



Suomen Hammaslääkäriliitto
Finlands Tandläkarförbund

Työnjako suun terveydenhuollossa

– katsaus tutkimuksiin pääasiassa lasten ja nuorten parissa

Tiina Joensuu, Kaisu Pienihäkkinen

Työnjaon toteuttamisessa toimintaa olisi katsottava kokonaisuutena. Lähtökohtia ovat vaikuttavat ja oikein ajoitetut toimenpiteet, koko henkilöstön tietojen ja taitojen hyödyntäminen, asiakaslähtöisyys ja henkilöstön hyvinvointi.

Lasten ja nuorten parissa työnjakoa on toteutettu siten, että suuhygienistit tai lisäkoulutusta saaneet hammashoitajat ovat tehneet suun terveystarkastuksia ja antaneet ehkäisevää hoitoa. Toiminta on perustunut yksilölliseen hoitosuunnitelmaan.

Tulokset ovat olleet suotuisat niin terveyden kuin taloudellisen tuloksen suhteen. Säätynyttä hammaslääkäriaikaa on ollut mahdollista käyttää muiden potilasryhmien hoitoon.

Katsaus tutkimuksiin lasten ja nuorten suun terveydenhuollossa

Suun terveydenhuollossa työnjakotutkimukset ovat keskittyneet lasten ja nuorten hoitoon. Seuraavassa esitellään muutamia keskeisiä tutkimustuloksia.

Norjassa toteutetussa kolmen vuoden seurattututkimuksessa lasten ja nuorten suun terveystarkastukset ja ehkäisevä hoito oli keskitetty suuhygienisteille (Wang 1994). Lapset, joilla he havaitsivat merkkejä sairaudesta tai lisätutkimuksen tarvetta ohjattiin hammaslääkärin vastaanotolle. Hoitoon kuluneesta ajasta suuhygienistit käyttivät 44 % ja hammaslääkärit 56 %. Eniten hammaslääkärien aikaa kului niiden lasten hoitoon, joilla oli runsaimmin uusia kariesvaurioita hampaissaan tai joiden tutkimusväli oli ollut suunniteltua pidempi. Puolet kaikista ja 74 % niistä lapsista joilla ei ollut uusia kariesvaurioita, tarvitsivat vain suuhygienistin antamaa hoitoa. Näin säästyivät hammaslääkärin aikaa toisten potilasryhmien hoitoon. Hammaslääkärin tutkimuksen tarvitsi kuitenkin neljännes niistä lapsista, joilla ei ollut uusia kariesvaurioita.

Ruotsalaisessa pilottitutkimuksessa toimintamalli, jossa suuhygienisteillä oli merkittävä rooli lasten ja nuorten hammashoidossa osoittautui terveyden ja kustannusten kannalta suotuisaksi (Hannerz ja Westerberg 1996). Koeryhmän nuoria hoidettiin kuuden vuoden ajan ikävuosina 13–18 siten, että panostettiin vahvasti ehkäisevään hoitoon. Hyödyn mittarina käytettiin vältettyjä kariesvaurioiden korjauskustannuksia. Kustannuk-

sina laskettiin toimintakustannukset ilman kiinteitä kuluja. Hyöty-kustannussuhde oli koeryhmässä puolitoistakertainen. Oleellisimpana selittävässä tekijänä pidettiin työnjakoa.

Ruotsissa, kahdessa pikkulapsiin liittyvässä tutkimuksessa, lisäkoulutusta saaneet hammashoitajat toimivat karieshoidon varhaisen ehkäisyn toteuttajina (Holst ym.1997, Wendt ym. 2001). Varhaisen ehkäisyn ryhmään kuuluneiden lasten hoitoon käytettiin enemmän aikaa kuin tavanomaisen hoidon ryhmän lasten hoitoon, mutta näin säästettiin hammaslääkärin hoitoon käyttämää aikaa.

Suomalaisessa tutkimuksessa ehkäisevään työhön paneutuneilla hammashoitajilla oli merkittävä rooli varhaiseen ehkäisyyn ja riskinarviointiin perustuvassa lasten karieshoidon toimintamallissa (Pienihäkkinen ja Jokela 2002). Ehkäisevään työhön käytettiin enemmän ja kariesvaurioiden korjaamiseen vähemmän aikaa. Koska ehkäisevän työn toteuttivat hammashoitajat, kustannukset olivat pienemmät kuin tavanomaisen hoidon ryhmässä, jossa hoidon toteuttivat usein hammaslääkärit. Varhaisen ehkäisyn ryhmässä useammalla lapsella oli terveet hampaat ja vähemmän kariesvaurioita kuin vertailuryhmässä.

Kolmen vuoden seurannan jälkeen karieskäsittelykustannukset olivat lasta kohti 15 € pienemmät varhaisen hoidon ryhmässä kuin tavanomaisen hoidon saaneiden ryhmässä (Jokela ja Pienihäkkinen 2003). Seitsemän vuoden jälkiseurannan jälkeen varhaisen ehkäisyn ryhmään kuuluneilla oli vähemmän karieshoidon käyntejä ja karieshoidon kokonaiskustannukset olivat merkittävästi (151 €) pienemmät kuin tavanomaisen ehkäisyn ryhmään kuuluneilla (Pienihäkkinen ym. 2005). Herkkyysanalyysin mukaan kustannukset olisivat olleet kaksinkertaiset, jos ehkäisevän hoidon suorittajana olisi ollut hammaslääkäri-hoitaja työpari.

Valmistumassa olevan väitöstutkimuksen tulokset ovat hyvin samansuuntaiset kuin edellä esitetyt (Joensuu: Cumulative costs of caries prevention and treatment in children with special reference to work division and cohort effect, käsitelty). Suuhygienistien työpanosta hyödynnettävällä varhaisen ehkäisyn toimintamallilla saavutettiin alle kouluikässä parempi ja kouluikässä yhtä hyvä hammasterveys kuin perinteisellä, kouluikäsiin ja enemmän hammaslääkärien työpanokseen perustuvalla tavalla. Toimintatavalla oli merkittävä vaikutus lapsen karieshoidon kokonaiskustannuksiin. Herkkyysanalyysin mukaan karieshoidon

kustannukset olivat työnjakoa hyödyntämällä kolmanneksen pienemmät, kuin jos hoidon suorittajana olisi ollut ainoastaan hammaslääkäri–hoitaja työpari.

Kaikki yllämainitut pohjoismaiset tutkimukset liittyvät suhteellisen alhaiseen kariesen esiintyvyyteen. Jos väestössä esiintyy runsaasti kariesiä, ovat varhainen neuvolavaiheeseen panostaminen ja työnjako vielä keskeisempiä elementtejä toimintamallissa. Tästä on esimerkkinä Leedsissä, Englannissa, maahanmuuttajayhteisössä toteutettu satunnaistettu seurantatutkimus (Kowash ym. 2000). Suuhygienistin ja kättilön toteuttamat kotikäynnit vastasyntyneiden perheisiin poistivat alle kolmivuotiaiden hampaiden reikiintymisen lähes kokonaan: reikien esiintyminen väheni 33 %:sta yhteen prosenttiin. Käynti kesti kerrallaan noin 15 minuuttia ja niitä oli vähintään kerran vuodessa. Teemana käynneillä oli suuhygieniä, ravintotottumukset, yms. Lähtötilanteessa suun terveyteen liittyvä tietämys oli ollut hyvin vähäistä.

Terveyskeskusten hoitotoimenpiteisiin liittyvässä selvityksessä todettiin, että suun tutkimukset muodostivat keskimäärin 24 % ja paikkaushoito 32 % hammaslääkärien tekemistä toimenpiteistä (Läärä ym. 2000). Ehkäisevän hoidon toimenpiteiden osuus vaihteli huomattavasti, keskiarvo oli 14 %. Hampaiden kiinnityskudosten hoito, sukirurgia, hammasprotetiikka ja purentafysiologinen hoito lisääntyivät vanhemmissa ikäryhmissä. Selvityksen mukaan merkittävä osa hammaslääkärien tekemistä toimenpiteistä oli vaativuudeltaan vähäisiä tai kestoiltaan lyhyitä. Osa toimenpiteistä olisi soveltunut suuhygienistien tehtäväksi. Suuhygienistejä ei kuitenkaan ollut terveyskeskuksissa riittävästi, jotta toimintatapaa olisi voinut muuttaa. Selvityksen arvioinnissa on huomioitava, että hammaslääkärien tekemä yksinkertainen toimenpide on usein osa laajempaa hoitoa, esimerkiksi lyhyt perustutkimus ennen hampaan poistoa tai fluorikäsittely osana paikkaushoitoa. Toimenpiteiden kirjo on nykyään laajempi kuin ennen, sillä hoitotakuulaki ja muut 2000-luvun alun lakiuudistukset ovat tuoneet terveyskeskuksiin paljon uusia aikuispotilaita. Toimenpideluokitusta on kehitetty vastaamaan muuttunutta tilannetta.

Työnjako aikuisten suun terveydenhuollossa

Varsinaisia työnjakokäytäntöjen tutkimuksia ei aikuisten osalta juurikaan ole. Työnjakoa aikuisten

suun terveydenhoidossa käsittelevissä artikkeleissa on korostettu suun terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyötä ja hammaslääkäriin roolia hoidon ohjaajana ja vastuuhenkilönä (esim. Baltutis ja Morgan 1998, Harris ja Haycox 2001, Öhrn 2004). Kirjoittajien mielestä suuhygienistien osamista tulisi hyödyntää erityisesti potilaan ohjaamisessa ja motivoinnissa suun itsehoitoon ja suun terveyden ylläpitoon. Yhteistoimintaan muiden ammattiryhmien kanssa kokonaisterveyden edistämiseksi olisi myös panostettava, esimerkiksi vanhustenhuollossa tarvitaan koulutusta ja ohjausta suun hoitoon liittyvissä asioissa.

Artikkeleissa painotetaan sitä, että hammaslääkärien mahdollisuudesta täydennyskoulutukseen olisi huolehdittava, sillä työnjaon myötä osaamisen vaatimukset kasvavat. Terveyden edistämiseen ja sairauksien ehkäisyyn rakentuva toimintatapa mahdollistaa tarkoituksenmukaisen työnjaon myös aikuisväestön hoidossa.

Pohdinta ja päätelmät

Työnjaon toteuttamisessa toimintaa olisi katsottava kokonaisuutena. Hammaslääkäriin suorittamaan potilaan tutkimukseen perustuva hoitosuunnitelma olisi hyvä laatia useammaksi vuodeksi eteenpäin painottaen ehkäisyä ja itsehoitoa. Hoidon tulee perustua vaikuttaviin hammaslääketieteellisiin toimintatapoihin, joihin kuuluu hoidon oikea-aikaisuus. Sairauden välttäminen vähentää tulevien vuosien kustannuksia ja on osoitus hoidon hyvästä laadusta. Jos toimenpiteellä ei saavuteta terveyshyötyä, sitä ei ole järkevää tehdä edes vähäisin kustannuksin.

Yksittäisten toimenpiteiden siirtäminen ammattiryhmältä toiselle ei ole mielekäästä ja saattaa johtaa hoitosuunnitelman hämärtymiseen, hoidon pilkkoutumiseen ja siten hoitokäyntien lyhenemiseen ja lisääntymiseen. Käyntien lisääntyminen puolestaan aiheuttaa poissaoloja koulusta ja työpaikoilta. Hoitolassa lyhyet käynnit lisäävät potilasvaihtoon ja vastaanoton puhdistamiseen kuluvaan aikaa. Suunnitelmallisen, yksilöllisen hoidon sijaan saatetaan päätyä tilanteeseen, jossa kukaan ei tunne kokonaisvastuuta potilaan hoidosta.

Jotta työnjaosta saataisiin paras mahdollinen hyöty, potilaan hoitaminen olisi hyvä mieltää tiimityönä, henkilöstön yhteisenä tehtävänä, jossa jokaisella on merkittävä ja arvokas rooli. Suun terveydenhoitohenkilöstön työpanosta voitaisiin koh-

dentaa erityisesti varhaisvaiheen ehkäisytyöhön ja ikääntyvän väestön ehkäisevään ja karieksen hallintaan tähtäävään hoitoon.

Henkilöstön mukanaolo toimintamallien suunnittelussa edistää sitoutumista ja käytäntöjen tuntemusta. Työtehtäviä vastaava koulutus ja mahdollisuus käyttää taitoja lisäävät henkilöstön työhyvinvointia. Osaava henkilöstö pystyy toimimaan joustavasti. Työnantajan on huolehdittava siitä, että henkilöstörakenne ja toimitilat ovat tarkoituksenmukaiset työnjaon toteuttamiseen. Asiakkaille / potilaille olisi kerrottava työnjaon ja tiimityön periaatteista, jotta he voivat luottaa saavansa tarvitsemansa hoidon kohtuullisin kustannuksin.

Kirjallisuus

Baltutis L, Morgan M. The changing role of dental auxiliaries: A literature review. *Aust Dent J* 1998; 43: 354–358.

Hannerz H, Westerberg I. Economic assessment of a six-year project with extensive use of dental hygienists in the dental care of children: a pilot study. *Community Dent Health* 1996; 13: 40–43.

Harris RV, Haycox A. The role of team dentistry in improving access to dental care in the UK. *Br Dent J* 2001; 190: 353–356.

Holst A, Mårtensson I, Laurin M. Identification of caries risk children and prevention of caries in pre-school children. *Swed Dent J* 1997; 21: 185–191.

Jokela J, Pienihäkkinen K. Economic evaluation of a risk-based caries prevention program in preschool children. *Acta Odontol Scand* 2003; 61: 110–114.

Kowash MB, Pinfield A, Smith J, Curzon ME. Effectiveness on oral health of a long-term health education programme for mothers with young children. *Br Dent J* 2000; 188: 201–205.

Läärä M, Widström E, Mattelmäki U, Meriläinen T. Hoitotoimenpiteet terveyskeskusten hammashuollossa. Dental treatments in municipal health centres in Finland. Summary in English. Stencils of the Ministry of Social Affairs and Health, 2000:17. Helsinki 2000.

Pienihäkkinen K, Jokela J. Clinical outcomes of risk-based caries prevention in preschool-aged children. *Community Dent Oral Epidemiol* 2002; 30: 143–150.

Pienihäkkinen K, Jokela J, Alanen P. Risk-based early prevention in comparison with routine prevention of dental caries: a 7-year follow-up of a controlled clinical trial; clinical and economic aspects. *BMC Oral Health* 2005; 5: 2.

Työnjaon toteuttamiseen ja erilaisten taitojen hyväksikäyttöön on paljon mahdollisuuksia. Terveystiedon edistämisen ajatus tulisi olla toimintamallien kehittämisen perustana. Tavallisimmat suun sairaudet (hammaskaries ja hampaiden tukidossairaudet) ovat luonteeltaan kroonisia, mutta periaatteessa helposti ehkäistävissä tai hallittavissa. Yksilöön kohdistuvan hoidon lisäksi terveydenedistämistyötä tehdään myös esimerkiksi päiväkodeissa, kouluissa ja eläkeläiskerhoissa. Nuorison suosimien medioiden käyttö tässä työssä on noussut esiin uutena vaihtoehtona. Käytännön ratkaisut tehdään paikallisella tasolla ottaen huomioon erityisolosuhteet ja voimavarat. ■

Wang NJ. Variation in clinical time spent by dentist and dental hygienist in child dental care. *Acta Odontol Scand* 1994; 52: 280–289.

Wendt LK, Carlsson E, Hallonsten AL, Birkhed D. Early dental caries risk assessment and prevention in preschool children: evaluation of a new strategy for dental care in a field study. *Acta Odontol Scand* 2001; 59: 261–266.

Öhrn K. The role of dental hygienist in oral health prevention. *Oral Health Prev Dent* 2004; 2: Supplement 1: 277–281.

Suomen Hammaslääkäriliiton muistioita Helmikuu 2009

Muistion ovat laatineet:

Tiina Joensuu
terveyskeskushammaslääkäri
Kemin kaupunki

Kaisu Pienihäkkinen
dosentti
Turun yliopisto