



Aikuisten koettu suunterveys ja käynti hoidossa vuosina 2017 ja 2020



Hyväksytty julkaistavaksi 17.1.2022.



Lähtökohdat

Tavoitteena oli kuvata koetun suunterveyden ja hammaslääkärissä käymisen muutoksia vuodesta 2017 vuoteen 2020.

Menetelmät

Tiedot kerättiin kyselyllä tai puhelinhaastattelussa 25 vuotta täyttäneiltä FinTerveys 2017 ja sen seurantalutkimukseen osallistuneilta (n = 4818).

Tulokset

Suunterveytensä hyväksi kokeneiden osuus oli vuonna 2017 69 % ja vuonna 2020 71 %. Koettu suunterveys oli pysynyt hyvänä 59 %:lla, kesinkertaisena tai huonona 20 %:lla, parantunut 11 %:lla ja huonontunut 10 %:lla. Suunterveyden kokivat molempina vuosina hyväksi useimmiten nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat, erityisesti naiset sekä korkeakoulutetut. Muutokset epäsuotuisaan suuntaan olivat näkyvimpiä vanhimmassa ikäryhmässä. Vuonna 2017 hammaslääkärissä alle vuosi sitten ilmoitti käyneensä 58 % ja vuonna 2020 heitä oli 51 %. Näin ilmoitti molempina vuosina 37 %, ei kumpunkaan vuonna 28 %, vain vuonna 2017 21 % ja vain vuonna 2020 14 % vastaajista. Molempina vuosina käynnin ilmoittaneiden osuus oli suurin vanhimmassa ikäryhmässä ja korkeakoulutuksen saaneilla. Muutokset sekä epäsuotuisaan että suotuisaan suuntaan olivat suurimpia nuorimmassa ikäryhmässä.

Johtopäätökset

Koettu suunterveys oli pysynyt hyvänä, vaikka palvelujen käyttö oli vähentynyt. Korkeasti koulutettuja suosivat sosioekonomiset erot olivat ennallaan.

Aikuisten koettu suunterveys ja käynti hoidossa vuosina 2017 ja 2020

Anna Liisa Suominen, Ulla Harjunmaa, Noora Ristiluoma, Seppo Koskinen, Arto Pietilä, Päivikki Koponen

Koettu suunterveys täydentää ammattilaisen arviota suun ja hampaiden terveydentilasta. Se kuvaa kokonaisvaltaisesti yksilön kokemusta suunterveydestä ja on yhteydessä hoitoon hakeutumiseen (1). Koetun suunterveyden mittareita on lukuisia ja niillä voidaan mitata koettua hoidon tarvetta, kipujen ja särkyjen esiintyvyyttä tai suunterveyteen liittyvää elämänlaatua. Yksilön kokemus oman suunsa ja hampaidensa terveydentilasta kuvaa hyvin henkilön omaa kokemusta ja on laajalti käytetty väestön suun ja hampaiden terveyden mittari. Väestötutkimusaineistoissa useimpien aikuisten koettu suunterveys on tämän mittarin mukaan ollut hyvä. Suunterveytensä hyväksi tai melko hyväksi arvioi 64 % vastaajista vuonna 2000 (2) ja 76 % vuonna 2011 (3). Vuonna 2017 osuus oli kuitenkin vain 64 % (4).

Säännöllinen palvelujen käyttö on yksi ehkäisevän suun terveydenhuollon kulmakivistä. Hoidossa käyneiden osuus aikuisista on kasvanut Suomessa koko 2000-luvun, ja syyksi on esitetty sekä hampaattomuuden harvinaistumista että useita lainsäädännön ja korvauskäytäntöjen muutoksia. Hoidossa käyneiden osuus on kasvanut erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä. Palvelujen lisääntynyt kysyntä on kohdistunut pääosin terveyskeskuksiin. Myös suuhygienistillä ja hammashoitajalla käyneiden osuus aikuisista on kasvanut voimakkaasti (5–7). Myönteisestä kehityksestä huolimatta tyydyttymätöntä hoidon tarvetta esiintyy vielä runsaasti. Vuonna 2020 lähes joka neljäs (24 %) aikuinen ilmoitti saaneensa tarpeeseen nähden riittämättömästi hammaslääkärin palveluja (8). Palvelujen käytön esteinä Suomessa ovat erityisesti hoidon

korkeat kustannukset ja jonot terveyskeskuksissa (6, 9).

Palvelujärjestelmän uudistusten tavoitteina on 20 viime vuoden aikana ollut hoitoon pääsyn helpottaminen ja palvelujen tasa-arvoinen saatavuus ja käyttö. Siitä huolimatta erityisesti suun terveydenhuollon palvelujen käyttö suhteutettuna hoidon tarpeeseen on Suomessa jakautunut hyvin epätasa-arvoisesti. Parempituloiset käyvät muita useammin hammaslääkärissä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla riippumatta korvauskäytännöistä tai muista sektorien välisistä eroista (10). Tämä saattaa selittää merkittävän osan suun terveyden sosioekonomisista eroista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tuoreiden tutkimustulosten mukaan (11) koulutusryhmien välisiä eroja terveydessä, toimintakyvyssä ja elintavoissa ei ole onnistuttu kaventamaan 2000-luvulla. Korkeammin koulutetut ovat edelleen terveempiä kuin vähemmän koulutetut. Tämä näkyy myös koetussa suunterveydessä, jossa terveyserot ovat olleet suuria ja samansuuntaisia kuin yleensä koetussa terveydessä. Suunterveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus kasvoi vuosien 2000 ja 2017 välillä erityisesti alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla naisilla, mutta muutos oli samansuuntainen myös miehillä.

Tässä artikkelissa kuvataan aikuisten väestö- ja yksilötason muutoksia koetussa suunterveydessä sekä muutoksia vuoden aikana hammaslääkärissä käyneiden osuuksissa vuodesta 2017 vuoteen 2020.

Menetelmät

Tulokset perustuvat FinTerveys 2017 -tutkimuksen ja FinTerveys 2017 -seurantatutkimuksen aineistoihin (12, 13). FinTerveys 2017 -seurantatutkimukseen kutsuttiin kaikki keväällä 2017 toteutetun FinTerveys-tutkimuksen otokseen kuuluneet henkilöt. Vuoden 2017 otos poimittiin satunnaisotannalla Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmästä 18 vuotta täyttäneistä Manner-Suomen aikuisväes-

töstä. Seurantatutkimuksen otoskoko oli 9 580 henkilöä, kun alkuperäisestä otoksesta oli poistettu kuolleet, ulkomaille muuttaneet, jatkotutkimuksista kieltäytyneet ja henkilöt, joiden osoite oli tuntematon. Seurantatutkimukseen heistä osallistui 5 400 henkilöä (tutkimushetkellä 21 vuotta täyttäneitä), ja osallistumisaktiivisuus oli 56,4 %. Seurantatutkimuksessa tiedot kerättiin sähköisellä tai paperisella kyselyllä tai puhelinhaastattelussa. Seurantatutkimuksen tiedonkeruu toteutettiin 29.10.20–21.1.21 välisenä aikana. Tässä esitettävät tulokset koskevat 25 vuotta täyttäneitä. Heistä molempiin tutkimuksiin osallistui 4 818 henkilöä.

Tutkittavalta kysyttiin, millainen hampaiden kunto ja suun terveydentila hänellä mielestään oli. Vastausvaihtoehtoina olivat: hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono ja huono. Analyysijä varten muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja siten, että yhdistettiin vaihtoehtot hyvä ja melko hyvä sekä keskinkertainen, melko huono ja huono. Tutkittavilta kysyttiin myös, milloin he olivat viimeksi käyneet hammaslääkärissä. Vastausvaihtoehtoina olivat: alle 1 vuotta sitten, 1–2 vuotta sitten, 3–5 vuotta sitten, yli 5 vuotta sitten tai ei koskaan. Analyysijä varten muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja vuoden aikana hammaslääkärissä käyneet siten, että neljä viimeistä vaihtoehtoa yhdistettiin. Kummastakin kaksiluokkaisesta muuttujasta laskettiin osuudet seuraavasti: suotuista tai epäsuotuista tilanne kumpanakin vuonna (ei muutosta), suotuista muutos ja epäsuotuista muutos. Koulutusmuuttuja muodostettiin niin, että perusasteen koulutuksen saaneiksi luokiteltiin henkilöt, jotka olivat suorittaneet kansa-, perus- tai keskikoulun. Keskiasteen koulutukseksi määriteltiin ammattikoulun tai sitä vastaavan tutkinnon suorittaneet tai lukion käyneet. Korkea-asteen koulutukseksi luettiin opistotutkinto ja alempi sekä ylempi korkeakoulututkinto.

Muutosta analysoitiin Stata-ohjelman versiolla 16 (Statacorp, Texas, USA) käyttämällä logistista regressio-

mallia. Ikävakioitunut keskiarvot, prosenttiosuudet ja luottamusvälit tuotettiin prediktiiivisten marginaalien menetelmällä. Muutosten tilastollista merkitsevyyttä alueiden, ikä- tai koulutusluokkien välillä arvioitiin Waldin testillä (ero tilastollisesti merkitsevää $p < 0,05$).

Tulosten yleistettävyyden parantamiseksi ja kadon vaikutusten huomioimiseksi analyyseissä on huomioitu painokertoimet sekä otanta-asetelma. Koulutusryhmittäin ja erityisvastuualueittain (Erva-alue) esitetyt tulokset on ikävakioitu. Painokertoimien muodostuksessa ja kalibroinnissa on hyödynnetty rekisteritietoja, kuten ikä, sukupuoli, alue, kieli ja sairaalahoitopäivät ja -kerrat sairausryhmittäin.

Tulokset

Koettu suunterveys

Suunterveytensä hyväksi kokeneiden osuus pysyi samalla tasolla eli oli vuonna 2017 69 % ja vuonna 2020 71 %. Vastaavat luvut sukupuolen mukaan eroteltuna olivat miehillä 65 % ja 67 % ja naisilla 73 % ja 74 %.

Suurimmalla osalla vastaajista ei ollut tapahtunut muutosta vuosien 2017 ja 2020 välillä. Koettu suunterveys oli pysynyt hyvänä 59 %:lla ja keskinkertaisena tai huonona 20 %:lla vastaajista. Viidesosalla tilanne oli muuttunut: koettu suunterveys oli parantunut hyväksi 11 %:lla ja huonontunut hyvästä keskitasoiseksi tai tätä heikommaksi 10 %:lla. Muutokset olivat samanlaisia sekä miehillä että naisilla. Miehillä edellä kuvatut luvut olivat 55, 23, 12 ja 10 % ja naisilla 63, 16, 11 ja 10 %.

Ikäryhmien väliset erot koetussa suunterveydessä olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001$) sekä miehillä että naisilla (taulukko 1). Niiden osuus, jotka kokivat suunterveytensä hyväksi molempina vuosina, oli korkein nuorimmassa ikäryhmässä (25–49-vuotiailla), erityisesti naisilla (kuvio 1). Vastaavasti suunterveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi kokeneiden osuus molempina vuosina oli suurin



Taulukko 1. Koettu suunterveys (%) vuosina 2017 ja 2020 ikäryhmän mukaan.

Koettu suunterveys	Ikäryhmä		
	25–49	50–69	70+
	% (95 %-n luottamusväli)		
Hyvä vuonna 2017 ja 2020	65 (62–68)	57 (54–60)	48 (45–51)
Keskinkertainen/huono vuonna 2017 ja 2020	17 (15–19)	21 (19–23)	25 (22–27)
Keskinkertainen/huono vuonna 2017 ja hyvä vuonna 2020	10 (8–11)	13 (11–14)	14 (12–16)
Hyvä vuonna 2017 ja keskinkertainen/huono vuonna 2020	9 (7–10)	9 (8–11)	14 (11–16)

Taulukko 2. Koettu suunterveys (%) vuosina 2017 ja 2020 koulutusryhmän mukaan.

Koettu suunterveys	Koulutusryhmä		
	perus	keski	korkea
	% (95 %-n luottamusväli)		
Hyvä vuonna 2017 ja 2020	48 (43–53)	53 (50–56)	67 (65–69)
Keskinkertainen/huono vuonna 2017 ja 2020	29 (24–33)	25 (22–27)	13 (12–15)
Keskinkertainen/huono vuonna 2017 ja hyvä vuonna 2020	12 (10–15)	12 (10–14)	11 (10–12)
Hyvä vuonna 2017 ja keskinkertainen/huono vuonna 2020	11 (9–13)	10 (8–11)	9 (8–10)

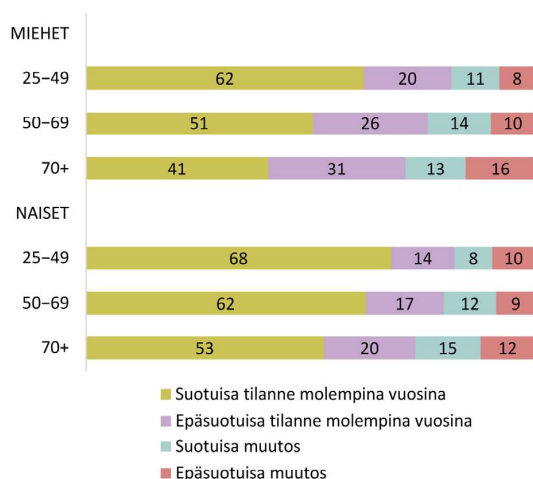
vanhimmassa ikäryhmässä (70 vuotta täyttäneillä), erityisesti miehillä. Myös muutokset sekä suotuisaan että epäsuotuisaan suuntaan olivat suurimpia tässä vanhimmassa ikäryhmässä.

Myös erot koulutusryhmien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001$) sekä miehillä että naisilla (taulukko 2, kuvio 2). Suunterveytensä hyväksi kokeneiden osuus oli molempina vuosina suurin korkeakoulutuksen ja pienin perusasteen koulutuksen saaneilla. Vastaavasti niiden osuus, joilla suunterveys oli pysynyt keskinkertaisena tai huonona, oli suurin perusasteen koulutuksen saaneilla, erityisesti miehillä. Muutokset suotuisaan tai epäsuotuisaan suuntaan olivat hyvin samansuuruisia. Erot muutoksissa eri erityisvastuualueilla eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

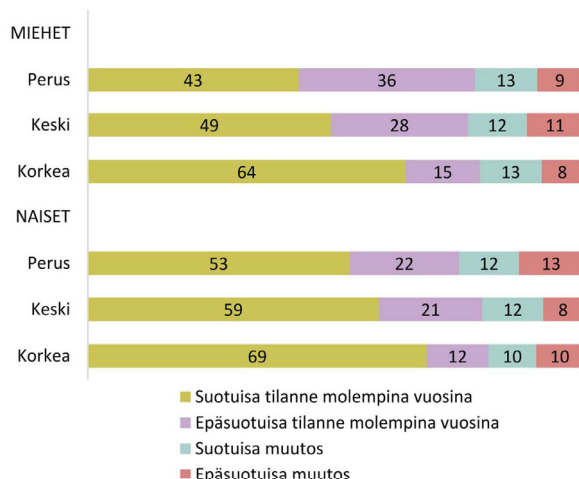
Hammaslääkäriissä vuoden aikana käyneet

Vuonna 2017 aikuisista 58 % ilmoitti käyneensä hammaslääkäriissä alle vuosi sitten, miehistä 56 % ja naisista 60 %. Vastaava osuus vuonna 2020 oli 51 %, miehistä 48 % ja naisista 54 %.

Hammaslääkäriissä alle vuosi sitten



Kuvio 1. Suunterveytensä hyväksi kokeneiden miesten ja naisten osuudet (%) vuodesta 2017 vuoteen 2020 ikäryhmittäin.



Kuvio 2. Suunterveytensä hyväksi kokeneiden miesten ja naisten osuudet (%) vuodesta 2017 vuoteen 2020 koulutusryhmittäin.

ilmoitti molempina vuosina käyneensä 37 % ja ei kumpanakaan vuonna 28 % vastaajista. Noin kolmasosalla todettiin muutos. Niiden osuus, jotka olivat käyneet alle vuosi sitten hammaslääkärillä vuonna 2017 mutta eivät vuonna 2020, oli 21 prosenttia. Vastaavasti niiden osuus, jotka eivät olleet käyneet vuonna 2017 mutta olivat käyneet vuonna 2020, oli 14 %. Muutokset olivat samanlaisia sekä miehillä että naisilla. Miehillä edellä kuvatut luvut olivat 35, 31, 21, ja 14 % ja naisilla 39, 25, 22 ja 15 %. Ikäryhmien väliset erot alle vuosi sitten hammaslääkärissä käyneiden osuuksissa olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001$) sekä miehillä että naisilla (taulukko 3). Niiden osuus, jotka molempina vuosina ilmoittivat käyneensä hammaslääkärissä alle vuosi sitten, oli korkein vanhimmassa ikäryhmässä (kuvio 3). Niiden osuus, jotka ilmoittivat sekä vuonna 2017 että vuonna 2020, etteivät olleet käyneet hammaslääkärissä alle vuosi sitten, oli suurin nuorimmassa ikäryhmässä, erityisesti miehillä. Myös muutokset sekä epäsuotuisaan että suotuisaan suuntaan olivat suurimpia nuorimmassa ikäryhmässä.

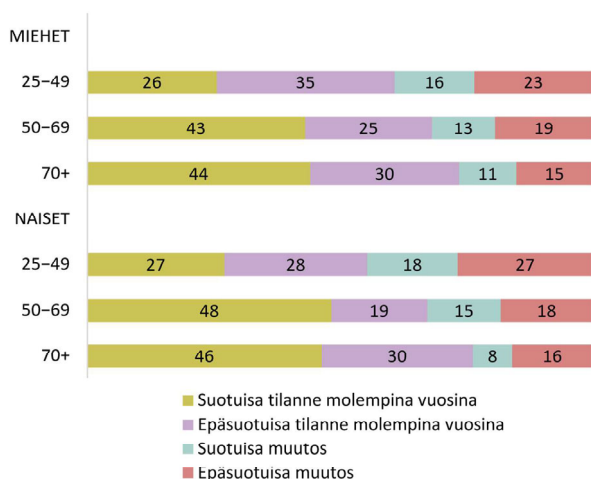
Taulukko 3. Alle vuosi sitten hammaslääkärissä käyneiden osuus (%) vuosina 2017 ja 2020 ikäryhmän mukaan.

Käynyt hammaslääkärissä alle vuosi sitten	Ikäryhmä		
	25–49	50–69	70+
	% (95 %:n luottamusväli)		
Sikä vuonna 2017 että vuonna 2020	26 (24–29)	46 (44–48)	45 (41–50)
Ei vuonna 2017 eikä 2020	32 (29–34)	22 (20–24)	30 (26–34)
Ei vuonna 2017, mutta kyllä 2020	17 (15–19)	14 (12–15)	9 (7–12)
Kyllä vuonna 2017, mutta ei vuonna 2020	25 (23–27)	19 (17–20)	16 (13–18)

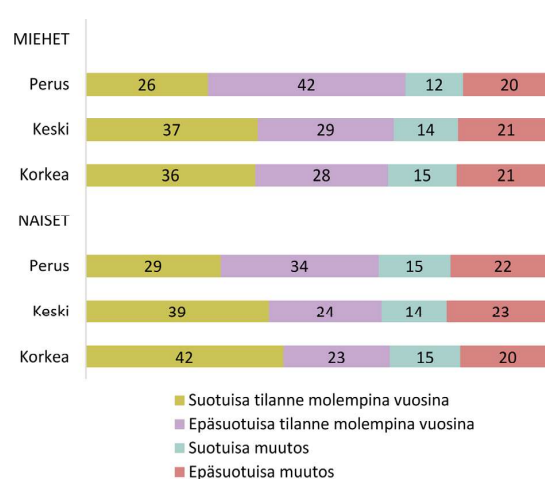
Taulukko 4. Alle vuosi sitten hammaslääkärissä käyneiden osuus (%) vuosina 2017 ja 2020 koulutusryhmän mukaan.

Käynyt hammaslääkärissä alle vuosi sitten	Koulutusryhmä		
	perus	keski	korkea
	% (95 %:n luottamusväli)		
Sikä vuonna 2017 että vuonna 2020	28 (24–31)	38 (35–41)	40 (37–42)
Ei vuonna 2017 eikä 2020	38 (33–43)	27 (24–30)	25 (23–27)
Ei vuonna 2017, mutta kyllä 2020	14 (11–17)	14 (12–16)	15 (13–16)
Kyllä vuonna 2017, mutta ei vuonna 2020	21 (18–24)	22 (19–24)	21 (19–22)

Myös erot koulutusryhmien välillä olivat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,001$) (taulukko 4). Niiden osuus, jotka ilmoittivat sekä vuonna 2017 että vuonna 2020 käyneensä hammaslääkärissä alle vuosi sitten, oli suurin



Kuvio 3. Vuoden aikana hammaslääkärissä käyneiden miesten ja naisten osuudet (%) vuodesta 2017 vuoteen 2020 ikäryhmittäin.



Kuvio 4. Vuoden aikana hammaslääkärissä käyneiden miesten ja naisten osuudet (%) vuodesta 2017 vuoteen 2020 koulutusryhmittäin.



korkeakoulutuksen ja pienin perusasteen koulutuksen saaneilla. Vastaavasti niiden osuus, joiden edellisestä hammaslääkärikäynnistä oli kulunut vähintään yksi vuosi sekä vuonna 2017 että vuonna 2020, oli suurin perusasteen koulutuksen saaneilla, erityisesti miehillä (kuvio 4). Muutokset suotuisaan tai epäsuotuisaan suuntaan olivat hyvin samansuuruisia kaikissa koulutusryhmissä.

Erityisvastuualueiden välillä tilastollisesti merkitseviä eroja palvelujen käytössä oli vain naisilla. Niiden osuus, jotka ilmoittivat sekä vuonna 2017 että vuonna 2020, että olivat käyneet hammaslääkäriässä alle vuosi sitten, oli suurin Turun yliopistollisen sairaalan alueella. Niiden osuus, joiden edellisestä hammaslääkärikäynnistä oli kulunut vähintään yksi vuosi sekä vuonna 2017 että vuonna 2020, oli korkein Oulun yliopistolliseen sairaalan alueella asuneilla.

Pohdinta

Suunterveytensä hyväksi kokevien osuus pysyi ennallaan vuosina 2017 ja 2020 tässä seurantatutkimuksessa, jossa mukana olivat molempina vuosina tutkimukseen osallistuneet. Tässä aineistossa suunterveytensä hyväksi kokevien osuudet olivat suurempia kuin koko aikuisväestön ilmoittamat vuosina 2000 tai 2017 (64 %), mutta kuitenkin vielä alle vuoden 2011 väestötason (76 %). Tätä voivat selittää yksilölliset muutokset suotuisaan tai epäsuotuisaan suuntaan ja erityisesti hoitoon pääsyn vaikeudet koronapandemian aikana.

Suunterveytensä molempina vuosina hyväksi ilmoittaneiden osuus oli vuosina 2017 ja 2020 sama kuin koko aikuisväestössä vuosina 2000 ja 2011 (3). Sen sijaan suunterveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi ilmoittaneiden osuus tässä aineistossa oli molempina vuosina 2017 ja 2020 (20 %) suurempi kuin koko aikuisväestössä vuosina 2000 ja 2011 (13 %). Erityisesti miesten suunterveys oli pysynyt keskinkertaisena tai huonona. Muutokset epäsuotui-

Perceived oral health and visits to a dentist in 2017 and 2020

Aim

The aim was to describe changes in perceived oral health and visiting a dentist from 2017 to 2020.

Methods

Data were collected by questionnaire or telephone interview from people aged 25 and over who participated in the FinHealth 2017 study and its follow-up study in 2020 (n = 4818).

Results

The proportion of people who experienced their oral health as good was 69% in 2017 and 71% in 2020. Perceived oral health had remained good at 59% and mediocre/poor at 20%, improved at 11%, and deteriorated at 10% of the respondents. Oral health was perceived as good in both years most often in the youngest age group, especially in women. Changes to the unfavorable direction were most visible in the oldest

age group. In both years, the proportion of those reporting good oral health was highest among those having higher education.

The proportion of those who reported a visit to a dentist during past year was 58% in 2017 and 51% in 2020. This proportion was reported by 37% of the respondents in both study years, by 28% in either, by 21% only in 2017, and 14% only in 2020. In both years, the proportion of those reporting a visit during past year was highest in the oldest age group and those having received higher education. Changes in both the unfavorable and favorable direction were greatest in the youngest age group.

Conclusions

Perceived oral health had remained good although the use of services had declined. Socioeconomic differences in favor of the highly educated were unchanged.

saan suuntaan olivat näkyvimpiä vanhimmassa ikäryhmässä, mitä voi selittää yhä suurempi hampaallisten osuus näissä ikäryhmissä ja suurempi hoidon tarve. Suotuisa kehitys nuorimmassa ikäryhmässä kertonee nuorten suhteellisen hyvästä suun- ja hampaiden terveydestä.

Sosioekonomiset terveyserot näytävät olevan pysyvä ilmiö. Suunterveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi kokeneiden osuus sekä vuonna 2017 että vuonna 2020 oli suurin alimmassa koulutusryhmässä ja vastaavasti hyväksi kokeneita oli useammin korkeassa kuin perusasteen koulutusryhmässä. Todetut muutokset olivat hyvin samankaltaisia kuin aiemmin 2000-luvulla todetut koko väestöä kuvaavat, poikkileikkausasetelmiin perustuvat löydökset (11). Myös tässä aineistossa suunterve-

ytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus kasvoi hieman vuosien 2017 ja 2020 välillä erityisesti alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla naisilla, mutta muutos oli samansuuntainen myös miehillä.

Hammaslääkäriässä alle vuosi sitten käyneiden osuus oli pienentynyt 58 %:sta vuodesta 2017 51 %:iin vuonna 2020 eli se oli pudonnut samalle tasolle kuin oli aikuisväestössä vuonna 2000 (4). Tähän on luonnollisena selityksenä koronapandemian aiheuttama palvelujen alasajo. Hoidossa alle vuosi sitten käyneiden osuudet olivat suurimmat vanhimmassa ikäryhmässä ja pienimmät nuorimmissa. Tämä kertoo vanhempien ikäryhmien suuremmasta hoidon tarpeesta ja ikäryhmittäisestä palvelujen kysynnän muutoksesta koko 2000-luvulla. Hoitoon hakeutuneiden

osuudet vanhemmissa ikäryhmissä ovat kasvaneet erityisesti terveyskeskuksissa ja vastaavasti nuorimmissa ikäryhmissä vähentyneet erityisesti yksityissektorilla (5, 6). Kasvanut kysyntä terveyskeskuksissa ja yksityissektorin korkeat kustannukset ovat luultavasti hankaloittaneet nuorten hoitoon pääsyä. Lisäksi ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) palvelujen piiriin kuuluvat nykyisin myös ammattikorkeakoulujen opiskelijat, mikä on vaikeuttanut hoitoon pääsyä YTHS:lle. Tämä koskettaa erityisesti korkeakouluopiskelijoita, jotka aiemmin ovat yksin voineet käyttää suhteellisen edullisia ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) palveluja. Heillä on ollut käytössä muita nuoria aikuisia useampia väyliä päästä hammaslääkärin vastaanotolle, mikä on myös näkynyt suurempana palvelujen käyttönä. Suurella osalla nuorista on kuitenkin myös suhteellisen hyvä suunterveys, ja yhä suurempi osa noudattaa suositeltuja yksilöllisiä hoitovälejä eikä heillä enää ole tarvetta käydä hammaslääkärin tarkastuksessa vuosittain. Saattaa kuitenkin olla, että nuoret hakeutuvat huonommin hoitoon tarpeesta huolimatta. Verrattuna vanhempiin ikäryhmiin pienempi osa heistä ilmoittaa käyvänsä säännöllisesti hammaslääkärissä tarkastusta varten (6). Jos tutkimusessamme olisi ollut mukana myös nuorempia kuin 25-vuotiaita, nuorimman ikäryhmän vähäisempi suun terveydenhuollon palvelujen käyttö olisi luultavasti ollut vielä ilmeisempää, mutta toisaalta mahdollisesti lisännyt valikoitumisesta aiheutuvaa virhettä. Nuorimpaan 18–24-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvia poimittiin otokseen pienemmällä otantatodennäköisyydellä vuonna 2017, ja heidän osallistumisaktiivisuutensa oli heikoin sekä 2017 että seurantalutkimuksessa. Rekisteritietojen perusteella pääkaupunkiseudulla asuvat 18–29-vuotiaat nuoret aikuiset olivat vuosina 2005–2009 käyneet vähiten hammashoidossa (14). Myös muutokset sekä suotuisaan että epäsuotuisaan suuntaan olivat suurimpia nuorimmassa ikäryhmässä. Syynä voi olla

hoidon tarpeen polarisoituminen nuorilla aikuisilla, osalla on paljon hoidon tarvetta ja syy käydä vuosittain hammaslääkärissä. Erot koulutusryhmien välillä olivat selviä ja erityisen pysyviä siten, että ylimpään koulutusryhmään kuuluvista erityisen moni ilmoitti sekä vuonna 2017 että vuonna 2020 käyneensä hammaslääkärissä alle vuosi sitten. Vastaavasti etenkin perusasteen koulutuksen saaneista moni ei ollut käyttänyt hammaslääkäripalveluja alle vuosi sitten kummallakaan tutkimuskerralla. Muutokset sen sijaan olivat vähäisiä.

Erityisvastuualueiden välisiä eroja hammaslääkäripalvelujen käytössä voivat selittää myös sosioekonomiset erot koulutustason ollessa alhaisempi pohjoisessa kuin etelässä. Alueiden välinen ero todettiin vain naisilla, ja todennäköisemmin eroja selittää Pohjois-Suomen suurempi hampaattomien osuus erityisesti naisilla. Hampaattomat eivät pääsääntöisesti käy hammaslääkärin vastaanotolla.

Suomessa kuten muissa Pohjoismaissa suun terveydenhuoltojärjestelmien tavoitteena on tasa-arvoinen hoitoon pääsy. Siitä huolimatta tietyt väestöryhmät, erityisesti sosiaalisesti heikoimmassa asemassa olevat, eivät hyödy täysimääräisesti nykyisistä terveydenhuoltojärjestelmistä (15). Tietyt sosiaaliset tekijät, kuten alhainen tulotaso, matala koulutustaso sekä maahanmuuttajatausta, ovat edelleen yhteydessä keskimääräistä heikompaan suunterveyteen kaikissa Pohjoismaissa (16). Palvelujen epätasa-arvoiseen saatavuuteen ja käyttöön sekä syntyneisiin terveyseroihin on pyritty vaikuttamaan mutta huonoin tuloksin. Kyse on monitahoisesta ongelmapyyhdestä. Andersenin (17) mukaan palvelujen käyttö riippuu yksilöstä ja elinoloista, ei siis koskaan yksin organisaatioista tai kustannuksista, vaan koko yhteiskunnan ja sosiaalisten determinanttien monimutkaisesta verkosta. Tämä voi selittää pysyviä ja muun läntisen Euroopan kaltaisia terveyseroja myös hyvinvointivaltiomalliin perustuvissa Pohjois-

maissa (18). Suun ja hampaiden hoidon korkeat kustannukset ja palveluiden rahoitus ovat kuitenkin selkeä terveyseroja ylläpitävä mekanismi Suomessa. Asiakasmaksut ovat suuria, vaikka julkisella sektorilla subventoidaan hintoja tai yksityisellä sektorilla maksetaan sairausvakuutuskorvauksia. Suun terveydenhoidossa maksetaan jokaisesta käynnistä, myös ehkäisevästä hoidosta, mikä poikkeaa muusta terveydenhuollosta. Tämä todennäköisesti entisestään syventää sosioekonomisia terveyseroja, kun oletettavasti huonoimmassa taloudellisessa tilanteessa olevat käyttävät palveluja oireperusteisesti ja paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla on paremmat taloudelliset ja tiedolliset valmiudet hyödyntää myös ennaltaehkäiseviä palveluja. Suun terveydenhuollon palvelut ovat pääasiassa perusterveydenhuollon toimintaa, mutta kotitaloudet maksavat kaksi kolmasosaa kaikista suun terveydenhuollon kustannuksista (19). Muun perusterveydenhuollon kustannuksista kotitaloudet maksavat vain seitsemän prosenttia.

Koronaepidemia on aiheuttanut muutoksia myös elintapoihin ja palvelujen käyttöön. Erityisesti keväällä ja alkukesällä 2020 suun terveydenhuollon palvelutarjontaa rajoitettiin voimakkaasti (20). Vaikka palveluita avattiinkin kesästä 2020 lähtien uudelleen, suun terveydenhuollon käyntimäärät pysyivät koko loppuvuoden selvästi alhaisemmalla tasolla kuin epidemiaa edeltävinä vuosina. Vastaanottoaikoja pidennettiin ylimääräisten tartunnan torjuntatoimien vuoksi, mikä vaikutti tarjolla olevien hoitoaikojen määriin. Palvelujen tarjontaa heikensivät myös henkilökunnan sairauspoissaolot ja karanteenit. Lisäksi todennäköisesti osa hoidon tarpeesta olevista ei omasta tahdostaan hakeutunut kiireettömäksi arvioimaansa hoitoon, mikä näkyy tilastoissa muun muassa kiirehoidon tarpeen lisääntymisenä ja parodontiitti-diagnoosien vähäisempänä määränä. Erityisesti COVID-19-taudin riskiryhmiin kuuluvat ovat halunneet rajoittaa muuta kuin välttämätöntä liikkumista



kodin ulkopuolella. Näihin riskiryhmiin kuuluvilla on usein myös kasvanut suusairauksien riski (21, 22).

Tässä tutkimuksessa näemme tuloksia epidemian toisen aallon ajalta. Pitkäaikaisempia vaikutuksia on tämän aineiston pohjalta mahdoton arvioida. Koronaepidemian vuoksi viivästyneen hoitoon hakeutumisen ja pääsyn suun terveydenhuollon palveluihin saattaa näkyä viiveellä myös koetussa suunterveydessä ja hoidon tarpeessa (20). Lisäksi suun sairaudet kehittyvät hitaasti ja ennaltaehkäisevän toiminnan vähentäminen saattaa heikentää suunterveyttä pitemmällä aikavälillä. Koronaepidemian häviäjiksi on monessa yhteydessä todettu heikoimmassa asemassa olevat, kuten lapset ja nuoret, päihdeongelmaiset, mielenterveyspotilaat ja monet pitkäaikaissairaat. On hyvin mahdollista, että koronaepidemian myötä

hoitovelkaa onkin kertynyt erityisesti heillä. ■

Anna Liisa Suominen, professori (suun terveydenhuolto)¹
liisa.suominen@uef.fi

Ulla Harjunmaa, TtT, EHL, asiantuntija-hammaslääkäri²

Noora Ristiluoma, TtT, tutkija²

Seppo Koskinen, tutkimusprofessori²

Arto Pietilä, FM, tilastotutkija²

Päivikki Koponen, TtT, dosentti, johtava asiantuntija²

¹ Itä-Suomen yliopisto

² Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

FinTerveys 2017 -seurantatutkimusta on tuettu valtion lisätalousarviossa Covid 19 -tutkimukseen osoitetulla ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) koordinoimalla rahoituksella.

Kirjoittajien ilmoittamat sidonnaisuudet:

Liisa Suominen: Luentopalkkiot: Apollonia, Diastema. Luottamustoimet: Suomen Hammaslääketieteen Säätiön hallitus, SHS Kustannus Oy:n hallitus, Apollonian vaaleja valmisteleva toimikunta pj., THL:n Suun terveydenhuollon kehittämisverkoston ohjausryhmä, TerveSuomi-tutkimuksen suun terveyden alaryhmä pj., STM:n Hammaslääketieteen erikoisalojen ja erikoistumiskoulutuksen uudistamisen selvitystyöryhmä, Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN) Viireyttä seniorivuosiin – ikään-tyneiden ruokasuositukset käytäntöön -hankkeen ohjausryhmä, Kelan Sosiaalilääketieteellisen neuvottelukunnan asiantuntija ja hammaslääketieteen joaksen jäsen.

Ulla Harjunmaa: Luentopalkkiot: Apollonia, HUS, FCG, Kuntaliitto, Lääkäriliitto. Apollonia ulkomaisen kongressin matkakorvaukset. Luottamustoimet: Lääkäriliiton Kv. terveyden neuvottelukunta, Apollonian hallitus, Kv. terveydenhuollon erityispätevyystoimikunta, kansallisten terveydenhuollon ja suun terveydenhuollon kehittämistyöryhmien jäsenyyksiä.

KIRJALLISUUS

1. Sheiham A, Tsakos G. Oral health needs assessment. Kirjassa: Pine C, Harris R. (toim.). Community Oral Health. Lontoo: Quintessence Publishing; 2007. s. 59–79.

2. Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A. (toim.). Suomalaisen aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki: Kansanterveyslaitos; 2004.

3. Torppa-Saari E, Tolvanen M, Suominen AL, Lahti S. Changes in perceived oral health in a longitudinal population-based study. Community Dent Oral Epidemiol 2018; 46(6): 569–75.

4. Suominen L, Raittio E. Suunterveys. Raportissa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S. (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportteja 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2018. s. 94–8.

5. Suominen AL, Helminen S, Lahti S, Vehkalahti MM, Knuuttila M, Varsio S. ym. Use of oral health care services in Finnish adults – results from the cross-sectional Health 2000 and 2011 Surveys. BMC Oral Health 2017; 17(1): 78.

6. Suominen L, Raittio E. Suun terveydenhuolto. Raportissa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S. (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportteja 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2018. s. 151–5.

7. Raittio E, Aromaa A, Kiiskinen U, Helminen S, Suominen AL. Income-related inequality in perceived oral health among adult Finns before and after major dental subsidization reform. Acta Odontol Scand 2016; 74(5): 348–54.

8. Parikka S, Koskela T, Ikonen J, Kilpeläinen H, Hedman L, Koskinen S ym. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2020. [https://www.terveytemme.fi/finsote/2020/palvelut.html] Viitattu: 21.6.2022.

9. Torppa-Saari E, Tolvanen M, Lahti S, Suominen AL. Changes and Determinants of Unmet Oral Health Treatment Need. Community Dent Oral Epidemiol 2021; 49(2): 158–65.

10. Health at a Glance 2011. OECD INDICATORS. OECD 2011. [https://www.oecd.org/

els/health-systems/49105858.pdf.] Viitattu 16.8.2021.

11. Jokela S, Kilpeläinen K, Parikka S, Sares-Jäske L, Koskela T, Lumme S. ym. (toim.). Terveyden eriarvoisuus Suomessa – Ehdotus seurantajärjestelmän kehittämiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 5/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2021.

12. Borodulin K, Sääksjärvi K. (toim.). FinHealth 2017 Study – Methods. Report 17/2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL); 2019. [http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-449-3]. Viitattu 21.6.2022.

13. Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; 2018. Raportti 4/2018. [https://www.julkari.fi/handle/10024/136223]. Viitattu 21.6.2022.

14. Kallio J, Kallio J, Pesonen T, Rahkonen O, Murtomaa H. Hammashoitopalvelujen käytettävyyttä: Voiko syynä olla muutakin kuin terveet hampaat? Yhteiskuntapolitiikka 2013; 78(1): 20–34.

15. Rosing K, Suominen L, Árnadóttir IB, Gahnberg L, Nordrehaug Åstrøm A. Utilization of oral healthcare in the Nordic countries. *Tandlægebladet* (Danish Dental Journal) 2021; 125(1): 50–9. Uudelleen julkaistu: Suun terveydenhuollon palvelujen käyttö Pohjoismaissa. *Suom Hammaslääkäril* 2021; 21(7): 22–31.

16. Bøge Christensen L, Árnadóttir IB, Hakeberg M, Klock KS, Suominen AL. Social inequality in oral health in Nordic countries. *Tandlægebladet* (Danish Dental Journal) 2021; 125(1): 42–9. Uudelleen julkaistu: Suunterveyteen liittyvä eriarvoisuus Pohjoismaissa. *Suom Hammaslääkäril* 2021; 21(6): 48–55.

17. Andersen RM. National health surveys and the behavioral model of health services use. *Med Care* 2008; 46(7): 647–53.

18. Guarnizo-Herreno CC, Watt RG, Pikhart H, Sheiham A, Tsakos G. Socio-economic inequalities in oral health in different European welfare state regimes. *J Epidemiol Community Health* 2013; 67(9): 728–35.

19. Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). [https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/sosiaali-ja-terveydenhuollon-resurssit/terveydenhuollon-menot-ja-rahoitus]. Viitattu 21.6.2022

20. Harjunmaa U, Soukka T, Auero M, Hivala N. Suun terveydenhuolto. Kestilä L, Jokela M, Härmä V ja Rissanen P. (toim.): COVID-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Tampere 2021: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2021.

21. Karies (hallinta). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2020. [www.kaypahoito.fi]. Viitattu 21.6.2022.

22. Parodontiitti. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim; 2019. [www.kaypahoito.fi]. Viitattu 21.6.2022.

Anafylaksia on harvinaista paikallisuudutuksen yhteydessä

Vakavat puudutusreaktiot ovat hyvin harvinaisia. Hammaspuudutteissa usein käytetty adrenaliini voi aiheuttaa epämiellyttävää tunteista ja sydämentykytystä, mutta varsinaisia haittavaikutuksia ei puuduttamisen yhteydessä juurikaan tavata.

Ranskalaiset tutkijat selvittivät maansa lääkehaittojen rekistereistä, kuinka yleisiä ovat anafylaktiset reaktiot paikallisuudutuksen yhteydessä (Hascoet ym. *Clin Oral Investig* 2022; 1667–1676). Tuiki harvinaisiahan ne todella ovat. Rekistereistä löytyi 416 tapausta viimeisten 35 vuoden ajalta.

Yhtään henkeä uhkaavaa tilannetta ei ollut syntynyt.

Kun katsottiin tarkemmin, kuinka moni reaktio oli tapahtunut hammashoidon yhteydessä, luku pieneni 26 tapaukseen. Näistä useimmat olivat syntyneet lidokaiini-injektion yhteydessä (81,5 %). Se ei ole yllätys, sillä lidokaiini on yleisimmin käytetty puudute hammashoidossa.

Reaktiot olivat kuitenkin jääneet lieviksi, eikä yhtään henkeä uhkaavaa tilannetta ollut syntynyt. Koko tutkimusaineistossa oli 11 fataalia tapaus, mutta niistä yksikään ei liittynyt hammashoitoon. Tutkijat laskivat, että hammashoidossa riski saada puudutuksen yhteydessä anafylaktinen reaktio on noin 0,0261 miljoonaa puuduteannosta kohden.

Katsoin Suomen lääkehaittojen rekisteristä, löytyisikö meiltä yhtään ilmoitettua anafylaktista reaktiota puudutteille, mutta eipä niitä löytynyt. Katsoin lisäksi myös muiden kuin lidokaiinin hammashoidossa käytettyjen puudutteen riskiprofiilit, eikä artikaiinin (Dentocaine®), bupivakaiinin (Bucain®) tai prilokaiinin (Citanest®) osalta myöskään ole anafylaksiaa raportoitu. Mutta kuten ranskalaisten tutkimuksesta ilmenee, pienen pieni riski on aina olemassa. Vastaanoton ensiapuvalmiutta on sen vuoksi muistettava jatkuvasti ylläpitää.

Anafylaksiassa ensiapulääke on adrenaliini. Esimerkiksi Epipen®-kynä on suositeltavaa pitää aina tuoreena, siis ajan tasalla lääkekaapissa. Niitä on oltava sekä lasten että aikuisten varalta. Injektio pistetään välittömästi lihakseen, kun epäily anafylaksiasta herää. Reaktion jälkeen potilas on syytä varmuuden vuoksi lähettää välittömästi sairaalaan. ■

J H MEURMAN

Palstalla kirjoittavat
vuorotellen professori
Jukka H. Meurman ja
HLT Eero Raittio.