



Opiskelijanäkökulma parodontologisiin hoitoihin terveyskeskuksissa

Käynyt läpi vertaisarvioinnin.
Hyväksytty julkaistavaksi 19.10.2020.



LÄHTÖKOHDAT

Selvityksemme tavoitteena oli kerätä tietoa parodontologisista hoitokäytännöistä terveyskeskuksissa sekä hammaslääketieteen opiskelijoiden ja suuhygienistiopiskelijoiden asennoitumisesta parodontologisiin hoitoihin.

MENETELMÄT

Kysely toteutettiin Itä-Suomen yliopiston viidennen vuosikurssin (n = 28) ja syventävässä käytännön harjoittelussa oleville hammaslääketieteen opiskelijoille (n = 11) sekä Savonia-ammattikorkeakoulun valmistuvan vuosikurssin suuhygienistiopiskelijoille (n = 11) syksyllä 2018.

TULOKSET

Kyselyn mukaan sekä hammaslääketieteen opiskelijat että suuhygienistiopiskelijat asennoituvat positiivisesti parodontologisiin hoitoihin. Parodontologiset hoidot koetaan merkittäväksi potilaiden kokonaishoidon kannalta ja niihin halutaan panostaa. Tämä ei kuitenkaan ole aina mahdollista käytettävissä olevan työajan vuoksi. Osassa työpaikoista parodontologinen hoito toteutui mallikkaasti suositusten mukaisesti, kun taas osassa sen toteuttamisessa oli selviä haasteita.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Tämä selvitys tukee aiempien tutkimusten tuloksia, joiden mukaan puutteet parodontalisairauksien hoidon toteutuksessa edellyttävät muutosta asennoitumisessa parodontologisiin hoitoihin.

Opiskelijat ja parodontologiset hoidot

Janne Paavola, Päivi Mäntylä, Annamari Nihtilä

Parodontiitti on alidiagnosoitu kansansairaus ja kariesin ohella yleisin hampaiden menetysten syy aikuisväestössä (1, 2). Parodontiitin alidiagnosoinnilla on merkitystä myös sen aiheuttaman elimistön tulehduskuormituksen takia. Epidemiologisissa tutkimuksissa on saatu näyttöä parodontiitin ja yleissairauksien välisistä yhteyksistä (3). Erityisesti parodontiitin ja diabeteksen välinen yhteys on tunnettu jo pitkään, ja parodontiitti on todettu myös sydän- ja verisuonisairauksien itenäiseksi riskitekijäksi (4, 5).

Terveys 2000 -tutkimuksessa todettiin hampaiden kiinnityskudossairauksien olevan merkittävä kansanterveydellinen ongelma 30 vuotta täyttäneillä suomalaisilla. Ientulehdusta oli 74 %:lla tutkituista: naisista 70 %:lla ja miehistä 77 %:lla. Parodontiittiin viittaavana muutoksena tutkimuksessa käytettiin ainakin yhden hampaan syventynyttä ientaskua (≥ 4 mm). Näitä muutoksia oli havaittavissa 64 %:lla tutkituista yli 30-vuotiaista. Parodon-

tiitin esiintyvyydessä oli nähtävissä selkeää kasvu ikääntyessä (6). Terveys 2011 -tutkimuksessa havaittiin, että parodontalisairauksien esiintyvyydessä ei ole tapahtunut merkittävää muutosta verrattuna Terveys 2000 -tutkimukseen (7).

Parodontologisen tutkimuksen tulosten kirjaaminen on diagnostiikan ja hoidon suunnittelun edellytys sekä olennainen osa potilasdokumentaatiota (1). Parodontiitin oireet heikentävät potilaan kokemaa elämänlaatua ja voivat aiheuttaa sosiaalisia, esteettisiä ja toiminnallisia ongelmia (2).

Pääkaupunkiseudun hammaslääkäreille vuonna 2012 tehdyn kyselytutkimuksen mukaan kiinnityskudossairauksien diagnostiikka- ja hoitokäytännöissä havaittiin puutteita. Tutkimukseen osallistuneista vain 14 % kertoi kirjaaneensa parodontologisen statuksen tai merkinneensä ientaskujen syvyyksiä taskukaavioon edeltävän viikon aikana. Vastaajista 40 % ilmoitti tehneensä nämä viimeksi yli 12 kuukautta

sitten (8). Samansuuntaisia tuloksia on raportoitu myös kansainvälisissä tutkimuksissa (9).

Tämän selvityksen tavoitteena oli kerätä tietoa parodontologisista hoitokäytännöistä terveyskeskuksissa sekä hammaslääketieteen opiskelijoiden ja suuhygienistiopiskelijoiden asenteista parodontologisia hoitoja kohtaan. Lisäksi kartoitimme heidän käsityksiään omista kyvyistään ja mahdollisuuksiinsa soveltaa opinnoissaan oppimiaan tietoja ja taitoja käytännössä. Kartoitimme myös, miten hammaslääkäri- ja suuhygienistiopiskelijat kokevat roolinsa osana hoitotiimiä parodontaalisairauksia hoidettaessa.

Aineisto ja menetelmät

Kysely osoitettiin Itä-Suomen yliopiston hammaslääketieteen koulutusohjelman viidennen vuosikurssin opiskelijoille (n = 33) ja syventävässä käytännön harjoittelussa oleville opiskelijoille (n = 36) sekä Savonia-ammattikorkeakoulun valmistuvan kurssin suuhygienistiopiskelijoille (n = 26) syksyllä 2018. Hammaslääketieteen viidennen vuosikurssin opiskelijat ja suuhygienistiopiskelijat täyttivät kyselylomakkeen luennon yhteydessä nimettömästi. Vastauksia pyydettiin kesätyökokemusten perusteella. Syventävää käytännön harjoitteluun suorittaville hammaslääketieteen opiskelijoille lähetettiin sähköpostin välityksellä linkki e-lomakkeeseen, joka oli vastaava kuin paperinen kyselylomake. E-lomakkeeseen vastanneen henkilöllisyys ei tullut lomakkeen käsittelijän tietoon.

Kyselylomakkeella oli sekä avoimia että strukturoituja/suljettuja kysymyksiä. Hammaslääketieteen opiskelijoille suunnattu kysely (liite 1 [liitteet julkaistaan Hammaslääkärilehden verkkosivulla artikkelin verkkoversiossa]) noudatti pääkaupunkiseudun hammaslääkäreille vuonna 2012 tehdyn tutkimuksen kysymyksiä täydennettynä tämän selvityksen tarkoitukseen sopivilla kysymyksillä (8).

Suuhygienistiopiskelijoiden kysymyslomakkeeseen (liite 2) oli lisätty kysymyksiä, joissa pyydettiin arvioimaan parodontologisten diagnoosien määrää ja tarkkuutta hammaslääkäriin lähettämällä potilailla. Lisäksi kysyttiin, kuinka usein vastaaja joutui hoitamaan potilaita, joiden parodontiumin sairaustilannetta hammaslääkäri ei ollut diagnosoinut. Suuhygienistiopiskelijoilta ei kysytty hammaslääketieteen opiskelijoiden kysymyslomakkeella olleita kysymyksiä 11, 12 ja 14, joilla selvitetiin röntgenkuvausmahdollisuuksia ja röntgenkuvantamisen roolia parodontologisissa hoidoissa sekä työajan jakautumista toimenpiteiden välillä. Vastausten analysoinnissa hammaslääketieteen opiskelijat käsiteltiin yhtenä vastaajaryhmänä ja suuhygienistiopiskelijat omana ryhmänään.

Taulukko 1. Vastaajien sukupuolijakauma, jakautuminen erityisvastuualueittain (erva) sekä työpaikan sijainnin mukainen väestöpohja

	Hammaslääketieteen opiskelijat (n = 39)	Suuhygienistiopiskelijat (n = 11)
	n (%)	n (%)
Nainen	23 (59)	11 (100)
Mies	16 (41)	0
Erva-alue		
HYKS	8 (20)	3 (27)
KYS	17 (44)	4 (36)
OYS	3 (8)	1 (36)
TAYS	8 (20)	2 (18)
TYKS	3 (8)	1 (36)
Väestöpohja		
Alle 20 000	19 (49)	7 (64)
20 000–50 000	10 (26)	2 (18)
Yli 50 000	9 (23)	2 (18)
Ei tiedossa	1 (2)	0

Annettujen vastausten lukumäärä ja valittujen vaihtoehtojen suhteelliset osuudet määritettiin käyttäen apuna IBM SPSS 25- ja Microsoft Office Excel -ohjelmia. Kaikista annetuista vastauksista laskettiin lukumäärät ja prosentiosuudet. Avointen kysymysten vastaukset koottiin keskeisen kysymyksenasettelun mukaisesti luokkiin, joita olivat: työpaikoilla annettu ohjeistus,

suuhygienistin rooli parodontiittipotilaiden hoidossa ja työpaikan asenneilmapiiri parodontologisiin hoitoihin liittyen.

Tulokset

Kyselyn kohteena oli 36 syventävässä käytännön harjoittelussa olevaa hammaslääketieteen opiskelijaa, joista 11 (31 %) vastasi kyselyyn, sekä 33 viidennen vuosikurssin hammaslääketieteen opiskelijaa, joista 28 (85 %) vastasi kyselyyn. Hammaslääketieteen opiskelijat käsiteltiin selvityksessä yhtenä ryhmänä, jolloin heitä oli 69, joista 39 (56 %) vastasi kyselyyn. Tästä ryhmästä käytetään jatkossa nimitystä hammaslääketieteen opiskelijat. Kyselyn kohteena olleista 26 suuhygienistiopiskelijasta 11 (42 %) vastasi kyselyyn. Vastanneista hammaslääketieteen opiskelijoista 59 % oli naisia ja 41 % miehiä. Suuhygienistiopiskelijoista kaikki olivat naisia. Vastaajien sukupuolijakauma, työpaikkojen jakautuminen erityisvastuualueittain (erva) sekä työpaikan sijainnin mukainen väestöpohja ilmenevät taulukosta 1.



Hammaslääketieteen opiskelijoiden saama ohjeistus

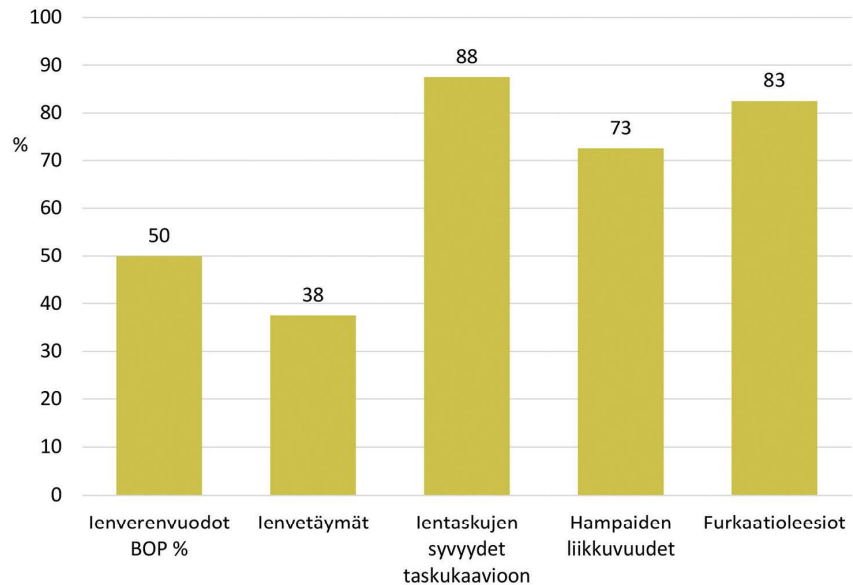
Hammaslääketieteen opiskelijoiden työpaikoista 51 %:ssa annettiin ohjeita koskien parodontologisia hoitoja. Kysyttäessä avoimella kysymyksellä, minkälainen ohjeistus työpaikassa oli parodontologisista hoidoista, vastauksissa tuli ilmi vaihtelevat hoitokäytännöt eri terveyskeskusten välillä. Parhaimmillaan diagnostiikka ja hoito toteutuvat erinomaisesti. Eräs vastaaja kertoi, että ”Kaikista potilaista tehdään parodontologinen status, hoidon suunnittelee hammaslääkäri ja tarvittaessa hoidossa voi käyttää apuna suuhygienistiä, keskivaikeat ja vaikeat parodontiitit tekee hammaslääkäri.” Tämän suuntaisen vastauksen antoi noin neljännes hammaslääketieteen opiskelijoista.

Lähes puolet vastauksista kertoi puutteellisista diagnostiikka- ja hoitokäytännöistä. Vastauksissa tuli ilmi suuhygienistien keskeinen osuus parodontiittipotilaiden hoidossa. Esimerkkejä tällaisista vastauksista ovat ”Vapaat kädet, ei juuri ohjeita. Kuntayhtymän alueella yksi parodontologian erikoishammaslääkäri, joten hänelle varsin vaikea saada aikoja. Oman terveyskeskuksen suuhygienistijono 6 kk. Havaitsin parodontologisen hoidon menevän aina automaattisesti suuhygienisteille, eivätkä hammaslääkärit ottaneet itse siihen” ja ”En saanut perehdytyksessä ohjeistusta parodontologiseen hoitoon, enkä sitä silloin uutta potilastietojärjestelmää opetellessa muistanut kysyä. Jatkossa suositeltiin lähettämään kaikki parodontologiset hoidot suuhygienistille.”

Hammaslääkärin ja suuhygienistin välinen yhteistyö

Hammaslääketieteen opiskelijoista 15 % koki, että suuhygienistillä oli hyvät valmiudet ja suuhygienisti teki parodontologiset hoidot itsenäisesti. Yksi vastanneista ei tehnyt yhteistyötä suuhygienistin kanssa, koska hänellä ei käytännössä ollut mahdollisuutta lähettää potilaita suuhygienistille vapaiden aikojen puutteen vuoksi.

Kuvio 1. Hammaslääketieteen opiskelijoiden parodontologisessa tutkimuksessa määrittämät osatekijät.



Suuhygienistiopiskelijoista 55 % kertoi jakavansa työtä hammaslääkärin kanssa parodontologisissa hoidoissa työn vaikeusasteen perusteella ja 36 % vastasi työpaikalla olevan käytäntönä, että suuhygienisti tekee parodontologiset hoidot itsenäisesti.

Omahoidon ohjaus ja terveysneuvonta

Suuhygienistiopiskelijoista kaikki antoivat potilailleen omahoidon ohjausta ja terveysneuvontaa, ja yhtä lukuun ottamatta kaikki kirjasiivat tiedot potilaskertomukseen. Hammaslääketieteen opiskelijoista 85 % antoi potilailleen omahoidon ohjausta ja terveysneuvontaa kirjatun tiedot potilaskertomukseen. Hammaslääketieteen opiskelijoista 8 % antoi terveysneuvontaa, mutta ei kirjannut tietoja potilaskertomukseen, ja 8 % ohjasi potilaat tässä tarkoituksessa suuhygienistin vastaanotolle. Kaikki suuhygienistiopiskelijat ja hammaslääketieteen opiskelijoista 98 % kertoivat motivoivansa potilaita tupakoinnin lopettamiseen.

Parodontaalidiagnostiikka

Hammaslääketieteen opiskelijoista 98 % kertoi tutkivansa aikuispotilaiden

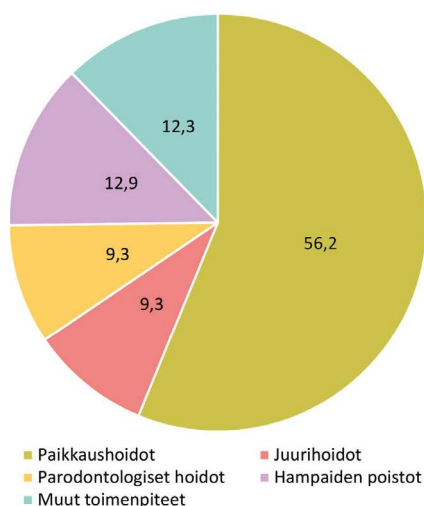
parodontiumin tilan aina tutkimuskäynnin yhteydessä. Kuvioista 1 ilmenee hammaslääketieteen opiskelijoiden toteuttaman tutkimuksen tarkkuus. Ientaskumittauksen ja furkaatiovaurioiden tutkimuksen toteutti yli 80 %, mutta ientaskujen verenvuodon määrittäminen vain puolet opiskelijoista.

Lähes puolet vastauksista kertoi puutteellisista diagnostiikka- ja hoitokäytännöistä.

Kaikilla hammaslääketieteen opiskelijoilla oli mahdollisuus työpaikassaan panoraamaröntgenkuvaukseen parodontaalidiagnostiikkaa varten. Vastauksista 51 % koki röntgenkuvantamisen roolin parodontaalisairauksien diagnostiikassa erittäin merkittävänä ja 46 % melko merkittävänä. Vastauksista 3 % koki röntgenkuvantamisen jonkin verran merkittävänä, eikä kukaan valinnut vaihtoehtoa ”ei merkitystä”.

Kun hammaslääketieteen opiskeli-

Kuvio 2. Hammaslääketieteen opiskelijoiden työajan keskimääräinen jakautuminen eri toimenpiteiden kesken.



joilta kysyttiin ”Ehditkö tekemään varatulla tutkimuskäynnillä sekä kariologisen että parodontologisen statuksen?”, 68 % vastasi ehtivänsä aina. Vastaajista 18 % kertoi ehtivänsä tekemään molemmat tutkimukset ja kirjaamaan statukset melko usein, 11 % harvoin ja 3 % vastasi ”en koskaan”.

Suuhygienistiopiskelijat arvioivat, että keskimäärin 35 %:lle hammaslääkärin lähettämistä potilaista oli kirjattu parodontologinen status. Arviot vaihtelivat 5 ja 80 prosentin välillä. Suuhygienistiopiskelijoiden vastaanottokäynnille saapuville potilaille 45 %:ssa tapauksista oli kirjattu sanallinen diagnoosi, 18 %:lle ICD10-koodi ja 27 %:lle sekä sanallinen diagnoosi että ICD10-koodi. Puolet suuhygienistiopiskelijoista kertoi hoitavansa viikoittain potilaita, joiden parodontiittia hammaslääkäri ei ollut diagnosoinut.

Parodontaalisairauksien hoitaminen

Hammaslääketieteen opiskelijoista 59 % koki saaneensa työpaikassaan riittävää tukea parodontaalisairauksien hoitamiseen. Lähes kaikki kokivat saaneensa opinnoistaan riittävät valmiudet parodontaalisairauksien diagnos-

tiikkaan ja hoidon toteutukseen. Runas kolmannes (36 %) oli sitä mieltä, että parodontologisiin hoitoihin ei ollut käytettävissä riittävästi aikaa. Lähes kaikki suuhygienistiopiskelijat kokivat saaneensa työpaikassaan riittävää tukea ja ohjausta parodontaalisairauksien hoitamiseen, ja opinnoista riittävät valmiudet koki saaneensa 81 %.

Hammaslääketieteen opiskelijoille suunnatussa kyselyssä pyydettiin arvioimaan, kuinka paljon klinistä työaikaa he keskimäärin käyttivät hammaslääketieteen eri osa-alueiden toimenpiteisiin. Parodontologisiin hoitoihin käytettiin keskimäärin 9 % työajasta, arvioiden vaihdellussa 0 %:n ja 40 %:n välillä. Kuviossa 2 on esitetty työajan keskimääräinen jakautuminen eri toimenpiteiden kesken.

Kuviossa 3 on esitetty opiskelijoiden arvio parodontiitin yleisyydestä hoitamien potilaiden keskuudessa. Parodontiitin esiintyminen 20–50 %:lla potilaista oli yleisimmän valittu vaihtoehto, jonka valitsi 41 % hammaslääketieteen opiskelijoista ja 63 % suuhygienistiopiskelijoista.

Kysyttäessä, kuinka merkittävänä pidät parodontologista hoitoa potilaan kokonaishoidon kannalta, kaikki sekä hammaslääketieteen opiskelijoista että suuhygienistiopiskelijoista pitivät sitä

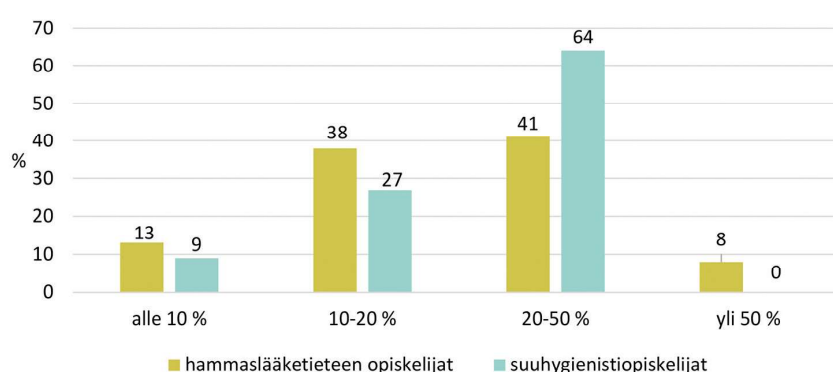
erittäin merkittävänä tai melko merkittävänä. Yksikään vastaajista ei valinnut vastausvaihtoehtoja ”jonkin verran merkitystä” tai ”ei merkitystä”.

Työpaikkojen asenneilmapiiristä parodontologisten hoitojen suhteen kertoivat avoimien vastauksien kommentit, joissa kerrottiin hammaslääkärin kategorisesti kieltäytyvän parodontologisista hoidoista. Esimerkkejä tällaisista vastauksista ovat, että ”Ei ohjeita. Vastuuhammaslääkäri lähetti itse kaikki suuhygienistille. Toinen hammaslääkäri teki silloin tällöin” ja ”Laajaa parodontologista statusta ei katsottu keneltäkään, ilmeni esimerkiksi siitä, että Winhitin parodontologista statusta ei osattu käyttää. Kirjattiin vain ylös, jos löytyi syvempiä taskuja. Suuhygienisti tekee melkein kaiken parodontologisen hoidon ja suunnitelman. Ei hoidon tuloksen arviointia. Toki lääkärikohtaisia eroja oli hoidossa.”

Välineistö parodontaalisairauksien hoitamiseen

Hammaslääketieteen opiskelijat ilmoittivat huomattavasti harvemmin kuin suuhygienistiopiskelijat, että heidän käytössään oli riittävä valikoima parodontologiseen hoitoon soveltuvia käsi-instrumentteja (36 % vs. 82 %). Ultraäänilaitte oli käytössä kaikilla suu-

Kuvio 3. Hammaslääketieteen opiskelijoiden ja suuhygienistiopiskelijoiden antama arvio parodontiitin yleisyydestä hoitamillaan potilailla.





hygienistiopiskelijoilla ja 88 %:lla hammaslääketieteen opiskelijoista; jauhepuhdistin oli käytössä 36 %:lla suuhygienistiopiskelijoista ja 7,5 %:lla hammaslääketieteen opiskelijoista.

Lähtettäminen erikoishammaslääkärille/ parodontologiaan perehtyneelle

Kaikista työpaikoista 61 %:ssa työskenteli myös erikoishammaslääkäri, useimmiten kirurgi, oikoja tai parodontologi. Useissa vastauksissa tuli ilmi, että erikoishammaslääkärit käyvät yleensä tekemässä terveystarkastuksia muutamia työpäiviä kuukaudessa. Hammaslääketieteen opiskelijoista 68 % pystyi lähettämään tarvittaessa potilaan hoitoon parodontologille tai parodontologiaan perehtyneelle hammaslääkärille, ja 51 % hammaslääketieteen opiskelijoista pystyi tarvittaessa konsultoimaan parodontologiaa.

Kaikissa väestöpohjaltaan yli 50 000 asukkaan terveystarkastuksissa oli ainakin yksi erikoishammaslääkäri. Joka toisessa väestöpohjaltaan keskiuudessa terveystarkastuksessa (20 000–50 000 asukasta) ja 39 %:ssa väestöpohjaltaan pienistä, alle 20 000 asukkaan terveystarkastuksista, oli ainakin yksi erikoishammaslääkäri.

Kaikki suurissa terveystarkastuksissa työskennelleet hammaslääketieteen opiskelijat pystyivät tarvittaessa lähettämään potilaan hoitoon parodontologille tai parodontologiaan perehtyneelle hammaslääkärille. Keskiuudessa terveystarkastuksissa työskennelleillä vastaava luku oli 60 % ja pienissä terveystarkastuksissa työskennelleistä 56 %. Parodontologia pystyi konsultoimaan tarvittaessa 78 % suurissa terveystarkastuksissa työskennelleistä hammaslääketieteen opiskelijoista, 50 % keskiuudessa terveystarkastuksissa työskennelleistä ja 37 % pienissä terveystarkastuksissa työskennelleistä hammaslääketieteen opiskelijoista.

Suuhygienistiopiskelijoista 73 % pystyi siirtämään potilaan hoidon tarvittaessa parodontologille tai parodontologiaan perehtyneelle ham-

maslääkärille. Parodontologia pystyi konsultoimaan 46 % suuhygienistiopiskelijoista.

Pohdinta

Sekä hammaslääketieteen opiskelijoilla että suuhygienistiopiskelijoilla on positiivinen asenne parodontologisia hoitoja kohtaan. Parodontologiset hoidot koetaan merkittäviksi potilaiden kokonaishoidon kannalta ja niihin haluttaisiin panostaa. Tämä ei kuitenkaan ole aina mahdollista käytössä olevan työajan rajallisuuden vuoksi. Se näkyy myös hammaslääketieteen opiskelijoiden kertomassa arvioissa ajankäytön jakautumisesta eri toimenpiteiden välillä. Parodontologisiin hoitoihin arvioitiin käytettävän murto-osa kariologisiin hoitoihin käytetystä ajasta.

Myös hammaslääkärien ja suuhygienistien työnkuvien erojen hahmottamisessa oli työpaikoilla haasteita. Vastauksissa tuli ilmi kirjavia käytäntöjä näiden ammattiryhmien välisessä yhteistyössä.

Hyvän hoidon toteuttamiseen tarvitaan asianmukainen välineistö.

Hammaslääketieteen opiskelijoista yhtä lukuun ottamatta kaikki kertoivat kartoittavansa aikuispotilaiden parodontiumin tilan aina tutkimuskäynnin yhteydessä. Suuhygienistiopiskelijat arvioivat, että keskimäärin vain 35 %:lle hammaslääkärien lähettämistä potilaista oli tehdyn tutkimuksen perusteella kirjattu parodontologinen status ja he joutuivat hoitamaan usein potilaita, joiden parodontiumin tilaa hammaslääkäri ei ollut kartoittanut. Diagnostinen vastuu on kuitenkin aina hammaslääkärillä.

Hyvän hoidon toteuttamiseen tarvitaan asianmukainen välineistö. Selvitksemme mukaan terveystarkastuksissa käytettävissä olevassa välineistössä oli

paljon eroja. Yli puolet hammaslääketieteen opiskelijoista kertoi käytössä olleen puutteellisen valikoiman käsi-instrumentteja, eikä kaikissa paikoissa ollut ultraäänilaitetta. Suuhygienistiopiskelijoilla tilanne oli parempi: suurin osa kertoi käytettävissä olleen riittävän valikoiman käsi-instrumentteja, kaikilla oli ultraäänilaitteita ja jauhepuhdistinkin noin joka kolmannella.

Opiskelijoiden vastausten perusteella työpaikkojen hoitokäytännöt, käytettävissä oleva työaika ja puutteellinen välineistö estivät tekemästä parodontologista hoitoa niin laajasti ja huolella kuin opiskelijat olisivat halunneet. Työpaikoilla vallitseva asenneilmapiiri välittyi sekä suljettujen että avointen kysymysten vastauksissa. Esimerkkejä tällaisista vastaajan omaa pohdintaa olevista avoimista vastauksista ovat: ”Nuoremmat hammaslääkärit yleensä hoitivat itse vaativimmat tapaukset. Vanhat hammaslääkärit laittoivat kaikki parodontologiset potilaat suuhygienistille vedoten potilaiden paljouteen. Tulisi tehdä selväksi, mitkä ovat hammaslääkärin vastuualueet ja mitkä suuhygienistin” ja ”Terveystarkastuksessa parodontologinen hoito oli erittäin aliarvostettua. Hoidon taso oli lähinnä hammaskiven rapsuttelua, ei parodontologista hoitoa.”

Suuhygienistiopiskelijat kommentoivat esimerkiksi: ”Pystyin konsultoimaan hammaslääkäriä aina, kun oli tarvetta. Välillä minusta tuntui, että hammaslääkärit eivät hahmottaneet suuhygienistin työnkuvaa. Sain monta kertaa kesällä potilaakseni potilaan, jonka CPI oli 4. Koulussa on opetettu, että tällaiset potilaat kuuluvat hammaslääkärin hoitoon” ja ”Riippui hammaslääkäristä. Useimmat eivät olleet parodontologisista hoidosta kiinnostuneita ja olivat sitä mieltä, että kuuluu kokonaan suuhygienisteille.” Toisaalta tuli myös runsaasti kommentteja, että työnjako oli selkeä ja toteutui mallikkaasti. Työpaikkojen välillä oli suuria eroja. Oli myös työpaikkoja, joissa parodontologisia hoitoja pidettiin arvossaan ja työnjako oli selkeä

hammaslääkärien ja suuhygienistien välillä.

Noin joka toinen vastanneista hammaslääketieteen opiskelijoista kertoi ehtivänsä kirjaamaan varatulla tutkimuskäynnillä tehdyn tutkimuksen perusteella aina sekä kariologisen että parodontologisen statuksen. Tämä on osoitus huolestuttavasta kehityksestä ajan käytössä, sillä kaiken hoidon perustana tulisi olla huolellisesti tehty tutkimus ja diagnostiikka. Jos tutkimuksiin varataan niukasti aikaa, voivat ongelmat jäädä diagnosoimatta ja kokonaishoidon hoitosuunnitelma jää tekemättä. Vaikka aikaa ja rahaa säästetään hetkellisesti, pitkällä aikavälillä voi syntyä merkittäviä kustannuksia sekä potilaalle että yhteiskunnalle ja potilaan kokema elämänlaatu saattaa heikentyä.

Vuonna 2012 Suomen Hammaslääkärilehdessä julkaistussa samoja kysymyksiä pääkaupunkiseudun terveyskeskushammaslääkärien keskuudessa kartoittaneessa tutkimuksessa (8) saatiin tuloksena työajan jakautumisesta toimenpiteiden välillä samankaltaisia lukuja kuin tässä selvityksessä. Molempien tulosten mukaan kariologiaan ja endodontiaan käytettiin 66 % kliinisestä työajasta. Hampaiden poistoihin ja parodontologisiin hoitoihin käytettiin noin 9 % kliinisestä työajasta. Tämä on huolestuttavaa, koska parodontologisten ongelmien hoito on huomattavasti enemmän aikaa vievää kuin hampaiden poistot, ja parodontologiset ongelmat ovat hyvin yleisiä.

Jatkuva ajanpuute voi ohjata työn tekoa vain akuuttien ongelmien hoitoon, jolloin parodontologinen hoito voi hyvinkin jäädä huomioimatta. Myös se, että hammaslääkäriin seuraavat vastaanottoajat ovat saatavissa vasta useiden kuukausien päästä, saattaa ohjailla ajankäyttöä. Hammaslääkäriin ajankäyttöä voi merkittävästi ohjata myös taitotaso ja kokemus eri toimenpiteiden mielekkyydestä.

Suuhygienistiopiskelijoiden vastauksen perusteella hammaslääkärien ja suuhygienistien työnkuvien ero paro-

A student point of view about periodontal treatments in health centres

Periodontitis is a common but underdiagnosed non-communicable national disease and public health problem. Health centres should play a major role in solving this problem by focusing on proper and early diagnosis and effective treatment of periodontal diseases. As patients' knowledge of periodontal diseases and their causes and prevention is generally poorer than their understanding of dental caries (4), the raising of patients' awareness of periodontal problems and emphasizing the importance of self-care is an important part of treatment. According to our study, both dental and oral hygienist students had a positive attitude towards periodontal care. They

considered periodontal treatment to be significant for the overall care of their patients, but were not always able to devote sufficient time to periodontal care due to scarce resources evidenced by the assessment of time spent on different treatment measures. Major differences in periodontal diagnostic and treatment practices between workplaces and occupational groups were found to be caused by undefined roles and responsibilities of dentists and dental hygienists. In some health centres, the recommendations given in current care guidelines were followed appropriately, whereas in others there remains work to be done.

dontologisissa hoidoissa on osin epäselvä. Parodontitiin Käypä hoito -suosituksen mukaan hammaslääkäriin tulisi tutkia jokaisen potilaan parodontium osana suun terveydentilan tutkimusta, ja "Parodontologisen hoitotiimin jäsenenä potilaan ja hammaslääkäriin ohella voivat olla suuhygienisti, hammashoitaja ja erikoishammaslääkäri. Hammaslääkäri tekee parodontologisen diagnoosin ja laatii sen perusteella hoitosuunnitelman. Hammaslääkäri osallistuu parodontologiseen hoitoon ja vastaa aina sen toteutumisesta kokonaisuutena. Suuhygienisti huolehtii suun terveyden ylläpitämisestä ja osallistuu hoitoon ja ylläpitohoitoon" (1).

Parodontologisen hoidon mahdollisimman hyvän toteutumisen kannalta on olennaista, että jokaisella hoitotiimin jäsenellä olisi selkeä käsitys omasta osuudestaan hoidon toteutuksessa. Kaikkien hoitoon osallistuvien tulisi voida toimia oman koulutuksen ja taitotason mukaisella työskentelyalueella. Vaativissa parodontologisissa hoidoissa potilas tulisi lähettää parodontologian erikoishammaslääkäriin hoitoon.

Kyselyn vahvuutena ovat aiemmin testatut kysymykset. Selvityksen heikkoutena on aineiston pieni koko, jonka takia tulosta ei voida yleistää.

Parodontitiin varhaisdiagnostiikka ja ehkäisy on kansanterveydellisesti ja -taloudellisesti merkittävää. Viivästyneestä parodontitiin diagnosoinnista seurannut sairauden eteneminen voi aiheuttaa sekä potilaille että yhteiskunnalle merkittäviä kustannuksia. Hampaiden menetyksistä seuraa tarve laajoille purennan kuntoutuksille ja puuttuvien hampaiden korvaamiselle proteesein (2). Myös parodontitiin yhteys yleissairauksiin, kuten diabetekseen, korostaa varhaisen diagnostiikan merkitystä (11).

Parodontitiin ehkäisyssä hammaslääkärien asema on merkittävä, koska diagnoosin asettaa aina hammaslääkäri (1). Tämä selvitys tukee aiempien tutkimusten tuloksia parodontaalisairauksien hoitamiseen osoitettujen voimavarojen puutteellisuudesta sekä asenneilmapiiristä, jotka molemmat vaatisivat toimintatapojen tarkistamista työpaikoilla.



Yhteenveto

Parodontiitti on alidiagnosoitu kansantauti ja kansanterveysongelma, jonka ratkaisemisessa tärkeässä roolissa on terveyskeskuksissa tapahtuva asianmukainen parodontologinen diagnostiikka ja hoito. Potilaiden tietoisuuden lisäämisen hampaiden kiinnityskudoksen sairauksista tulisi olla kiinteä osa parodontaalisairauksien hoitamista, sillä potilaiden tiedot parodontiitista ja sen syistä ja ehkäisystä ovat yleensä heikommat kuin ymmärrys karieksesta (4). Tämä korostaa omahoidon ohjauksen merkitystä parodontaalisairauksien ehkäisyssä ja hoitamisessa.

Selvityksemme mukaan sekä hammaslääketieteen opiskelijoilla että suuhygienistiopiskelijoilla on positiivinen asenne parodontologisia hoitoja kohtaan. Parodontologiset hoidot koetaan merkittäväksi potilaiden kokonaishoidon kannalta ja niihin halutaan panostaa; tämä ei kuitenkaan ollut aina mahdollista työpaikan ajankäytöllisten resurssien vuoksi. Se näkyy myös ham-

maslääketieteen opiskelijoiden kertomassa arvioissa ajankäytön jakautumisesta eri toimenpiteiden välillä.

Parodontiitin ehkäisyssä hammaslääkärin asema on merkittävä.

Myös hammaslääkärin ja suuhygienistien työnkuvien erojen hahmottamisessa oli työpaikoilla haasteita, mikä ilmeni kirjavina käytäntöinä ammattiryhmien välisessä yhteistyössä. Lisäksi ilmeni suuria eroja parodontologisissa diagnostiikka- ja hoitokäytännöissä eri työpaikkojen välillä. Osassa työpaikoista parodontologinen hoito toteutui mallikkaasti suositusten (1) mukaisesti, mutta osassa työpaikoista sen toteuttamisessa oli selviä haasteita. ■

Janne Paavola, HLK
Itä-Suomen yliopisto, hammaslääketieteen yksikkö
jannepaav@gmail.com

Päivi Mäntylä, professori, ylihammaslääkäri
Itä-Suomen yliopisto, hammaslääketieteen yksikkö ja Kuopion yliopistollinen sairaala

Annamari Nihtilä, HLT, EHL, ylihammaslääkäri
Itä-Suomen yliopisto, hammaslääketieteen yksikkö ja Espoon kaupunki, suun terveydenhuolto

Pohjoismainen teema lehdissä 6, 7 ja 8/2021

Pohjoismaisten hammaslääkärilehtien yhteisen teema-artikkelikokonaisuuden aiheena on tänä vuonna suun terveyden eriarvoisuus Pohjoismaissa. Hammaslääkärilehti julkaisee tämän 10 artikkelia sisältävän teeman lehdissä 6, 7 ja 8.

KIRJALLISUUS

1. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Parodontiitti. Käypä hoito -suositus 11.12.2019. [<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50086>].
2. Herrera D, Meyle J, Renvert S, Jin L. White paper on prevention and management of periodontal diseases for oral health and general health. FDI Global Periodontal Health Project Task Team 2018
3. Slots J. Periodontitis: facts, fallacies and the future. Periodontol 2000 2017; 75(1): 7–23.
4. Petersen PE, Ogawa H. The global burden of periodontal disease: towards integration with chronic disease prevention and control. Periodontol 2000 2012; 60(1): 15–39.
5. Dentino A, Lee S, Mailhot J, Hefti AF. Princi-

ples of periodontology. Periodontol 2000 2013; 61(1): 16–53.

6. Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A, toim. Suoma-laisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. [<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78322/2004b16.pdf?sequence=1>]. Luettu 20.2.2018.
7. Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL; Raportti 68/2012. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1]. Luettu 18.6.2018.
8. Rantahakala L, Nihtilä A, Mäntylä P. Parodontologiset diagnoosi- ja hoitokäytännöt pääkaupunkiseudun terveyskeskuksissa. Suom

Hammaslääkäril 2012; 1(19): 16–24.

9. Williams KB, Burgardt GJ, Rapley JW, Bray KK, Cobb CM. Referring periodontal patients: clinical decision making by dental and dental hygiene students. J Dent Educ 2014; 78(3): 445–53.
10. Kuntaliitto. Erikoissairaanhoidon vastuua-lueet. [<https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntija-palvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/erikoissairaanhoido>]. Luettu 20.2.2018.
11. Gengo R, Borgnakke W. Risk factors for periodontal disease. Periodontol 2000 2013; 62(1): 59–94.