

Näkyykö sosiaaliluokka suusta?

Laajan Terveys 2000 -tutkimuksen päätulokset julkaistiin jo pari vuotta sitten. Tutkimus antoi suomalaisten terveydestä luotettavaa ja ajantasaista tietoa myös suun osalta. Kliinisesti tutkituista yli 30-vuotiaista aikuisista syventyneitä ientaskuja oli kahdella kolmesta ja kariesta joka kolmannella. Tulehdukseen viittaavia röntgenologisesti todettavia löydöksiä oli noin joka kolmannella. Ientulehdusten yleisyys nousi – aiheellisesti – otsikoihin.

Marraskuussa ilmestyi Kansanterveyslaitoksen julkaisusarjassa raportti Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Aineistona oli koko Terveys 2000 -tutkimuksen kohdejoukko eli lähes 10 000 yli 18-vuotiaista kansalaista. Raportin mukaan suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on yhä sosioekonomisesti eriarvoinen. Enemmän koulutetut ja ylempiin tuloluokkiin kuuluvat henkilöt käyvät muita useammin terveystarkastuksissa, seulontatutkimuksissa, hammashoidossa ja fysikaalisessa hoidossa. Suurempituloiset käyttävät myös enemmän lääkäripalveluja, kun käyttö suhteutetaan sairastavuuden perusteella arvioituun tarpeeseen. Vähemmän koulutetut ja pienituloiset ilmoittavat muita useammin sairastavansa tautia, johon he eivät saa hoitoa. Samaa aihetta käsitellään myös Stakesin tuoreessa julkaisussa Riittävät palvelut jokaiselle, näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa.

Yli puolet (55 %) Terveys 2000 -tutkimuksessa haastatelluista ilmoitti käyneensä hammashoidossa edeltäneen vuoden aikana, naisista suurempi osa kuin miehistä. Hampaallisista haastatelluista 60 % oli käynyt hoidossa, hampaattomista 21 %. Yleisin käyntipaikka oli yksityishammaslääkäriin vastaanotto, jossa oli käynyt 31 % haastatelluista. Vuoden aikana 21 % oli käynyt terveystarkastushammaslääkärillä, 3 % muulla hammaslääkärillä, 3 % hammasteknikolla ja 3 % muussa hammashoidossa. Yksityishammaslääkärillä käyneitä oli sitä suurempi osuus, mitä enemmän haastatelluilla oli koulutusta tai kotitaloudella tuloja. Kuudessa vuodessa tilanne on oletettavasti muuttunut erityisesti terveystarkastuksen osalta. Siellä hoidossa käyneiden osuus on kasvanut, joskaan tarkkoja lukuja vuodelta 2006 ei ole käytettävissä.

Sosioekonomisten erojen taustalla voidaan osoittaa olevan ainakin kaksi seikkaa: lääkäripalveluissa työterveyshuolto suosii työssäkäyviä kansalaisia, ja hammashoidossa epätasa-arvo liittyy ennen muuta potilaan hoidosta maksamaan hintaan. Kansanterveyslaitoksen raportin johtopäätösten mukaan hammashoidosta maksettava korkea hinta

vaikuttaa eniten sen väestöosan palvelujen käyttöön, jolle taloudellisilla tekijöillä on suurempi merkitys. Myös koulutuksen merkitys suunterveyden määrittäjänä oli selkeä: eniten koulutetuilla oli muita parempi suunterveys ja koulutusryhmien väliset erot olivat vain voimistuneet verrattaessa tietoja vuoteen 1980. Stakesin raportin mukaan ”Hammashoitopalveluissa palvelujen saatavuus, mahdollisuus säilyttää omat hampaat, väestön sosiaalinen tausta ja asuinpaikka ovat kietoutuneet toisiinsa monimutkaisella tavalla. Tämä tulee näkymään vielä pitkään väestön suun terveydessä.”

Mitä on tehtävissä erojen tasaamiseksi? Johtuvatko erot ylimpien sosiaaliluokkien tarpeettomasta suun terveydenhuollon palvelujen käytöstä? Näin tuskin on. Suomessa palvelujen käyttö on Kansanterveyslaitoksen raportin mukaan ollut edelleen vähäisempää kuin muissa Pohjoismaissa. Korkeamman koulutuksen myötä ihminen arvostaa enemmän suunsa terveyttä ja käyttää siten hoitopalveluja. Sama näkyy myös suun omahoidossa, jossa erot eivät johdu palvelujen saannista. Erojen pienentäminen täytyy siten tehdä parantamalla suun terveyden arvostusta alemmissa sosiaaliluokissa, lisätä opastusta suun omahoitoon sekä kohentamalla mahdollisuuksia saada tarpeen mukaisia hoitopalveluja. Tässä on potilaan omalla maksuosuudella keskeinen merkitys. Raportti korostaa myös kutsujärjestelmän merkitystä. Sen avulla voitaisiin edistää huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevien palvelujen käyttöä.

Väestöryhmien välisten erojen tasaamiseksi tulisi myös pohtia vajaahampaisuuden hoitoa. Täysin hampaattomakin on edelleen yli 400 000 suomalaista. Hampaiden puuttuminen on yleisempää eläkeläisillä ja vähemmän koulutusta saaneilla. Toisaalta protetiikassa on potilaan omalla rahoituksella suurin osuus. Tältä osin Suomi eroaa useimmista muista länsimaista. Yksi täsmäkeino olisi laajentaa kelakorvaus protetiikassa myös muille kuin sotaveteraaneille.

MATTI PÖYRY