



Oral hälsa hos barn i socialt utsatta områden – en utmaning

Käynyt läpi vertaisarvioinnin.
Hyväksytty julkaistavaksi 18.5.2020.



Kaikkien lasten parissa työskentelevien täytyy tuntea YK:n *Yleissopimus lapsen oikeuksista*. Sen mukaan kaikilla lapsilla on yhtäläinen oikeus nauttia mahdollisimman hyvästä terveydestä.

Pohjoismaissa väestöllä on yleisesti ottaen hyvä suunterveys, mutta tutkimukset osoittavat, että sosiaalinen vähäosaisuus on myös lapsilla huomattava huonon suunterveyden riskitekijä. Lisäksi on todettu, ettei suun terveydenhuollon ennaltaehkäisevä työ välttämättä tavoita vähäosaisia lapsia eivätkä he myöskään käy tarkastuksissa tai hoidoissa kuten muut lapset. Kaikille lapsille suunnatun hammashoidon lisäksi tarvitaankin erityistoimia, jotka on räätälöity vähäosaisille lapsille.

On tärkeää, että suunterveyttä edistävät ja suun sairauksia ehkäisevät toimet aloitetaan mahdollisimman varhaisessa iässä. Monien ehkäisevien toimenpiteiden ja hoitostrategioiden tehosta ei kuitenkaan löydy tutkittua tietoa, ja usein myös terveystaloudelliset analyysit puuttuvat. Huono-osaisten alueiden lapsille räätälöityjen suunterveysinterventioiden järjestelmällinen dokumentointi ja analysointi siten, että hankkeiden pohjalta olisi mahdollista tehdä tieteellistä tutkimusta, on hyvin vaikeaa. Tällainen tutkimus vaatii moniammatillista tutkimusotetta ja hammashoitolojen osallistumista. Interventioiden ja tutkimusten päämääränä tulee olla yhdenvertainen terveys, suunterveyden eriarvoisuuden tasaaminen sosiaaliryhmien välillä.

Lasten suunterveys sosiaalisesti huono-osaisilla alueilla on suuri haaste

Gunilla Klingberg, Karin Ridell, Marit Slättelid Skeie

Pohjoismaissa lasten ja nuorten suunterveys on yleisesti ottaen hyvä verrattuna moniin muihin maihin (1). Tämä johtuu suurelta osin hyvin toimivasta, maksuttomasta lasten hammashoidosta sekä toimivasta hyvinvointivalttiosta. Tästä huolimatta Pohjoismaissa on lapsia, joiden suu ja hampaat ovat huonossa kunnossa ja joita suun terveydenhuolto ei tavoita. Terveydellisistä syistä suun terveydenhuollolla on kuitenkin velvollisuus asettaa lasten suunterveys kaiken muun edelle. Ennaltaehkäisevän suun terveydenhuollon avulla suuri osa lapsista voisi välttyä erityisesti kariekselta. Jos lapset välttäisivät hampaiden karioitumisen aikuisikään saakka ja oppisivat kasvaessaan huolehtimaan suuhygieniastaan hyvin, olisi heillä hyvät mahdollisuudet säästyä reikiintymiseltä myös aikuisiällä. Näin he eivät juurikaan tar-

vitsisi korjaavan hoidon toimenpiteitä. Tämä hyödyttäisi sekä yksilön omaa terveyttä että kansantaloutta. Lasten suunterveyteen kannattaa siis panostaa, useista eri syistä.

Tämän artikkelin tarkoituksena on kuvailla erilaisia lasten suunterveyteen vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä. Lisäksi on tarkoitus selvittää, mitä YK:n *Yleissopimus lapsen oikeuksista* tarkoittaa konkreettisesti, ja millä tavoin siinä kuvattu lasten oikeus terveyteen asettaa yhteiskunnalle suuren vastuun. Näistä lähtökohdista pohdimme suun terveydenhuollon toimintastrategioita sekä haasteita, joiden eteen alamme ammattihenkilöstö joutuu.

Yleissopimus lapsen oikeuksista

Lasten suunterveydestä tai sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta siihen on mahdollista keskustella ottamatta huo-

mioon Yhdistyneiden kansakuntien *Yleissopimusta lapsen oikeuksista* (2). Yleissopimus täytti äskettäin 30 vuotta, ja sen ovat vahvistaneet kaikki YK:n jäsenmaat, Yhdysvaltoja lukuun ottamatta. Sopimus on jo aikaisemmin liitetty Suomen, Islannin ja Norjan kansalliseen lainsäädäntöön, ja vuoden 2020 alussa näin tapahtui myös Ruotsissa (3).

Sopimuksessa lapset määritellään alle 18-vuotiaiksi henkilöiksi, ja sopimus sisältää neljä tärkeää pääperiaatetta (artiklat 2, 3, 6 ja 12). Niiden mukaan

- lasta ei saa syrjiä
- lasta koskeissa kysymyksissä hänen etunsa on oltava tärkeimmällä sijalla
- lapsella on oikeus kehittyä
- lapsella on oikeus ilmaista mielipiteensä
- lasta on kuultava kaikissa häntä koskeissa asioissa.

Lisäksi artiklassa 24 vahvistetaan, että lapsella on oikeus mahdollisimman hyvään terveyteen, terveyden- ja sairaanhoitoon sekä kuntoutukseen. Sopimuksen kaksi muuta artiklaa, artikkelit 26 ja 27, ovat tärkeitä keskusteltaessa lasten sosiaalisesta asemasta. Niissä todetaan, että lapsella on oikeus sosiaalisesti turvattuun elämään, ja että valtion on taattava lapselle turvallinen elämä, jos hänen huoltajansa ei tähän kykene. Lisäksi lapsella on oikeus kohtuulliseen elintason, mikä tarkoittaa, että hänelle turvataan esimerkiksi asunto, ruoka ja vaatteet.

Yleissopimuksen mukaan lapsen oikeuksien täytyy toteutua. Näin ollen yhteiskunnalla on velvollisuus muun muassa varmistaa, että kaikki lapset saavat samat mahdollisuudet hyvään suunterveyteen huolimatta taustastaan, sosioekonomisesta asemastaan tai mahdollisista toimintarajoitteistaan. Ihanteellista olisi, jos lapset tämän lisäksi voitaisiin osallistaa mukaan, kun yhteiskunnassa päätetään suun terveydenhuollon käytännöistä,

keskustellaan hoidon prioriteeteista ja niin edelleen. Yleissopimus muistuttaa, että muun muassa päätöksentekijöiden, viranomaisten ja hoitohenkilöstön on tärkeää olla hyvin perillä sen sisällöstä – erityisesti yllä mainituista neljästä pääperiaatteesta. Sopimuksen sisältö tulee huomioida aina ja kaikissa olosuhteissa sekä pyrkiä toimimaan lapsen parhaaksi.

Lapsen asema on juridisessa mielessä vahvistunut kaikissa Pohjoismaissa, ja sopimus tekee selväksi, että lapsia tai lasten terveyttä ei saa syrjiä suhteessa muihin ryhmiin. Tästä huolimatta on vaara, että lasten hammashoidon kehitys jää jälkeen esimerkiksi aikuisten hammashoidon kehityksestä. Tähän voi olla monia syitä: esimerkiksi kapasiteetin puute – kuten suunterveyden ammattihenkilöiden riittämätön määrä – saattaa pakottaa tekemään priorisointeja, mikä voi johtaa siihen, että aikuisten suun sairauksien hoito ja kuntoutus asetetaan etusijalle suhteessa lasten maitohampaiden hoitoon tai ehkäiseviin toimenpiteisiin. Lapset saatetaan myös sivuuttaa. Sivuartaminen tarkoittaa, että potilaat, joiden

hoidontarve on pienempi, asetetaan syystä tai toisesta etusijalle verrattuna niihin, joiden hoidontarve on suurempi. Asiaan vaikuttaa se, että yhteiskunta korvaa tai kompensoi erityyppisiä hoitoja eri tavoin, ja korvausten suuruus voi riippua potilaan iästä. Tietyt potilaat tai hoidot siis ovat hammaslääkärille kannattavampia kuin toiset, ja vaarana on, että korvausjärjestelmä ohjaa hoitotyötä etikkaan perustuvan priorisoinnin sijaan. Priorisointiin voi vaikuttaa myös eri potilasryhmien ja hoitotoimenpiteiden erilainen status, eli se, millaisia potilaita tai hoitoja ammattikunta arvostaa. Hoitoon pääsy tai hoidon saatavuus riippuu luonnollisesti myös siitä, millä tavoin eri alueilla on saatavilla henkilöstöä, jolla on tarvittava erityisosaaminen ja -koulutus.

Lasten vaikeiden hammasairauksien, kuten laajojen kariesvaurioiden, hoito on usein stressaavaa, ja joskus

maitohampaiden korjaamista pidetään turhana. Lasten hammashoidon tehtävä on entistä vaikeampi silloin, kun lapset elävät sosiaalisesti eriytyneillä alueilla ja kielimuurin takana. Nämä tekijät täytyykin ottaa huomioon sekä hoitosuunnitelmia laadittaessa että hoitoväljää suunniteltaessa, jotta yleissopimus lapsen oikeuksista toteutuisi suun terveydenhuollon arjessa.

Lapset sosiaalisessa kontekstissa

Lapset eivät ole hoitotilanteessa vahvoilla toimijoina eivätkä myöskään potilaina. He ovat lähes täysin riippuvaisia siitä, että heidän huoltajansa – yleensä siis vanhemmat – sekä yhteiskunnan eri instituutiot toimivat heidän parhaakseen. Toisin sanoen jonkun muun on edustettava lasta. Asioiden sujumiseksi esimerkiksi suun terveydenhuollolla täytyykin olla tieto lapsen elämäntilanteesta laajemmassa kontekstissa, mikä sisältää myös sosiaaliset näkökohdat. Kuten tiedetään, erilaisilla sosiaalisilla tekijöillä ja terveydellä on hyvin vahva yhteys. Yksinkertaistettuna puhutaan *sosiaalisesta eriytymisestä* ja *sosioekonomisesta asemasta*. Näillä viitataan tiettyihin sosiaalisiin ja taloudellisiin tekijöihin, joihin kuuluvat esimerkiksi koulutustaso, tulotaso, ammatti ja se, paljonko henkilö tekee töitä. Ja koska nämä tekijät liittyvät yleensä lapsen huoltajaan, asia on monimutkainen.

Lasten sosiaalinen vähäosaisuus liittyy yleensä köyhyyteen. Lapsiköyhyydelle on monta eri määritelmää; nämä määritelmät ovat usein suhteellisia ja joskus melko karkeita. On kuitenkin tärkeää tietää, kuinka iso osa lapsiväestöstä elää niukoissa oloissa, jotta terveyden edistämistoimia ja sairauksien ennaltaehkäisyä voidaan suunnitella väestölähtöisesti. Yhteiskunnan täytyy myös pystyä ottamaan nykyistä paremmin huomioon lapset, jotka elävät huono-osaisilla asuinalueilla, sekä ymmärtää, mitä esimerkiksi vaikea taloudellinen tilanne voi aiheuttaa lapselle. Esimerkiksi suun terveydenhuollon näkökulmasta niinkin perustavanlaatuiset

Suunterveyden
eriarvoisuus
Pohjoismaissa
osa 3/3



asiat kuin hammasharja ja hammastahna voidaan kokea köyhässä perheessä kalliiksi, eikä huoltajilla välttämättä ole varaa edes maksaa matkoja hammashoitolaan ja takaisin. Tällaiset realiteetit vaikuttavat sekä lasten suunterveyteen että siihen, miten lapset käyttävät suun terveydenhuollon palveluita.

EU:n alueella lapsiköyhyys määritellään laskemalla niiden alle 18-vuotiaiden osuus, joiden perheessä tulot alittavat 60 tai 50 prosenttia siitä, mikä samankokoisten perheiden mediaanitulo on kyseisessä maassa (4). Vuonna 2013 arvioitiin, että 13 prosentissa kaikista EU:n lapsiperheistä tulot jäivät kahtena kolmesta vuodesta alle 60 prosenttiin mediaanitulosta. Pohjoismaissa vastaava luku on 3–5 prosenttia. Pohjoismaista Ruotsissa on suhteellisesti eniten köyhissä perheissä eläviä lapsia, määriteltiin köyhyys sitten millä tavoin tahansa. Ruotsissa köyhissä oloissa elävien lasten osuus on myös kasvanut 2010-luvulla.

Ruotsin Pelastakaa lapset -järjestö määrittelee lapsiköyhyyden sekä matalan tulotason että toimeentulotuen saamisen perusteella. Tämän mittarin mukaan vuonna 2016 Ruotsin lapsiköyhyys oli – kaikki lapset mukaan luetuna – 9,3 prosenttia; toisin sanoen melkein joka kymmenes ruotsalaislapsi oli köyhä (5). Taloudellinen vähäosaisuus ja sen myötä myös lapsiköyhyys oli merkittävästi tätä yleisempää yksinhuoltajaperheissä (10,9 %) sekä perheissä, joissa vanhemmat olivat syntyneet ulkomailla (19,6 %). On arvioitu, että yksinhuoltajaperheissä, joissa vanhempi on syntynyt ulkomailla, peräti 42 prosenttia lapsista elää taloudellisessa köyhyydessä. Tässä yhteydessä on tärkeää korostaa, että köyhyyden tärkeimmät taustatekijät liittyvät työ- ja asuntomarkkinoihin, työttömyyteen ja sairauksiin; se, että henkilö on syntynyt ulkomailla, ei itsessään aiheuta köyhyyttä.

Haasteet ovat suuremmat suurkaupungeissa ja erityisesti eriytyneillä alueilla. Esimerkiksi Ruotsin Malmössä lapsiköyhyys on 25 prosenttia. Se kui-

tenkin jakautuu kaupungin sisällä hyvin epätasaisesti, sillä Limhamn-Bunkeflon kaupunginosassa osuus on 8,7 prosenttia ja Rosengårdissa 51,8 prosenttia. Näiden kahden alueen asukkaat eroavat toisistaan suuresti ansiotulojen, asumismuodon, koulutustason ja työllisyyden suhteen (5). Myös kariksen esiintyvyydessä on kaupunginosien välillä suuria eroja, minkä muun muassa Malmökomissionen osoitti. Huolimatta ehkäisevän suun terveydenhuollon täsmätoimenpiteistä Rosengårdissa asuvilla 6-vuotiailla esiintyi kuusi kertaa enemmän kariesta kuin Bunkeflossa asuvilla.

Lapsi tarvitsee sekä hyvät fyysiset että henkiset kasvuolosuhteet. Köyhyyden lisäksi lukemattomat muutkin tekijät saattavat siis vaikuttaa perheen tai huoltajan kykyyn tukea, kasvattaa ja edustaa lasta. Tällaisia tekijöitä voivat olla muun muassa huoltajan psyykinen sairaus tai päihteiden käyttö, mutta myös muut arjen huolta aiheuttavat olosuhteet tai tilanteet. Toimintarajoitteisten lasten vanhemmat sairastuvat muita vanhempia useammin pitkäaikaissairauksiin, mikä saattaa tehdä lapsesta kaksin verroin haavoittuvamman. Joskus taloudellisissa ongelmisissa olevalla huoltajalla on samanaikaisesti elämää hankaloittava sairaus, tai sitten lapsen oma toimintarajoite tai pitkäaikaissairaus voi vaikeuttaa perheen taloudellista tilannetta. Tämän vuoksi suun terveydenhuollon täytyy ottaa huomioon sekä sosiaaliseen eriytymiseen liittyvät rakenteelliset seikat – kuten tiettyjen alueiden elinehdot ja lapsiköyhyys – että yksittäistä lasta koskevat yksilölliset tekijät – esimerkiksi se, että lapsen saamassa hoivassa tai hänen elinolosuhteissaan saattaa olla puutteita sairauden tai toimintarajoitteen vuoksi. Tämä edellyttää, että suunterveyden ammattihenkilö tuntee lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen. Lasten hammashoidon tulee myös olla järjestetty siten, että suunterveyden edistäminen ja suusairauksien ennaltaehkäisy tapahtuvat yhteistyössä muiden toimijoiden, kuten lasten ylei-

sen terveydenhoidon, koulun tai sosiaalipalveluiden, kanssa. Mikäli on syytä epäillä, että lapsi on vaarassa vahingoittua, ammattilaisilla täytyy olla valmius toimia hänen hyväkseen.

Sosioekonomiset tekijät ja hammasterveys

Monet pohjoismaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että sosioekonomiset tekijät ja lasten ja nuorten kariet ovat yhteydessä toisiinsa. Eräässä hiljattain julkaistussa ruotsalaistutkimuksessa todettiin, että kariksen esiintyvyys 3–19-vuotiailla lapsilla ja nuorilla korreloi voimakkaasti sosioekonomisten tekijöiden kanssa. Mitä huonompi oli lasten sosioekonominen asema, sitä suurempi oli heidän karietriskinsä. Erot olivat sitä suuremmat, mitä nuorempia lapset olivat. Maantieteellinen elin- ja asuinalue vaikuttivat tuloksiin enemmän kuin se, missä hammashoitoloissa lapsia hoidettiin (6). Samanlaisia tutkimustuloksia on saatu muistakin Pohjoismaista (7–10). Lasten ja nuorten kariessairastavuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat etnisuus sekä vanhempien koulutustaso, tulotaso ja työsuhte tai työttömyys. On myös todettu, että perheessä esiintyvä psyykinen sairaus sekä riittämätön vanhemmuus suurentavat lapsen karietriskiä.

Ruotsin Sosiaalivaltio osoitti vuonna 2013, että lasten ja heidän vanhempiensa hammasterveyden välillä on yhteys, samoin kuin hammasterveyden ja hammashoitokäytien välillä. Mitä huonompi vanhempien hampaiden terveys oli, sitä suurempi oli riski, että lapsillekin syntyy karietvaurioita. Myös vanhempien sosiaalinen tilanne ja asema sekä heidän halukkuutensa hakeutua hammashoittoon vaikuttivat heidän lastensa karietriskiin ja motivaatioon hakeutua hammashoittoon. Vanhempien sosiaalista asemaa heikentäviksi seikoiksi katsottiin tutkimuksessa mm. lapsen saaminen nuorella iällä, yksinhuoltajuus, matala koulutustaso, taloudellisen tuen saanti sekä se, että vanhempi oli Länsi-Euroopan ulkopuolelta tullut maahanmuuttaja. Tutkimuksen

perusteella lapsilla, jotka asuivat heikosti resursoituilla, maahanmuuttajavaltaisilla alueilla, oli suurempi kariesriski, ja he hakeutuivat harvemmin hammashoittoon kuin lapset, jotka asuivat vauraammilla alueilla. (11.) Tutkijat kartoittivat syvähaastatteluilla tarkemmin sellaisten vanhempien ja perheiden elämää, joiden lapset jättivät hammashoitokäyntejä väliin. Ilmeni, että näiden perheiden arki oli hyvin stressaavaa, eivätkä vanhemmat kyenneet priorisoimaan lasten hammashoittoa (12).

Sijoitettujen lasten hammasterveys

Lapset, jotka eivät elä yhdessä molempien biologisten vanhempiensa kanssa, sekä sijoitetut lapset ovat yliedustettuna erikoishammashoittoon lähetettyjen lasten joukossa suuren hoidontarpeensa ja vaikeahoitoisuutensa vuoksi (13). Ruotsissa kaikista 0–18-vuotiaista lapsista noin neljä prosenttia on sijoitettu asumaan kodin ulkopuolelle – esimerkiksi perhekotiin, LVU-kotiin (LVU = laki lasten ja nuorten huollosta) tai SiS-kotiin (SiS = laitoshoidon vakavista psykososiaalisista ongelmista kärsiville ja päihitteitä käyttäville nuorille). Monissa eri maissa tehdyt tutkimukset osoittavat, että sijoitetuilla lapsilla on huomattavasti fyysinen ja psyykinen terveys sekä suunterveys kuin muilla lapsilla, ja että he jättävät useammin käymättä hammashoidossa kuin muut lapset (11, 14–17). Tuoreen kirjallisuuskatsauksen mukaan ei ole myöskään olemassa toimintamallia, joka takaisi sijoitetuille lapsille terveyden- ja sairaanhoidon sekä suun terveydenhuollon. Suun terveydenhuolto ei tavoita näitä lapsia, eli heitä ei tutkita tai hoideta kuten muita lapsia – ei ennen sijoitusta eikä sen aikana. Heitä ei myöskään kutsuta hoitoon sijoituksen loputtua. (18.)

Kodittomien lasten hammasterveys

Kodittomuus vaikuttaa vahvasti lapsen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. On osoitettu, että epävarmalla asumisti-

lanteella ja ahtailla asumisololoilla on yhteys pienten lasten huonoon terveyteen, matalaan painoon sekä kasvaneeseen kehityksellisten ongelmien riskiin (19). Kodittomat lapset altistuvat myös muille vaaroille, esimerkiksi köyhyydelle, asuinpaikan vaihtumiselle, päihteiden väärinkäytölle sekä väkivallalle. Ruotsin lapsiasiamiehen (20) mukaan kodittomien lasten määrä Ruotsissa kasvaa, joskin kansalliset tilastot aiheesta puuttuvat.

Oman asunnon puute ja jatkuva muuttaminen johtavat turvattomuuden tunteeseen. Monet koulunvaihdot tai pitkä koulumatka sekä pitkä matka kaverien luo aiheuttavat lapselle stressiä ja eristyneisyyttä. Lisäksi kodittomat perheet ovat kertoneet, että heidän on vaikeaa saada yhteyttä suun terveydenhuoltoon, ja että toisinaan suun terveydenhuollon ammattihenkilöt eivät tunne voimassa olevia suosituksia tai säännöksiä (21). Onkin päivänselvää, että kodittomilla lapsilla on kohonnut suun sairauksien riski. Muun muassa Yhdysvalloissa on raportoitu, että kodittomilla lapsilla esiintyy runsaasti kariesta, mutta Pohjoismaissa asiaa ei ole tutkittu (22).

Pakolaislasten hammasterveys

Pakolaisista kaikkein haavoittuvimpia ovat lapset. Pakolaislasten mahdollisuudet saada suun terveydenhuoltopalveluja ovat erilaiset ja riippuvat siitä, missä turvapaikkaprosessin vaiheessa he ovat. Tavanomaisiin suun terveystarkastuksiin lapset kutsutaan oleskeluluvan tultua voimaan, ja vasta silloin tieto heidän suunsa terveydentilasta saadaan mukaan tilastoihin. Suun terveydenhuollon ammattilaiset kuitenkin tietävät kokemuksesta, että suurella osalla pakolaislapsista on suussa ja hampaissa laajoja terveysongelmia. Tätä kokemusta karttui erityisesti vuoden 2015 pakolaisaallon myötä.

Ruotsin lapsiasiavaltuutettu toteutti vuonna 2017 kouluterveydenhoitajille kyselyn (23), josta ilmeni, että vuonna 2015 maahan tulleilla pakolaistaustaisilla koululaisilla esiintyi runsaasti

psyykkisiä ongelmia sekä poisjääntejä terveystarkastuksista, vaikka nämä lapset olivat eläneet Ruotsissa jo jonkin aikaa.

Toimenpiteet

Suunterveyteen liittyvien sosiaalisten erojen taustatekijöitä on selvitetty ja pyritty saamaan paremmin hallintaan jo vuosikausia. Siitä huolimatta tutkimukset osoittavat, että niin Pohjoismaissa kuin muuallakin maailmassa lasten suunterveydessä esiintyy selkeitä eroja, jotka liittyvät heidän sosiaaliseen asemaansa. Tämä on monellakin tavoin vaikea asia. Suun terveyseroja ei korjata sillä, että kohdennetaan toimenpiteitä vain kaikkein vaikeimpiin tapauksiin (6). Näin toimimalla hoidettaisiin vain tietynlaisia kasvuolosuhteita ja samanlaisen taustan omaavia ryhmiä, joita yhdistävät samanlaiset yksilölliset resurssit, elämäntavat, lähiympäristö, normit, arvot ja niin edelleen. Tällaisiin yksilön ulkopuolisiin tekijöihin suun terveydenhuolto ei voi vaikuttaa kovin paljon, vaikka yksittäinen potilas hoidetaankin mahdollisimman hyvin. Sosiaalisten erojen tasoittaminen edellyttää joka tapauksessa, että terveydenhuollon työ ja yhteiskunnalliset toimet tukevat toisiaan.

Terveyttä edistävät toimenpiteet

Ainoastaan yleiset, koko väestön kattavat terveyden edistämistoimet, joita voidaan kutsua myös nimellä ”Upstream public health approach” (24), voivat tehdä suunterveyttä edistävää valinnat helpommiksi myös vähäosaisille lapsille ja vanhemmille. Yksi esimerkki tällaisesta toimesta voisi olla se, että suun terveydenhuolto sitoutuisi järjestelmälliseen ja velvoittavaan yhteistyöhön muiden lasten parissa työskentelevien tahojen – kuten koulujen ja päiväkotien – kanssa, ja nämä tahot tekisivät sitovat sopimukset hampaiden harjaamisesta ja ruokavaliosta.

Terveyttä edistäviin toimenpiteisiin kuuluu myös karieksen hallintaa koskevan, ajantasaisen tieteellisen tiedon välittäminen. Tämä tarkoittaa tiedon



jakamista esimerkiksi siitä, että karies on sairaus, jota hallitaan ensisijaisesti kiillettasolla ja ei-operatiivisesti, ja tavoite on, että paikkaushoidon eli operatiivisen hoidon tarve vähenee (25). Vanhemmillä on lakisääteinen oikeus tietoon lapsensa terveydentilasta, ja lisäksi heillä on oikeus osallistua sopivan hoitomuodon valintaan (26). Näin ollen vanhempien täytyy saada tietää lapsen mahdollisista kiillekariesvaurioista, niiden sijainnista sekä siitä, milloin vaurioiden ei-operatiivinen pysäytyshoito aloitetaan. Ilman tätä tietoa he eivät voi pitää plakkia poissa kiillelaurioista. Lisäksi vanhempia pitää informoida siitä, että hyvä suunterveys vauvaiästä alkaen vaikuttaa positiivisesti sekä lapsen yleisterveyteen että hänen tulevaan suu- ja hammasterveyteensä. Parasta olisi, jos tällainen ”moderni tietoisuus” – joka olisi mieluiten laadittu yhteistyössä viestinnän asiantuntijoiden kanssa – julkaistaisiin sosiaalisessa mediassa sopivin väliajoin. Näin vanhemmillä olisi tietyt perustiedot jo siinä vaiheessa, kun he tulevat hammashoitolaan lapsensa kanssa ensimmäistä kertaa.

Yleiset ennaltaehkäisevät toimenpiteet

Tutkimusnäytön perusteella koko väestölle sopiva kariesta ehkäisevä toimenpide, ”Population approach”, on hampaiden pesu fluorihammastahnalta kaksi kertaa päivässä aina siitä lähtien, kun lapselle puhkeaa ensimmäinen hammas (27). Hyvä esimerkki toisesta samantyyppisestä toimenpiteestä (*Childsmile intervention programme*) (28) tulee Skotlannista, jossa karies on vähentynyt kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä.

Räätälöidyt ennaltaehkäisevät toimenpiteet

Yleisten ennaltaehkäisevien toimenpiteiden lisäksi riskiryhmät tarvitsevat yleensä erikseen vielä räätälöityjä ehkäiseviä toimenpiteitä (”High risk approach”) (29). Myös nämä toimenpiteet saattavat vaatia suun terveydenhuollon yhteistyötä muiden toimijoiden

Tietoruutu 1.

Väestölähtöiset toimenpiteet

* *Terveyttä edistävät toimenpiteet*

Tavoitteena on selvittää erilaiset huonolle suunterveydelle altistavat taustatekijät, jotta suunterveyttä edistäviä toimenpiteitä olisi helpompi valita ja kohdentaa.

* *Ennaltaehkäisevät toimenpiteet*

Toimenpiteet, joiden tavoitteena on vähentää riskiastetta.

Yksinomaan riskiryhmiin kohdistuvat toimenpiteet

* *Räätälöidyt ennaltaehkäisevät toimenpiteet*

Tavoitteena keskittyminen riskiryhmiin. Epidemiologista ja/tai sosiodemografista dataa voidaan käyttää riskiryhmien tunnistamiseen.

Sosiaalisesti vähäosaisten alueiden lapset tarvitsevat kaikkia näitä toimenpiteitä terveyserojen tasoittamiseksi.

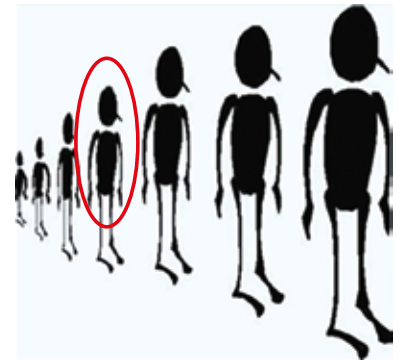
Yleiset toimenpiteet

(väestölähtöiset toimenpiteet)

Terveyttä edistävät ja sairauksia ehkäisevät toimenpiteet



Räätälöidyt ennaltaehkäisevät toimenpiteet



Kuva 1. Riskiryhmiin kuuluvat, sosiaalisesti haavoittuvassa asemassa olevat lapset tarvitsevat sekä väestölähtöisiä että räätälöityjä ehkäiseviä toimenpiteitä.

kanssa. On osoittautunut, että ennaltaehkäisevillä toimenpiteillä, jotka tehdään terveydenhuollon eri sektorien yhteistyönä (30), on suurempi vaikutus eri sairauksien yhteisiin riskitekijöihin kuin toimenpiteillä, jotka kukin sektori tekee yksinään (29).

Koska sosiaaliset erot kariksen esiintyvyydessä ovat suurimmat varhaislapsuudessa (31), tulisi kariksen yksilöllinen ennaltaehkäisy tämänhet-

kisten tieteellisten suositusten mukaan aloittaa mahdollisimman aikaisessa vaiheessa. Kirjallisuuden perusteella se pitäisi aloittaa jo ennen lapsen syntymää antamalla odottavalle äidille suunterveysneuvontaa (32). Varhaislapsuuden terveet hampaat ennustavat parempaa hammasterveyttä myös aikuisena, kuten jo aiemmin todettiin (33).

Tietoruutu 1 ja kuva 1 esittelevät erilaisia ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä.

Haasteet

Pohjoismaissa olosuhteet kariksen ennaltaehkäisyyn ovat poikkeuksellisen hyvät sikäli, että suun terveydenhuolto on hyvin organisoitu ja lasten ja nuorten kariesta koskevaa epidemiologista tietoa on koottu järjestelmällisesti. Tietoa kuitenkin kerätään eri Pohjoismaissa eri-ikäisistä lapsilta, ja myös käytetyt suunterveyden tilaa kuvaavat mittarit vaihtelevat (1). Ennaltaehkäisevien toimenpiteiden tavoitteena tulee olla se, että juuri puhjenneet terveet hampaat pysyvät terveisinä jatkossakin, ja jos kariesvaurioita kuitenkin kehittyi, niiden eteneminen pysäytetään ennen kuin ne saavuttavat dentiiniin. Perinteinen kariksen rekisteröintitapa perustuu dentiinivaurioiden havainnointiin – eli tilanteeseen, jossa nykyaikainen kariksen hallinta on epäonnistunut (1) –, eikä se siis vastaa nykyaikaista käsitystä kariksen ehkäisystä (32). Niin kutsutuista avainikäluokista, joita esimerkiksi Norjassa olivat 5-, 12- ja 18-vuotiaat, kerätty kariestieto ei myöskään sovellu riskiryhmille räätälöityjen varhaislapsuuden kariksen ehkäisytoimenpiteiden suunnitteluun.

Jotta kohdennettu kariksen ehkäisy toimisi, täytyy riskiryhmät kyetä tunnistamaan. Tunnistukseen sellaiset matalan sosioekonomisen aseman omaavat tai vähemmistötaustaiset ryhmät, joilla on kohonnut kariesriski, tutkijat ovat yhdistäneet suunterveyttä koskevat rekisteritiedot ja julkisista tilastoista saatavan sosiokulttuurisen ja sosioekonomisen datan (7, 28). Esimerkiksi Ruotsin lounaisosissa on tunnistettu riskialueita, joilla suhteellinen kariesriski on korkea (34); tässä on käytetty apuna maantieteellistä *Geo-map*-karttaa (35). Lisääntyvän epidemiologisen datan käsittely, tilastointi ja analysointi vaativat tähän erikoistuneiden ammattilaisten apua.

Esimerkkejä räätälöidyistä ECC-toimenpiteistä

Varhaislapsuuden kariksen (ECC, early childhood caries) etiologia on monitekijäinen (36), mutta eniten siihen vai-

Oral health challenges in children from socially deprived areas

Everyone who works with children should know about the UN Convention on the Rights of the Child, which states that all children should have the same right to the highest attainable standard of health. Despite good oral health in the Nordic countries, studies show that children living in socially deprived environments have a greatly increased risk of poor oral health. These children are not reached by preventive measures, they more frequently do not show up for dental appointments and they receive less dental care than others. Therefore, in addition to a more general population based prevention approach, a special high-risk approach is needed to reach children in socially deprived areas. It is also

kuttavat sosioekonomiset ja -kulttuuriset tekijät. ECC on tunnetusti vaikeasti hoidettava ongelma: sen hoitaminen menestyksekkäästi vaatii yleensä useita erilaisia ja laajamittaisia toimia (37).

Vanhempien täyttämät sähköiset kyselylomakkeet, jotka tallennetaan potilastietorekisteriin, ovat melko edullisia ja antavat varhaisessa vaiheessa sopivaa taustatietoa. Ihannetapauksessa terveyskeskuksissa täytettäviin kyselyihin sisältyisi myös suunterveyteen liittyviä kysymyksiä. Vanhemmilta voisi kysyä esimerkiksi heidän suunterveyttä koskevasta tietoudestaan ja asenteistaan: kuinka tärkeänä he pitävät suunterveyttä; millainen vanhempien ja lasten ruokavalio on; käyttävätkö perhe fluorihammastahnaa ja kuinka pitkään lasta on imetetty. Odottaville äideille annettavien suunterveyden hoitovinkien pitäisi olla luonnollinen osa raskaudenaikaista terveysneuvontaa (38). Lisäksi on tärkeää tietää maahanmuuttajataustaisten vanhempien lähtömaa (7), sillä joillakin etnisillä ja kulttuurisilla ryhmillä on muita korkeampi suun sairauksien riski. Tällaisen taustan omaavat perheet tarvitsevat heille räät-

important that the promotion and prevention efforts start from an early age. There are large knowledge gaps regarding the effects of different prevention and treatment strategies, whilst health economic analyses are rare. It is a particular challenge to systematically document and evaluate oral health promotion and prevention directed at children in socially vulnerable environments to enable research. There is also a need for interdisciplinary research that includes clinicians. The vision must be health equity and that both health promotion and preventive measures contribute to closing the oral health gap between different social groups.

tälöityjä toimenpiteitä, jotka toteutetaan kulttuurisensitiivisesti, mielellään yhteistyössä kyseisten vähemmistöryhmien johtajien tai maahanmuuttajataustaisten suun terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Lapsille, joilla vanhempien antamien tietojen perusteella voidaan katsoa olevan suuri kariesriski, pitäisi jo yksivuotiaina tarjota tutkimus, jossa kiillekariksen ja plakin määrä rekisteröidään. Myöhemmin, kun hampaita on jo enemmän, voidaan tehdä tilastollisia laskelmia kiillekariesvaurioiden jakautumisesta suussa. Laskelmien perusteella voidaan päätellä, mille hampaille tai hammaspinnoille kannattaa tehdä minkäkinlaisia ehkäiseviä toimenpiteitä – esimerkiksi fluorilakkauksia –, jotta kariesvaurion eteneminen dentiiniin saataisiin estettyä.

Yksilöllisesti räätälöidyt ehkäisevät toimenpiteet ovat tehokkaita myös vanhempien korkean suunsairausriskin omaavien lasten ja nuorten hoidossa; tutkimustietoa on kuitenkin erityisesti joidenkin ikäryhmien osalta niukasti (39). Riippumatta siitä, minkä ikäisiä vähäosaisia lapsia valitaan kohderyh-



mäksi, on tärkeää huomioida, että erilaisiin väestöryhmiin kuuluvien lasten riskitekijät voivat poiketa toisistaan, vaikka heidän ikänsä olisi sama. Sen vuoksi kohderyhmän riskiprofiili pitäisi aina analysoida, ennen kuin sille tarkoitettu toimenpide toteutetaan. On myös tärkeää saada päätöksentekijät vakuutuneiksi siitä, että toimien ja hankkeiden pitää perustua tutkittuun tietoon.

Lopuksi

Huolimatta YK:n *Lapsen oikeuksien sopimuksesta* myös Pohjoismaissa monet lapset elävät vaikeissa sosiaalisissa olosuhteissa, joiden seurauksena heillä on huono suunterveys. Tällaiset lapset tarvitsevat paitsi koko väestölle suunnattuja terveyttä edistäviä ja sairauksia ehkäiseviä toimenpiteitä, myös eri-

tyisesti lapsille suunnattuja yksilöllisiä ehkäiseviä toimenpiteitä. Suunterveyteen liittyy useita eri osa-alueita, mutta koska suun sairauksista nimenomaan karies tuottaa lapsille eniten ongelmia, tutkimukset ovat keskittyneet suurelta osin siihen. Kuitenkin myös muiden hammaslääketieteellisten diagnoosien osalta lapsilla voidaan havaita suuria sosiaalisia eroja, eikä ole tarpeeksi tutkittua tietoa siitä, millaisilla hoitostrategioilla suunterveyden tasa-arvo voitaisiin turvata parhaiten. Joka tapauksessa varmaa on, että sosiaalisesti huono-osaisilla alueilla asuvien lasten suunterveyden parantaminen edellyttää yhteiskunnan eri toimijoiden, kuten terveydenhuollon, koulujen ja sosiaalipalvelujen, välistä yhteistyötä. ■

Gunilla Klingberg, professor i pedodonti, Odontologiska fakulteten, Malmö universitet, Sverige; gunilla.klingberg@mau.se

Karin Ridell, odontologie doktor, lektor i pedodonti, Odontologiska fakulteten, Malmö universitet, Sverige

Marit Slätteid Skeie, professor emerita, Institutt for klinisk odontologi – pedodonti. Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Norge; samt Tannhelsetjenestens kompetansesenter Midt-Norge (TkMidt), Trondheim, Norge

Käännös: Laura Koskela

KIRJALLISUUS

1. Skeie MS, Klock KS. Scandinavian systems monitoring the oral health in children and adolescents; an evaluation of their quality and utility in the light of modern perspectives of caries management. *BMC Oral Health* 2014; 14: 43.
2. Sveriges regering. FN:s konvention om barnets rättigheter. [<https://www.regeringen.se/49b764/contentassets/8caaeabf49834f16aa52df2108837b2d/fns-konvention-om-barnets-rattigheter-so-199020>]. Haettu 1.3.2020.
3. Nordic Council of Ministers. Do rights!: Nordic perspectives on child and youth participation. Kööpenhamina; 2016. [<http://norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1526695/FULLTEXT01.pdf>]. Haettu 1.3.2020.
4. Nordens välfärdscenter. Fokus på barnfattigdom. 2013. [<https://nordicwelfare.org/wp-content/uploads/2017/10/BarnfattigdomSLUT.pdf>]. Haettu 1.3.2021.
5. Rädda Barnen. Barnfattigdom i Sverige. Rapport 2018. [https://resourcecentre.savethechildren.net/node/14233/pdf/rb_rapport_2018_final.pdf]. Haettu 1.3.2020.
6. Kramer ACA, Pivodic A, Hakeberg M, Östberg AL. Multilevel analysis of dental caries in Swedish children and adolescents in relation to socioeconomic status. *Caries Res* 2019; 53(1): 96–106.
7. Christensen LB, Twetman S, Sundby A. Oral health in children and adolescents with different socio-cultural and socio-economic backgrounds. *Acta Odontol Scand* 2010; 68(1): 34–42.
8. Julihn A, Ekbohm A, Modéer T. Migration background: a risk factor for caries development during adolescence. *Eur J Oral Sci* 2010; 118(6): 618–25.
9. Wigén TI, Espelid I, Skaare AB, Wang NJ. Family characteristics and caries experience in preschool children. A longitudinal study from pregnancy to 5 years of age. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39(4): 311–7.
10. Östberg AL, Kjellström AN, Petzold M. The influence of social deprivation on dental caries in Swedish children and adolescents, as measured by an index for primary health care: The Care Need Index. *Community Dent Oral Epidemiol* 2017; 45(3): 233–41.
11. Socialstyrelsen. Sociala skillnader i tandhälsa bland barn och unga. Underlagsrapport till barn och ungas hälsa, vård och omsorg 2013. [<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19101/2013-5-34.pdf>]. Haettu 1.3.2020.
12. Hallberg U, Camling E, Zickert I, Robertson A, Berggren U. Dental appointment no-shows: why do some parents fail to take their children to the dentist? *Int J Paediatr Dent* 2008; 18(1): 27–34.
13. Gustafsson A, Arnrup K, Broberg AG, Bodin L, Berggren U. Psychosocial concomitants to dental fear and behaviour management problems. *Int J Paediatr Dent* 2007; 17(6): 449–59.
14. Köhler M, Emmelin M, Hjern A, Rosvall M. Children in family foster care have greater health risks and less involvement in Child Health Services. *Acta Paediatr* 2015; 104(5): 508–13.
15. Kling S, Vinnerljung B, Hjern A. Somatic assessments of 120 Swedish children taken into care reveal large unmet health and dental care needs. *Acta Paediatr* 2016; 105(4): 416–20.
16. Randsalu LS, Laurell L. Children in out-of-home care are at high risk of somatic, dental and mental ill health. *Acta Paediatr* 2018; 107(2): 301–6.

17. Vinnerljung B, Hjern A. Health care in Europe for children in societal out-of-home care. MOCHA – Models of child health appraised. Lontoo; 2018. [<https://www.childhealthservicesmodels.eu/wp-content/uploads/Mocha-report-Children-in-OHC-May-2018.pdf>]. Haettu 1.3.2020.
18. Mensah T, Hjern A, Håkanson K, Johansson P, Jonsson AK, Matsson T. Organisational models of health services for children and adolescents in out-of-home care: health technology assessment. *Acta Paediatr* 2020; 109(2): 250–7.
19. Cutts DB, Meyers AF, Black MM, Casey PH, Chilton M, Cook JT. US housing insecurity and the health of very young children. *Am J Public Health* 2011; 101(8): 1508–14.
20. Barnombudsmannen. Inget rum för trygghet – barn och unga om vräkning och hemlöshet. Temarapport Max18 – 2016. [https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/inget_rum_for_trygghet_2016_final.pdf]. Haettu 1.3.2020.
21. Björkhagen Turesson A. (toim.). Hemlösa barns vardagsliv i Malmö. Utifrån ett barnrättsperspektiv. FoU-rapport 2019: 4. Malmö: Malmö universitet; 2019. [[http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/30701/978-91-7877-047-2_Turesson_epub%20\(1\).pdf?sequence=2](http://muep.mau.se/bitstream/handle/2043/30701/978-91-7877-047-2_Turesson_epub%20(1).pdf?sequence=2)]. Haettu 1.3.2020.
22. Chiu SH, Dimarco MA, Prokop JL. Childhood obesity and dental caries in homeless children. *J Pediatr Health Care* 2013; 27(4): 278–83.
23. Barnombudsmannen. Nyanlända barns hälsa. Delrapport I Barnombudsmannens årstema 2017 – Barn på flykt. Tukholma; 2017. [<https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/rapport-nyanlanda-barns-halsa.pdf>]. Haettu 1.3.2020.
24. Watt RG. Introduction. Kirjassa: Sheiham A, Bönecker M. (toim.). *Promoting Children's Oral Health: Theory & Practice*. 1st ed. Sao Paulo: Quintessence Editora Ltd; 2006. s. 1–12.
25. Raadal M, Espelid I, Crossner CG. Non-operativ vs operativ behandling av karies blant barn og unge. Er det tid for å endre strategi? *Nor Tannlegefor Tid* 2011; 121: 10–7.
26. Stortinget. Lovvedtak 109 (2016-2017). Vedtak til lov om endringer i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.). §3–1 og §3–3: Rett til medvirking. Informasjon til pasientens eller brukerens nærmeste pårørende 2017.
27. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Att förebygga karies. En systematisk litteraturoversikt. SBU-rapport 161; 45–57. Tukholma; 2002. [https://www.sbu.se/contentassets/84b23d321fd3462c93d996088c925344/kapitel_3_fluor.pdf]. Haettu 1.3.2020.
28. McMahon AD, Blair Y, McCall DR, Macpherson L. Reductions in dental decay in 3-year old children in Greater Glasgow and Clyde: repeated population inspection studies over four years. *BMC Oral Health* 2011; 11: 29.
29. Watt RG. Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bull World Health Organ* 2005; 83(9): 711–8.
30. Sheiham A, Watt RG. The common risk factor approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28(6): 399–406.
31. Wennhall I, Matsson L, Schröder U, Twetman S. Caries prevalence in 3-year-old children living in a low socio-economic multicultural urban area in southern Sweden. *Swed Dent J* 2002; 26(4): 167–72.
32. Pitts N, Amaechi B, Niederman R, Acevedo A, Vianna R, Ganss C. Global oral health inequalities: dental caries task group – research agenda. *Adv Dent Res* 2011; 23(2): 211–20.
33. Isaksson H, Alm A, Koch G, Birkhed D, Wendt LK. Caries prevalence in Swedish 20-year-olds in relation to their previous caries experience. *Caries Res* 2013; 47(3): 234–42.
34. Strömberg U, Magnusson K, Holmén A, Twetman S. Geo-mapping of caries risk in children and adolescents – a novel approach for allocation of preventive care. *BMC Oral Health* 2011; 11: 26.
35. Elliot P, Wakefield J, Best NG, Briggs DJ. (toim.). *Spatial epidemiology: Methods and applications*. Oxford: Oxford University Press; 2000.
36. Harris R, Nicoll AD, Adair PM, Pine CM. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dent Health* 2004; 21(Suppl 1): 71–85.
37. O'Mullane D, Parnell C. Early childhood caries: a complex problem requiring a complex intervention. *Community Dent Health* 2011; 28(4): 254.
38. Feldens CA, Vitolo MR, Drachler ML. A randomized trial of the effectiveness of home visits in preventing early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol* 2007; 35(3): 215–23.
39. Skeie MS, Klock KS. Dental caries prevention strategies among children and adolescents with immigrant – or low socioeconomic backgrounds – do they work? A systematic review. *BMC Oral Health* 2018; 18(1): 20.