



Heikolla suunterveydellä, kuten hammaspuutoksilla ja purentaelimistön toimintahäiriöihin (temporomandibular disorder, TMD) liittyvällä kivulla voi olla suuri vaikutus ihmisen elämänlaatuun ja sosiaalisiin suhteisiin. Nämä yksilöön liittyvät seikat voivat myös olla merkityksellisiä yhteiskunnalle, koska huono suunterveys voi johtaa yleisiin terveysongelmiin, suurempiin terveydenhuollon kustannuksiin, runsaampaan töistä poissaoloon ja työttömyyteen. Hammaspuutoksiin liittyvä eriarvoisuus suuri haaste; sosiaalisesti heikossa asemassa olevien kansalaisten keskuudessa esiintyy usein huonokuntoisia hampaistoja. TMD-kivun kohdalla sosioekonomiseen asemaan liittyvä epätasa-arvo ei ole yhtä ilmeistä; suurin ongelma on TMD-kivun vallitseva esiintyvyys naisilla. Sosiaalisesti heikossa asemassa oleville henkilöille hyvä hoitovaihtoehto voi olla noninvasiivinen ja yksinkertainen proteesiin avulla tehtävä purentakuntoutus. On jonkin verran merkkejä siitä, että suun ja hampaiden hoito voi toimia apuna näiden kansalaisten sosiaalisessa kuntoutuksessa. TMD-kivun hoitoon suositellaan noninvasiivisia hoitoja, kuten potilaan informoimista, omahoidon ohjeistusta, kognitiivisen käyttäytymisen muokkausta, alaleuan liikeharjoituksia, lääke- ja purentakiskohoitoa.

Hammaspuutosten ja TMD-kivun yhteiskunnalliset vaikutukset

Esben Boeskov Øzhayat, EwaCarin Ekberg

Askettäin on tunnustettu huonon suunterveyden ja sen kuntoutuksen suuret vaikutukset ihmisen elämään. Tämä on korostanut hammaslääketieteessä potilaan näkökulmaa, jota voidaan tutkia suunterveyteen liittyvällä elämänlaatumittarilla (oral health related quality of life, OHRQoL). Suunterveys ei koostu pelkästään suunsisäisistä seikoista, vaan myös elämänlaadullisista näkökulmista, joihin kuuluvat fyysinen, psykologinen ja sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvointi ilman kipua (1). Yksilöllisten seurausten lisäksi asialla voidaan ajatella olevan myös yhteiskunnallisia seurauksia. Tässä artikkelissa keskitytään kirjallisuuskatsauksen ja tapauselostusten avulla erityisesti kahteen ti-

laan: hammaspuutoksiin sekä purentaelimistön toimintahäiriöihin (TMD) liittyvään kipuun. Pohdimme näiden tilojen vaikutuksia elämänlaatuun, mahdolliseen epätasa-arvoon sekä hoitotoimenpiteisiin liittyviin julkisiin menoihin (kuvio 1).

Hammaspuutokset

Hammaspuutosten vaikutuksia koskevissa tutkimuksissa on tultu siihen johtopäätökseen, että hampaiden puuttuminen heikentää usein elämänlaatua. Vaikutus on suuri erityisesti laajan hammaspuutoksen tai etuhampaiden puuttumisen kohdalla (2–4). Tärkeimmät haitat ovat ulkonäköön ja puuskeluun liittyviä ja ne muodostavat ongelman erityisesti sosiaalisessa kanssa-

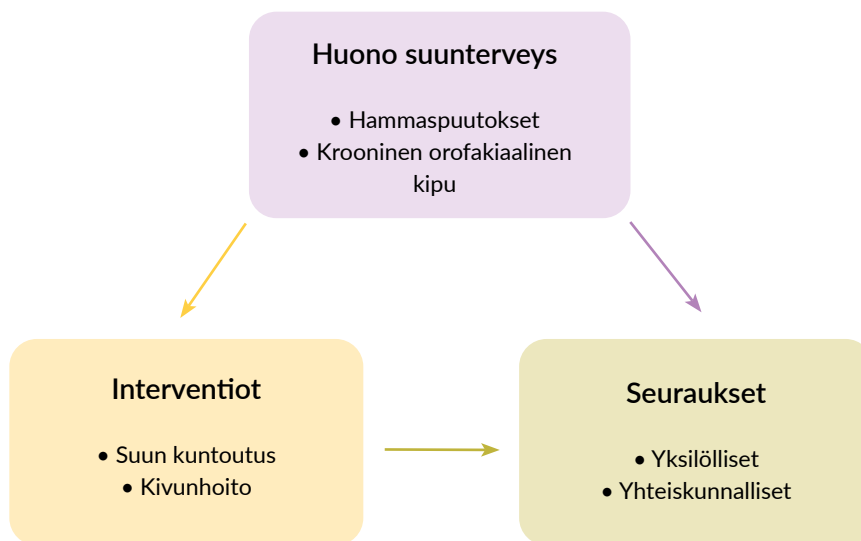
Suunterveyden
eriarvoisuus
Pohjoismaissa
osa 3/3

käymisessä (5). Eräissä tutkimuksissa onkin kuvattu itsetunnon ja sosiaalisen aseman menetystä hammaspuutosten seurauksena (3).

Hampaiden puuttumisen vaikutus on kuitenkin erittäin yksilöllinen (6). Esimerkiksi kuvan 1 potilas ei valittanut ulkonäöllistä haittaa, koska myös monilla hänen kollegoistaan oli huono suunterveys ja hän piti huonoja hampaita osana omaa identiteettiään ”työntekijänä”. Useimmilla hammaspuutoksista kärsivillä potilailla näyttää olevan tietty raja, jonka jälkeen he eivät enää pidä hampaiden puuttumista hyväksyttävänä joko puuttuvien hampaiden määrän tai sijainnin vuoksi (4). Raja-arvo vaihtelee potilaittäin, joten kliinikoiden on vaikea tietää, milloin hoito on tarpeen. Tutkimusten mukaan perinteiset kliiniset normit, kuten puuttuvien hampaiden lukumäärä ja sijainti, eivät aina ole parhaita indikaattoreita hoidon tarpeelle (6), vaan on otettava huomioon muitakin tekijöitä, kuten potilaan persoonallisuus (7).

Kirjallisuuden mukaan Skandinavian maiden kansalaisilla on nykyisin hyvä suunterveys. Hampaattomuus on harvinaisinta ja toimintakykyiset hampaistot (20 hammasta tai enemmän) yleisimpiä Euroopassa (8, 9). Kuitenkin joitakin Euroopan suurimmista suunterveyteen liittyvistä eriarvoisuuksista esiintyy Skandinaviaan kuuluvissa hyvinvointivaltioissa (8–10). Erityisesti Tanskassa eriarvoisuus on suurta ja jopa suurempaa kuin monissa muissa Euroopan maissa. Jopa Viron ja Slovenian kaltaisissa vähemmän vauraissa maissa eriarvoisuutta on vähemmän (8, 10).

Eriarvoisuus merkitsee sitä, että erityisesti sosiaalisesti heikossa asemassa olevilla kansalaisilla on huonon suunterveyden ja toimimattoman hampaiston riski. Valitettavasti tässä ryhmässä ilmenevän heikon suunterveyden on osoitettu vaikuttavan voimakkaasti heidän elämänlaatuunsa, olevan leimaavaa ja toimivan esteenä sosiaalisille suhteille, sosiaaliselle kuntoutukselle ja myös työllistymiselle (5,11). Kysymys



Kuvio 1. Malli suunterveyden ja sen seurausten välisestä yhteydestä: hammaspuutokset ja pitkäaikainen orofakiaalinen kipu.

kuuluu, onko hampaiston ja suun hoidosta hyötyä kansalaisen sosiaalisessa kuntoutuksessa.

Krooninen orofakiaalinen kipu

Krooninen kipu yleisesti ottaen on yleinen ja merkittävä terveysongelma, joka koskee vähintään viidennestä väestöstä (12). Se on nykyisin oma diagnoosinsa (13). Krooninen kipu johtaa henkilö-

kohtaiseen kärsimykseen, heikentyneeseen terveyteen ja heikompaan elämänlaatuun (12). Siihen liittyy myös huomattavia yhteiskunnallisia kustannuksia, jotka johtuvat heikentyneestä työkyvystä ja runsaasta terveydenhuollon käytöstä. Ruotsin terveysteknologian arviointineuvosto on arvioinut, että kroonisen kivun aiheuttamat yhteiskunnalliset kokonaiskustannukset Ruotsissa ovat yli 80 miljardia Ruotsin



Kuva 1. Suun kuntoutusta haluava 49-vuotias mies, joka totesi, ettei hänellä ole ulkonäköön liittyviä huolenaiheita hampaidensa suhteen, koska hän ”tulee työväenluokasta” ja hampaisto vastaa siihen liittyvää ennakkokäsitystä.



kruunua vuodessa.

Orofakiaalinen eli kasvojen ja suun alueella esiintyvä kipu on kolmanneksi yleisin krooninen kiputila, ja TMD-kipu on yleisin hampaistoon liittymätön orofakiaalinen kiputila (14). TMD on kattotermi, joka käsittää sekä kivun että toimintahäiriöt leukanivelessä (temporomandibular joint, TMJ), purentalihaksissa ja niihin liittyvissä rakenteissa. TMD-kipu on harvinaista lapsuusiässä; nuoruusiässä yleisyys kasvaa 8–10 %:iin ja aikuisväestössä esiintyvyydeksi raportoidaan 10–15 % (12, 14). Tutkimukset ovat kuitenkin osoittaneet, että orofakiaalinen kipu on vahvasti alidiagnosoitu (15, 16). Tytöt ja naiset kärsivät poikia ja miehiä useammin TMD-kivusta. Orofakiaalinen kipu nuoruusiässä on lisäksi ennuste aikuisiässä esiintyvälle kivulle (17), mikä korostaa jo nuoruusiässä esiintyvän kroonisen kivun kehittymisen estämisen merkitystä. Orofacial Pain Prospective Evaluation and Risk Assessment (OPPERA) -hankkeen mukaan TMD-kivun vuotuiseksi ilmaantuvuudeksi aikuisilla on arvioitu 3,5 % (18).

Kun selvitetään sosiaalisten ja yhteiskunnallisten vaikutusten yhteyttä krooniseen TMD-kipuun, on huomioitava ilmiön kahtalaisuus. Voidaan olettaa, että esimerkiksi työttömyydellä, heikoilla sosioekonomisilla kyvyillä, huonolla yleisterveydellä ja vaikeuksilla osallistua yhteiskunnan toimintaan on vaikutusta TMD-kivun ilmenemiseen. Toisaalta krooninen kipu voi johtaa työpaikan menettämiseen, tulojen vähenemiseen ja sosiaalisen eristäytymisen lisääntymiseen. Useimmat tutkimukset ovat olleet tapaus-verrokki-tutkimuksia, joiden avulla on mahdollista selvittää, ovatko sosiaaliset tekijät TMD-kivun riskitekijä vai vaste pysyvään TMD-kipuun. Siksi on välttämätöntä käyttää vain prospektiivisiä kohorttitutkimuksia tutkittaessa yhteiskunnallisten tekijöiden merkitystä TMD-kivun riskitekijöinä.

Vuonna 2007 Linda LeReschen työryhmä (19) julkaisi prospektiivisen pitkittäisen kohorttitutkimuksen, jos-

Taulukko 1. TMD-kivun sosiodemografiset tekijät.

	Lapset/nuoret	Aikuiset
Riskitekijät		
Suuri riski	Tytöt (19)	Naiset (18) Korkeampi ikä välillä 18–44 v (18, 23) Afrikkalais-amerikkalaiset (18,23) Asumisaika Yhdysvalloissa (23)
Pieni riski	Vanhempien matala koulutustaso (19)	
Liitännäistekijät		
TMD-kipua lisääviä	Maaseudulla sijaitsevat koulut (20) Isän koulutus alle 9 vuotta (20) Perheen taloudellisen tilanteen heikoksi arvioivat henkilöt (20) Perheen ulkopuolella asuvat henkilöt (20) > 50 % ilmainen lounas -ohjelmaan osallistuvista (52) Vanhempien korkea koulutustaso (21)	Asuminen maaseudulla (53) Ruumiillisen työn tekijät (54) Naiset (23–25) Yksin asuminen (23) Alhaisempi taloudellinen asema (23) Ikä 20–50 v (24) Maahanmuuttajat (24) Heikompi elämänlaatu (OHIP-14) (24)

sa pyrittiin tunnistamaan TMD-kivun riskitekijöitä nuorilla (taulukko 1). Analyseissä huomioitiin muiden riskitekijöiden ohella sosiodemografisia tekijöitä, kuten sukupuoli, etninen tausta, vanhempien koulutustaso ja vanhempien siviilisäät. Monimuuttaja-analyysin perusteella tehtiin johtopäätös, että naissukupuoli ennusti TMD-kivun diagnoosia. Sitä vastoin vanhempien alhaiseen koulutustasoon liittyi pienempi riski TMD-kipudiagnoosille.

TMD-kivun suurempaa yleisyyttä lapsilla ja nuorilla näyttävät ennustavan opiskelu maaseudulla sijaitsevassa koulussa, isän alle 9 vuoden pituinen koulutus ja perheen heikko taloudellinen asema sekä lapsen tai nuoren asuminen erillään perheestä (taulukko 1) (20, 21).

Aikuisilla esiintyvän orofakiaalisen kivun väestöpohjaisista epidemiologisista tutkimuksista julkaistiin systemaattinen katsaus vuonna 2001. Katsaukseen sisällytetyissä tutkimuksissa huomioitiin perheen rakenteen, ammatin, koulutuksen ja taloudellisten resurssien yhteydet TMD:hen, mutta tulokset eivät ole olleet yhteneväisiä (22). Kirjoittajat toivoivat tutkimuksia

riittävän kokoisilla aineistoilla, joissa yksilöitäisiin sosiodemografisia ja elämäntapaan liittyviä tekijöitä. He suosittelevat poikittaistutkimuksia ja prospektiivisiä seurantatutkimuksia.

Vuonna 2011 julkaistiin OPFERA-tapaus-verrokkitutkimuksen ensimmäinen julkaisu, joka koski sosiodemografisten tekijöiden yhteyksiä krooniseen TMD-kipuun aikuisilla. Tämä tutkimus osoitti suuremman TMD-kivun riskin naisilla (23). Korkeampi ikä, elinikäinen asuminen Yhdysvalloissa ja vähäisempi itseilmoitettu tyytyväisyys taloudelliseen asemaan ennustivat suurempaa TMD-kivun ilmaantuvuutta. TMD-kivun ilmaantuvuudessa ei yllättäen löytynyt eroa naisten ja miesten välillä.

Naissukupuolen on kuitenkin tutkimuksissa havaittu olevan TMD-kipuun liittyvä tekijä (taulukko 1) (24–26). Yekalamin ym. 2014 (24) tutkimuksessa todettiin yksin asuminen ja heikompi taloudellinen asema TMD-kivun liitännäistekijöiksi. 20–50-vuotiailla henkilöillä oli suurempi itseilmoitetun TMD-kivun riski (25). Tämä tutkimus osoitti myös huomattavan vaihtelun TMD-kivun esiintyvyydessä maahanmuuttajien keskuudessa, joissakin tapauksissa

erittäin korkein luvuin. Maahanmuuttajuuden voidaan spekuloida olevan TMD-kivun riskitekijä. Maahanmuuttajien on selvitettävä tiensä vieraiden tapojen, sosiaalisten normien, kielen ja arvojen läpi, mikä saattaa johtaa yleisesti kohonneeseen kipuherkkyyteen. He voivat sosiaalisen tilanteensa takia lisäksi altistua krooniselle stressille, mikä saattaa vaikuttaa kykyyn kestää kipua. Tarvitaan lisätutkimuksia sen vahvistamiseksi, lisääkö maahanmuuttajuus TMD-kivun ja yleensäkin kivun riskiä.

TMD-kivun on moniulotteisessa lähestymistavassa raportoitu olevan yhteydessä suunterveyteen liittyvään elämänlaatuun (OHRQoL), johon voivat vaikuttaa fyysiset ja psykologiset muutokset sekä sosiaalinen toimintakyky ja hyvinvoinnin tunteen läsnäolo (27). Systemaattisessa katsauksessa TMD-potilaiden elämänlaadusta TMD-kivun havaittiin vaikuttavan negatiivisesti suunterveyteen liittyvään elämänlaatuun (28). Korkeiden OHIP-pisteiden (Oral Health Impact Profile) on äskettäin havaittu olevan TMD-kipuun liittyvä tekijä aikuisilla (25, 29).

TMD-kivun suunterveyteen liittyvään elämänlaatuun kohdistuvan vaikutuksen lisäksi kirjallisuudessa pohditaan muita seurauksia. Lasten ja nuorten kohdalla TMD-kivun sosiaaliset ja käyttäytymiseen liittyvät vaikutukset näkyvät lisääntyneenä kipulääkkeiden kulutuksena ja kotiin jäämisenä koulusta (30). TMD-kipu vaikuttaa myös sosiaaliseen ja tunne-elämään (31). Monet nuoret kertoivat väsymyksestä, aktiviteeteista ja ystävien kanssa seurustelusta luopumisesta sekä tulevaisuutta koskevista huolista. Tällaiset seuraukset vaikuttavat yksilöihin, heidän kehitykseensä ja koulutukseensa, mutta myös perheen tilanteeseen ja yhteiskunnalle syntyviin kustannuksiin.

Psykososiaalisessa viitekehyksessä kivun vaikutukset ovat monimutkaisia ja monitekijäisiä ja niihin liittyy sensorinen osatekijä. Biopsykologinen malli kuvaa, miten krooninen kipu vaikuttaa



Kuva 2. A. Suun kuntoutuksen tarpeessa oleva 54-vuotias asunnottoman mies, joka kertoi puuttuvien hampaiden vaikuttavan hänen itsetuntoonsa ja olevan este työllistymiselle. B. Irrotettavan proteesin avulla tehdyn suun kuntoutuksen jälkeen mies toteaa, ettei hänellä enää ole ulkonäköön liittyviä huolenaiheita.

potilaisiin kolmella eri tasolla: biologisella, psykologisella ja sosiaalisella. Esimerkkejä biologisen tason vaikutuksista ovat muutokset aisti- ja autonomisissa toiminnoissa sekä kivun leviäminen. Psykologisella tasolla krooninen kipu aiheuttaa usein masennusta ja ahdistusta, unihäiriöitä ja kognitiivisen suorituskyvyn heikkenemistä (32–34). Monille potilaille pahimpia seurauksia ovat sosiaalisella tasolla koetut: sosiaalinen eristyminen perheestä ja ystäväistä, sairauslomat ja taloudelliset ongelmat (35) sekä affektiiviset ja kognitiiviset osatekijät.

Proteettinen purennan kuntoutus

Sosiaalisesti heikossa asemassa oleville kansalaisille on tunnusomaista ongelmien suuri määrä ja monimutkaisuus. He muodostavat erittäin epähomogeenisen ryhmän, jonka tarkka määritteleminen on vaikeaa. Heidän integroimisekseen takaisin yhteiskuntaan tarvitaan kokonaisvaltaista, johdonmukaista ja koordinoitua kuntoutussuunnitelmaa (36, 37). Suun ja puren-

nan kuntoutus voisi olla tässä erittäin tärkeässä roolissa, ja sen tulisi olla osa keinovalikoimaa laadittaessa suunnitelmaa yksittäistä kansalaista varten.

Vaikka erilaisten proteesien kyvyttä parantaa elämänlaatua ei juurikaan ole todisteita, hampaiston ja suun kuntoutuksella katsotaan yleisesti olevan myönteinen vaikutus (38). Irrotettavien proteesien käyttö voi kuitenkin heikentää vaikutusta, sillä niihin liittyy sopeutumisongelmia ja epämukavuuden tunnetta (39) sekä kielteistä näkemystä omasta sosiaalisesta tilanteesta (3, 40). Implanteilla ja kiinteillä hammasproteeseilla saavutetaan sama tulos ja ne ovat usein hyvä (41), joskin kalliimpi ratkaisu. Proteettisen kuntoutuksen tavoite riippuu monista tekijöistä. Voitaisiin esimerkiksi väittää, että kiinteällä proteesilla tehtävä kuntoutus ei ole realistista tai edes toivottavaa sosiaalisesti heikoimmassa asemassa oleville henkilöille, esimerkiksi kodittomille. Suhteellisen yksinkertaisen purennan kuntoutuksen, jossa käytetään täytteitä ja irrotettavia akryyliproteeseja, on osoitettu voivan parantaa näiden kansalaisten elämänlaatua (42). Kuvasa 2 on esimerkki asunnottomasta henkilöstä, jolle on tehty proteesi. Ennen hoitoa tämä henkilö kertoi, että hänellä oli puuttuvien hampaiden takia heikko itsetunto. Hän arveli työnhaun voivan olla helpompaa, jos puuttuvat hampaat korvataan. Hoidon jälkeen hän oli erittäin tyytyväinen esteettiseen tulokseen, ja hänen itsetuntonsa kohosi, mikä johti työllistymiseen.

Hampaiston ja suun hoidolla on paitsi vaikutusta potilaiden elämänlaatuun, mahdollisesti myös yhteiskunnallisia hyötyjä. Tällaisia voisivat olla työllisyyden paraneminen ja vähäisempi terveydenhuoltojärjestelmän käyttö, mikä johtaisi yhteiskunnallisiin säästöihin. Hampaiston ja suun hoidon vaikutuksesta työllisyyteen on toteutettu vain vähän tutkimuksia, eikä sen vaikutusta terveydenhuoltojärjestelmän käyttöön ole selvitetty. Työllisyyteen kohdistuvissa tutkimuksissa on usein metodologisia puutteita, kuten ver-



rokkiryhmän puute, valintaharha sekä hampaiden ja suun hoitoon ja työllisyyteen liittyvien muuttujien kyseenalainen koodaus. Tulokset ovat lisäksi riskiä, vaikka suurin osa tutkimuksista viittaa siihen, että suun hoidolla on myönteisiä vaikutuksia työllistymiseen (43–45). Eräässä tanskalaisessa projektissa tutkittiin yleisemmällä tasolla sosiaalista kuntoutusta, johon sisältyi hampaiston ja suun hoito, ja siinä todettiin hoidon ajoituksen olevan keskeistä. Hoito tulisi tehdä muiden perustarpeiden, kuten asumisen ja talouden, ollessa kunnossa ja kansalaisen suuntautuesssa työmarkkinoille (44). Hampaiston ja suun hoidon tai puuttuvien hampaiden korvaamisen merkitys työllisyyteen ja terveydenhuoltojärjestelmien käyttöön sekä lähestymistavan kustannustehokkuus vaativat kuitenkin tarkennusta.

Suurin ongelma sosiaalisesti heikossa asemassa olevien henkilöiden hammashoidossa on heidän saamisensa suun terveydenhuollon piiriin. Skandinavian maissa esteen muodostavat hammashoidosta perittävät maksut. Tanskassa on toteutettu kaksi erilaista toimintatapaa tämän ratkaisemiseksi. Vuodesta 2013 kuntien hallinnoima järjestelmä on toiminut sen varmistamiseksi, että sosiaalisesti heikossa asemassa olevat kansalaiset voivat hakea taloudellista tukea hammashoitoon. Valitettavasti järjestelmä ei ole ollut menestys: vuonna 2017 vain 14 % tukea hakeneista kansalaisista sai sitä (46). Toisaalta on menestyksekkäästi perustettu useita vapaaehtoisia klinikoita, jotka tarjoavat maksutonta hammashoitoa sosiaalisesti heikoimmassa asemassa oleville ihmisille (42).

Vaikka hoidot olisivat tuettuja tai ilmaisia, heikoimmassa asemassa olevilla kansalaisilla ei usein ole kykeneyttä hakeutua hammashoitoon. Jotta sosiaalisesti heikossa asemassa olevat kansalaiset saadaan hoidon piiriin, heidän tavoittamisellaan on suuri merkitys (47). Lisäksi tulee huomioida, että sovittujen hammaslääkärikäyntien noudattaminen ja useiden hakemus-

Social and societal implications of tooth loss,

TMD pain and rehabilitation hereof

Poor oral health, as in the case of tooth loss and temporomandibular disorder (TMD) pain, can have a great impact on a person's quality of life and social relations. These individual consequences can in turn be important for society, as poor oral health can lead to general health issues, higher costs in the health care system, more absence from work, and unemployment. Inequality is a major challenge in relation to tooth loss and socially vulnerable citizens more often present a non-functional dentition. For TMD pain, inequality

in relation to socioeconomic position is less pronounced and the main issue is, instead, a predominant female prevalence. In socially vulnerable persons, relatively non-invasive and simple prosthetic rehabilitation can be a good treatment option and there is some indication that oral rehabilitation can help in the social rehabilitation of these citizens. For TMD pain, non-invasive treatments such as patient education, self-care, cognitive behavioural modification, stretching, and occlusal appliances are recommended.

lomakkeiden täyttäminen saattaa olla haasteellista, kun henkilöllä on useita päällekkäisiä sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Yksityinen hammashoitojärjestelmä onkin erityisen haastava sosiaalisesti heikossa asemassa oleville. Vastineena tähän Tanskan hallituksen talousarviossa vuodelle 2020 osoitettiin 40–60 miljoonan Tanskan kruunun suuruinen varaus sosiaalisesti heikoimmassa asemassa olevien kansalaisten maksuttomaan hammashoitoon kunnissa (48). On selvää, että tämän uuden lähestymistavan vaikutuksia tulee tutkia.

TMD-kivun hoito

Kaikilla yksilöillä on oikeus tasavertaiseen hoitoon iästä, sukupuolesta, sosiaalisesta asemasta, sosiaalietuudesta ja etnisestä taustasta riippumatta. Resurssit, etuudet, normit ja arvot palvelujen järjestämisessä ovat kuitenkin edelleen epäreiluja. Nämä eriarvoisuustekijät vahingoittavat miljoonien kroonisesta kivusta kärsivien, erityisesti tyttöjen ja naisten, terveyttä. Työt ilmoittavat jo murrosiässä enemmän kiputiloja kuin pojat, ja kipu on edelleen aikuisiässä yleisempää naisilla

kuin miehillä. Lisäksi naisilla ja miehillä on terveyteen liittyvien normien ja arvojen takia erilaiset odotukset ja kokemukset hoidosta, mikä vaikeuttaa terveyttä edistävän käyttäytymisen suunnittelemista. Kivun yleisyys myös jakautuu epätasaisesti mitä tulee kulttuuriseen monimuotoisuuteen. TMD-kivun vallitsevuuden on osoitettu olevan suurempi eteläisimmässä Ruotsissa asuvilla maahanmuuttajilla (25). Tämä ryhmä on huonossa asemassa, koska hoitoon hakeutuminen yleensä riippuu potilaan terveyttä koskevista tiedoista ja asenteista sekä kulttuurin vaikutuksesta. Lisäksi TMD-kivun hoidon maksullisuus Skandinavian maissa on este. Ruotsissa terveydenhuoltojärjestelmä antaa mahdollisuuden tutkia ja hoitaa kroonista TMD-kipua, joka ei liity hampaisiin. Monilla Ruotsin alueilla sääntöjä kuitenkin tulkitaan ja niitä sovelletaan eri tavalla, mikä aiheuttaa kustannuksiin liittyvää eriarvoisuutta maan eri alueilla.

TMD-kivun hoidon tavoitteena on vähentää kipua tai poistaa se, palauttaa leuan normaali toiminta ja elämänlaatu sekä vähentää tulevaa hoidon tarvetta. Tällaisen hoi-

don tulisi olla kustannustehokasta ja siihen voi sisältyä käyttäytymishoitoa, fysioterapiaa, erilaisia apuvälineitä ja lääkehoitoa. Vaikka useat ammattiryhmät kohtaavat orofakiaalisesta kivusta kärsiviä potilaita, näiden potilaiden hoidosta vastaavat useimmiten yleishammaslääkärit. Hammaslääkärit ovat usein epävarmoja näitä potilaita diagnosoidessaan (49), ja orofakiaalinen kipu onkin vakavasti ali-diagnosoitu ja alihoitettu (15, 16, 50). Meta-analyysissä arvioidaan hoidon tarpeen olevan TMD-oireita raportoivilla aikuisilla noin 16 %, mikä on samaa suuruusluokkaa kuin TMD-kivun yleisyys aikuisilla (51).

Monia erilaisia hoitoja on suositeltu erikseen tai yhdistelmänä. Useat tutkimukset osoittavat, että TMD-potilaiden tila paranee yhdistämällä noninvasiivisia hoitoja, kuten potilaan informoimista, omahoidon ohjausta, kognitiivisen käyttäytymisen muokkaukseen, fysioterapiaa, lääkehoitoa ja purentakiskohoitoa. Kansalliset hoitosuosituksot toimivat päätöksentekijöiden tukena ja auttavat kohdistamaan voimavarat väestön tarpeiden mukaan

siten, että niistä saadaan mahdollisimman suuri hyöty (52). Ruotsin sosiaalishallitus perustaa hoitosuosituksien laatimiseen liittyvät päätöksensä lääkintähuollon ja sosiaalipalvelujen aloilla ilmenevään ohjauksen ja neuvonnan tarpeeseen. Näissä ohjeissa annetaan suosituksia terveys-, lääkärinhoito- ja sosiaalipalveluiden voimavarojen suuntaamisesta. Asteikolla korkealle sijoittuvat sairaudet ja interventiot ovat niitä, joihin tulisi suunnata enemmän voimavaroja, kun taas alemmas asteikolla sijoittuviin sairauksiin ja interventioihin tulisi investoida vähemmän tai ei lainkaan. Ruotsin hammaslääkärin oletetaan noudattavan kansallisia hoitosuosituksia tehdessään päätöksiä tiettyjen TMD-sairauksien hoidosta, ja tämän osa-alueen hoitosuosituksot ovat kattavia ja hyvin kuvattuja.

Johtopäätökset

Hammaspuutoksilla ja TMD-kivulla voi olla haitallinen vaikutus ihmisen elämään ja ne voivat johtaa yksilösiin sosiaaliin haasteisiin, joilla puolestaan voi olla kielteisiä vaikutuksia yhteiskuntaan. Epätasa-arvo etenkin

hammaspuutoksiin liittyen, mutta myös orofakiaalisen kivun hoidossa, on ilmeistä sosiaalisesti heikossa asemassa olevilla ihmisillä. Hampaiston ja suun hoito sekä puuttuvien hampaiden korvaaminen voi parantaa hammaspuutoksista tai TMD-kivusta kärsivien potilaiden elämänlaatua. Heikossa asemassa olevan väestön hammashoidolle on kuitenkin useita esteitä, eikä hoidon mahdollisista myönteisistä yhteiskunnallisia seurauksista ole vielä tarpeeksi tietoa. ■

Esben Boeskov Øzhayat,
associate professor, dr.odont., ph.d.
Section of Public Health Dentistry, Department of Odontology, University of Copenhagen, Denmark
eboz@sund.ku.dk

EwaCarin Ekberg,
professor, odont.Dd.
Section of Orofacial pain and Jaw Function, Faculty of Odontology, Malmö University, Sweden
ewacarin.ekberg@mau.se

Käännös: Ilkka Helander

KIRJALLISUUS

- Glick M, Williams DM, Kleinman DV. ym. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J* 2016; 66: 322–4.
- Haag DG, Peres KG, Balasubramanian M. ym. *J Dent Res* 2017; 96: 864–74.
- Nordenram G, Davidson T, Gynther G ym. Qualitative studies of patients' perceptions of loss of teeth, the edentulous state and prosthetic rehabilitation: a systematic review with meta-synthesis. *Acta Odontol Scand* 2013; 71: 937–51.
- Gerritsen AE, Allen PF, Witter DJ. ym. Tooth loss and oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health Qual Life Outcomes* 2010; 8: 126.
- Øzhayat EB, Åkerman S, Lundegren N. ym. Patients' experience of partial tooth loss and expectations to treatment: a qualitative study in Danish and Swedish patients. *J Oral Rehabil* 2016; 43: 180–9.
- Brondani MA, MacEntee MI. Thirty years of portraying oral health through models: what have we accomplished in oral health-related quality of life research? *Qual Life Res* 2014; 23: 1087–96.
- Øzhayat EB. Influence of self-esteem and negative affectivity on oral health-related quality of life in patients with partial tooth loss. *Community Dent Oral Epidemiol* 2013; 41: 466–72.
- Shen J, Listl S. Investigating social inequalities in older adults' dentition and the role of dental service use in 14 European countries. *Eur J Health Econ* 2018; 19: 45–57.
- Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Pikhart H. ym. Socioeconomic inequalities in oral health in different European welfare state regimes. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67: 728–35.
- Guarnizo-Herreño CC, Watt RG, Garzón-Orjuela N. ym. Explaining oral health inequalities in European welfare state regimes: The role of health behaviours. *Community Dent Oral Epidemiol* 2019; 47: 40–8.
- Hall JP, Chapman SL, Kurth NK. Poor oral health as an obstacle to employment for Medicaid beneficiaries with disabilities. *J Public Health Dent* 2013; 73: 79–82.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V. ym. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287–333.
- Nicholas M, Vlaeyen JWS, Rief W. ym. The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic primary pain. *Pain* 2019; 160: 28–37.
- Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L. ym. An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 1988; 32: 173–83.
- Nilsson IM, List T, Drangsholt M. Prevalence



- of temporomandibular pain and subsequent dental treatment in Swedish adolescents. *J Orol Pain* 2005; 19: 144–50.
16. Lövgren A, Marklund S, Visscher CM. ym. Outcome of three screening questions for temporomandibular disorders (3Q/TMD) on clinical decision-making. *J Oral Rehabil* 2017; 44: 573–9.
17. Brattberg G. Do pain problems in young school children persist into early adulthood? A 13-year follow-up. *Eur J Pain* 2004; 8: 187–99.
18. Slade GD, Bair E, Greenspan JD. ym. Signs and symptoms of first-onset of TMD and sociodemographic predictors of its development: The OPPERA cohort study. *Pain* 2013; 14(Suppl 12): T20–32.
19. LeResche L, Mancl LA, Drangsholt MT. ym. Predictors of onset of facial pain and temporomandibular disorders in early adolescence. *Pain* 2007; 129: 269–78.
20. Hongxing L, Astrøm N, List T. ym. Prevalence of temporomandibular disorder pain in Chinese adolescents compared to an age-matched Swedish population. *J Oral Rehabil* 2016; 43: 241–8.
21. Simangwa LD, Åstrøm AN, Johansson A. ym. Oral diseases and sociodemographic factors in adolescents living in Maasai population areas of Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Oral Health* 2018; 18: 200.
22. Macfarlane TV, Glenny AM, Worthington HV. Systematic review of population-based epidemiological studies of oro-facial pain. *J Dent* 2001; 29: 451–67.
23. Slade GD, Bair E, By K. ym. Study methods, recruitment, sociodemographic findings, and demographic representativeness in the OPPERA study. *Pain* 2011; 12(Suppl 11): T12–26.
24. Yekkalam N, Wänman A. Association between craniomandibular disorders, sociodemographic factors and self-perceived general and oral health in an adult population. *Acta Odontol Scand* 2014; 72: 1054–65.
25. Gillborg S, Åkerman S, Lundegren N. ym. Temporomandibular disorder pain and related factors in an adult population: A cross-sectional study in southern Sweden. *J Oral Facial Pain Headache* 2017; 31: 37–45.
26. Jussila P, Knuuttila J, Salmela S. ym. Association of risk factors with temporomandibular disorders in the northern Finland birth cohort 1966. *Acta Odontol Scand* 2018; 76: 525–9.
27. Miettinen O, Lahti S, Sipilä K. Psychosocial aspects of temporomandibular disorders and oral health-related quality-of-life. *Acta Odontol Scand* 2012; 70: 331–6.
28. Dahlström L, Carlsson GE. Temporomandibular disorders and oral health-related quality of life. A systematic review. *Acta Odontol Scand* 2010; 68: 80–5.
29. Bäck K, Hakeberg M, Wide U. ym. Orofacial pain and its relationship with oral health-related quality of life and psychological distress in middle-aged women. *Acta Odontol Scand* 2020; 78: 74–80.
30. Nilsson IM, Drangsholt M, List T. Impact of temporomandibular disorders pain in adolescents. *J Orol Pain* 2009; 23: 115–22.
31. Nilsson IM, List T, Willman A. Adolescents with temporomandibular disorder pain-the living with TMD pain phenomenon. *J Orol Pain* 2011; 25: 107–16.
32. Fillingim RB, Ohrbach R, Greenspan JD. ym. Psychological factors associated with development of TMD: the OPPERA prospective cohort study. *J Pain* 2013; 14(Suppl 12): T75–90.
33. Turk DC, Fillingim RB, Ohrbach R. ym. Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *J Pain* 2016; 17(Suppl 9): T21–49.
34. WHO. Study protocol for the World Health Organization project to develop a Quality of Life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res* 1993; 2: 153–9.
35. Sessle BJ. The Societal, political, educational, scientific and clinical context of orofacial pain. Kirjassa: Sessle BJ (toim.). Orofacial pain. Recent advances in assessment, management and understanding of mechanisms. 1. painos. Washington DC: IASP Press, 2014: 1–15.
36. Sabariego C, Coenen M, Ito E. ym. Effectiveness of integration and re-integration into work strategies for persons with chronic conditions: a systematic review of European strategies. *Int J Environ Res Public Health* 2018; 15: E552.
37. Arbejdsmarked Rekruttering. Viden om effekter af indsatser for ledige og andre personer på overførselsindkomster. [<https://star.dk/media/5687/star-2018d-viden-om-effekter-af-indsatser-for-ledige-og-andre-personer-paa-overfoerelsesindkomster.pdf>].
38. Statens Beredning För Medicinsk Utvärdering. Tandförluster. En systematisk litteratursöversikt. [https://www.sbu.se/contentassets/92aa175e9369403894843b59b2e4fce5/tandfor-luster_fulltext.pdf].
39. Øzhayat EB, Gotfredsen K. Patient-reported effect of oral rehabilitation. *J Oral Rehabil* 2019; 46: 369–76.
40. Rosing K, Christensen LB, Øzhayat EB. Associations between tooth loss, prostheses and self-reported oral health, general health, socioeconomic position and satisfaction with life. *J Oral Rehabil* 2019; 46: 1047–54.
41. Øzhayat EB, Gotfredsen K. Patient-reported effect in patients receiving implant or tooth-supported fixed prosthesis. *J Oral Rehabil* 2020; 47: 229–34.
42. Hede B, Thiesen H, Christensen LB. A program review of a community-based oral health care program for socially vulnerable and underserved citizens in Denmark. *Acta Odontol Scand* 2019; 77: 364–70.
43. Hyde S, Satariano WA, Weintraub JA. Welfare dental intervention improves employment and quality of life. *J Dent Res* 2006; 85: 79–84.
44. Freil J, Maare L. Slutevaluering. Projekt Tandpleje for tidligere alkohol- og stofmisbrugere, Vordingborg 2016.
45. Singhal S, Mamdani M, Mitchell A. ym. Dental treatment and employment outcomes among social assistance recipients in Ontario, Canada. *Health Policy* 2016; 120: 1202–8.
46. Klebak A. Det er en elendig lov. *Tandlægebladet* 2019; 123: 672–5.
48. Goode J, Hoang H, Crocombe L. Strategies to improve access to and uptake of dental care by people experiencing homelessness in Australia: a grey literature review. *Aust Health Rev* 2020; 44: 297–303.
49. Sundheds- og ældreministeriet. Faktaark – Tandpleje til de mest udsatte borgere. [http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2019/December/~/_media/Filer%20-%20dokumenter/FL-2020/01-faktaark-Tandpleje-til-socialt-udsatte.pdf].
49. Tegelberg A, List T, Wahlund K. ym. Temporomandibular disorders in children and adolescents: a survey of dentists' attitudes, routine, an experience. *Swed Dent J* 2001; 25: 119–27.
50. Fjellman-Wiklund A, Näsström A, Wänman A. ym. Patients' perceived treatment need owing to temporomandibular disorders and perceptions of related treatment in dentistry – A mixed-method-study. *J Oral Rehabil* 2019; 46: 792–9.
51. Al-Jundi MA, John MT, Setz JM. ym. Meta-analysis of treatment need for temporomandibular disorders in adult non-patients. *J Orol Pain* 2008; 22: 97–107.
52. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vuxentandvård 2011 – stöd för styrning och ledning. [www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2011-5-1.pdf].
53. Inglehart MR, Patel MH, Widmalm SE. ym. Self-reported TMD symptoms, oral health and quality of life of children in kindergarten through grade 5: Does gender, race, and socioeconomic background matter? *J Am Dent Assoc* 2016; 147: 131–41.
54. Johansson A, Unell L, Carlsson GE. ym. Risk factors associated with symptoms of temporomandibular disorders in a population of 50- and 60-year-old subjects. *J Oral Rehabil* 2006; 33: 473–81.