkaita tutkittua, sillä aktiivisessa ryhmässä heitä oli vain 51 kun 57 olisi tarvittu. Tällä oli kuitenkin vain vähän merkitystä tuloksia tarkastellessa. Yhtenä merkittävänä tekijänä tutkijat toteavat olleen sen, että hoitajat alkoivat käyttäytyä erilailla kuin normaalisti työskennellessään. He havaitsivat sen, että heidän toimiaan tutkitaan, jolloin käyttäytyminen muuttui. Tutkijat eivät myöskään päässeet kaikkein heikoimpien vanhusten luo, sillä heitä pyrittiin suojelemaan kaikelta ylimääräiseltä häirinnältä. (MacEntee ym.2005, 30-32.)

Myös hoitajien vähäiset osallistumisprosentit opetusseminaareihin (aktiivinen ryhmä 15%, kontrolliryhmä 22%) vaikuttivat luultavasti tutkimuksen heikkoon tulokseen. Tämä johtui luultavasti myös siitä, ettei kaksi laitosta ollutkaan lopulta mukana tutkimuksessa. Tutkijat eivät halunneet tutkimuksen alussa tehdä seminaareihin osallistumisesta pakollista, mutta toteavat tulosten tarkastelussa vähäisen osallistujamäärän olevan osoitus myös siitä, kuinka vähän suun terveydenhoitoa laitoksissa arvostetaan. Laitoksissa oli myös tutkimuksen alussa kiistoja työntekijöiden sekä työnantajien välillä, joka varmasti osaltaan myös johti siihen, etteivät työntekijät olleet halukkaita osallistumaan seminaareihin. Ohjaavien hoitajien osallistuminen oli tutkimuksen alussa innokasta, mutta tutkimuksen loppua kohden se hiipui eikä kukaan hoitajista ottanut suuhygienistiin kysyäkseen neuvoa tai saadakseen lisäinformaatiota. Tutkimuksen luonteen mukaisesti suuhygienisti ei saanut ottaa hoitajiin yhteyttä, jos heidän taholtaan ei pyyntöä tullut. (MacEntee ym. 2005, 32.)

5.7 Toimintamallin kehittäminen, toteuttaminen ja hyödyksi käyttäminen sekä arvioinnin tulokset laajassa suunterveydenhuollon ohjelmassa ikääntyvien pitkäaikaishoidossa.

Toimintamalli kehitettiin yhteistyössä Brittiläisen Kolumbian hammaslääketieteen laitoksen ja seitsemän vanhustenhuoltolaitoksen kanssa. Laitokset esittivät hammaslääketieteen laitokselle pyynnön, jossa haluttiin hammaslääketieteen laitoksen kehittävän heidän asukkailleen (n=900) perusteellisen hammashuollon ohjelman. Ohjelman toivottiin sisältävän hammashuollon järjestämisen lisäksi koulutusta sekä tutkimusta. (Wyatt ym. 2002, 419-419a.)

Tutkimuksen alussa ryhmä teki valmisteluja suun terveydentarkastuksia varten. Kaksi uutta tutkimushuonetta rakennettiin, pyörätuolipotilaita varten varusteltiin oma huone, röntgenlaitteet ostettiin niin intraoraali- kuin panoraamakuvauksia varten ja kaksi tutkimushuonetta varusteltiin liikuteltavilla hoitoyksiköillä. Tutkimusta varten palkattiin myös klinisen työn johtaja, hammashoitajia, hammaslääkäreitä, tutkimusassistentti sekä suuhygienisti, joka oli vastuussa hoitajien koulutuksesta. (Wyatt ym. 2002, 419a.)

Koulutuksen suunnitteluun sekä toteuttamiseen oli suuhygienistille varattu yksi päivä viikossa. Hän opetti hoitajia asukkaiden päivittäisessä suun hoidossa käyttämällä hyödykseen demonstraatioita ja toteuttamalla epämuodollisia konsultaatioita asukkaiden luona, jos hoitajat kokivat siihen tarvetta. Hän käytti koulutuksissaan apuna PowerPoint-esityksiä, kirjallista materiaalia sekä interaktiivisia CD:tä, jotka oli luotu Brittiläisen Kolumbian hammaslääketieteen laitoksella. Hän myös piti huolta hammashoitovälineistön, kuten hammasharjojen, fluorihammastahnan ja hammasväliharjojen, löytymisestä osastoilta. (Wyatt 2002, 419a.)

Ensimmäisen vuoden aikana tutkimusryhmä, jossa työskenteli myös hammaslääketieteen opiskelijoita, toteutti 894 asukkaan hoidontarpeen arvioinnin. Suurimmalle osalle (n= 799) tehtiin kokonaistarkastus, jossa tarkastettiin terveydentila, lääkitys, leuan toiminta, proteesien kunto,

limakalvojen, ikenien ja hampaiden kunto. Myös parodontiumin kunto tarkastettiin. Arvioinnin apuna käytettiin CODE- indeksiä (clinical oral disorders in elders), jossa käytettiin arviointiasteikkoa 0-3, jolloin 0 oli hyvä ja 3 huono. Osalle asukkaista (n=96) ei toteutettu täydellistä tarkastusta, sillä Alzheimerin taudin takia se olisi ollut haasteellista. (Wyatt ym. 2002, 419b-419c.)

Hammaslääkäreiden ja suuhygienistien kehotuksesta 515 asukasta oli hammashuollon tarpeessa. Näistä 51 % huomioi tarpeen ja hakeutui hoitoon. Lopuilta ei joko saatu vastausta, he kieltäytyivät tai he hakeutuivat oman hammaslääkärin/suuhygienistin hoitoon. Kaikkien tarkastettujen asukkaiden tiedot kirjattiin tietokoneelle ja analysoitiin. (Wyatt ym. 2002, 419c.)

Asukkaille (n=564) toteutettiin uusi tutkimus vuoden päästä edellisestä. 70 %:lle asukkaista sama hammaslääkäri toteutti tutkimuksen kuin vuotta aiemmin. Kuitenkaan 330 asukasta ei saatu tutkittu, koska 59 % heistä oli kuollut, osa kotiutettu, osa siirretty muihin hoitolaitoksiin ja loput saattoivat olla niin huonossa kunnossa, ettei heitä voinut tutkia. 509 asukkaalla oli vuoden takaa olemassa täydellisesti tehty tarkastus. Asukkaille toteutettiin sama tutkimus kuin vuotta aiemmin ja tuloksia voitiin vertailla käyttämällä edellisen vuoden tuloksia, jotka oli syötetty tietokoneelle. 86 % asukkaista ei huomattu minkäänlaisia muutoksia suun terveyden suhteen. Kuitenkin suuremmalta osalta asukkaista, jotka saivat hoitoa, huomattiin enemmän parannusta kuin huonontumista karieksen ja parodontaalisaireuksien suhteen. (Wyatt ym. 2002, 419d.)

Ensimmäisen vuoden tulokset perustuivat kokonaishoidossa ja puolihoidossa olevien asukkaiden tuloksiin seitsemässä eri hoitolaitoksessa, mutta tutkijat huomauttavat ettei tulos välttämättä päde muihin laitoksiin. Melkein kaikki asukkaat saivat suun terveydentilan kartoituksen sairaaloihin tullessaan, eikä tämäkään välttämättä ole kriteereinä muissa yksiköissä. Tutkijat toteavat, että vaikka tutkimus osoitti parannusta asukkaiden suun terveydessä, vain pieni osa asukkaista sai loppujen lopuksi hoitoa. He pohtivatkin olisiko aika alkaa keskittymään enemmän suun sairauksien ennaltaehkäisyyn. Tämä voi olla vaikeaa, koska suun terveydenhoitoa ei arvosteta hoitolaitoksissa vielä tarpeeksi, hoitajilla on vain rajattu määrä aikaa käytettävänä sekä asukkaiden suun terveydentila on yleisesti ottaen melko heikko. Vuoden tutkimisen jälkeen

tutkijat toteavat, että vanhustenhuollon ja hoitolaitoksien välillä on valmiuksia toteuttaa laaja suunterveydenhuollon toimintaohjelma. Ensimmäisen vuoden tulokset olivat pienimuotoisia, mutta kuitenkin merkityksellisiä niiden asukkaiden keskuudessa, jotka saivat hoitoa. (Wyatt ym. 2002, 419f- 419g.)

5.7.1 Viiden vuoden seurantatutkimus ikääntyvien pitkäaikaishoitolaitoksista:

Laajan suun terveydenhuollonohjelman hyväksikäyttö

Wyatt ym. (2002) teki tutkimuksen *Toimintamallin kehittäminen, toteuttaminen ja hyödyksi käyttäminen sekä arvioinnin tulokset laajassa suun terveydenhuollon ohjelmassa ikääntyvien pitkäaikaishoidossa*. Seurantatutkimuksen tarkoituksena oli vertailla pitkäaikaishoidossa olevien ikääntyvien suun terveydentilan kliinisiä tuloksia niiden asukkaiden (n=139) välillä joille tutkimuksen aikana tehtiin suun terveydentilan kartoitus ja niiden joille tarkastusta ei suoritettu. (Wyatt ym. 2007, 282.)

Tutkimuksessa suun terveydentilan kartoituksissa käytettiin apuna CODE-indeksiä. CODE-indeksin avulla seurantatutkimuksen tekeminen oli tarkkaa, sillä näin pystyttiin vertailemaan tuloksia vuoden 2002 ja 2007 välillä. (Wyatt ym. 2007, 282.)

Seurantatutkimuksen tulokset

5 vuoden jälkeen alun perin 799 asukkaasta vain 139 asukasta olivat tavoitettavissa ja joille pystyttiin tekemään uusi terveydentilan kartoitus käyttämällä CODE-indeksiä. 83 asukasta sai jonkinlaista hammashoitoa 5 vuoden aikana, kun taas 56 asukasta kävivät vain vuositarkastuksesta. Tutkimuksen alussa vuonna 2002 97%:lle asukkaista suositeltiin hammashoitoa, kolmen vuoden jälkeen määrä väheni 70-73 prosenttiin. (Wyatt ym. 2007, 284.)

Seurantatutkimuksissa huomattiin selviä parannuksia. Suuri parannus huomattiin asukkaiden kiinnityskudosten kunnossa, sillä 8% asukkaista oli vähemmän ientulehdusta ja 2% ei ollut lainkaan kiinnityskudossairauksia viiden vuoden jälkeen. (Wyatt 2007, 284.) CODE- tulosten perusteella voitiin todeta, että parannusta oli tapahtunut enemmän niiden asukkaiden osalta, jotka saivat

hoitoa viiden vuoden aikana. Heillä oli enemmän terveitä hampaita ja heidän kiinnityskudosten tila oli terveempi. (Wyatt ym. 2007, 285.) Kokonaistuloksissa 62% asukkaista ei tapahtunut muutosta CODE tuloksissa, 22% tulos huononi ja 16% asukkaista tilanne parantui viiden vuoden aikana. Parannusta tapahtui eniten niillä asukkailla, jotka saivat viiden vuoden aikana hoitoa. (Wyatt ym. 2007, 286.) 32% hampaallisista asukkaista tapahtui parannusta reikiintymistilastoissa, kun verrataan niihin 10% asukkaista, jotka eivät tutkimuksen aikana saaneet hoitoa. Samoin 32% asukkaista kiinnityskudosten tila parani verrattuna niihin 19% jotka eivät saaneet hoitoa. (Wyatt ym. 2007, 286.)

CODE tulosten vertailu tutkimuksen alusta ja viiden vuoden jälkeen osoitti, että asukkaiden, jotka saivat tutkimuksen aikana hammashoitoa, on tapahtunut huomattavaa parannusta suun kunnossa. Tutkimuksen johtopäätöksenä voi todeta, että asukkaat jotka suostuivat ja vastaanottivat suun hoitoa, osoittivat kehitystä suun terveyden kunnossa viiden vuoden tutkimuksen jälkeen. (Wyatt ym. 2007, 282, 289.)

5.8 Tutkimustulosten yhteenveto

Suomen toimintamallit

Opinnäytetyössä olevat Suomen toimintamallit (Kempainen, Oksanen, Laaksovirta ja Kirkkonummen kunta) olivat luotu saman periaatteen pohjalta. Kaikki toimintamallit on kehitetty niin, että niissä on otettu huomioon Stakesin vuonna 2002 julkaisema *Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma*- oppaan suun terveydenhoidon hoitosuunnitelma soveltuvien osien. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma on siksi esitelty kappaleen viisi alussa.

Kaikissa suomalaisissa toimintamalleissa on suuressa roolissa moniammatillinen yhteistyö, jossa sekä hoitohenkilökunta että suun terveydenhuolto tekevät tiivistä yhteistyötä ja varsinkin suuhygienisti on keskeisessä asemassa toimintamallien suunnittelussa ja toteutuksessa. Kaikissa toimintamalleissa koettiin erittäin tärkeänä hoitohenkilökunnan

säännöllinen koulutus suun terveydenhoidosta, ja koulutusta tullaan toteuttamaan tulevaisuudessa toimintamallien mukaisesti.

Laaksovirta (2005), Kempainen (2004) ja Oksanen (2007) teettivät hoitohenkilökunnalle kyselyn, jossa kerättiin tietoa hoitohenkilökunnan suun terveydenhoidon tiedoista ja taidoista. Kyselyissä keskityttiin myös hoitohenkilökunnan tarpeisiin ja kehitysehdotuksiin, jotta toimintamalleista saataisiin hoitohenkilökunnan ja ikääntyneiden tarpeita vastaavat. Näitä tietoja käytettiin toimintamallin kehittämisen eri vaiheissa. Kaikissa toimintamalleissa oli tarkkaan määritelty hoitohenkilökunnan vastualueet suunhoidon toteutumisesta ikääntyneiden laitoshoidossa. Toimintamalleissa oli selitetty hoitohenkilökunnan vastualueet ja jokaisessa toimintamallissa tarkoitus oli sama eli hoitohenkilökunnasta oli valittu tietty henkilö vastaamaan ikääntyneen päivittäisestä suunhoidon toteutumisesta yksilöllisesti, kuitenkin toteutuksissa oli eriävyyksiä toimintamalleja vertailtaessa. (Kempainen 2004, Laaksovirta 2005, Oksanen 2007)

Kaikissa toimintamalleissa korostettiin päivittäisen suunhoidon tärkeyttä. Mistään tutkimuksista ei ole julkaistu seurantatutkimusta tai tietoa miten toimintamalli on edistänyt ikääntyneiden suun terveyttä hoitolaitoksissa. Kempaisen toimintamallia testattiin ja hoitohenkilökunta arvioi sen toimivuutta ennen toimintamallin käyttöönottoa. (Kempainen 2004, Laaksovirta 2005, Oksanen 2007, Vehkalahti & Knuutila 2008)

Myös eroja toimintamalleissa esiintyi. Kirkkonummen toimintamalli oli ainoa, jossa myös omaiset otettiin huomioon toimintamallin toteuttamisessa. Oksanen käytti työssään palveluohjaaja ideologiaa, jossa palveluohjaajana toimi suuhygienisti joka myös loi toimintamallin moniammatillisessa yhteistyössä suun terveydenhuollon henkilöstön, ikääntyneiden ja hoitohenkilökunnan kanssa. Laaksovirran toimintamallissa otettiin parhaiten huomioon ikääntyneiden kuntouttava työote sekä asukkaiden omat voimavarat. Kempaisen toimintamallissa otettiin ainoana huomioon myös terveyden edistämisen itse ikääntyneille. (Kempainen 2004, Laaksovirta 2005, Oksanen 2007, Vehkalahti & Knuutila 2008)

Toimintamalleilla pyrittiin parantamaan ikääntyneiden suun terveyttä hoitolaitoksissa ja parantamaan hoitohenkilökunnan ja suun terveydenhuollon henkilöstön yhteistyötä ja tiedonkulkua.

Kanadan toimintamallit

Kanadasta otettiin kirjallisuuskatsaukseen kaksi toimintamallia ja yksi seurantatutkimus. Toimintamallit toteutettiin eri periaatteilla, toisessa tutkimuksessa (MacEntee ym. 2005) toimintamallia toteutettiin kahdessa eri ryhmässä pyramidimallin (esitely sivulla 35) avulla. Toinen tutkimus (Wyatt ym. 2002) toteutettiin moniammatillisessa yhteistyössä ja sen pääpaino oli enemmän suun terveydenhoidossa hoitolaitoksissa kuin hoitohenkilökunnan koulutuksessa.

Toimintamalleissa oli yhteistä, että kummassakin tutkimuksessa suuhygienisti suunnitteli ja toteutti hoitohenkilökunnan koulutuksen. Kummassakin toimintamallissa myös huomattiin, että toteutusvaiheessa hoitohenkilökunnan motivaatio suunhoitoa kohtaan oli huono ja tutkijat peräänkuuluttivatkin hoitohenkilökunnan asenteisiin ja motivaation tukemiseen keskittymistä ennen kuin aloitetaan varsinainen kouluttaminen. (Wyatt ym. 2002, MacEntee ym. 2005.)

MacEnteen tutkimuksessa tutkittiin suun terveyden lisäksi asukkaiden ravitsemustottumuksia sekä purentavaivoja. Tutkimuksen tarkoitus oli alun perin lähinnä testata pyramidimallikoulutuksen soveltuvuutta laitoshoidon hoitohenkilökunnan suun terveyden koulutuksessa. Suurin ero toimintamalleissa oli, että MacEntee ym. pyrkivät tutkimaan koulutuksen tehoavuutta hoitohenkilökuntaan ja Wyatt ym. taas tutkivat sitä miten uusi palvelurakenne voisi parantaa ikääntyneiden suun terveyttä hoitolaitoksissa.

Kummankin toimintamallin toimivuutta on tutkittu. Toisesta tutkimuksesta (Wyatt ym. 2002) tehtiin viiden vuoden seurantatutkimus. Seurantatutkimuksen tuloksena oli, että viiden vuoden aikana hammashoitoa uuden palvelurakenteen mukaisesti saaneiden ikääntyneiden suun terveys oli parantunut merkittävästi. Toisessa tutkimuksessa (MacEntee ym. 2005) hoitohenkilökunnan

kouluttaminen pyramidimallin mukaisesti ei tuottanut parannusta ikääntyneiden suun terveydessä.

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Opinnäytetyössä käytettiin valmiita tutkimuksia. Tällöin eettisyys oli tärkeässä roolissa tuloksia raportoidessa ja julkaistessa. Opinnäytetyössä noudatettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (TENK) julkaisemia Hyvän tieteellisen käytännön keinoja. (TENK 2002.)

Eettisyyteen opinnäytetyössä liittyi vahvasti tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaiset tiedonhankintatavat sekä muiden tutkijoiden työn ja saavutuksien arvostaminen sekä kunnioittaminen ja raportointi vilpittömällä tavalla. Tiedonhankintatapojen määrittelyssä opinnäytetyössä käytettiin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi - julkaisussa määritellyjä normeja. Siinä tärkeimmiksi kriteereiksi eettisyyden kannalta nostetaan kysymykset: sisältääkö tutkimus vuorovaikutusta tutkittavien kanssa? Pyritäänkö tutkimuksella manipuloimaan tutkittavien käyttäytymistä? Pyydetäänkö tutkittavilta suostumusta tutkimukseen? Onko aineisto arkaluontaista tai tutkittavat tunnistettavissa? (TENK 2009.) Tässä opinnäytetyössä ei toteutettu mitään kyseisistä tiedonhankintatavoista, koska kyseessä on systemaattinen kirjallisuuskatsaus.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa eettisyyttä alentavia tutkimuskäytänteitä ovat tutkijoiden osuuden vähättely julkaisuissa ja puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin, tutkimustulosten tai käytettyjen menetelmien huolimaton ja siten harhaanjohtava raportointi, tulosten puutteellinen kirjaaminen ja säilyttäminen, samojen tulosten julkaiseminen useita kertoja näennäisesti uusina ja tiedeyhteisön johtaminen harhaan oman tutkimustyön suhteen (TENK 2002). Opinnäytetyössä pyrittiin välttämään eettisyyttä alentavia tutkimuskäytänteitä koko prosessin ajan.

Tutkimusprosessi takaa luotettavuuden sekä korkealaatuisuuden, sillä jokainen tutkimuksen vaihe on tarkkaan määritelty ja kirjattu virheiden minimoimiseksi.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus käyttää välineinään jo tehtyjä tutkimuksia, mutta se on kuitenkin itsenäinen tutkimus. Sen suurimpana luotettavuuden mittarina on virheettömyys, toistettavuus sekä muiden tutkijoiden kunnioittaminen. Virheettömyydellä tarkoitetaan sitä, että se on tehty huolellisesti ja aikaa käyttäen, ja se tuottaa tietoa, joka on arvokasta hoitotieteen kehittämistyölle. (Johansson ym. 2007, 5.) Opinnäytetyössä tekijät noudattivat tarkasti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen vaiheita. Jokainen vaihe on dokumentoitu, jotta katsaus voi olla toistettavissa tulevaisuudessa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus oli tekijöille uusi tutkimusmenetelmä, joten sen toteutuksesta voi löytyä pieniä virheitä. Luotettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan pitää tekijöiden välistä yhteistyötä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on parempi toteuttaa ainakin kahden tekijän välisenä yhteistyönä, jotta prosessin virheet voidaan havaita mahdollisimman nopeasti. (Johansson ym. 2007,55.)

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttavat myös tietokantojen ulkopuolelle jäävät tutkimukset, julkaisemattomat tutkimukset ja tutkimukset, joissa on tarkasteltu tutkittavaa aihetta vain positiivisesta näkökulmasta. Usein tutkija voi päättää julkaisemattomien tutkimusten jättämisestä katsauksen ulkopuolelle. (Johansson ym. 2007, 67.) Tekijät eivät voi olla varmoja siitä jäikö opinnäytetyön ulkopuolelle julkaisemattomia tutkimuksia.

Laadun arvioinnissa voidaan käyttää itse valmistettua tai valmista mittaria. Jos päädytään käyttämään valmista mittaria, se täytyy testata satunnaisesti valitun tutkimuksen kanssa. Koska opinnäytetyö on selvästi kvalitatiivinen, voidaan käyttää kirjallisuudesta löytyviä kvalitatiivisen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen arviointiin kehitettyjä mittareita kuten Popay (1998), Oakley (2000), Mays & Pope (1996), BSA Sociology Group (1996) ja Suomen sairaanhoitajaliitto (2004). (Johansson 2007, 105.) Opinnäytetyössä käytettiin Suomen sairaanhoitajaliiton 2004 julkaistua Kvalitatiivisen tutkimuksen laatukriteerit taulukkoa (Liite 3).

Opinnäytetyössä pyrittiin etenemään tämän taulukon mukaisesti, ja sen vaatimaa sisältöä tarkasteltiin opinnäytetyön eri vaiheissa. Opinnäytetyön valmistuttua tekijät kävivät laatukriteeritaulukon kokonaisuudessaan läpi ja siitä

tarkasteltiin työssä toteutuneita osa- alueita. Opinnäytetyö täytti suurilta osin taulukossa esiintyneet vaatimukset (liite 3). Pieninä poikkeuksina voitiin havaita tutkimuspäiväkirjan puuttuminen ja aineiston riittävyyden arviointi. Aineiston riittävyyttä tarkasteltiin saturaation avulla suomalaisista tutkimuksista, mutta kanadalaisista tutkimuksista sitä oli haastava tehdä eri tietokantojen eriävien tulosten takia. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset Kanadasta olivat ainoita, jotka löydettiin kirjallisuuskatsauksen aineiston keruuta tehdessä. Voi kuitenkin olla, että Kanadassa on tehty muitakin toimintamalleja, mutta niitä ei löytynyt tietokannoista eikä manuaalisella haulla.

Opinnäytetyössä ei käytetty aineiston ja menetelmien triangulaatiota luotettavuuden lisäämiseksi, mutta kun kyseessä on opinnäytetyö, sitä ei yleensä edes vaadita sen tuottaman työmäärän takia (Saaranen- Kauppinen & Puusniekka 2006).

Opinnäytetyössä esiteltiin tutkimustulokset todenmukaisesti ja rehellisesti eikä mitään tietoja ole vääristelty. Myös englanninkieliset julkaisut on pyritty suomentamaan mahdollisimman tarkasti. Tekijät ovat lukeneet englanninkielisiä tutkimuksia ja työskennelleet suun terveydenhuollon parissa englanniksi, mutta silti käännoistyö ei ollut ennestään tuttua. Tämä voi vaikuttaa työn luotettavuuteen, sillä tutkimuksissa voi olla seikkoja, joita tekijät eivät ole ymmärtäneet oikein.

Työssä ei ole harjoitettu plagiointia eli toisten kirjoittamaa tekstiä ei ole esitetty tekijöiden itse kirjoittamana (Jyväskylän yliopisto 2009). Sekä tekstin viitekehyksen että tutkimustulosten raportoinnin yhteydessä on viitattu lähteisiin todenmukaisesti. Kaikki viittaukset on kuvattu lähdeluettelossa Turun ammattikorkeakoulun ohjeiden mukaisesti.

7 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla tarkastella Suomessa ja Kanadassa hoitohenkilökunnalle luotuja suun terveydenhuollon toimintamalleja ja niiden toimivuutta. Tavoitteena oli kerätä tutkimuksista saatu tieto yhteen. Työn tarkoitus ja tavoite saavutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Yhtenä ongelmana koettiin kuitenkin toimintamallien toimivuuden tarkastelu. Vain kanadalaisista toimintamalleista oli saatavilla tutkijoiden tekemät arvioinnit mallien soveltuvuudesta ikääntyneiden suunhoidon parantamiseksi laitoshoidossa. Suomalaisissa toimintamalleissa oli vain kehittämissuhteita siitä, että jälkiseuranta olisi hyvä tehdä tai huomautus siitä, että toimintamallin toimivuutta tullaan tutkimaan (Laaksovirta 2005, Oksanen 2007) Yhtä toimintamallia (Kemppainen 2004) arvioitiin jo kehittämissuhteiden aikana. Tekijät eivät kuitenkaan löytäneet tutkimuksista julkaistuja seuranta tutkimuksia. Tavoitteen saavutuksesta kertoo se, että kappaleessa viisi löydettyä tutkimus toimintamalleista on kuvattu ja niiden yhteneväisyyksiä sekä eroja on arvioitu.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus sopi hyvin opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi ja sen avulla tutkimusongelmiin saatiin helposti vastaukset. Menetelmänä kirjallisuuskatsaus oli hyvin työläs ja se vaati usean tunnin paneutumisen, sillä menetelmä oli tekijöille ennestään tuntematon (Ketola 2010). Yllättävää prosessin edetessä oli se, ettei julkaistuja tutkimuksia toimintamalleista löytynyt niin paljon kuin tekijät ennalta odottivat ja tämän vuoksi kirjallisuuskatsauksesta tuli pieni (Kuopion yliopisto 2010).

Tekijät kokivat yllättävänä sen, ettei toimintamallia käsitteenä ollut määritelty. Jokaisessa tutkimuksessa sitä käytettiin, mutta mitään yleistä määrittelyä ei toimintamallin sisällöstä ole tehty. Positiivisesti yllättävää oli se, että jokaisessa tutkimuksessa oli moniammattillinen yhteistyö tärkeänä osana toimintamallia ja hoitohenkilökunnan koettiin olevan yhtä tärkeässä roolissa kuin suun terveydenhuollon henkilökunnan. Tutkimuksissa peräänkuulutettiin hoitajien

kouluttamista suunhoidossa jo opiskeluaikana, jotta he ymmärtäisivät suun terveyden merkityksen ikäihmisen hyvinvoinnille.

Teoreettista viitekehystä tehtäessä kävi selväksi, että toimintamalleja tarvitaan, jotta hoitajien työskentely suun hoidon parissa helpottuisi ja tiedonkulku hoitolaitosten sekä suun terveydenhuollon välillä paranisi. Toimintamallit helpottavat myös hahmottamaan jokaisen toimihenkilön vastualueet eikä niin sanottuja harmaita alueita pääse syntymään ikääntyneen suun hoidon ketjussa.

Yksi merkittävä osa-alue puuttui tekijöiden mielestä toimintamalleista kokonaan. Niissä oli painotettu enemmänkin korjaavaa sekä ennaltaehkäisevää suunhoitoa ja terveyden edistäminen puuttui malleista lähes kokonaan (Wyatt ym. 2002). Tekijät näkevät kehittämiskohteena terveyden edistämisen, joka tulee olemaan tulevaisuudessa merkittävä voimavara ja haaste ikääntyneiden laitoshoidossa. Toisena kehittämissuositukseksi koettiin iäkkäiden kuntouttava työote, joka huomioisi myös vanhusten omat voimavarat suun terveyden hoidossa. Viimeisenä kehittämissuositukseksi tekijät kokivat ravitsemustieteen mukaan ottamisen toimintamallien kehittämiseen. Tällöin varmistettaisiin ikääntyneiden kokonaisvaltainen hyvinvointi. Ravitsemus ja suu ovat suuressa yhteydessä toisiinsa ja purentaongelmat voivat olla hyvin usean ikääntyneen vaiva. Ravitsemuksella on vahva yhteys kariuksen syntyyn ja varsinkin jos syljeneritys on vähentynyt tai loppunut kokonaan, on yksilön suu kariukselle otollinen. (Käypä hoito- suositus 2009, 24- 26.)

Toimintamalleissa oli käytetty suuhygienistiä hoitajien kouluttajana ja he olivat olleet myös mukana kehittämässä malleja. Opinnäytetyö laajentaa suuhygienistin ammatillista osaamista tuoden toimintamallien sisältöjä tietoisuuteen. Mallien kehittäminen on osa suuhygienistien johtamis- ja kehittämisosaamista ja tulevaisuudessa suuhygienistit tulevat suunnittelemaan toimintaa ja kehittämään ikääntyneiden suun terveydenhuollon palveluja (Vehkalahti & Knuutila 2008, 52). Tämä opinnäytetyö palvelee suuhygienistejä ja suuhygienistiopiskelijoita ikääntyneiden palveluketjuun tutustuttaessa ja suuhygienistin roolin sisäistämässä.

LÄHTEET

Ala-Nikkola, M. & Sipilä, J. 1996. Yksilökohtainen palveluohjaus (Case management) – uusi ratkaisu palvelujen sovittamisen ikuisiin ongelmiin. Teoksessa Metteri, A. Toim: Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Edita.

Ala-Nikkola, M. 2000. Vanhusasiakkaiden palveluketjut. Teoksessa Nouko-Juvonen, S.; Ruotsalainen, P. & Kiiikkala, I. Toim: Hyvinvointivaltion palveluketjut. Hygienia 2000. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

BSA Medical Sociology Group. 1996. Criteria for the evaluation of qualitative research papers. Medical Sociology News 22.

Canadian Dental Association, 2008. Report on seniors' oral health care. Viitattu 2.9.2010. Saatavilla: http://www.cda-adc.ca/files/members/news_publications/member/pdfs/cda_seniors_oral_health_report_may_2008.pdf

Coleman, P. 2005. Opportunities for nursing-dental collaboration: addressing oral health needs among the elderly. Nursing Outlook. 53(1):33-9, Dental Clinics of North America. 49(2):429-43

Cook, D.; Greengold, N.; Ellrodt, G. & Weingarten, S. 1997. The relation between systematic reviews and practice guidelines. Annals of internal medicine 127 (3), 210-216.

Cooper, H. 1989. Integrating research. A guide for literature reviews. 2nd ed, Sage Publications, Newbury Park, California

Dharamsi, S.; Jivani, K.; Dean, C. & Wyatt C. 2009, Oral care for frail elders: knowledge, attitudes, and practices of long-term care staff, Journal of Dental Education. 73(5):581-8, 2009

Elomaa, L. & Mikkola, H. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. 4. uudistettu painos. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. Turku: Turun ammattikorkeakoulu

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Estabrooks, C.; Field, P. & Morse, J. 1994. Aggregating qualitative findings: An approach to theory development. Qualitative health research. 1994:503-511

Gernet, 2010. Geriatrian opintopaketti- Vanhusten sairaudet ja oireet. Viitattu 2.9.2010. Saatavilla: <http://www.gernet.fi/auto/opetus/8.html>

Grönroos E. & Perälä M-L. 2004, Johtamistutkimus terveydenhuollossa – kirjallisuuskatsaus. Stakes. Aiheita 22. Viitattu 6.2.2009. Saatavilla: www.stakes.fi/verkojulkaisut/muut/Aiheita22-2004.pdf

Heinonen, T. 2007. Yleissairaudet suun terveydenhuollossa. Lahti: Idies Ky. S. 9- 63

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja Kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja Kirjoita. 10., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, T. 1995. Hoitohenkilökunnan käsitykset laitoshoidossa olevien vanhusten suun terveydestä ja sen hoidosta. Kuopio. Kuopion yliopisto.

Honkala, S. 2009. Suun terveys ja yleissairaudet. Terveyskirjasto. Duodecim. Viitattu 2.9.2010. Saatavilla: www.terveyskirjasto.fi> terveyden edistäminen> terve suu> suun terveys ja yleissairaudet

Isola, A. & Kylmä, J. 1999. Miten Suomi hoitaa vanhuksensa. Viitattu 17.9.2010. Saatavilla: <http://www.evl.fi/kkh/to/ksk/shak11/sh11-iskyl.pdf>

Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007.

Jyväskylän yliopisto 2009. Hyvän tieteellisen käytännön loukkaaminen: Plagiointi. Viitattu 30.9.2010. Saatavilla <https://www.jyu.fi/sport/laitokset/liikunta/opiskelu/plagiointi>

Kandelman, D.; Petersen, P. & Ueda, H. 2008. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Special Care in Dentistry*. 28(6):224-36

Kansaneläkelaki 347/1956

Kansanterveyslaki 1972/66.

Keskinen, H. 2009. Yhteistyö ikääntyneen suun terveyden ylläpitämiseksi. *Terveyskirjasto*. Duodecim 2009. Viitattu 29.4.2010 Saatavilla: www.terveyskirjasto.fi> terve suu> ikääntyneiden suun terveys

Ketola, E. 2010. Evidence based medicine- näyttöön perustuva lääketiede ja sen periaatteet. Suomalainen lääkäriseura Duodecim- Käypä hoito. Viitattu 23.9.2010. Saatavilla: [http://www.skky.fi/pdf/EBM\(L\)-perusteetSKK%20EK100415.pdf](http://www.skky.fi/pdf/EBM(L)-perusteetSKK%20EK100415.pdf)

Khan, K.; Riet, G.; Popay, J. Nixon, J. & Kleijnen, J. 2001. Study quality assesment. CRD Report Number 4.

Kuopion Yliopisto, 2010. Mitä EBM on? Viitattu: 12.10.2010. Saatavilla: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:FNfUi8KygYJ:www.uku.fi/yylel/kurssit/JOYL/EBM_perusteet2.ppt+systemaattinen+kirjallisuuskatsaus+powerpoint&cd=12&hl=fi&ct=clnk&gl=fi

Käypä hoito- suositus, 2009. Kariuksen hallinta. Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia. *Suomen hammaslääkärilehti* 2009; 5: 21-29.

Käypä hoito- suositus 2010. Parodontiitin ehkäisy, varhaisdiagnostiikka ja hoito. Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia. *Suomen suuhygienistilehti* 2010; 3: 18-25

Laaksovirta, H. 2005. Laitoshoidossa olevien ikääntyvien suunhoitomallin kehittäminen. Turun Ammattikorkeakoulun tutkimuksia 18. Turku: Turun kaupungin painatuspalvelukeskus.

Lavigne, S. 2008. The state of oral health in personal care homes: a public health issue?, *Journal (Canadian Dental Association)*. 74(10):899-901

MacEntee, M. 2000. Oral care for successful aging in long-term care, *Journal of Public Health Dentistry*. 60(4):326-9

MacEntee, M. 2005, Caring for elderly long-term care patients: oral health-related concerns and issues. *Journal of Canadian Dental Association*. 72(5):421-5.

MacEntee, M. 2006. Missing links in oral health care for frail elderly people, *Journal of Canadian Dental Association*. 72(5):421-5

MacEntee, M.; Wyatt, C.; Beattie, B.; Paterson, B.; Levy-Milne, R.; McCandless, L.& Kazanjian, A. 2007. Provision of mouth-care in long-term care facilities: an educational trial, *Community Dentistry & Oral Epidemiology*. 35(1):25-34

Mays, N. & Pope, C. 1996. *Qualitative research in health care*. London: BMJ Publishing Group.

McNally, M. 2005. Oral health matters: what will it take to leave no senior behind?, *Journal of Canadian Dental Association*. 71(7):465-7

Metropolia, 2010. Suun terveydenhoitotyö. Viitattu 29.4.2010. Saatavilla: www.metropolia.fi> tiedot tutkinto-ohjelmista> opetus suunnitelmat> tutkintoon johtava koulutus > suun terveydenhuolto-SD> suun terveydenhoitotyö

- Nordblad, A. 2002. Ikääntyvän suun hyvinvointi. Teoksessa Päivärinta, E. & Haverinen, R. Toim: Ikäihmisten hoitoja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. STM. Suomen kuntaliitto. Stakes oppaita 52. Helsinki 2002
- Oakley, A. 2000. Experiments in knowing: gender and method in social sciences. Cambridge: Polity Press.
- Oksanen, B. 2007. Toimintamallin kehittäminen laitospotilaiden suun terveydenhoitoon. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian julkaisuja. Sarja C: Opinnäytetyöt 10.
- Ollikainen, M. 2006. Laitoshoidossa olevien ikääntyneiden suun terveys ja kuvaus suun hoidosta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopion Yliopisto 2006
- Opetusministeriö, 2001. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Helsinki: Opetusministeriö.
- Paavola, P.; Lahtinen, A. & Ainamo, A. 2003. Ikäihmisten suun hoito- moniammatillista yhteistyötä. Suomen Hammaslääkärilehti 7/2003. Helsinki: Forssan kirjapaino Oy.
- Peltola-Haavisto, K.; Eerola, A. & Widström, E. 2000. Pitkäaikaisesti laitoshoidossa olevien ja palvelutaloissa asuvien suun terveydenhoito ja hoidontarve. Stakes aiheita 15/2000. Helsinki: Stakes.
- Pirilä, R. 2002. Laitoshoidossa olevien vanhusten suun hoito. Väitöskirja. Turku:Hoitotieteenlaitos. Turun Yliopisto.
- Popay, J.; Rogers, A. & Williams, G. 1998. Rationale and standards in the systematic review of qualitative literature in health services research. Qualitative Health Research 8:341-351
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma 2002. Stakesin julkaisuja 2002, Viitattu 4.2.2010. Saatavilla: <http://www.kunnat.net/attachment.asp?path=1;29;353;11124;32154;32155>
- Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelmaopas. Työntekijöille ja palveluista vastaaville. STAKES-oppaita 52. Helsinki: Stakes
- Remes-Lyly, T. 2007. Hyvä suun terveys tuo ikäihmisen elämään laatua. Lääketietoa lääkelaitokselta. 15.12.2007. Viitattu 3.9.2009. Saatavilla: http://www.kaypahoito.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=tab00206
- Riessman, F. 1965. The 'helper' therapy principle. Soc work. Vol 10.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto verkkojulkaisu. Tampere : Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 30.9.2010. Saatavilla <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>
- Salin, S. 2009. Sisällön analyysi ja mallin rakentaminen. Turun Yliopisto. Viitattu 6.2.2009. Saatavilla: http://www.med.utu.fi/hoitotiede/tutkijakoulu/education/doctoralcourses/Sirpa_Salin_12112009.pdf
- Simons, D.; Brailsford, S.; Kidd, E. & Beighton, D. 2001. Relationship between oral hygiene practices and oral status in dentate elderly people living in residential homes. Community Dentistry and Oral Epidemiology 2001; 29: 464- 470.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008. Ikäihmisten palvelujen laatusuositus. Viitattu 6.2.2010. Saatavilla: www.stm.fi> sosiaali- ja terveyspalvelut> ikäihmiset
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen Politiikkaohjelman Toteuttaminen Suun Terveystieteidenhuollossa: Yhteistyöverkostolla tavoitteisiin. Verkko muistio 2009. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-10667.pdf
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus perusteista avohoidon ja laitoshoidon määrittämiseksi. 1241/2002
- Stakes, 2001. Sosiaali- ja terveydenhuollon sanastoja. Viitattu 15.09.2010. Saatavilla: www.stakes.fi/oske/terminologia/haku/stakes

Statistics Canada, 2005. Population Projections for Canada, Provinces and Territories. Viitattu 1.10.2010. Saatavilla: <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/00105/4095095-eng.htm>

Stein, P. & Robert, H. 2009, Poor oral hygiene in long- term care, American Journal of Nursing 2009; 6:vol. 109(6): 44-50

Suomen perustuslaki 1999/731

Suomen sairaanhoitajaliitto, 1996. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet Viitattu 4.2.2010. Saatavilla www.sairaanhoitajaliitto.fi > sairaanhoitajan työ ja ammatin kehittäminen> sairaanhoitajan eettiset ohjeet

Suomen sairaanhoitajaliitto, 2004. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä- käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Kirjassa Johansson ym. 2007 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto.

Superliitto, 2009. Lähihoitajan eettiset ohjeet. Suomen lähi- ja perushoitajaliitto. Viitattu 4.2.2010. Saatavilla: http://www.superliitto.fi/datafiles/tiedosto_ja_teksti_fi/510_eettiset_su_net.pdf

Tainio, L. 1999. Toimivatko vanhus ja ikäihminen samalla tavoin?. Gerodontologia 13/1999. Kasvun ja vanhenemisen tutkijat ry, 252-253

Tilastokeskus, 2009. Tieto aika. Väestön ikääntyminen on suhteellista. Viitattu 4.1.2010. Saatavilla: http://www.stat.fi/tup/tieto aika/tilaajat/ta_05_03_nieminen.html

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002, Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi 2002

Turun Ammattikorkeakoulu, 2010. Suun terveydenhuollon koulutusohjelman kuvaus. Opinto-oppaat. Viitattu 21.9.2010. Saatavilla: <http://marconi.hallinto.turkuamk.fi/db/opintoo9.nsf/b337df4e6342bb03c22567c100403665/c2257359001ffc87c22568b700219687?OpenDocument>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK), 2002, Hyvä tieteellinen käytäntö, Viitattu 6.2.2010. Saatavilla www.tenk.fi> Hyvä tieteellinen käytäntö

Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakkoarvioinnin järjestämiseksi. Viitattu 6.2.2010. Saatavilla: http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/eettiset_periaatteet.pdf

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE), 2008. Vanhuus ja hoidon etiikka. ETENE julkaisuja 20. Vantaa.

Vehkalahti, M. & Knuutila, M. 2008. Ikääntyneiden suunterveyden edistäminen Suomessa. Suomen hammaslääkärilehti. 2008;15(4):48-56. Saatavilla: http://www.terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat.Naytaartikkeli?p_artikkeli=shl00177

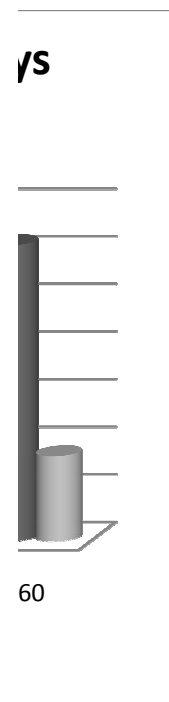
Wilkman, R-L. 1996. Laitoshoidossa olevien vanhusten suun ja hampaiden hoito hoitajien näkökulmasta. Pro gradu tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Vilppula, M. 2006. Mitä vikaa vanhuksessa? Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Viitattu 30.9.2010. Saatavilla: www.kotus.fi/?son866

Wyatt, C. 2007. A 5-year follow-up of older adults residing in long-term care facilities: utilisation of a comprehensive dental programme. Gerodontologia. 2009 Aug 13.

Wyatt, C.; So, F.; Williams, P.; Mithani, A.; Zed, C. & Yen, E. 2002. The Development, Implementation, Utilization and Outcomes of a Comprehensive Dental Program for Older Adults Residing in Long- Term Care Facilities. J Can Dent Assoc 2006; 72(5):419

Taulukko 1. Ikääntyneiden väestönkehitys (Tilastokeskus 2009)



Liite 1. Ikääntyneen suun puhdistamisen välineet ja suositukset

Ikääntyneen suun puhdistamisen välineet ja suositukset.		
Puhdistaminen	Välineet	Suosituks
Mekaaninen puhdistaminen		
➤ Hampaat	Hammasharja , jossa on pehmeät harjakset. Harjanvarren tulee olla riittävän paksu, jotta siitä saa pitävän otteen. Harjaustaidot päivitettävä! Sähköhammasharja , jossa on pehmeät harjakset. Käytön opastus tarvitaan!	Kahdesti päivässä, kahden minuutin ajan: aamulla ennen ateriaa ja illalla ennen nukkumaan menoa. Heti aterian jälkeen ei hampaita saa harjata, suun voi huuhtoa vedellä.
➤ Hammasvälit ja implantit	Väliharja , mieluiten kärkeä kohden suippeneva malli; mitoitus hammasvälin koon mukaan. Pitävän otteen varmistamiseksi varren oltava riittävän paksu. Hammaslangan käyttö voi osoittautua teknisesti liian vaativaksi.	Kerran päivässä. Jokainen hammasväli ja implanttihakas puhdistetaan ennen hampaiden harjausta.
➤ Kielen yläpinta	Pehmeä hammasharja tai kuminen sormituppo	Kerran päivässä
➤ Hammasproteesit (jos on irrotettavia proteeseja)	Proteesiharja ja saippua, ei hammastahnaa	Kahdesti päivässä: aamulla ennen ateriaa ja illalla ennen nukkumaan menoa
➤ Puhdistuksen tarkistus	Peili, suupeili ja hyvä valo. Opastaja havainnoi oppien perillemenon ja tarkistaa tuloksen. Väritabletit.	Harjauksen jälkeen. Opastuksen jälkeen 2-3 kertaa sekä aina hammashoidossa
Kemiallinen puhdistaminen		
➤ Hampaat, ikenet ja implantit	Klooriheksidiinigeeliharjaus tai liuoksella purskuttelu	Tilapäiseen käyttöön: 2 kertaa päivässä 2-3 viikon ajan.
➤ Hammasproteesit	Porettablettipuhdistus tai harjaus klooriheksidiinillä	Kerran viikossa
Lähde: Vehkalahti M&Knuutila M.2008. Ikääntyneiden suunterveyden edistäminen Suomessa. Suomen hammaslääkärilehti. 2008;15(4):48-56		

Liite 2. Tietokantahaut

TIETOKANTA		HAKUSANAT	TULOS	VALITTU
Medic	1	vanhuks* AND suu* AND laitos*	17	1
	2	suunhoit* AND ikäänt*	7	1
	3	ikäänt* AND laito* AND suun*	11	2
	4	ikäänt* AND suuhyg*	24	1
	5	suuhyg* AND vanhuk*	27	2
	6	ikäänt* AND hammas* AND laitos*	5	3
	7	vanhus* AND suunterv* AND laitos*	6	4
	8	ikäänt* AND suuhyg* AND laitos*	5	3
	9	ikäänt* OR vanhus* AND laitos* AND suunterv* OR suuhyg*	13	6
	10	asenne* AND laitos* AND suunterv*	3	2
	11	asenne* AND hoitohenk* AND suunterv*	1	1
	12	hoitohenk*OR hoitaj* AND asenne* AND suunterv* OR hammas*	3	2
	13	suuhyg* AND vanhuk* AND hammas*	22	5
	14	toimintamal* AND suu*	6	1

	15	suu* AND ikäänt* AND toimintama*	1	1
Cinahl	1	oral* AND elder* AND finlan*	15	1
	2	dent* AND senio* AND finland*	1	1
Medline	1	Canad* AND denta* AND eld*	87	8
	2	America* AND denta* AND eld*	250	4
	3	“Oral health”	10263	0
	4	Aged* AND Canad*	60438	0
	5	3 AND 4	191	1
	6	Model* AND denta* AND staff*	157	0
	7	Canad* AND eld* AND nurs*	9697	0
	8	6 AND 7	39	3
	9	nurs* and attitude* and denta*	3103	1
	10	nurs* and eld* and attitude*	16976	2
	11	canad* and nurs* and oral*	12690	4
	12	9 AND 10 AND 11	174	0
	13	canad* and resident* and oral*	6194	2
	14	nurse* and caretak* and mouth*	348	1
	15	13 AND 14	7	0
	16	attitude* and eld*	30652	1
	17	14 AND 16	35	1
	18	staff* and attitude* and denta*	2844	2

	19	11 AND 18	218	1
Pubmed	1	Oral health* AND general health* AND older people	24	3
	2	Denta* AND eld* AND canad*	113	2
	3	Model* AND denta* AND eld* AND canad*	1	1
Cinahl	1	Canad* AND model* AND denta* AND elde*	29	1
	2	Canad*AND denta*AND hygien*AND model*	34	1
	3	Canad* AND aged* AND oral* AND health*	156	5

Liite 3. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen laadunarviointimittari (Suomen sairaanhoitajaliitto 2004)

Tutkimus:			
	Kyllä	Ei	Ei tietoa/sovellu
Tutkimuksen tausta ja tarkoitus			
Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi?	x		
Onko tutkimuksen aihe perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti ja onko se riittävän innovatiivinen?	x		
Onko tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi?	x		
Aineisto ja menetelmät			
Ovatko aineistonkeruumenetelmät ja – konteksti perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti?	x		
Soveltuuko aineiston keruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön ja tutkimukseen osallistujille?			x
Onko aineiston keruu kuvattu?	x		
Onko aineiston riittävyttä arvioitu? (saturaatio)		x	
Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu?	x		
Soveltuuko valittu analyysimenetelmä tutkittavaan ilmiöön?	x		
Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys			
Tutkija on nimennyt kriteerit, joiden perusteella hän on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta	x		
Tutkimuksessa on käytetty aineiston ja menetelmien triangulaatiota lisäämään luotettavuutta		x	
Tutkija on tutkija on pohtinut huolellisesti eettisiä kysymyksiä (mm. tietoinen suostumus)	x		
Tutkimukseen osallistuneet ovat arvioineet tutkimustuloksia ja vahvistaneet tulosten vastaavuuden kokemuksiinsa; tai lukija voi tunnistaa ja ymmärtää tulokset			x
Tutkija on pitänyt päiväkirjaa tai kirjoittanut muistiinpanoja tutkimuksen kulusta		x	
Tulokset ja johtopäätökset			
Tuloksilla on uutuusarvoa ja merkitystä hoitotyön kehittämisessä	x		
Tulokset on esitetty selkeästi, loogisesti ja rikkaasti ja niiden antia on verrattu aiempiin tutkimuksiin	x		
Tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tuloksiin ja ovat hyödynnettävissä	x		
Muut huomiot/ kokonaisarvio			
Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden	x		

Liite 4. Kirjallisuuskatsauksen analyysirunko

I Tutkimuksen yleistiedot ja teoreettiset lähtökohdat

1. Tutkimuksen tekijä(t) ja tutkimuksen nimi _____
2. Julkaisuvuosi _____
3. Tietokanta ja julkaisukanava _____
4. Tutkimuksen suorittamismaa _____
5. Tieteenala, jolle tutkimus on tehty _____
6. Tutkimuksen tarkoitus _____

II Tutkimuksen menetelmä ja aineisto

7. Tutkimustyyppi ja tutkimusmenetelmä _____
8. Onko tutkimuksen luotettavuus esitetty? Miten? _____

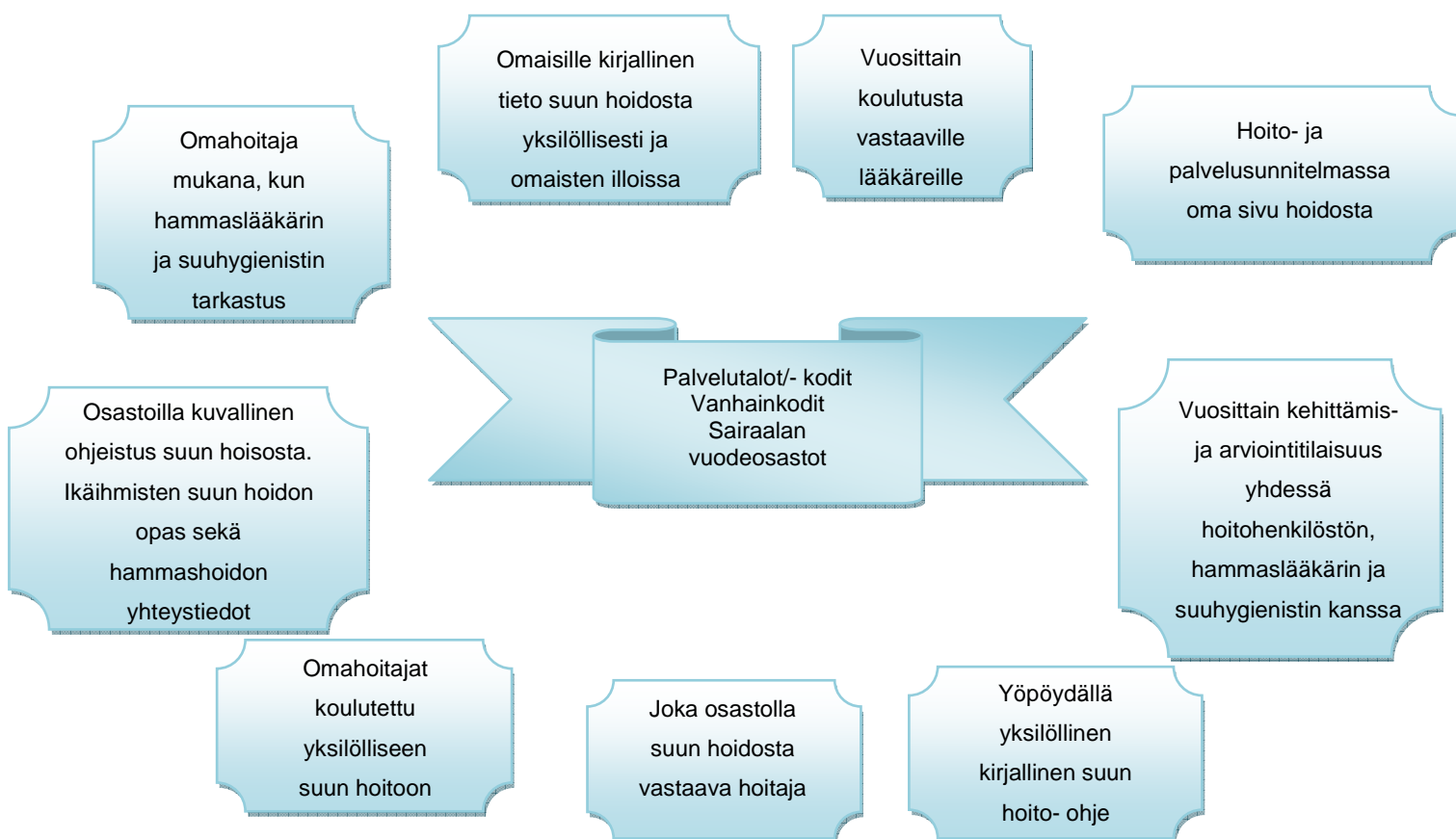
III Tutkimuksen tulokset

9. Miten toimintamalli määritellään? _____
10. Miten toimintamallia määritellään? _____
11. Keskeiset tulokset?

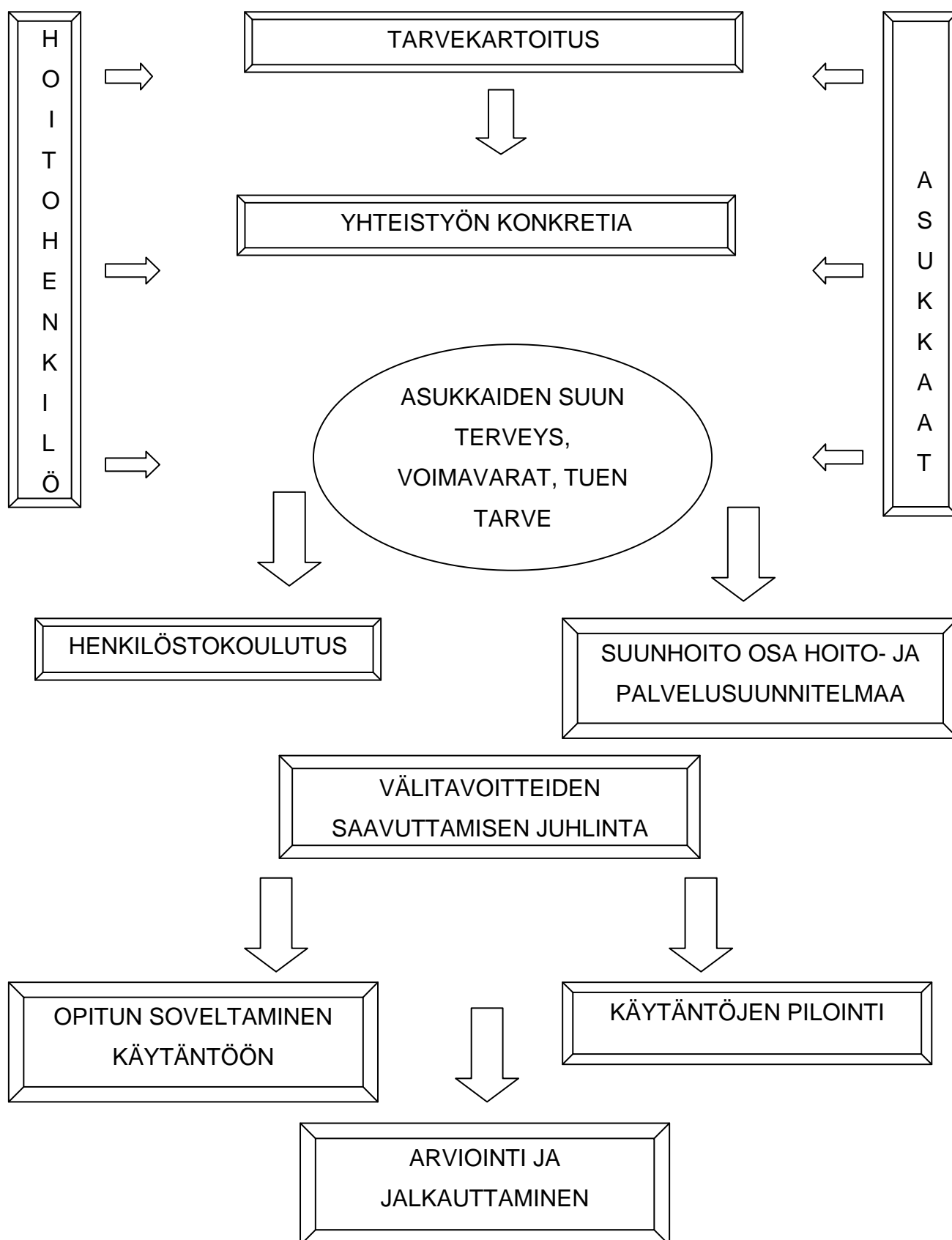
12. Mahdolliset tutkijoiden esittämät suositukset tai kehittämissuositukset toimintamallin tutkimiseksi _____

Lähde: Mukailtu Grönroos & Perälä 2004 analyysirungon mukaan

Liite 5. Kirkkonummen kunnassa valmistettu suun terveydenhuollon toimintamalli
laitoshoitoon (Vehkalahti & Knuutila 2008, 54)

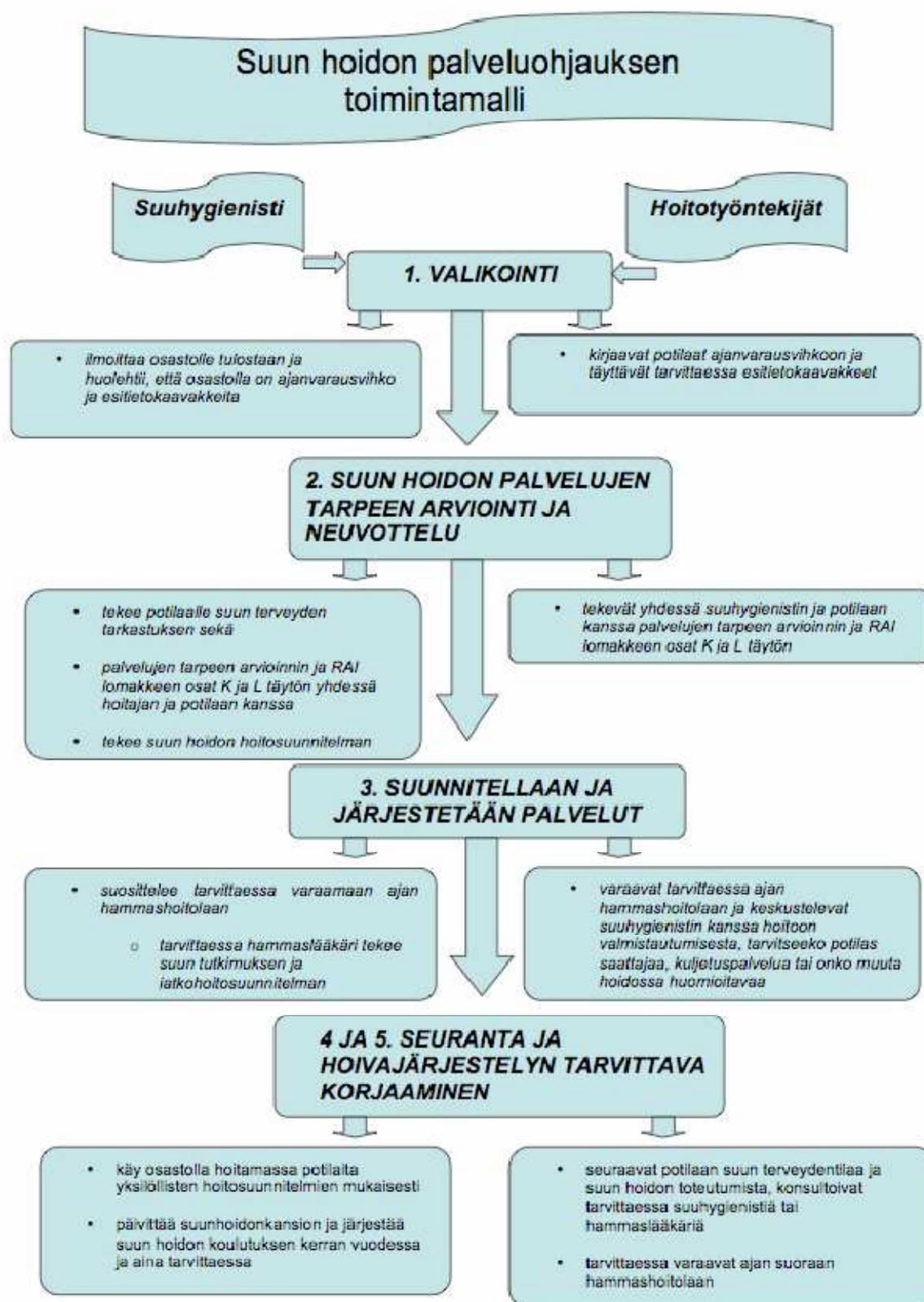


Liite 6. Hoitohenkilökunnan tarpeiden mukaan räätälöity suunhoitomalli



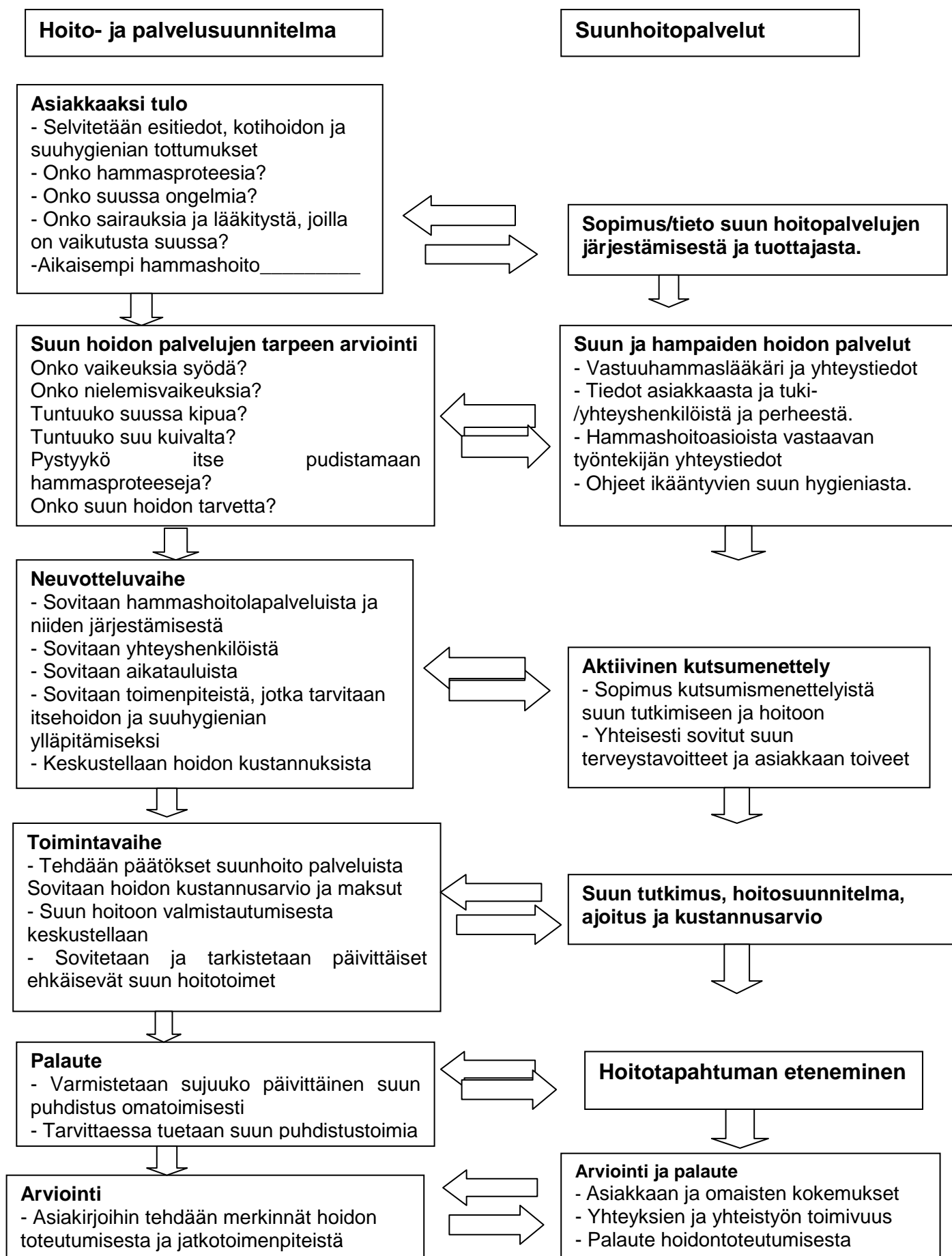
Lähde: Heli Laaksovirta 2005

Liite 7. Suun hoidon palveluohjauksen toimintamalli



Lähde: Oksanen 2007, 61. Suun hoidon palveluohjauksen toimintamalli. Oksanen on käyttänyt mallin rakentamisessa seuraavia lähteitä: Ala-Nikkola & Sipilä 1996, 22-25; Ala-Nikkola 2000, 77-81; Nordblad 2002, 86-89)

Liite 8. Suun terveydenhoito osana hoito- ja palvelusuunnitelmaa (Nordblad 2002, 89)

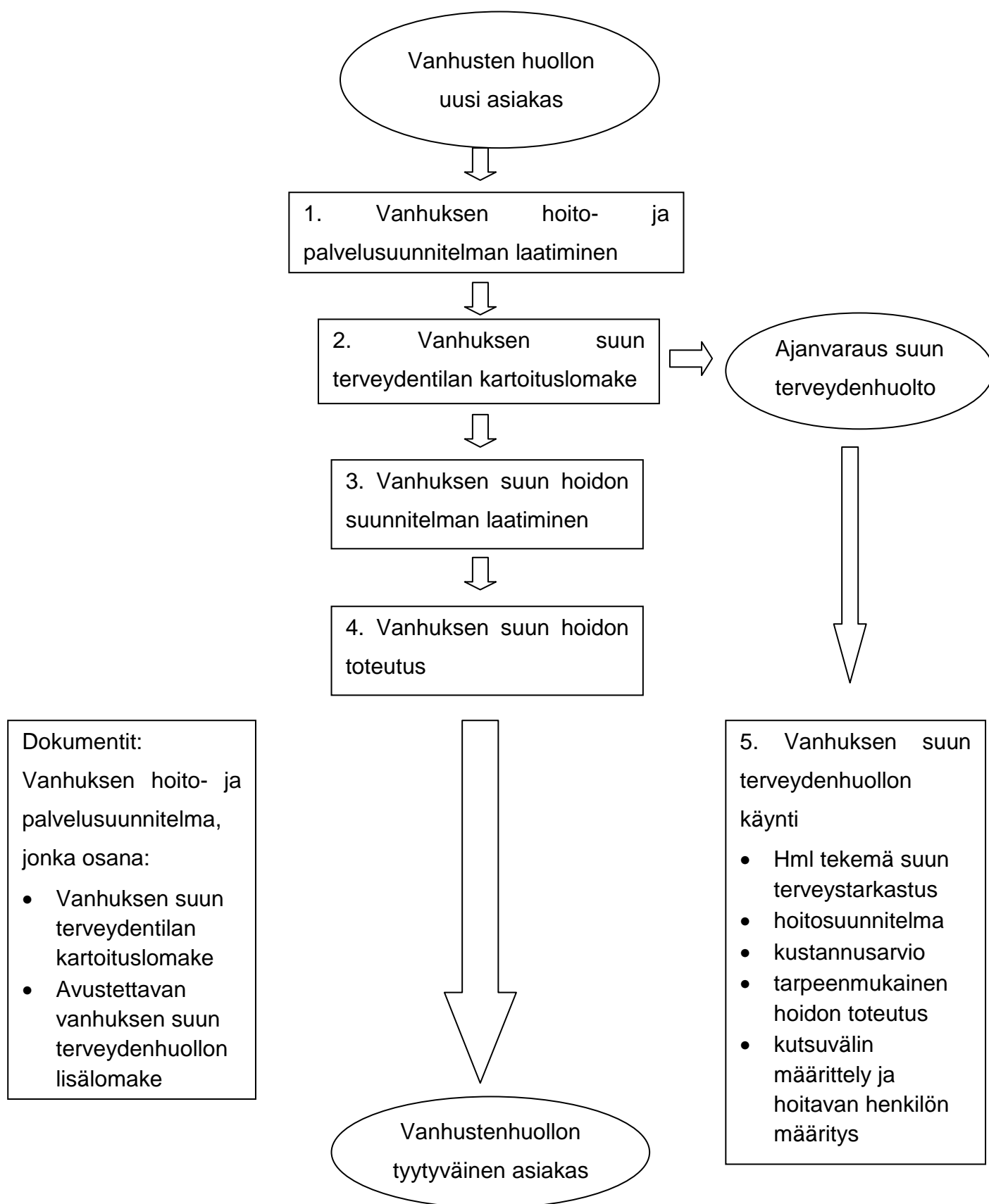


Liite 9. Taulukko opinnäytetyön tuloksista

Tutkimus	Suun terveystarkastus	Henkilökunnan koulutus	Terveysten edistäminen	Kirjaaminen	Asiakkaaksi tulo	Omahoitajan vastuu	Arviointi	Moniammatillinen yhteistyö	Ravinto
Wyatt ym. 2002	Toteutettiin hammaslääkärien toimesta	Suuhygienisti järjesti tunnin mittaisen koulutuksen PowerPointien ja mallileukojen avulla	Toteutettiin vain henkilöstön koulutuksessa	Havainnot kirjattiin tutkimusryhmän käyttöön tietokoneelle	Sairaudet ja lääkitykset selvitettiin	Omahoitaja systeemi ei käytössä	Kyllä, viiden vuoden seuranta tutkimus	Toteutui laajana hammaslääketieteen, geriatrian, lääketieteen ja hoitohenkilökunnan kesken	Ei huomioitu
Kemppainen 2004	Vastaanotolla hammaslääkäri tekee suun terveystarkastuksen ja hoitosuunnitelman	Suuhygienisti järjesti hoitohenkilökunnalle täydennyskoulutusta suunhoidosta	Toteutettiin sekä hoitohenkilökunnalle että ikääntyville	Suunhoidon osuus kirjattiin hoito- ja palvelusuunnitelmaan ja toimintamallia varten luoduille kaavakkeille	Suun terveydentilan kartoitus ja hoidon tarpeen arviointi	Omahoitaja täyttää suun terveydentilan kartoituslomakkeen, arvioiden ikääntyvän suunhoidon ja apuvälineiden tarvetta	Ei	Moniammatillinen yhteistyö hoitohenkilökunnan ja suun terveydenhuollon henkilöstön kanssa.	Ikääntyvien kannustaminen terveellisiin ravitsemustottumuksiin
Laaksovirta 2005	Opeteltiin tekemään hoitohenkilökunnan kanssa, suuhygienistin avustuksella. Hoitajilla käytössä arviointilomake	Järjestettiin koulutuspäiviä sekä kartoitettiin osaaminen ja toiveet alussa	Toteutettiin vain henkilöstön koulutuksessa	Suunhoidon osuus lisättiin jokaisen asukkaahan henkilökohtaiseen hoito- ja palvelusuunnitelmaan	Määritellään puhdistustottumukset, tuen tarve, hammasstatus, hoitavan hammaslääkäriin/suuhygienistin tiedot	Tekee kaksi viikkoa osastolle saapumisen jälkeen suun terveydentilan arvioinnin, dokumentoi havainnot ja päivittää ne kerran kuukaudessa	Ei, toteutetaan myöhemmin	Suuhygienisti ja hoitajat tekivät mallin kokoamisvaiheessa ja pilotoinnin aikana tiivistä yhteistyötä. Suun hoidon ammatillaisiin yhteydenotto, jos tarvetta	Huomioitiin koulutuksissa kertomalla suun ja ravitsemuksen yhteydestä
MacEntee ym. 2005	Toteutettiin tutkijaryhmän toimesta	Toteutettiin pyramidimallin avulla ensimmäisessä ryhmässä ja toisessa suuhygienistin avulla	Toteutettiin vain henkilöstön koulutuksessa	Tulokset kirjattiin tutkijaryhmän omaan käyttöön	Tutkittiin ikenien kunto, plakin määrä, ravinto ja purenta	Ei omahoitaja systeemiä	Ei	Toteutui suuhygienistikouluttajan ja hoitohenkilökunnan välillä	Huomioitiin tutkimuksen viitekehityksessä ja asukkaiden kliinisessä tutkimuksessa vahvasti

Oksanen 2007	Suuhygienistin toimesta kun asiakas saapuu osastolle. Hoidon tarpeen arviointiin osallistuu myös hoitaja.	Koulutuksessa keskusteltiin suun hoitoon käytettävistä välineistä ja tuotteista sekä pyrittiin vaikuttamaan hoitohenkilökunnan asenteisiin	Toteutettiin vain henkilöstön koulutuksessa	Kirjatiin esitietokaavakkeet, potilaan tietoihin merkattiin hoidon toteutuminen ja jatkotoimenpiteet	Suuhygienisti tekee tarkastuksen sekä hoitosuunnitelman, hoitaja ja suuhygienisti tekevät palvelujen tarpeen arvioinnin	Varaa tarvittaessa asiakkaalle ajan hammashoiton, seuraa asiakkaan suun terveydentilaa	Ei	Toteutui palveluohjaajan (suuhygienistin) sekä hoitohenkilökunnan välillä ja suun terveydenhuollon yhteistyönä	Ei mukana
Vehkalahti & Knuutila 2008	-	Vuosittain järjestettävä koulutus vastaaville lääkäreille ja hoitohenkilöstölle	Toteutettiin vain henkilöstön koulutuksessa	Hoito- ja palvelusuunnitelmiin yksilöllisesti	-	Koulutettu yksilölliseen suun hoitoon, mukana kun asukkaalle tehdään suun terveystarkastus	Ei	Toteutui hoitohenkilökunnan sekä suun terveydenhuollon yhteistyönä	Ei mainintaa

Liite 10. Vanhusten suun terveydenhuollon toimintamalli vanhustenhuoltoon



Lähde: Kempainen 2004