

Opinnäytetyö (AMK)

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma

Suuhygienisti

Syksy 2014

Ida Laakso, Anne Vuolle

SUUHYGIENISTIN ASiantuntijuus KIINNITYSKUDOS- SAIRAUKSIEN HOIDOSSA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma | Suuhygienisti

Lokakuu 2014 | Sivumäärä 53

Tarja-Leena Kuusilehto, Paula Yli-Junnila

Ida Laakso, Anne Vuolle

SUUHYGIENISTIN ASIAANTUNTIJUUS KIINNITYSKUDOSSAIRAUKSIEN HOIDOSSA

Kiinnityskudossairaudet ovat Suomessa koko kansan tauti, mikä todetaan Terveys 2000- ja 2011 –tutkimuksissa. Aihe on monelle vieras, joten olisi tärkeää kiinnittää huomiota sekä puuttua siihen jo varhaisessa vaiheessa. Myös kiinnityskudossairauksien ennaltaehkäisyllä voitaisiin lisätä merkittävästi suun terveydenhuollon kustannustehokkuutta.

Suuhygienistin perustehtäviin kuuluvat ennaltaehkäisevä hoito, valistaminen erilaisista suusairauksista sekä kannustaminen ja motivointi hyvään kotihoitoon. Suuhygienisti työskentelee osana suun terveydenhuollon tiimiä, jossa parhaillaan työnjako hammaslääkärin kanssa on jouhevaa ja tehokasta.

Opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksella. Esseevaihe suoritettiin keväällä 2013 ja opinnäytetyösuunnitelma syksyllä 2013. Opinnäytetyö alkoi saada lopullista muotoaan elokuusta 2014 lähtien, jolloin hakuja suoritettiin tieteellisistä tietokannoista, kuten Medic, Terveysportti sekä PubMed. Aineistoa kerättiin paljon manuaalisesti, mm. Suomen hammaslääkärilehdistä sekä Periodontology for the Dental Hygienist –kirjasta.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millainen on suuhygienistin asiantuntijuus kiinnityskudossairauksien hoitamisessa. Tavoitteena on tuottaa tietoa suun terveydenalan ammattilaisille ja kouluttajille suuhygienistin asiantuntijuudesta kiinnityskudossairauksien hoidossa, jonka pohjalta työnjakoa voi kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena on myös lisätä tietoisuutta kiinnityskudossairauksiin liittyvistä haasteista, tarvittavista erikoistaidoista sekä suuhygienistin toteuttaman työn vaikutuksista.

Opinnäytetyön ongelmana oli selvittää mistä koostuu suuhygienistin asiantuntijuus kiinnityskudossairauksien hoidossa. Tulokseksi saatiin suuhygienistin asiantuntijuuden koostuvan terveyden edistämisestä, sujuvasta tiimityöstä, joustavasta työnjaosta sekä laajasta osaamisesta suu- ja yleisterveyden vaikutuksista kiinnityskudossairauksien hoidossa.

ASIASANAT:

Asiantuntijuus, suuhygienisti, kiinnityskudossairaus, terveyden edistäminen, tiimityö

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Dental Hygiene | Dental hygienist

October 2014 | Total number of pages 53

Tarja-Leena Kuusilehto, Paula Yli-Junnila

Ida Laakso, Anne Vuolle

DENTAL HYGIENIST'S EXPERTISE IN TREATMENT OF PERIODONTAL DISEASES

Periodontal diseases are sickness of the entire population in Finland, which can be noticed in Health 2000 – and 2011-surveys. The topic is unfamiliar for many so it would be important to make an attention and stick to it in an early state. Also with prevention of periodontal disease could increase significantly cost-effectiveness in Dental Healthcare.

Dental hygienist's basic tasks are preventive treatment, educate with different mouth diseases and also motivate to good oral healthcare. Dental hygienist is working as a part of Dental healthcare team where at best the work allocation with dentist is flexible and effective.

The bachelor's thesis was done with literature review. The essay was accomplished at the spring 2013 and the planning of thesis at autumn 2013. The bachelor's thesis started to get its final form since august 2014 when searches were completed from scientific databases, like Medic, Terveystietti and PubMed. The materials were collected by manual a lot, like Finnish Dental Journal and the book called Periodontology for the Dental Hygienist.

The meaning of the thesis was to find out what kind of expertise dental hygienist has in periodontal treatment. The aim is to make information about dental hygienist's expertise in treatment of periodontal diseases for professional of oral healthcare and educators, after that the work allocation can be improved. The main is also sharing more information about challenge of periodontal diseases, requisite special skills and consequence of dental hygienist's work.

The problem of the thesis was to examine where dental hygienist's expertise in treatment of periodontal diseases consist. As the results reveal, the expertise of a dental hygienist consist of health promotion, fluent teamwork and flexible work allocation and wide know-how about impact of oral and general health in periodontal treatment.

KEYWORDS:

Expertise, dental hygienist, periodontal disease, health promotion, teamwork

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 SUUHYGIENISTI ASIANTUNTIJANA	8
2.1 Suuhygienistin asiantuntijuus	8
2.2 Tiimityö kiinnityskudossairauksien hoidossa	9
2.3 Terveyden edistäminen suuhygienistin työssä	12
3 KIINNITYSKUDOSSAIRAUDET JA NIIDEN HOITO	14
3.1 Biofilmin merkitys kiinnityskudossairauksien syntyyn	14
3.2 Kiinnityskudossairauksien luokittelu ja riskin arviointi PRA-mallin avulla	16
3.3 Kiinnityskudossairauksien esiintyvyys	18
3.4 Kiinnityskudossairauksien hoito	20
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMA	22
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	23
5.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä	23
5.2 Aineiston kerääminen ja tulkinta	23
5.3 Aineiston analyysi	24
6 SUUHYGIENISTIN ASIANTUNTIJUUS KIINNITYSKUDOSSAIRAUKSIEN HOIDOSSA	25
6.1 Opinnäytetyön tulokset	25
6.2 Tulosten tarkastelu	34
7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	37
8 POHDINTA	39
LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1. PRA-malli

Liite 2: Tutkimustaulukko

Liite 3: Tiedonhakupöytäselitys

TAULUKKO

Taulukko 1: Tiivistelmätaulukko tutkimustuloksista

33

1 JOHDANTO

Suun terveys on avainasia koko elimistön hyvinvointiin. Huonolla suuhygienialla on monia vaikutuksia niin sairauksien etenemisiin kuin niiden puhkeamisiin. Huono suuhygienia altistaa suuremmalle riskille sairastua muun muassa sydän- ja verisuonitauteihin sekä voi johtaa ennenaikaiseen synnytykseen. Tutkimuksissa on todettu huonon suuhygienian olevan yhteydessä esimerkiksi Alzheimerin tautiin, syöpään, hedelmättömyyteen, aivoinfarktiin sekä diabeetikoilla huonoon hoitotasapainoon. Tiedetyt sairaudet altistavat kiinnityskudossairauksiin muuttamalla elimistön omaa tulehdusvastetta. Näitä ovat esimerkiksi reumasairaudet, diabetes sekä Crohnin tauti. (Knuuttila, Tervonen & Pernu 2004; Seymour 2013, 156.)

Suuhygienistin työnkuvaan kuuluu suureksi osaksi parodontiumin, eli hampaan kiinnityskudoksen, hoitoa ja hyvän suuhygienian ylläpidon opetusta (American Dental Association 2008, Suomen suuhygienistiliitto 2012). Kiinnityskudossairauksien hoito koetaan tärkeäksi aiheeksi, mutta esimerkiksi kiinnityskudostulehduksesta, parodontiitista, puhutaan ja tiedotetaan vähemmän kuin hampaiden reikiintymisestä eli karieksesta. Terveys 2000 –tutkimuksessa tulee ilmi, ettei kiinnityskudossairauksien yleisyys väestössä ole merkittävästi laskenut 20 vuoden aikana toisin kuin on käynyt kariksen ja hampaattomien ihmisten määrän verrattuna Mini-Suomi -tutkimukseen. Toisin sanoen kiinnityskudossairauksien hoidontarpeessa ei ole tapahtunut muutosta. (Suominen-Taipale, Vehkalahti, Nordblad & Aromaa 2004.)

Kuten Terveys 2000 –tutkimuksessa, myös Terveys 2011 –tutkimuksessa ilmenee, että iensairauksien esiintyvyys on huomattavasti kariesta yleisempää. Tutkimuksessa on huomioitu etelä- ja pohjoissuomalaisen suun terveyttä. Tutkimuksessa iensairaudeksi on luokiteltu yli 4 mm ientasku. Tutkimusten välillä, eli 11 vuodessa ei kiinnityskudossairauksissa ilmennyt merkittävää muutosta, vaan se on edelleen suurin hoitoa vaativa suun terveysvaiva. Voidaan todeta, ettei

merkittävää muutosta kiinnityskudossairauksissa ole tapahtunut 31 vuoteen. (Suominen, Vehkalahti & Knuutila 2012, 102.)

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millainen on suuhygienistin asiantuntijuus kiinnityskudossairauksien hoidossa. Tavoitteena on tuottaa tietoa suun terveydenalan ammattilaisille ja kouluttajille suuhygienistin asiantuntijuudesta kiinnityskudossairauksien hoidossa, jonka pohjalta työnjakoa voi kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena on myös lisätä tietoisuutta kiinnityskudossairauksiin liittyvistä haasteista, tarvittavista erikoistaidoista sekä suuhygienistin toteuttaman työn vaikutuksista.

2 SUUHYGIENISTI ASIANTUNTIJANA

2.1 Suuhygienistin asiantuntijuus

Nykysuomen sanakirja määrittelee sanan asiantuntija henkilöksi, ekspertiksi tai spesialistiksi, jolla on asiantuntemusta, tuntee asian perin pohjin tai jolta pyydetään lausuntoa jostakin asiantuntemuksen perusteella (Suomisanakirja.fi 2013). Benner ym. (1999) määrittelevät asiantuntijuutta seuraavasti ”- -tietää, mitä hänen täytyy tehdä ja miten. - - tekevät sen minkä kokemus on osoittanut toimivaksi - - ”. On kuitenkin huomioitava, että hoitotyö nojaa teoreettiseen tietoon. Asiantuntijoiden ei tarvitse kuitenkaan miettiä toimintaansa sääntöjen kautta kuten aloittelijoiden. Taitojen ja kokemusten kautta suunnittelu lisääntyy, tietyissä tapauksissa on samankaltaisuuksia ja eroavaisuuksia ja niihin on helpompi reagoida aikaisempien kokemusten kautta. (Benner ym. 1999. 64-65, 145,174-175.)

Hotulainen on tarkastellut asiantuntijuutta usealta kannalta. Erään hänen tarkasteleman määritelmän mukaan yhteenvetona asiantuntija-sanalle saadaan, ”- -saavuttanut mestaritason tietämyksen tai taidot verrattuna toisiin samalla alalla suorituksia tuottaviin tai työskenteleviin henkilöihin--” ja heillä on ”--jotakin määrällisesti enemmän, laadullisempaa ja syvempää tietämystä ja/tai taitoa kuin muilla samalla alalla työskentelevillä tai suorittavilla henkilöillä.” Asiantuntijuuteen ja lahjakkuuteen vaikuttavat osittain lapsuudessa saadut virikkeet ja tavat. Myös Hotulaisen mukaan asiantuntijuuteen kuitenkin kehitytään pitkällä ajalla, tekemällä. (Hotulainen 2010.)

Sosiaali- ja terveysministeriöltä on ilmestynyt raportti/muistio, jossa myös kuvataan ammattikorkeakoulun hoitotyön asiantuntijuutta. Ehdotuksessa kuvataan etenkin kliinisen asiantuntijuuden vahvistamisen merkitystä. Samaa pohjaa voidaan hyödyntää suuhygienistin työnkuvaan. Koulutuksessa suuhygienistiopiskelijat saavat perustiedot ja –taidot asiantuntijuuteensa. Tätä asiantuntijuutta

kehitetään valmistumisen jälkeen työelämässä ja jatkokoulutuksien kautta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Suuhygienisti on yksi 17:stä nimikesuojatusta terveydenhuollon ammattinimikkeestä. Tämä tarkoittaa sitä, että Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, Valvira, ylläpitää rekisteriä näistä alan ammattilaisista. Näin varmistetaan, että ammattia harjoittavilla henkilöillä on vaadittava koulutus, ammatillinen pätevyys sekä muut ammattitaidon vaatimat valmiudet. Näin ollen suuhygienisti - ammattinimikkeen omaava henkilö on oman alansa asiantuntija. (Suun Terveysterveystarkastuksen Ammattiliitto ry 2011; Suomen Suuhygienistiliitto 2012.)

Suuhygienistejä valmistuu Suomessa neljästä ammattikorkeakoulusta suun terveydenhuollon koulutusohjelmasta; Helsingin (Metropolia), Oulun, Turun sekä Kuopion (Savonia) ammattikorkeakouluista. Suuhygienistiksi voi opiskella ilman aikaisempaa pohjakoulutusta tai jatkaa hammashoitajapohjaisen koulutuksen jälkeen. Opintojen laajuus on 210 opintopistettä, eli ohjeellisesti koulutus kestää 3,5 vuotta. Opintoihin kuuluu runsaasti käytännön harjoittelua, yleis- ja hammaslääketieteen opintoja sekä perusopintoja sisältäen kieliä ja viestintää. (Turun AMK 2014; Opiskelupaikka 2014.)

Suuhygienistin tehtäviin kuuluvat muun muassa terveyden edistäminen sekä suu- ja hammassairauksien ehkäisy, neuvonta ja ohjeistus. Suuhygienisti voi tehdä myös suun terveystarkastuksia, hoidon tarpeen arviointia sekä hoitosuunnitelmaa. Suuhygienisti voi ottaa osaa hammaslääketieteen erikoisalojen osatehtäviin, kuten oikomiseen, protetiikkaan, kirurgiaan, purentafysiologiaan sekä kiinnityskudossairauksien hoitoon. Suuhygienisti voi työskennellä myös hallinnollisissa sekä esimiestehtävissä tai erilaisissa projekti-, kehittämis-, tutkimus- ja asiantuntijatehtävissä. (Suun Terveysterveystarkastuksen Ammattiliitto ry 2011; Suomen Suuhygienistiliitto 2012.)

2.2 Tiimityö kiinnityskudossairauksien hoidossa

Kansanterveyslakiin tehty uudistus vuosituhannen vaihteessa muutti aikuisten suun terveydenhuollon palvelujen satavuutta. Joulukuussa 2002 voimaan astu-

neen lakiuudistuksen myötä koko väestö on voinut käyttää julkisen sektorin terveyskeskuksen suun terveydenhuollon palveluita. Tästä lähtien aikuisten hammashoidon kysyntä on kasvanut. Tämän takia hammashoidossa on jouduttu kehittämään vanhoja työtapoja sekä lisäämään ammattiryhmien välistä tiimityötä sekä työnjakoa. Tuottavuuden parantamiseksi suuhygienisteille on kannattavaa siirtää työtehtäviä, joita kyseinen ammattiryhmä pystyisi tekemään. (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66; Suominen-Taipale & Widström 2006; Karjalainen, Turunen & Murtomaa 2010, 22-23.)

Suuhygienistin koulutuksessa painotetaan muun muassa yhteisöllistä terveyskeskeistä oppimista ja näin ollen suuhygienisti on osaava työskentelemään asiantuntijana hoitotiimissä (Suomen Suuhygienistiliitto 2012). Terveyskeskuksen ammattihenkilöitä koskevassa laissa (559/1994) sekä asetuksessa (564/1994) ei ole määritelty tarkemmin muiden suun terveydenhuollossa työskentelevien henkilöiden kuin hammaslääkäreiden tehtäviä. Näin ollen suuhygienistit voivat lisäkoulutuksen, kokemuksen ja ammattitaidon kasvaessa toimia toisissa tehtävissä, mikäli työ on perusteltua työjärjestelyjen sekä terveyspalvelujen kannalta. Työntekijällä tulee kuitenkin olla itsellä uskallus ja valmius omaan työskenteelynsä. (Karjalainen, Turunen & Murtomaa 2010, 22-23.)

Kiinnityskudossairauksien hoito toteutetaan tiimityönä, johon osallistuu moni suun terveydenhuollon ammattilainen. Hammaslääkärin lisäksi hoitoon voivat osallistua suuhygienisti, kiinnityskudossairauksiin erikoistunut hammaslääkäri eli parodontologi sekä hammashoitaja. Tarvittaessa saatetaan tarvita myös oikojahammaslääkäriä ja proteetikkoa. Kuitenkin potilaan, tai hänen hoitajansa/omaisensa, oma aktiivisuus kotihoidon toteuttamisessa määrittää hoidon onnistumisen. (Parodontiitti: Käypä hoito-suositus 2010.)

Potilaan saatua parodontologisen diagnoosin, hammaslääkäri suunnittelee potilaalle hoitosuunnitelman ja vastaa hoidon toteutuksesta. Hoitosuunnitelman mukaan pyritään saavuttamaan paras mahdollinen hoito tiimityöskentelyllä. Tapauksissa, jossa potilaalla on lievää ientulehdusta eli gingiviittiä tai parodontiittiä tai parodontiitti on rauhallisessa vaiheessa, suuhygienisti voi suorittaa ylläpito- hoidot yhteistyössä hammaslääkärin kanssa. Suuhygienisti ja hammaslääkäri

tekevät yhteistyötä aktiivisimmin ylläpitohoitovaiheen aikana, jolloin potilas käy säännöllisesti suuhygienistin ylläpito puhdistuksissa hoitosuunnitelman mukaisesti. Ylläpito hoidolla tarkoitetaan parodontiittipotilaan saamaa hoitoa akuutin vaiheen jälkeen. Tällöin poistetaan uudet plakkia retentoivat kohdat hampaista, mitkä voisivat edistää kiinnityskudossairauden uusiutumista. Ylläpito puhdistuksen voi suorittaa myös hammaslääkäri tai parodontologi. (Aass 2004; Parodontiitti: Käypä hoito-suositus 2010; Essex 2014, 306-307.)

Anti-infektiivisen hoidon jälkeen potilas käy säännöllisesti ylläpito hoidoissa, joiden väli määritetään yksilöllisesti riskiprofiilin mukaisesti. Ylläpito hoidossa suuhygienisti poistaa hammaskiveä ja plakkia joko ultraäänilaitteella tai käsi-instrumenttien avulla ja näin ollen kiinnityskudossairaus pysyy hallinnassa. Yksi suuhygienistin tärkein tehtävä on myös motivoida potilasta tehokkaaseen kotihoitoon ja antaa neuvoja suuhygienian kohentamiseen. Suuhygienisti jakaa potilaalle tietoa, taitoa, tukee ja motivoi. (Parodontiitti: Käypä hoito-suositus 2010; Essex 2014, 306-307.)

Potilaalla on merkittävä rooli hoidon onnistumisessa. Hyvällä kotihoidolla potilas pystyy vaikuttamaan suunsa terveyteen ja näin onnistuu ylläpitämään hoidolla saavutetun tuloksen. Ylläpito vaiheessa potilaalta vaaditaan sitoutumista hoitoon, jotta tilanne suussa ei pääsisi huononemaan. Epäsäännölliset ylläpito hoidot altistavat potilaan kiinnityskudossairauden etenemiseen sekä voivat aiheuttaa hampaiden menetystä. (Parodontiitti: Käypä hoito-suositus 2010.)

Potilas, joka kokee saavansa tukevaa ja omistautunutta ohjausta hoitohenkilökunnalta, on taitavampi suunsa hoidossa kuin henkilö, joka kokee olevansa vain potilas vastaanotolla. Jokaiselle potilaalle tulisi antaa yksilöllistä opetusta ja palautetta suuhygieniastaan, ja ohjausta tulisi antaa useassa hoitoprosessin vaiheessa. Potilaalle on tärkeää saada hyvä luottamus hoitohenkilökuntaansa, kuunteleminen, ystävällinen hoitoasenne ja työvaiheiden ja – vaihtoehtojen kertominen on potilaalle tärkeää. Näin saadaan potilas osaksi hoitotiimiä. Potilaan roolia tulee korostaa entistä enemmän. (Saito ym. 2009; Parodontiitti: Käypä hoito –suositus 2010; Sbaraini, Carter, Evans & Blinkhorn 2012,177.)

2.3 Terveyden edistäminen suuhygienistin työssä

Suomessa määrätään Terveydenhuoltolain yhtenä osana terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä väestön työkyvyn parantaminen. Tarkemmin samaisessa laissa mainitaan väestön suun terveydenedistäminen, neuvonta, suun sairauksien ehkäisy sekä terveysneuvonta. Työskentelyssä tulisi käyttää enemmän huomiota ja resursseja ennaltaehkäisevään työhön kuin nykyisin käytetään. Terveydenhuollossa tulisi keskittyä asiakaslähtöisyyteen, potilasturvallisuuteen sekä hoidon laatuun. (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

Terveydenhuoltolain lisäksi terveyden edistämiseen velvoittaa laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Laissa määritetään terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuudeksi ”--terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.) Terveyden edistämisen, eli prevention, tavoitteena on lisätä ihmisten terveyttä ja toimintakykyä ja näin ollen vähentää yksilö ja yhteisötasolla sairaanhoidon kustannuksia, sekä vähentää sairauksia ja terveysongelmia. Yhtenä tavoitteena on myös terveyserojen kaventaminen. (Koskenvuo & Mattila 2003; Sairaanhoidtajaliitto 2006.)

Kiinnityskudossairauksien hoidossa suuhygienistillä on keskeinen tehtävä valistaa potilasta parodontiitista sekä opettaa potilaalle tapoja, joilla hän pystyy ylläpitämään suun terveyttä. Potilaille on kerrottava selkokielellä, mikä parodontiitti on, mistä se johtuu, kuinka yleistä se on sekä miten sitä pystyy hoitamaan. Potilaiden motivointi on suurin haaste suuhygienistin työssä, sillä suun terveyteen vaikuttavat monet tekijät, kuten suuhygieniat, ruokailutottumukset sekä ympäristö. (Koskenvuo & Mattila 2003; Beemsterboer, Essex & Perry 2014, 203.)

Kiinnityskudossairauksien esiintyvyys aikuisväestössä ei ole muuttunut reilussa 30 vuodessa, toisin kuin karies ja hampaattomuus ovat vähentyneet. Hammashoidon tarvetta voidaan vähentää ehkäisevällä ja kiinnityskudoksien varhaisella hoidolla, etenkin kun väestössä hampaallisten ikääntyneiden määrä on lisääntymässä. Hoidon kustannustehokkuudesta löytyy niukasti tutkimuksia.

Kustannustehokkaita tapoja ovat yksilön tehokas omahoito, kiinnityskudossairauksien riskiyksilöiden tunnistaminen ja niiden varhainen hoito sekä saavutetun hoitotuloksen ylläpitäminen. Elämänlaadun kannalta kiinnityskudossairauksien ehkäiseminen on tärkeää. Hyvällä hoidolla pystytään ehkäisemään kiinnityskudossairauksien aiheuttamia terveydellisiä ja psykososiaalisia haittoja. (Suomen-Taipale, Vehkalahti, Nordblad & Aromaa 2004; Parodontiitti: Käypä hoitosuositus 2010.)

3 KIINNITYSKUDOSSAIRAUDET JA NIIDEN HOITO

3.1 Biofilmin merkitys kiinnityskudossairauksien syntyyn

Biofilmi on järjestäytynyt bakteerien yhdyskunta, jossa yhdessä olevat bakteerit ovat voimakkaampia ja vastustuskykyisempiä kuin yksittäiset bakteerit. Biofilmin bakteerit tuottavat tahmeaa polysakkaridia, mistä niiden seinämä muodostuu. Seinämässä on polysakkaridin lisäksi orgaanisia ja epäorgaanisia tuotteita. Biofilmissä on tarkkaan määritetty ravinteiden jako ja jätteiden poisto. Bakteriseinämää ei saa rikottaa pelkällä huuhtelulla ja se on vastustuskykyinen ulkopuolisia uhkia vastaan, kuten muita bakteereita, antibiootteja ja antiseptisiä huuhteita. (Könönen 2012; Loomer 2014, 41-42.)

Bakteerien määrä kasvaa nopeasti, jos niiden annetaan kertyä hampaan pinnalla. Erityisesti bakteereja kertyy retentiokohtiin, kuten paikan saumoihin, syviin kuoppiin, approksimaaliväleihin, oikomiskojeihin ja hammasproteeseihin. Kertynyt plakki aiheuttaa suussa monia vaivoja, kuten gingiviittiä, kariesta ja parodontiittia. Edeltävistä syistä päivittäinen mekaaninen bakteerien poisto, hampaiden harjaus, hammasvälien puhdistus sekä ammattimainen vastaanotolla tapahtuva puhdistus ovat tärkeitä keinoja estää näitä tapahtumasta. (Könönen 2012; Loomer 2014, 41-42.)

Hammas kiinnittyy leukaluuhun hammasta ympäröivien kudosten avulla, joita kutsutaan parodontiumiksi. Parodontiumin tehtävänä on myös suojata hammasta liiallisilta purentavoimilta ja puolustautua suun haitallisia mikrobeja vastaan. Hammasta ympäröiviin kudoksiin luetaan kuuluviksi ien, parodontaaliligamentit, juurisementti sekä alveoliluu. (Uitto 2008; Perry & Beemsterboer 2014, 16.)

Ien jaetaan vapaaseen ja kiinnittyneeseen ikeneen. Vapaa ien, näkyvä osa tai marginaalinen ien, ympäröi hammasta ja jatkuu ikenen ja hampaan väliin jäävän uurteen eli sulkuksen pohjalle. Normaali, terveen sulkuksen syvyys on 0,5-2 mm, kuitenkin alle 3 mm, ja syvyys voi vaihdella yksilön hampaiden kohdalla (Essex, Perry 2014, 70; Perry, Beemsterboer 2014, 17.) Kiinnittynyt ien on liitty-

neenä kiilteen pintaan kollageenisäikeillä. Ikenen ja hampaan väliin jäävä sulkus on kriittinen kohta parodontaalisten bakteerien elinympäristöksi. Hammas kiinnittyy alveoliluuhun parodontaaliligamenteilla, jotka lähtevät hampaan juurimentistä. Ligamentit antavat jonkin verran periksi muun muassa hampaita yhteen purtaessa ja näin ollen suojaavat purentavoimilta. (Uitto 2008; Perry & Beemsterboer 2014, 19-20.)

Hampaan ja ikenen väliin jää v-mallinen uurre, sulkus, johon helposti kerääntyy hammasplakkia. Plakin annettaessa kasvaa riittävän pitkään ienrajoissa, ienkudoksesta alkaa vapautua tulehduksenvälittäjäaineita, joiden houkuttelemana paikalle saapuu veren leukosyyttejä. Tällöin ikenissä on havaittavissa klinisiä muutoksia, kun veri on pakkautunut ikeniin. Ikenet ovat turvonneet, punoittavat ja vuotavat helposti. Kudoksen nestevirtaus laimentaa mikrobien tuottamia haitallisia aineita, jolloin ientaskusta tihkuu normaalia enemmän ientaskunestettä. Tässä vaiheessa elimistön oma puolustusreaktio bakteerimassaa vastaan aiheuttaa gingiviitin eli ientulehduksen, joka on vielä helposti hoidettavissa. Ien myös palautuu alkuperäiseen kuntoonsa. (Knuutila 2004; Uitto 2008.)

Suuhygienistillä on tärkeä rooli motivoida ja ohjata potilasta omahoitoon sekä tunnistaa ienmuutokset ja riskipotilaat varhaisessa vaiheessa, jotta ientulehdus saadaan hoidettua hyvissä ajoin. Suuhygienistin ja hammaslääkärin tulisi kertoa potilaalle tämän sairastavan ientulehdusta, jolloin potilaan on helpompi ymmärtää terveen ja sairaan raja ja olla yhteistyökykyisempi. (Essex & Perry 2014, 70-71.)

Jos gingiviittiä ei hoideta, ja bakteerimassa pääsee leviämään ientaskuun, alkaa voimakkaampi elimistön puolustusreaktio. Näin ollen elimistön oma puolustus tuhoaa myös itseään, jolloin ientasku syvenee ja hammasta ympäröivät parodontaaliligamentit katkeavat. Gingiviitti on uhka parodontiumin terveydelle ja voi hoitamattomana johtaa parodontiittiin. Gingiviitti ei kaikilla etene parodontiitiksi, mutta parodontiittia edeltää aina ientulehdus. Ientaskussa elävät bakteerit suosivat anaerobisia tiloja. Vaikka bakteerit saadaan poistettua ientaskusta, kiinnityskudokset eivät uusiudu, ainakaan alkuperäiseen kuntoon. (Uitto 2008; Perry 2014.)

3.2 Kiinnityskudossairauksien luokittelu ja riskin arviointi PRA-mallin avulla

Parodontiitti on hampaan kiinnityskudosten tulehdus eli hampaan luuhun kiinnittävien säikeiden ja juurta ympäröivän luun tuhoutumista. Hoitamattomana se vahingoittaa pysyvästi hampaan kiinnityskudoksia ja voi aiheuttaa jopa hampaan irtoamisen. Parodontiitti voi rajoittua muutamaan hampaaseen tai koko hampaistoon. (Knuutila 2004; Parodontiitti: Käypä hoito –suositus 2010; Perry 2014, 88.)

Parodontiitin oireita ovat ienverenvuoto, ikenen punoitus ja turvotus. Myös pahanhajuinen hengitys ja paha maku suussa liittyvät taudinkuvaan. Hampaiden lisääntyvä liikkuvuus, siirtyminen, rakojen muodostaminen sekä ientaskusta tuleva märkävuoto viittaavat usein pitkälle edenneeseen parodontiittiin. (Parodontiitti: Käypä hoito –suositus 2010.)

Hammasimplantti on leukaluuhun istutettu, yleensä titaanista valmistettu, keinojuuri. Implanttia ympäröivissä kudoksissa tapahtuvaa kudostuhoa kutsutaan peri-implantiitiksi. Peri-implantiitti, samoin kuin parodontiitti, johtaa hoitamattomana keinohampaan irtoamiseen. Gingiviittiä vastaavaa tilaa hammasimplantin kohdalla kutsutaan perimukosiitiksi. (Mombelli 2002; Könönen 2012.)

Jo tapahtuneesta kudostuhosta kertovat syventynyt ientasku, hampaan kiinnityksen kato ja röntgenkuvasta havaittu alveoliluun vaaka- tai pystysuuntainen kato. Jos kahdessa ei-vierekkäisessä hampaassa taskun syvyys on vähintään 4 mm ja kiinnityksen kato 3 mm, puhutaan kroonisesta parodontiitista. Kiinnityksen kadon ollessa vähintään 5 mm ja sitä esiintyy vähintään 30 %:ssa jäljellä olevista hampaista, parodontiitti luokitellaan vaikeaksi. Paikallista aggressiivista parodontiittiä (juveliini parodontiitti) esiintyy enemmän naisilla kuin miehillä. (Parodontiitti: Käypä hoito –suositukset 2010.)

Parodontaalisairauksia on vaikea luokitella, koska niitä aiheuttavat monet tekijät yhdessä. Siitä syystä luokitteluja arvioidaan ja muutetaan säännöllisesti. Eräs Suomessa käytettävä yksinkertainen luokittelu, jossa kiinnityskudossairauden laajuus (paikallinen/laaja), vaikutusaste (luukadon määrä), potilaan ikä (kuten

nuoruusiän tai aikuisiän eli parodontiitin syntyajankohta) sekä myös muut kliiniset erityispiirteet (akuutti, krooninen, aggressiivinen). Parodontiittia tarkastellessa tulee kuitenkin huomioida potilaan yleisterveys ja käyttäytyminen, ja näin ollen mahdollisten lääkkeiden tai sairauksien aiheuttamat muutokset. (Hansen 2004; Suomalainen 2008.)

Professorit Lang ja Tonetti ovat kehittäneet Periodontal Risk Assessment (PRA) –mallin (Liite 1), jolla voidaan yksilöllisesti määrittää potilaalle riski kiinnityskudostuhoon sairastumiseen ja sen etenemiseen. Koska pelkkä bakteerien olemassaolo ei aiheuta kiinnityskudostuhoa, ottaa PRA-malli huomioon muitakin tekijöitä. PRA-malli on graafinen työkalu käytettäväksi kiinnityskudospotilaan hoidossa. (Aho ym. 2008, 18-25.)

PRA-mallissa huomioidaan potilaan ienverenvuoto, yli 4 mm ientaskujen määrä, menetettyjen hampaiden sekä alveoliluutuen määrä suhteutettuna potilaan ikään. Lisäksi huomioidaan potilaan systeemiset ja geneettiset tekijät, kuten tietyt sairaudet, esimerkiksi diabetes ja tietyt verisairaudet, ja perityt ominaisuudet, jotka altistavat sairauden syntyyn ja etenemiseen. Edellä esitettyjen tekijöiden lisäksi tulee huomioida potilaaseen vaikuttavat ympäristötekijät, kuten elintavat, suurimpana riskinä tupakointi, sekä suun terveyden omahoito. Edellä olevat kuusi riskitekijää antavat graafiseen malliin pinta-alueen, jonka laajuus kuvaa yksilön riskin suuruutta. (Aho ym. 2008, 18-25.)

Jokaisella riskitekijällä on omat raja-arvonsa siihen, onko riskitekijä matala, kohtalainen vai korkea. Pinta-alue kuvastaa kokonaisriskiprofiilia. Mitä suurempi on pinta-alueen laajuus, sitä suurempi on myös kiinnityskudossairauden riski. PRA-malli on saatavilla internetissä. Mallin avulla voi määrittää potilaalle yksilöllisen riskimallin ja hoitovälin. PRA-mallista on hyötyä, kun suunnitellaan potilaan ylläpitohoitokäyntien tiheyttä. (Aho ym. 2008, 18-25.)

Korkean riskin potilaan olisi hyvä käydä ylläpito-hoidossa kolmen kuukauden välein, kohtalaisen riskin potilaan 2-3 kertaa vuodessa ja matalan riskin potilaalle riittää yleensä käynti kerran vuodessa. Mallin avulla voidaan myös motivoida

potilasta suun omahoitoon ja riskin pienentämiseen muun muassa elintapojen muutoksella. (Aho ym. 2008, 18-25.)

3.3 Kiinnityskudossairauksien esiintyvyys

Terveys 2000 –tutkimustuloksien mukaan iensairaudet, joihin luetaan kuuluviksi ientulehdus ja parodontiitti (sekä ikenien liikakasvu), ovat merkittäviä hammashoidollisia sairauksia 30 vuotta täyttäneillä suomalaisilla (Knuutila 2004). Ikenien liikakasvua ei tässä opinnäytetyössä käsitellä laajemmin. Ikenien liikakasvua voivat aiheuttaa tietyt lääkkeet, hormonit ja sairaudet (Parodontiitti: Käypä hoito –suositus 2010).

Ientulehdusta esiintyy Terveys 2000 –tutkimuksen mukaan kaikkiaan 74 %:lla tutkituista, josta miehillä 77 % ja naisilla 70 %. Samainen tutkimus osoittaa myös naisten olevan ahkerampia hampaiden harjaajia kuin miesten; vähintään kahdesti päivässä hampaansa harjaavien määrä naisilla oli 76 % ja miehillä 45 %. Harjaamisaktiivisuuteen on todettu vaikuttavan koulutusaste. Korkea-asteen koulutuksen saaneet harjaavat hampaitaan useammin verrattuna perusasteen koulutuksen saaneisiin. (Knuutila 2004.)

Kuten ientulehduksen kohdalla myös parodontiitin kohdalla naisten osuus sairastavista on pienempi kuin miesten osuus. Terveys 2000 –tutkimuksessa parodontiitin esiintyvyys 30-vuotiailla ja vanhemmilla hampaallisilla oli 64%, joista naisilla 57 % ja miehillä 72 %. Tuloksessa ovat mukana kaikki, joilla oli vähintään yksi hammas, jossa oli yli 4 mm ientasku. Kun ientasku oli yli 4 mm, oli parodontiittihampaiden keskimääräiset lukumäärät tutkituilla 4,2 ientaskullista hammasta. Naisilla kyseinen luku oli pienempi (3,2 hammasta) kuin miehillä (5,3 hammasta). (Knuutila 2004.)

Tutkimuksessa vähintään yhden yli 6 mm ientaskun omaavia henkilöitä oli 21 %. Tulos jakautui naisten ja miesten välille seuraavasti: naisilla 16 % ja miehillä 26 %. Parodontiittihampaiden keskimääräinen lukumäärä yli 6 mm ientaskun kohdalla oli 0,7 ientaskuhammasta. Yli 6mm ientaskuhampaita oli kuitenkin naisilla enemmän kuin miehillä, toisin kuin yli 4 mm ientaskuhampaita. Naisilla oli

0,9 hammasta kun taas miehillä 0,4 hammasta. (Knuutila 2004.) Parodontologi Eija Könönen on arvioinut, että väestöstä noin 10 % sairastaa erikoishoitoa vaativaa parodontiittia (Tilander 2011).

Tutkimus osoittaa sen, että koulutusasteella ja parodontiitin laajuudella on yhteys. Kuten ientulehduksen kohdalla, myös tässä korkeakoulutetuilla tutkituilla oli vähemmän parodontiittia ja sen vaikeusaste oli vähäisempää kuin perusasteen koulutuksen saaneilla. Näin oli 35-44-vuotiaiden ikäryhmässä. 55-64-vuotiaiden ryhmää tarkasteltaessa korkeakoulutetut sairastivat enemmän mutta parodontiitin laajuudessa ei ollut eroja verrattuna peruskoulutuksen saaneisiin. Tutkimuksessa korkeakoulutetuilla oli enemmän omia hampaita kuin perusasteen tutkituilla. (Knuutila 2004.)

Terveys 2011 –tutkimuksessa oli havaittavissa parannusta verrattuna Terveys 2000 -tutkimukseen hampaattomien lukumäärän selvässä laskussa sekä vähintään kahdesti hampaansa harjaavien määrän nousussa. Kiinnityskudossairauksien tilanne väestössä ei ollut muuttunut merkittävästi Terveys 2000-tutkimuksesta: yli 4mm ientaskuja oli naisilla 56 % ja miehillä 70 %. Tutkimuksessa ei ilmennyt yli 6 mm ientaskujen määrää. (Suominen, Vehkalahti & Knuutila 2012.)

Sairauksien ehkäisyä suunniteltaessa on tiedettävä taudin syntyyn vaikuttavia syitä eli etiologia, tietoa eri menetelmien tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta, mahdollisista haitallisista tekijöistä ja sivuvaikutuksista ehkäisyyn liittyen sekä arvioita eettisistä tekijöistä. Preventiota suunniteltaessa on tunnettava riskitekijät, niiden vaikutusmekanismit, sekä ehkäisyn kustannus-hyötysuhde. Suunnitelmassa otetaan huomioon mahdolliset riskitekijät sekä voiko niihin vaikuttaa ja millä menetelmin. Terveysneuvontaa voidaan antaa yksilötasolla tai ryhmäneuvontana. Terveysneuvonta on vuorovaikutuksellista tiedon jakamista. (Koskenvuo & Mattila 2003; Vertio 2003, 16-20, 573.)

Eri kiinnityskudossairauksien laajuudesta ja vaikeusasteesta on hyvä olla tietoa, jotta osataan kohdistaa hoitoa ja ennaltaehkäisyä väestön tarpeiden mukaan. Yksilötasolla osataan arvioida potilaiden määrää ja heidän hoidon tarvetta.

Suun terveydenhuollon henkilökuntaa voidaan kouluttaa tarpeiden mukaan lisää. Terveys 2000 –tutkimuksessa todetaan, että saadut tulokset osoittavat merkittävää hoidollista kansanterveysongelmaa. Sekä sitä, että kiinnityskudossairauksien hoitotaso, toteutus ja varhainen puuttuminen tarvitsevat parantamista. (Knuutila 2004, 97.)

3.4 Kiinnityskudossairauksien hoito

Kiinnityskudossairauksien hoidon tavoitteena on pysäyttää tulehdus ja estää kudostuhon eteneminen. Tulehdusta vähennetään poistamalla bakteeripeite hampailta sekä niitä retentoivat kohdat. Hammaslääkärin ja suuhygienistin tehtävänä on puhdistaa tulehdusta ylläpitävät tekijät ja jättää parodontaalikudokset helposti hoidettavaan kuntoon, jolloin potilas voi ylläpitää hyvää tulosta omalla kotihoidollaan. (Parodontiitti: Käypä hoito –suositus 2010.)

Kiinnityskudosten tilasta saadaan kliinisellä tutkimuksella ientaskumittaria käyttämällä selville; ienverenvuoto eli BOP (Bleeding on probing), ientaskujen syvyudet sekä ienvetäytymät. Kliinisessä tutkimuksessa huomioidaan myös ikenen väri, rakenne, plakki sekä hammaskivi. Lisätietoja kiinnityskudoksen tilasta saadaan röntgenkuvilla. (Parodontiitti: Käypä hoito –suositus 2010; Cameron, Evans & Perry 2014,115-117.)

Kiinnityskudossairauden hoito aloitetaan anti-infektiivisellä hoidolla, jossa pyritään pysäyttämään kiinnityskudoksissa oleva infektio poistamalla hampaista plakkia, hammaskiveä sekä hampaiden plakkia retentioivat kohdat. Anti-infektiivisessä hoidossa voidaan käyttää käsi-instrumenttejä (sirpit, yleiskyretit, viimeistelykyretit), ultraäänilaitetta sekä hammaskivenpoistoon suunniteltuja poria. Tärkeää on puhdistaa ikenen päällinen ja alainen eli supra- ja subgingi-vaalinen hammaskivi sekä kiillottaa juuren pinta toksisesta sementistä ja dentiinistä, jotta tulehdus voi parantua. Anti-infektiivinen hoito pyritään suorittamaan lyhyen ajan kuluessa. Tavoitteena on luoda potilaalle hyvät olosuhteet toimivalle kotihoidolle. (Talonpoika 2007, 8-11; Parodontiitti: Käypä hoito -suositus 2010; Beemsterboer & Perry 2014, 208.)

Anti-infektiivisen hoidon yhteydessä on tärkeää motivoida potilasta suun hoitoon, opettaa harjaus- ja välienpuhdistustekniikka sekä valistaa terveellisistä elintavoista, esimerkiksi tupakoinnin lopettamisesta. Potilaan vastuuta hoidon onnistumisesta on korostettava, sillä potilas on osa hoitotiimiä. (Parodontiitti: Käypä hoito –suositus 2010.)

Syviä ientaskuja voidaan joutua hoitamaan kirurgialla, antibiootti- tai mikrobilääkityksellä. Mikrobilääkitystä käytetään, jos toivottua hoitovastetta ei saavuteta, mutta se ei ole ensisijainen hoitokeino hoidettaessa kiinnityskudossairautta. Lääkkeen valinta perustuu mikrobiinäytteen tulokseen, joka saadaan ientaskusta otetusta näytteestä. (Parodontiitti: Käypä hoito-suositus 2010.)

Anti-infektiivisen hoitojakson päätyttyä hammaslääkäri arvioi hoitotulosta 4-6 viikon kuluttua. Käynnillä suoritetaan uudelleen parodontologinen tutkimus ja arvioidaan saavutettua hoitotulosta, potilaan motivaatiota sekä riskiprofiilia. Tämän perusteella määritetään kullekin potilaalle yksilöllinen ylläpitohoitoväli. (Parodontiitti: Käypä hoito –suositus 2010; Essex 2014, 306-307.)

Ylläpitohoidolla pyritään ehkäisemään kiinnityskudossairauden uudelleen syntymistä tai sen etenemistä. Aluksi ylläpitohoitovälit ovat 3-6 kuukautta. Hoitoväliä voidaan pidentää tilanteen pysyessä hyvänä ja mahdollisten riskitekijöiden vähentyessä. Hoitokerroilla pystytään kontrolloimaan suun tilannetta, ylläpitämään potilaan motivaatiota, käymään läpi kotihoitoa sekä esittelemään vaihtoehtoisia suunhoitovälineitä. Ylläpitohoito suoritetaan löydösten mukaan. Plakki ja hammaskivi poistetaan käsi-instrumentein tai ultraäänilaitteen avulla. (Aass 2004; Parodontiitti: Käypä hoito –suositus 2010.)

Kiinnityskudossairauden etenemisessä on mietittävä, onko syynä huono suuhygienia vai potilaan motivaation puute. Ylläpitohoidoissa on hyvä kertoa potilaalle tämän kiinnityskudoksen kunto. Potilas voi olla tulematta ylläpitohoitoon, koska voi kuvitella parantuneensa kokonaan sairaudesta, epäilee hoidosta saamaansa hyötyä, hoitoon kuluu liikaa aikaa ja rahaa, hoitotilanteet ovat potilaalle jännittäviä tai potilas ei ole tyytyväinen saamaansa hoitosuhteeseen. (Aass 2004.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA ONGELMA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millainen on suuhygienistin asiantuntijuus kiinnityskudossairauksien hoidossa.

Tavoitteena on tuottaa tietoa suun terveydenalan ammattilaisille ja kouluttajille suuhygienistin asiantuntijuudesta kiinnityskudossairauksien hoidossa, jonka pohjalta työnjakoa voi kehittää. Opinnäytetyön tavoitteena on myös lisätä tietoisuutta kiinnityskudossairauksiin liittyvistä haasteista, tarvittavista erikoistaidoista sekä suuhygienistin toteuttaman työn vaikutuksista.

Opinnäytetyön ongelma

Mistä koostuu suuhygienistin asiantuntijuus kiinnityskudossairauksien hoidossa?

Ongelmaan saadaan vastaus kirjallisuuskatsauksella.

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta. Kirjallisuuskatsauksessa käytetään aikaisemmin tehtyjä tutkimustuloksia, joiden pohjalta saadaan uusia näkökulmia. Nämä näkökulmat voivat toimia jälleen seuraavien tutkimusten pohjana. Tutkimusaineisto koostuu tieteellisistä artikkeleista ja kirjallisuudesta. Kirjallisuuskatsauksessa kootaan tietoa jo olemassa olevasta kirjallisuudesta. Kirjallisuuskatsaukseen kuuluu tutkimussuunnitelman laadinta, tutkimuskysymysten tai –ongelmien määrittäminen, tutkimusten haku, hakutulosten arviointi ja niiden analyysi. Lopuksi esitetään saadut tulokset ja verrataan niitä jo aikaisemmin tehtyihin tietoihin. (Salminen 2011; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 91-95.)

5.2 Aineiston kerääminen ja tulkinta

Aineistoa kerättiin vuoden 2014 tammikuun alusta lokakuun alkuun. Hakuja suoritettiin tieteellisistä tietokannoista, kuten Medic, Terveysportti, PubMed, Google Scholar ja Cochrane Library. Suomenkielistä aineistoa etsittiin hakusanoilla ”suuhygienisti”, ”asiantuntijuus”, ”tiimityö” sekä ”kiinnityskudossairaus”. Englanninkielistä materiaalia etsittiin yhdistämällä hakusanoja ”dental hygienist”, ”expertise”, ”teamwork” sekä ”periodontal disease”.

Aineistoa kerättiin paljon manuaalisesti alan julkaisuista, kuten Hammaslääkäri-lehdistä sekä ulkomaalaisten hammaslääketieteen sivuilta, muun muassa American Dental Association. Opinnäytetyössä käytettiin parodontitiin käypähoitosuosituksia ja kiinnityskudossairauksista julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia. Tietoa hankittiin paljon myös kirjastosta löytyvistä teoksista, kuten Periontology for the Dental Hygienist –kirjasta sekä International Journal of Dental Hygiene -lehdistä.

Tehdyistä hauista pyrittiin keräämään tiedonhakutaulukkoa koko prosessin aikana. Opinnäytetyöhön pyrittiin käyttämään tietoa, joka on julkaistu ajalla 2008–2013. Aineistona käytettiin saatavilla olevia kokotekstejä. Tiivistelmien perusteella etsittiin mahdollinen kokoteksti. Vanhempaa tietoa käytettiin, jos samasta aiheesta ei löytynyt uudempaa tutkimusta. Tietoa etsittäessä käytettiin rajauksia, kuten vuosi- ja kielirajoituksia sekä suosittiin kokotekstejä, jotka olivat saatavilla ilmaiseksi.

5.3 Aineiston analyysi

Aineistoa analysoitiin, kunnes saatiin samaa tulosta useista lähteistä eli tieto saturoitui. Tuloksen saamisen kannalta aineiston määrällä ei ollut merkitystä vaan sen laadulla. Työssä käytettiin induktiivista sisällönanalyysia, tällöin analyysi oli aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 167.)

Tutkimuksista esiin tulleiden asioiden perusteella luotiin taulukko, jossa avattiin tutkimuksen pääpiirteitä. Taulukko 1 kerättiin tutkimuksen tekijät, kansallisuus ja vuosiluku, tutkimuksen nimi, otanta, tarkoitus sekä tutkimuksessa saatu tulos. Taulukko 1 perusteella koottiin toinen taulukko, tiivistelmätaulukko tutkimustuloksista. Tähän taulukkoon kerättiin tutkimuksen tekijät, tutkimuksen pelkistys, ryhmittely sekä kattokäsite. Tutkimukset referoitiin erikseen myös tekstiin, johon kirjattiin tutkimusten tärkeimmät tulokset opinnäytetyön kannalta. Löydettyjen tutkimuksien tulokset muistuttivat toisiaan ja teksteistä löytyi yhtäläisyyksiä, jolloin tieto oli saturoitunut.

Ryhmittelyn ja kattokäsitteiden perusteella pystyttiin helposti huomioimaan tutkimusten tulokset sekä niiden yhtäläisyydet. Tämän perusteella pystyttiin analysoimaan tulosta ja vetämään johtopäätöksiä. Aineistosta pyrittiin löytämään yhteyksiä suuhygienistin asiantuntijuudesta kiinnityskudossairauksien hoidossa ja suun terveydenhuollon tiimityöskentelystä.

6 SUUHYGIENISTIN ASIAANTUNTIJUUS KIINNITYSKUDOSSAIRAUKSIEN HOIDOSSA

6.1 Opinnäytetyön tulokset

Rantasen (2007) tutkimuksessa tarkasteltiin suuhygienistin näkökulmaa potilasohjauksessa. Tarkoituksena oli selvittää suuhygienistien näkemystä potilasohjaukseen liittyvistä tiedoista ja taidoista sekä potilasohjauksen toteutumisesta. Tämän pohjalta selvitettiin suuhygienistin suorittaman potilasohjauksen nykytilaa. (Rantanen 2007.)

Tulokseksi saatiin, että potilasohjaus nähdään tärkeäksi suuhygienistin työssä ja tutkimukseen osallistujat ohjasivat melkein kaikkia potilaitaan. Osallistujat arvioivat potilasohjaustietonsa ja -taitonsa hyväksi. Kiire oli potilasohjauksen suurin este. Suuhygienistit käyttivät eri ohjausmenetelmiä ja taidot koettiin puutteellisiksi ohjausmenetelmien hallinnassa. (Rantanen 2007.)

Aaltonen (2007) tutki moniammatillisen yhteistyön toteutumista suun terveydenhuollossa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hammaslääkärin, hammashoitajan ja suuhygienistin kokemuksia heidän välisestä yhteistyöstä. (Aaltonen 2007.)

Potilaan asioista konsultointia ja ammattiryhmien välistä työnjakoa helpottaa suuhygienistin ja hammaslääkärin läheinen työskentely sekä toisten työskentelytapojen tunteminen. Moniammatillinen yhteistyö edellyttää henkilökunnalta avointa keskustelua, jolla voidaan sopia epäselvistä asioista sekä voidaan etsiä yhteisymmärryksellisiä ratkaisuja. Tutkimus osoitti, että yhteistyön toimivuuden edellytyksenä on henkilökunnan luottamus toisiaan kohtaan sekä toistensa tunteminen. Samankaltaiset näkemykset potilaan hoidosta lisää hammaslääkärin ja suuhygienistin välistä luottamusta. Ammattiryhmien koulutus antaa valmiudet työnjakoon sekä toimii yhteistyön lähtökohtana. (Aaltonen 2007.)

Johtamistoiminnan tuki edesauttaa moniammatillista yhteistyötä. Se tukee päivittäistoimintaa sekä toiminnan kehittämistä. Esimiehen tehtävänä on tiedottaa työtä ohjaavat lait ja asetukset henkilökunnalle. Ammattiryhmien välistä yhteistyötä ja toiminnan pelisääntöjä tuetaan kannustavalla johtamistoiminnalla. (Aaltonen 2007.)

Tutkimuksessa todettiin, että suuhygienisti kuuluu yhä useammin suun terveydenhuollon hoitotiimiin. Suuhygienisti kartoittaa potilaan suun terveyttä ja lähettää tämän tarvittaessa hammaslääkärin hoitoon. Suuhygienistin päätehtävä on ennaltaehkäisevä hoito sekä kiinnityskudossairauksien hoito. Suuhygienisti tekee tarkastuksia lapsille ja nuorille sekä suorittaa hammaslääkärin ohjaamia tehtäviä. Suuhygienistin ja hammashoitajan ammatilliseen perustehtävään sisältyy vastaanoton toimintavalmiudesta huolehtiminen. (Aaltonen 2007.)

Hammaslääkärrien kokemukset yhteistyöstä suuhygienistien kanssa vaihtelevat eri organisaatioissa olevista toimintatavoista sekä työnjaosta riippuen. Resurssit ja kysynnän kasvu ovat vaikuttaneet suuhygienistin ja hammaslääkärin väliseen työnjakoon. Tutkimuksessa ilmeni, että yhteistyön esteenä on hammaslääkärin tietämättömyys suuhygienistin koulutuksen sisällöstä. Tietämättömyyteen liittyy haluttomuus perehtyä suuhygienistin ammatinkuvaan, mikä ilmenee haluttomuutena yhteistyöhön. Tällöin hammaslääkäri hoitaa itse omat potilaansa. Myös hoitohenkilökunnan välisten ihmissuhteiden toimimattomuus koetaan esteenä yhteistyölle. (Aaltonen 2007.)

Suominen-Taipaleen ja Widströmin (2006) tekemässä artikkelissa käsiteltiin hammashoitouudistuksen vaikutuksia hammashoidon kohdentumiseen, henkilöstön työnjakoon sekä hoitotoimenpiteisiin. Kansanterveyslain uudistus mahdollisti julkisen suun terveydenhuollon kaikenikäisille sekä yksityisten hammashuollon sairausvakuutuskorvaukset koko väestölle. (Suominen-Taipale & Widström 2006.)

Tutkimuksessa huomattiin palveluiden käyttäjien lukumäärän kasvaneen terveyskeskuksissa. Henkilökunnan määrä kasvoi suurimmissa terveyskeskuksissa, mutta pienimmissä se väheni. Hoidossa käyneiden lasten määrä pieneni 7 %

vuosina 1998-2003, kun taas aikuisten määrä kasvoi 35 %. (Suominen-Taipale & Widström 2006.)

Suuhygienistien suorittamien toimenpiteiden osuus kasvoi lapsilla kuusi prosenttiyksikköä ja aikuisilla kaksi prosenttiyksikköä. Hoitotoimenpiteet olivat useimmiten ehkäisevän hoidon, oikomishoidon ja kiinnityskudosten hoidon toimenpiteitä. Suuhygienistit tekivät lapsille eniten ehkäisevän hoidon toimenpiteitä. Kuitenkin niiden osuus laski 58 %:sta 50 %:iin vuosien 1998-2003 välillä. Suuhygienistin tekemien tarkastusten määrä lisääntyi 21 %:sta 30 %:iin. Aikuisten ehkäisevän hoidon toimenpiteet nousivat, ne olivat lähes kolmasosa kaikista hoidoista. Kiinnityskudosten hoito muodosti yli puolet suuhygienistien suorittamista toimenpiteistä. (Suominen-Taipale & Widström 2006.)

Suurissa terveyskeskuksissa suuhygienistit tekivät vähiten ehkäisevän hoidon toimenpiteitä sekä lapsille että aikuisille. Pienissä terveyskeskuksissa suuhygienistin suorittama kiinnityskudosten hoito oli vähäisintä eikä he suorittaneet melkein olleenkaan oikomishoitoa. Keskokokoisissa hoitoloissa tarkastusten osuus oli alhaisin. (Suominen-Taipale & Widström 2006.)

Hammashoitouudistuksen tuloksena lasten hoitoon käytettiin enemmän suuhygienistejä hammaslääkäriyövoiman sijasta. Hammaslääkäreiltä siirrettiin lasten tarkastuksia sekä ennalta ehkäisevää hoitoa suuhygienisteille. Selvityksen mukaan puolessa terveyskeskuksista muutettiin eri ammattiryhmien välisiä tehtäviä. Kuitenkin työnjako oli kehittymätöntä. Kliinisillä tutkimuksilla on todettu, että suuhygienistien työpanosta tarvittaisiin enemmän aikuisten hoidossa. (Suominen-Taipale & Widström 2006.)

Sunaga, Kondo, Adachi, Miura ja Kinoshitan (2012) tekemässä tutkimuksessa testattiin suuhygienistiopiskelijoiden sekä opettajien avulla uutta ientaskumittauksen harjoitteluun kehitettyä mallia, johon pystyttiin valitsemaan erilaisia ienmalleja sekä luukadon määrää. Yli 90 % opiskelijoista olivat sitä mieltä, että malli soveltuu ientaskujen mittauksen harjoitteluun. Malli mahdollistaa hyvän tuntu- man ientaskun pohjasta. Opiskelijoista 55 % ja opettajista 59 % olivat sitä miel-

tä, että ientaskun pohja löytyi helposti. (Sunaga, Kondo, Adachi, Miura & Kinoshita 2006.)

Tutkimus osoitti uuden mallin olevan toteuttamiskelpoinen ja todenmukainen sekä hyvä harjoitusväline suuhygienistiopiskelijoille. Opiskelijoiden ja opettajien mielipiteet erosivat kysyttäessä mallin tehokkuutta verrattaessa oikeilla potilailla harjoittelua. Opettajista 60 % olivat sitä mieltä, että malli oli tehokkaampi kuin klinikkatyöskentely, kun taas opiskelijoista 35 % oli samaa mieltä. (Sunaga, Kondo, Adachi, Miura & Kinoshita 2006.)

Bell, Phillips, Paquette, Offenbacher ja Wilder (2012) tekemässä tutkimuksessa tarkasteltiin Pohjois-Carolinassa työskentelevien suuhygienistien tietoa suun terveyden ja systeemisairauksien yhteydestä. Tutkimus lähetettiin suuhygienisteille ja vastausprosentiksi saatiin 52. Vastanneiden tietämys huonon suuhygienian, tupakoinnin, bakteerien sekä diabeteksen yhteyksistä parodontiittiin oli hyvä. Monella oli myös tietämystä sydän- ja verisuonitauteihin vaikuttavista riskeistä. Vastaajilla oli melko vähän tietoa osteoporoosiin sekä keskenmenoon vaikuttavista tekijöistä. (Bell, Phillips, Paquette, Offenbacher & Wilder 2012.)

Tuloksien perusteella olisi suositeltavaa lisätä opintoihin yleissairauksia käsitteleviä kursseja. Samankaltaisia tuloksia on saatu aiemmin tehdyistä tutkimuksista, joissa tuloksina todettiin suuhygienistien tarvitsevan lisää koulutusta yleissairauksista ja niiden lääkityksistä, esimerkiksi diabeteksestä. Tulokseen päästäisiin kahdella tavalla: liitetään asiat kattavammin suuhygienistikoulutukseen sekä lisätään aihetta jatkokoulutukseen. Olisi toivottavaa pitää tapausseminaareja, joissa eri terveysalojen ammattilaiset toisivat oman ammatillisen näkemyksensä potilastapaukseen. Tämä lisäisi moniammatillista yhteistyötä sekä tiedonjakoa useasta eri näkökulmasta. (Bell, Phillips, Paquette, Offenbacher & Wilder 2012.)

Moni vastanneista oli sitä mieltä, että suuhygienistien pitäisi oppia tunnistamaan suu-systeemisairauksien riskitekijöitä sekä hoitaa aktiivisesti myös potilaiden systeemisairauksia. Joidenkin mielestä myös hammaslääketieteen ja lääketieteenammattilaisten pitäisi työskennellä yhteistoiminnallisesti. Tutkimuksen pe-

rusteella suuhygienisteillä on paljon tietoa suu-systeemisairauksista. Suuhygienistien varmuutta voisi kohentaa sekä tietoa voisi laajentaa suu-systeemisairauksista. (Bell, Phillips, Paquette, Offenbacher & Wilder 2012.)

Stenman, Wennström & Abrahamssonin (2010) Ruotsissa tekemään tutkimukseen osallistui 17 suuhygienistiä. Heidän mielipiteitään ja näkemyksiä tarkasteltiin muun muassa kommunikoinnissa ja luottamuksellisen yhteyden synnyssä potilaan kanssa ja tiedon antamisessa potilaalle. Myös omalla ammattiroolilla sekä työskentely-ympäristöllä ja kollegoilla on suuri merkitys suuhygienistin osaamiseen ja viihtymiseen. (Stenman, Wennström & Abrahamsson 2010.)

Suuhygienisti luo potilaaseen hoitosuhteen jo ensimmäisellä käynnillä. Potilas tulee nähdä kokonaisena persoonana eikä vain hänen suunsa tilaa. Suuhygienistin ja potilaan välillä tulee vallita luottamuksellinen suhde, jolloin hoito onnistuu paremmin ja kommunikointi on helpompaa. (Stenman, Wennström & Abrahamsson 2010.)

Suuhygienistit haluavat olla hyvin valmistautuneita, kun antavat tietoa potilaalensa tämän suun terveydentilasta tai ohjeistavat. Suuhygienistit ovat valmiita käyttämään ohjauksessa piirroksia tai muita havainnointia helpottavia apukeinoja. Motivoivaa haastattelua on koitettu ja koettu hyväksi keinoksi, potilaalle ei tule antaa liiaksi negatiivista palautetta suun terveydestä vaan mieluummin ohjeistaa. Potilasta tulee myös kuunnella ja ottaa hänen elämäntilanteensa huomioon. (Stenman, Wennström & Abrahamsson 2010.)

Ammattiroolissaan suuhygienistien päätehtävä on keskittynyt suun terveyden edistämiseen sekä sairauksien ehkäisyyn. Suu ei ole erillinen kokonaisuus elimistöstä, tällöin tulee olla tietoa myös muusta terveydestä. Suuhygienisteillä on halu kehittyä ja pysyä ajan tasalla uusista muutoksista ja saada päivitystä tietoihinsa. Suuhygienisteille, kuten muillekin terveysalan ammattilaisille, on tärkeää saada tukea ja kannustusta muulta työporukalta ja tuntea, että on helppo hakea apua muilta. Hammaslääkäreiden ja suuhygienistien tulisi olla tietoisempia toistensa työtehtävistä, näin saadaan ammatillisesti suurempi hyöty. (Stenman, Wennström & Abrahamsson 2010.)

Lanning ym. (2005) tehdyssä tutkimuksessa lähetettiin kolme potilastapausta 27 suun terveysalan ammattilaiselle tai opiskelijalle. Näihin kuului suuhygienistejä, parodontologian ensimmäisen ja toisen vuoden opiskelijoita sekä hammaslääkäreitä. Suun terveydenhuollon ammattilaisten tuli antaa oma diagnoosinsa potilaskertomuksien, -kuvailujen sekä röntgenkuvien pohjalta sekä laatia hoitosuunnitelma. (Lanning ym. 2005.)

Tutkimukseen osallistuneista vain opiskelijoilla oli vähemmän kuin viisi vuotta kliinistä työkokemusta. Ja suuhygienisteistä 88 % työkokemusta oli enemmän kuin 10 vuotta. Suuhygienisteistä 8 (73 %) antoi oman arvionsa kaikkiin kolmeen potilastapaukseen, kaikkien vastanneiden kesken vastausprosentit vaihtelivat 62-70 %. (Lanning ym. 2005.)

Tapauksien diagnooseissa ja hoitosuunnitelmissa tuli eroavaisuuksia sekä ammattiryhmien sisällä että eri tiedekuntien välillä. Myös ammattilaisten ja opiskelijoiden vastauksissa oli eroavaisuuksia. Diagnoosit vaihtelivat enemmän kuin hoitosuunnitelmat. Tilastollisesti merkittäviä eroja hoitosuunnitelmissa ei kuitenkaan ollut eri ammattilaisten välillä, mutta vastauksiin vaikutti työkokemus. Esimerkiksi toisessa potilastapauksessa suuhygienistit arvioivat potilaan luukadon keskimäärin vähäisemmäksi kuin muut, mutta hoitosuunnitelma oli yhteneväinen muiden vastaajien kesken. (Lanning ym. 2005.)

Suuhygienistikoulutuksessa ei opeteta diagnosointia Yhdysvalloissa, kuten ei Suomessakaan. Suuhygienistien tulee kuitenkin osata arvioida potilaan suun tilaa, ohjeistaa sekä tehdä rajattuja hoitotoimenpiteitä ottaen huomioon potilaan terveys- ja hammashoitohistoria, edeltävät diagnoosit, mahdolliset riskitekijät, edeltävien hoitojen hoitovaste ja kliiniset löydökset. Tämän vuoksi olisi tärkeää osata tulkita suun löydöksiä, tietää peruserätyypit kiinnityskudossairauksien diagnoosikriteereistä ja hoidon yksityiskohdista. (Lanning 2005.)

Helsingin terveystieteiden keskuksissa huhti-toukokuussa 2008 toteutetussa kyselytutkimuksessa kartoitettiin suuhygienistien ja hammaslääkäreiden mielipiteitä työnjaosta ja mahdollisista hoitotoimenpiteiden siirroista. Kyselyn taustatiedoissa kysyttiin hammaslääkäreiltä sukupuolta ja mahdollista erikoistumista. Suuhy-

gienisteiltä kysyttiin mahdollista aikaisempaa hammashoitajan koulutusta. Kaikilta kysyttiin ikää sekä työskentelyuran pituutta Helsingin hammashuollossa. Samoin kaikilta kysyttiin mielipidettä 20 hoitotoimenpiteestä ja niihin kuhunkin parhaiten soveltuvasta suorittajasta. (Karjalainen, Turunen & Murtomaa 2010.)

Hammaslääkäreistä 84 % lähetti potilaan säännöllisesti suuhygienistin hoitoon, loput 16 % usein tai joskus. Puolet hammaslääkäreistä kertoi lähettämispäätökseen vaikuttavan sen, että he olivat pystyneet itse toteamaan suuhygienistin työn laadun, lähettämiseen vaikutti myös suuhygienistin työkokemus. Merkittävästi lähettämiseen ei vaikuttanut suuhygienistin saama lisäkoulutus, persoona tai arvio hoidon vaikeudesta. (Karjalainen, Turunen & Murtomaa 2010.)

Nuoremmat suuhygienistit olivat halukkaampia ottamaan hoitotoimenpiteitä vastaan kuin vanhemmat suuhygienistit. Nuoremmat arvioivat valmiutensa toimenpiteisiin pääsääntöisesti paremmiksi kuin vanhemmat, poikkeuksena heiluvien maitohampaiden poisto, ompeleiden poisto sekä paikkojen viimeistely. Näin ollen nuoret olivat halukkaampia monipuolistamaan työnkuvaansa. (Karjalainen, Turunen & Murtomaa 2010.)

Suuhygienisteistä 64 % oli aikaisemmalta koulutukseltaan hammashoitajia, tällöin he edustivat suuremmaksi osaksi vanhempaa suuhygienistien luokkaa. Vanhemmat suuhygienistit olivat pääsääntöisesti tyytyväisempiä nykyiseen toimenkuvaansa. Suuri osa suuhygienisteistä ei kokenut nykyisiä työtehtäviään liian vaativiksi. Hammaslääkärit eivät kuitenkaan olleet yhtä innostuneita siirtämään tehtäviään suuhygienisteille mitä suuhygienistit niitä ottaisivat vastaan. (Karjalainen, Turunen & Murtomaa 2010.)

Kedon ja Roosin (2006) gradussa on vertailtu aikaisempaa perinteistä suuhygienistikoulutusta ja pyritty luomaan uutta näkemystä oppimiseen ekspansiivisen oppimisen kautta. Kun aikaisemmin oppiminen on ollut hajanaista teorian oppimista, on koko ajan pyritty yhdistämään ja luomaan kokonaisuuksia opiskeltavista asioista. Keto ja Roos ovat tutkimuksessaan pyrkineet luomaan muutosstrategian, jossa yhdistyy tutkimus, kehittäminen ja koulutus jo heti varhaisessa vaiheessa. (Keto & Roos 2006.)

Ekspansiivisessa oppimisessa tuodaan jo opiskeluaikana opiskelijat, oppilaitos ja työelämä lähemmäs toisiaan ongelmaratkaisujen kautta, puhutaan yhteisöllisestä asiantuntijuudesta. Näin ollen siirryttäessä opintojen parista työelämään on muutos mahdollisimman pieni ja opiskelija on mahdollisimman valmis työelämän asiantuntijuuteen. Yhteistyötä eri toimijoiden välillä kaivataan ja sitä kehitetään. Kehitystyö on kuitenkin laajaa ja vaatii aikaa eri toimijoilta. (Keto & Roos 2010.)

Nuutisen (2009) gradussa tutkittiin parodontologisten potilaiden ja suuhygienistiopiskelijoiden välistä hoitoa. Potilaat kokivat vuorovaikutuksen keskustelevalaksi ja olivat tähän tyytyväisiä. Potilaiden ja opiskelijoiden välisissä keskusteluissa tuli käytyä kaikki hyvän ammatillisen keskustelun muodot, mihin kuuluu tiedotus-, neuvonta- ja ohjauskeskustelu. Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaiden tietoisuus ja taidot olivat lisääntyneet suuhygienistiopiskelijoiden ohjaamina, mutta potilaiden saamat käytännön taidot olivat puutteellisia ja keskusteluissa on toivottavaa kiinnittää enemmän huomiota potilaiden omahoitoa tukeviin tavoitteisiin. Näin omahoidon tavoitteet eivät jää irrallisiksi toimintaohjeiksi. (Nuutinen 2009.)

Tutkimuksessa kävi myös ilmi, että suuhygienistiopiskelijoiden lähestymistapa oli enemmän sairauslähtöistä kuin terveyslähtöistä. Sairauslähtöisessä ohjauksessa keskitytään sairauksien merkkeihin ja näiden luomiin ohjaustarpeisiin ja sisältöön välttäen sairastumiseen vaikuttavat riskit. Usein terveysneuvonta on asiantuntijalähtöistä ja neuvovaa. Terveyslähtöisessä ja terveyttä edistävässä toiminnassa tuetaan ja kannustetaan yksilön kykyä terveytensä edistämiseen ja terveyden omahallintaan eri ympäristöissä ja elämäntilanteissa. Näin ohjaus on positiivista, kannustavaa ja keskustelu etenee terveyden lähtökohdista. (Nuutinen 2009.)

Ohjaukseen ja potilaan osallistamiseen tulee kiinnittää jatkossa enemmän huomiota terveyslähtöisellä ohjauksella. Potilaan ohjauksessa vuorovaikutuksellisuus, yhdessä asetetut tavoitteet, ammattilaisen suhtautuminen potilaaseen muun muassa kohtelun, ymmärtämisen, tukemisen ja yhteistyön kautta ovat huomionarvoisia asioita. (Nuutinen 2009.)

Tiivistelmätaulukko tutkimustuloksista

Tutkimuksen tekijät	Pelkistys	Ryhmittely	Kattokäsite
Rantanen, 2007	Suuhygienistin keskeinen tehtävä on potilasohjaus. Kiire koettiin hyvän potilashoidon esteenä.	Potilasohjaus	Terveiden edistäminen
Aaltonen, 2007	Suun terveydenhuollon tiimityössä tulisi kehittää moniammatillisia toimintamalleja. Työnjaossa toimintatavat on tunnettava ja kommunikoinnin toimittava.	Tiimityö, moniammatillisuus, toimintamallit, kommunikointi, ennaltaehkäisy, työn laatu	Terveiden edistäminen, tiimityö
Suominen-Taipale & Widström, 2006	Hammashuoltouudistuksen tuomat muutokset hammashoidon palveluihin, hoitohenkilöiden työhön sekä potilaskuntaan	Tiimityö, työnjako, ennaltaehkäisy	Terveiden edistäminen, tiimityö
Sunaga, Kondo, Adachi, Miura & Kinoshita, 2012	Suuhygienistiopiskelijat ja opettajat testasivat ientaskujen mittaamisen harjoitteluun kehitettyä mallia, ja arvioivat sen toimivuutta osana koulutusta.	Koulutus, ientaskujen mittaaminen	Koulutuksen kehittäminen
Bell, Phillips, Paquette, Offenbacher & Wilder, 2012	Suuhygienistin tietous suusysteemitautien yhteydestä oli osittain hyvää. Kuitenkin toivetta olisi lisätä koulutukseen yleissairauksia koskevia kursseja.	Suu- ja yleisterveys, suuhygienistikoulutus, moniammatillinen yhteistyö	Koulutuksen kehittäminen, tiimityö
Stenman, Wennström & Abrahamsson, 2010	Suuhygienistit toimivat tiimityössä, päätehtävänä suun sairauksien ennaltaehkäisy potilasohjauksen avulla. Suuhygienistit haluavat lisää koulutusta, mm. sairauksista.	Potilasohjaus, hoitosuhde, potilaan huomiointi ja kannustus, ennaltaehkäisy, tiimityö, lisäkoulutus, suu- ja yleisterveys	Terveiden edistäminen, tiimityö
Lanning, Pelok, Williams, Richards, Sarmant, Oh & McCauley, 2005	Eri suun terveydenhuollon ammattilaisille lähetettiin potilastapauksia, ja näiden tuli antaa oma arvio tapauksen tilasta sekä suunnitelma jatkosta.	Potilaan hoito, tiimityö, diagnosointi, suu- ja yleisterveys	Koulutuksen kehittäminen

Keto & Roos, 2006	Verrattiin suuhygienistin aikaisempaa koulutusta ja pyrittiin luomaan uutta oppimistyyliä yhdistämällä opiskelijat, oppilaitokset sekä työelämä lähemmäs toisiaan.	Koulutus, moniammatillinen yhteistyö, asiantuntijuus	Yhteistyö, asiantuntijuus, koulutuksen kehittäminen
Karjalainen, Turunen & Murto-maa, 2010	Kyselytutkimuksella kartoitettiin suuhygienistien ja hammaslääkärien mielipidettä työnjaosta ja hoitotoimenpiteiden tekijöistä.	Työn laatu, työnjako	Tiimityö
Nuutinen 2009	Tutkittiin suuhygienistiopiskelijoiden antamaa hoitoa, painottaen potilaille antamaa neuvontaa.	Potilasohjaus, vuorovaikutus, kommunikointi	Terveiden edistäminen

6.2 Tulosten tarkastelu

Suuhygienistin asiantuntijuus koostuu monesta asiasta. Tärkeimmät osa-alueet ovat laaja-alainen osaaminen yleisterveyden ja suun terveyden vaikutuksista toisiinsa ja terveyden edistäminen. Lisäksi moniammatillinen osaaminen sekä tiimityöskentely eri toimijoiden ja tekijöiden kanssa kuuluvat osaksi suuhygienistin asiantuntijuutta. Kliininen työskentely on suuhygienistin työssä näkyvin ja tunnistetuin osa. Opinnäytetyössä käytetyissä tutkimuksissa asia ei tullut huomattavasti esille, joten kliinistä osaamista ei ole tässä kohtaa tarkasteltu muiden tulosten kanssa.

Terveiden edistäminen on suuhygienistin ammatissa keskeinen osa työtä. Terveiden edistäminen määritellään terveydenhuoltolaissa suun terveydenhuollolle terveyden edistämiseksi, neuvonnaksi ja suusairauksien ehkäisemiseksi. Hyvään terveyden edistämiseen kuuluvat hyvät kommunikointitaidot ja vuorovaikutus potilaan kanssa. Suun terveydenhuollossa tulisi käyttää enemmän resursseja sekä aikaa terveyttä edistävään työhön. Potilaan motivointi on suuri haaste. Samoja asioita nousi esille suuhygienistin työssä terveyden edistämisen näkökulmasta monessa tutkimuksessa, kuten Stenman, Wennström ja Abrahamsson

(2010), Rantanen (2007), Lanning ym. (2005), Nuutinen (2009) sekä Suominen-Taipale ja Widström (2006).

Suuhygienisti työskentelee osana moniammatillista tiimiä, johon voivat osallistua suuhygienisti, hammaslääkäri, hammashoitaja, parodontologi, mahdollisesti proteetikko sekä oikojahammaslääkäri, unohtamatta potilasta itseään. Jo opiskeluaikana suositaan yhteistyötä eri oppilaitosten, tutkimuslaitosten ja työelämän välillä. Näitä päätelmiä ovat saaneet tutkimuksissaan Keto ja Roos (2006) sekä Bell, Phillips, Paquette, Offenbacher ja Wilder (2012). Suuhygienisti työskentelee lähimmin yhdessä muiden suun terveydenhuollon ammattilaisten kanssa ja lisäksi hän on yhteistyössä alan eri toimijoiden kuten yritysten kanssa. Aaltonen (2007), Suominen-Taipale ja Widström (2006), Stenman, Wennström ja Abrahamsson (2010) sekä Karjalainen, Turunen ja Murto-maa (2010) korostavat yhteistyötä ja työnjakoa suun terveydenhuollon asiantuntijoiden kesken.

Hammaslääkäreiden ja suuhygienistien tulisi tehdä enemmän yhteistyötä, kommunikoida ja tuntee toistensa toimintatapoja kuten Aaltonen (2007), Stenman, Wennström ja Abrahamsson (2010) sekä Karjalainen, Turunen ja Murto-maa (2010) ovat saaneet tutkimuksissaan selville. Tutkimuksien mukaan hammaslääkärit ovat valmiimpia siirtämään suuhygienistille soveltuvia työtehtäviä, kun tietävät suuhygienistin työnkuvasta ja -laadusta. Näin tiimityö on myös helpompaa toteuttaa. Parodontiitin käypä hoito -suosituksessa sekä teoksessa *Periodontology for the Dental Hygienist* on mainittu suuhygienistin ja hammaslääkärin välisen yhteistyön merkityksestä.

Suuhygienistin tulee tietää ja ottaa huomioon monia asioita työssään, kuten suu- ja yleisterveyden yhteydestä toisiinsa. Kuitenkin Bell, Phillips, Paquette, Offenbacher ja Wilder (2012), Lanning ym. (2005), sekä Stenman, Wennström ja Abrahamsson (2010) ovat todenneet, että suuhygienistikoulutuksessa tulisi antaa enemmän yleissairauksista opetusta. Yleissairauksien ja suun välisten yhteyksien syvempi ymmärtäminen auttaisi suuhygienistin työskentelyä ja terveysneuvontaa. Jatkokoulutuksien kautta ylläpidetään ja saadaan uutta tietoa sairauksista ja lääkityksistä suun terveyteen. Todetaan myös, että lisäkoulutuksille valmistumisen jälkeen on tarvetta. Suun ja yleisterveyden yhteydestä mai-

nittiin aikaisemmin teoreettisessa viitekehyksessä. Suomessa suuhygienistikoulutukseen kuuluu hammaslääketieteen opintojen lisäksi yleislääketieteellisiä opintoja, mutta tutkimusten perusteella yleislääketieteellisiä opintoja pitäisi olla enemmän ja ne tulisi yhdistää käytännön läheisemmin osaksi opintoja.

Suuhygienistikoulutuksen sisällön kehittämiseen työelämälähtöisemmäksi ja yhteistyön lisäämiseen oppilaitosten, opiskelijoiden ja työelämän välillä ovat Keto ja Roos (2009) todenneet tarvetta. Lanning ym. (2005) tutkimuksessa ilmenee, ettei suuhygienistikoulutukseen kuulu diagnosointi, mutta työssä kuitenkin tulee osata sen peruseriaatteet sekä hoito ja siihen vaikuttavat tekijät. Sunaga, Kondo, Adachi, Miura ja Kinoshita (2012) tuovat esille, että suuhygienistikoulutukseen voisi tuoda uusia opetusvälineitä, jotka vastaisivat enemmän todellista suun tutkimista ientaskumittauksessa.

Kiinnityskudossairauksien hoidon kannalta on tärkeää tehdä yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä. Tällöin yhteistyön tulee olla sujuvaa ja kommunikoinnin selvää. Työnjako vaatii kehittämistä ja ammattitietoa muiden työnkuvasta. Suuhygienistillä on laaja osaaminen terveyden edistämistyöstä, ammatillista osaamista kiinnityskudossairauksien hoidossa sekä tietämystä suun ja yleisterveyden vaikutuksista potilaan hyvinvointiin. Terveyden edistämiseen tulee kiinnittää huomiota, sen tulee olla enemmän terveys- kuin sairauslähtöistä. Terveyden edistämiseen tulisi käyttää enemmän resursseja ja aikaa, jotta se tulisi tehtyä huolella ja potilasta hyödyttävästi, jolloin säästyttäisiin korjaaviin hoitoihin käytettäviltä ajoilta. Tutkimusten perusteella voidaan miettiä, pitäisikö suuhygienistin koulutukseen lisätä kiinnityskudossairauksien diagnosointia helpottamaan ja edistämään tiimityötä ja syventämään suuhygienistin asiantuntijuutta.

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Opinnäytetyössä käytettiin laadullista tutkimusmenetelmää, jolloin luotettavuuden kannalta tarkastellaan sekä tutkimuksen toteuttamista että luotettavuutta. Vilkka (2005) toteaa teoksessaan, että tutkimuksen luotettavuuden kriteerinä toimii tutkija. Tutkija ja tutkijan rehellisyys ovat avainasemassa. Tutkijan tulee arvioida tekemisiään jokaisessa tutkimuksen vaiheessa verrattain omaan tutkimustapaansa. (Vilkka 2005, 158-160; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyön aikana pyrittiin toimimaan kaikkien eettisten sääntöjen mukaan. Näitä ovat muun muassa rehellisyys, yleinen huolellisuus, tarkkuus koko tutkimustyön aikana, tulosten esittämisessä sekä tutkimusten ja tulosten arvioinnissa. Opinnäytetyöhön valittiin mahdollisimman uusia artikkeleita luotettavista lähteistä sekä pyrittiin valitsemaan aineistoa mahdollisimman monipuolisesti ja laajasti. Tulokset kerrottiin, kuten ne oli lähteissä esitetty. Tutkimusten tekstiä ei plagioitu suoraan opinnäytetyöhön vaan kerrottiin omin sanoin. Tutkijoiden töitä kunnioitettiin. Opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset merkittiin tekstiin ja lähdeluetteloon mahdollisimman oikeaoppisesti ja huolella. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Tiedonhaussa käytettiin paljon manuaalihakua ja käytettiin opiskeluiden aikana tulleita lähteitä sekä muissa tutkimuksissa esiin tulleita päteviä ja luotettavia lähteitä. Tästä syystä on tutkimuksen ulkopuolelle saattanut jäädä työn kannalta toivottua uusinta tietoa. Tiedonhaussa kuitenkin käytettiin päteviä tietokantoja, kuten Medic, PubMed, Terveyskirjasto sekä Cochran Library. Opinnäytetyön tuloksen kannalta on voinut jäädä merkittäviä tutkimuksia huomaamatta puutteellisten hakusanojen käytön seurauksena. Hauissa käytettiin vuosirajauksia, etsittiin pääasiallisesti kokotekstejä sekä kohdistettiin haut koskemaan ihmisiä. Tiedonhaku kehittyi työn edetessä ja parhaita hakuja alkoi tulla vastaan vasta työn ollessa lähes palautuskunnossa.

Opinnäytetyön tuloksissa ei ole huomioitu suuhygienistin kliinistä osaamista kiinnityskudossairauksien hoidossa, mikä saattaa johtaa vääriin johtopäätöksiin.

Suuhygienistin työ ei ole pelkkää terveyden edistämistä ja potilasohjausta. Kiin-nityskudossairauksien hoitoon kuuluva hammaskivenpoisto ja biofilmin häirit-seminen ovat merkittäviä tekijöitä suuhygienistin asiantuntijuudessa, kuten kiin-nityskudossairaudet ja niiden hoito –kappaleessa kerrotaan. Voidaan miettiä onko jotakin muuta tuloksen kannalta merkittävää tietoa jäänyt huomioimatta.

Opinnäytetyöllä oli kaksi tekijää. Työn ulkoasu ja teksti käytiin läpi yhdessä, jol-loin epäkohtiin saatiin kaksi näkemystä. Työn tekoa jaettiin tekijöiden kesken ja tästä syystä saattaa olla, että haut eivät ole parhaat mahdolliset, tiedonhaku on osittain mennyt päällekkäin tai tiedon jakaminen tekijöiden kesken saattoi olla puutteellista. Tiedon ”tarkastamista” kahdesta tekijästä huolimatta ei käytetty. Vääristymää saattoi aiheutua tekijöiden puutteellisista tiedonhakutaidoista ja -sanoista, tiedon jakamisesta toisilleen, vieraskielisistä tutkimuksista ja niiden tulkinnoista tekijöiden puolesta sekä muista mahdollisista virheistä opinnäyte-työprosessin aikana.

8 POHDINTA

Opinnäytetyöstä hyötyvät suun terveydenhuollon ammattilaiset ja opiskelijat, jotka ovat kiinnostuneet suuhygienistin asiantuntijuudesta kiinnityskudossairauksien hoidossa. Työstä hyötyvät myös henkilöt, joilla on valtaa vaikuttaa suuhygienistikoulutuksen sisältöön. Opinnäytetyön tuloksia voidaan käyttää lähtökohtana koulutussisällön kehittämiseen.

Opinnäytetyö olisi hyvä lukea kaikkien terveydenhuollon ammattilaisten, koska kiinnityskudossairauksien ja yleisterveyden välisestä yhteydestä ja molemminpuolisesta vaikutuksesta on hyvä olla tietoa myös muun terveydenhuollon ammattilaisilla. Muun terveydenhuollon ammattilaisten tietous kiinnityskudossairauksien riskitekijöistä muulle terveydelle voisi edistää potilaiden hoitoon hakeutumista suun terveydenhuoltoon. Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi ymmärtää, ettei suu ole erillinen osa muusta elimistöstä. Tällöin terveydenhuollon ammattilaiset voisivat oman hoitonsa yhteydessä muistuttaa esimerkiksi diabetespotilaalle suun kotihoidon tärkeydestä ja sairauden vaikutuksista suuhun.

Opinnäytetyön tuloksiksi saatiin, että suuhygienistin asiantuntijuus kiinnityskudossairauksien hoidossa koostuu terveyden edistämisestä sekä tehokkaasta tiimityöskentelystä muiden ammattilaisten kanssa. Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että suuhygienistikoulutus vaatisi kehittämistä kiinnityskudossairauksien hoidon osalta, mm. diagnostisten kriteerien hallinnassa on kehittämistä. Opiskeluvaiheessa olisi hyvä olla opetusvälineitä, jotka demonstroisivat realistisemmin eri kiinnityskudosten tilaa. Niiden avulla opiskelijat saisivat tuntumaa terveen ikenen ja syventyneen ientaskun eroista sekä ientaskujen mittaamiseen käytettävästä voimasta.

Opinnäytetyö tehtiin kirjallisuuskatsauksena. Työ kävi läpi kirjallisuuskatsauksen kuuluvat vaiheet; tutkimussuunnitelman laadinta, tutkimusongelman määrittäminen, tutkimusten haku, hakutulosten arviointi ja analyysi sekä lopulta saatujen tulosten esittäminen. Opinnäytetyössä käytiin kaikki vaiheet läpi, mutta

joitain pieniä muutoksia tuli prosessin aikana. Esimerkiksi tutkimusongelman muoto muuttui hieman loppuvaiheilla.

Opinnäytetyössä ei tuloksissa käsitelty suuhygienistin kliinistä osaamista kiinnityskudossairauksien hoidossa, vaikka se on olennainen ja merkittävä osa suuhygienistin työnkuvaa. Tulokset keskittyivät pitkälti terveyden edistämiseen ja tiimityöhön.

Jatkotutkimuksena voisi havainnoida suuhygienistin asiantuntijuutta kiinnityskudossairauksien hoidossa, jolloin saataisiin selville kuinka asiantuntijuus näkyy käytännössä. Myös suuhygienistin ja kiinnityskudossairauksien hoitoon erikoistuneen hammaslääkärin, parodontologin, välistä yhteistyötä voisi tutkia. Suun terveydenhuollon asiakkaille voisi työstää hampaiden kiinnityskudossairauksista kertovan ohjelehtisen, jolla pyrittäisiin motivoimaan ja ehkäisemään kiinnityskudossairauksista sairastavien ihmisten määrää. Suomen hammaslääkäriliitto on jo julkaissut muun muassa kiinnityskudossairauksista kertovan potilasohjeen. Opiskelijatyönä voitaisiin saada uutta näkemystä, mitä potilaiden tulisi tietää kiinnityskudossairauksista. Tuotos voisi täydentää hammaslääkäriliiton julkaisua suuhygienistin näkökulmalla.

LÄHTEET

Aaltonen, A. 2007. Moniammatillinen yhteistyö suun terveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Toukokuu 2007. <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78050/gradu01912.pdf?sequence=1>

Aass, A. 2004. Parodontaalinen ylläpitohoito. Suomen hammaslääkärilehti 5/2004. 298-300.

Adachi, T.; Kinoshita, A.; Kondo, K.; Miura, Y. & Sunaga, M. 2012. Development the Evaluation of a New Dental Model at Tokyo Medical and Dental University for the Practice of Periodontal Pocet Probing. Journal of Dental Education. Vol 77, No 9. 1185-1192. <http://www.jdentaled.org/content/77/9/1185.long>

Aho, S.; Nieminen, A. & Uitto, V-J. 2008. Parodontiitin kokonaisriskin voi määrittää yksilöllisesti. Suomen hammaslääkärilehti 6/2008.

American Dental Association. 2008. Dental Hygienist. Viitattu 8.5.2013 <http://www.ada.org/357.aspx>

Beemsterboer, P.; Essex, G. & Perry, D. 2014. Patient Motivation. Teoksessa Periodontology for the Dental Hygienist. Elsevier. 203.

Beemsterboer, P. & Perry, D. 2014. Nonsurgical Periodontal Therapy. Teoksessa Periodontology for the Dental Hygienist. Missouri: Elsevier

Bell, K.; Phillips, C.; Paquette, D.; Offenbacher, S. & Wilder, R. 2011. Dental Hygienists' Knowledge and Opinions of Oral-Systemic Connectios: Implications for Education. Journal of Dental Education. Vol 76, No 6. 682-694. <http://www.jdentaled.org/content/76/6/682.long#sec-2>

Benner, P.; Tanner, C. & Chesla, C. 1999. Asiantuntijuus hoitotyössä. Suomennos Nieminen, P. 1.painos. Juva: WSOY

Cameron, C.; Evans, G. & Perry, D. 2014. Clinical Assesment. Teoksessa Periodontology for the Dental Hygienist. Missouri: Elsevier

Essex, G. 2014. Periodontal Maintenance and Prevention. Teoksessa Periodontology for the Dental Hygienist. Missouri: Elsevier

Essex, G. & Perry, D. 2014. Gingival Diseases. Teoksessa Periodontology for the Dental Hygienist. Missouri: Elsevier

Hansen, B. F. 2004. Parodontiittisairauksien diagnostiikka. Suomen hammaslääkärilehti. 3/2004, 117-124.

Hotulainen, R. 2010. Asiantuntijuuden ja huippusuoritusten kehittämistä. Opetushallitus 2010. Saatavilla internetissä: <http://lahjakkuus.fi/page1.php>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Karjalainen, H.; Turunen, S. & Murtomaa, H. 2010. Työnjako hammashuollossa. Suomen hammaslääkärilehti 9/2010.

Keto, A. & Roos, M. 2006. Suuhygienistikoulutuksen kehittäminen ekspansiivisen oppimisen näkökulmasta ohjaamana. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Tampereen yliopisto. Toukokuu 2006.

Knuuttila, M. 2004. Hampaiden kiinnityskudossairaudet. Kansanterveyslaitoksen julkaisussa Suomalaisten aikuisten suun terveys. Terveys 2000 –tutkimus. Helsinki: Hakapaino Oy

Knuuttila, M.; Tervonen, T. & Pernu, H. 2004 Yleissairaudet parodontaalimuutosten altistavina tekijöinä. Suomen hammaslääkärilehti 11/2004. 275-282.

Koskenvuo, M. & Mattila, K. 2003. Terveystieteen edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Sairauksien ehkäisy. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim

Könönen E. 2012. Hammasimplantit. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus oy Duodecim. Viitattu 5.10.2014. Saatavana internetistä: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00370

Könönen, E. 2007. Parodontiitti –suun yleisin terveysongelma aikuisilla. Kansanterveyslehti 10/2007, 14-15.

Könönen, E. 2012. Hammasplakki. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus oy Duodecim. Viitattu 3.5.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00206

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559

Lanning, S.; Pelok, S.; Williams, B.; Richards, P.; Sarment, D.; Oh, T. & McCauley, L. 2005. Variation in Periodontal Diagnosis and Treatment Planning Among Clinical Instructors. Journal of Dental Education. Vol. 69, no. 3, 325-337.

Loomer, P. 2014. Microbiology of Periodontal Diseases. Teoksessa Periodontology for the Dental Hygienist. Missouri: Elsevier

Mombelli, A. 2002. Microbiology and antimicrobial therapy of peri-implantitis. Periodontology 2000. Vol 28, 177. Viitattu 8.5.2013. Saatavana internetissä: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1034/j.1600-0757.2002.280107.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>

Nuutila, E, 2009. Parodontologisen hoidon potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välinen keskustelu ja yhteistyö –potilaiden ajatuksia ja mielipiteitä. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Kevät 2009.

Nykysuomen sanakirja. 2013. Hakusana: Asiantuntija. Viitattu 11.12.2013. <http://www.suomisanakirja.fi/asiantuntijuus>

Opiskelupaikka. 2014. Suun terveydenhuollon koulutusohjelma. Viitattu 2.10.2014 <http://www.opiskelupaikka.fi/Koulutus/Ammattikorkeakoulu/AMK-Sosiaaliala-terveysala-ja-liikunta-ala/Suun-terveydenhuollon-koulutusohjelma>

Parodontiitti (online). Käypä hoito –suositus. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä, 2010. Viitattu 15.9.2014. Saatavana internetistä: www.kaypahoito.fi

Perry, A. 2014. Periodontal Diseases. Teoksessa Periodontology for the Dental Hygienist. Missouri: Elsevier

Perry, D. & Beemsterboer, P. 2014. Periodontium: Anatomic Characteristics and Host Response. Teoksessa Periodontology for the Dental Hygienist. Missouri: Elsevier

Perttilä, K. 2006. Terveyden edistäminen käsitteenä ja käytännössä. Sairaanhoidajalehti 4/2006. Saatava internetistä: https://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/4_2006/muut_artikkelit/terveyden_edistaminen_kasitteena/

Rantanen, M. 2007. Potilasohjaus suun terveydenhuollossa suuhygienistin näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Maaliskuu 2007.

Saito, A.; Kikuchi, M.; Ueshima, F.; Matsumoto, S.; Hayakawa, H.; Masuda, H. & Makiishi, T. 2009. Assessment of oral self-care in patients with periodontitis: a pilot study in a dental school clinic in Japan. BMC Oral Health. 2009;9:27 Saatavilla internetistä: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2774664>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Vaasa: Vaasan yliopisto.

Sbaraini, A.; Carter, S.; Evans, R. & Blinkhorn, A. 2012. Experiences of dental care: what do patients value? BMC Health Serv Res. 2012;12:177 Saatavilla internetistä: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3407476/>

Seymour, R. 2013. How important is oral health as a risk for general health. International Journal of Dental Hygiene. Vol. 11, No 3/2013, 156.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Koulutuksella osaamista. Asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:7. Saatavana internetissä: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-18410.pdf

Stenman, J.; Wennström, J.L. & Abrahamsson, K.H. 2010. Dental hygienists' views on communicative factors and interpersonal processes in prevention and treatment of periodontal disease. International Journal of Dental Hygiene. Vol.8, Issue 3, 213-218.

Suomalainen, K. 2008. Parodontaalisaireuksien luokittelu ja esiintyvyys. Teoksessa Therapia Odontologica. Hammaslääketieteen käsikirja. Helsinki: Academica-Kustannus oy. 469-471.

Suomen Suuhygienistiliitto. Akavan Erityisalat ry. 2012. Kuntasektorin suuhygienistin työtehtävät ja vaativuustasot.

Suominen, L.; Vehkalahti, M. & Knuutila, M. 2012. Suunterveys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy, 102-107.

Suominen-Taipale, L.; Vehkalahti, M.; Nordblad, A. & Aromaa, A. 2004. Pohdinta ja päätelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisussa Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus. Helsinki: Hakapaino Oy

Suominen-Taipale, L. & Widström, E. 2006. Hammashoitouudistus ja hoitopalvelujen käyttö ja sisältö terveyskeskuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2006: 43.

Suun Terveydenhoidon Ammattiliitto ry 2011. Tietoa ammatista. <http://www.stal.fi/tietoa-stalsta/suuhygienistit/tietoa-ammattista/> Viitattu 8.5.2014.

Talonpoika, J. 2007. Välineet. Oikea instrumentti –opas parodontologiseen hoitoon. 8-11.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Tilander, A. 2011. Paron hoidon puolestapuhuja. Suomen hammaslääkärilehti 15/2011, 44-47.

Turun ammattikorkeakoulu. 2014. Suuhygienisti (AMK). Viitattu 3.10.2014
<http://www.turkuamk.fi/fi/tutkinnot-ja-opiskelu/tutkinnot/suuhygienisti/>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki.

Uitto, V. 2008. Parodontaalisairauksien patogeneesi. Teoksessa *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Helsinki: Academica-Kustannus oy

Uitto, V. 2008. Parodontiumin rakenne ja fysiologia. Teoksessa *Therapia Odontologica*. Hammaslääketieteen käsikirja. Helsinki: Academica-Kustannus oy

Vehkalahti, M. 2004. Suunterveyden ja terveystapojen muutos 1980-2000. Kansanterveyslaitoksen julkaisussa *Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus*. Helsinki: Hakapaino Oy

Vertio, H. 2003. Terveysneuvonnan periaatteet. Sairauksien ehkäisy. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Duodecim

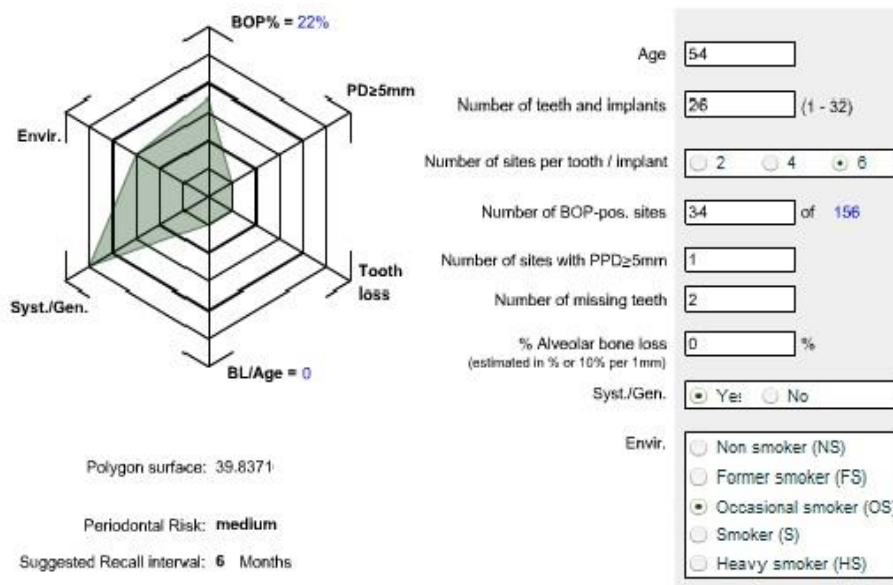
Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. 1.-2. painos. Vaajakoski: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Department of Periodontology
Periodontal Risk Assessment

u^b

UNIVERSITÄT
BERN

Patient Last Name First Date



 Clinical Research Foundation
Periodontal Risk Assessment V3.1
October 30, 2009

design&program
Christoph A. Ramseler
christoph.ramseler@zmk.unibe.ch

Print

Reset

Kuvassa on internetistä löytyvä ilmainen kaavio PRA-mallista, malli on kaikkien käytettävissä ja löytyy osoitteesta <http://www.perio-tools.com/pr/en/>.

Esimerkitapauksessa on 54-vuotias mies, nimeltään Suomalainen P. Hänellä on 26 hammasta, viisaudenhampaat on poistettu ja näiden lisäksi kaksi muuta hammasta. Hänellä on ienverenvuotoa (BOP% on 22%), yksi yli 5 mm ientas-kullinen hammassivu, mutta ei luukatoa. Hän on satunnainen tupakoitsija, joka tupakoi lähinnä viikonloppuisin. Hänellä on todettu aikuisiän diabetes.

Annetuilla tiedoilla saadaan PRA-riskimalli, jossa on piirrettynä riskiprofiilin mukainen pinta-alue. Suuri alue kuvaa suurta riskiä sairastua kiinnityskudossairauteen. Esimerkitapauksessa saatiin keskiasteen riskiprofiili ja suositus hoitoväliksi 6 kuukautta.

Tutkimustaulukko

Tutkimus	Otanta	Tarkoitus	Tulos
Rantanen, M. 2007. Suomi. Potilasohjaus suun terveydenhuollossa suuhygienistin näkökulmasta	Suomen suuhygienistiliiton v. 2006 jäsenrekisterissä olevat suuhygienistit (N=832), joista valittiin systemaattisella otannalla (n=416). Vastausprosentti 53.	Tarkoituksena oli kuvata suuhygienistien toteuttaman ohjauksen nykytila selvittämällä suuhygienistien näkemyksiä tiedoistaan ja taidoistaan potilasohjaukseen liittyen sekä potilasohjauksen toteutumista suuhygienistin työssä sekä menetelmällisesti että sisällöllisesti.	Potilasohjaus on keskeisessä osassa suuhygienistin työssä. Tulosten perusteella tieteellisten tutkimustulosten etsimiseen ja lukemiseen tulisi kiinnittää lisähuomiota, jolla voisi lisätä tutkitun tiedon käyttöä potilasohjauksessa. Ohjaustarpeen ja oppimisen arviointia tulisi kehittää systemaattisemmaksi.
Aaltonen, A. 2007. Suomi. Moniammatillinen yhteistyö suun terveydenhuollossa	Haastateltiin ison kaupungin 13 suun terveydenhuollon ammattihenkilöä (hammaslääkäreitä, -hoitajia, suuhygienistejä).	Tarkoituksena oli kuvata hammaslääkäreiden, hammashoitajien ja suuhygienistien kokemuksia hammashoitolan vastaanotolla tapahtuvasta yhteistyöstä.	Suun terveydenhuollon tiimityössä tulisi kehittää ja mahdollistaa yksilöasiantuntijuudesta moniammatilliseen asiantuntijuuteen suuntaavia toimintamalleja.

<p>Suominen-Taipale, L., Widström, E. 2006. Suomi. Hammashoito-uudistus ja hoitopalvelujen käyttö ja sisältö terveystieteissä</p>	<p>Seitsemän erikokoista eri puolilla maata sijaitsevaa terveystieteistä</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää muutoksia hammashoidon kohdentumisessa, henkilöstön työnjossa sekä hoitotoimenpiteissä ennen ja jälkeen vuosina 2001-2002 voimaan tullutta hammashoitouudistusta ja arvioida uudistuksen terveystieteellisten tavoitteiden toteutumista.</p>	<p>Terveystieteiden henkilökunnan määrä kasvoi 18 hml:llä ja 23 shg:llä vuosien 1998 ja 2003 välillä. Pienimmissä terveystieteissä työvoiman määrä väheni ja suurimmissa kasvoi. Asiakkaiden määrä hml:llä kohti oli suurin vuonna 2003. Hoidon tarjonta laajeni muutamassa terveystieteessä sekä väheni muutamassa terveystieteessä.</p>
<p>Sunaga, M., Kondo, K., Adachi, T., Miura, Y., Kinoshita, A. 2012. Japani. Development and Evaluation of a New Dental Model at Tokyo Medical and Dental University for the Practice of Periodontal Pocket Probing</p>	<p>20 kolmannen vuoden suuhygienistiopiskelijaa sekä 25 opettajaa tai yliopistollisen sairaalan suuhygienistiä</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida uuden harjoitusmallin soveltuvuutta sekä vaikuttavuutta ientaskujen mittauksessa. Uuden harjoitustavan avulla opitaan tunnistamaan taskun pohja, erityisesti syvissä parodontiittitaskuissa</p>	<p>Opiskelijoista 90% ja opettajista kaikki kokivat uuden mallin soveltuvan ientaskujen mittaukseen. Opettajista 59% koki, että taskun pohja oli helppo tai melko helppo löytää, opiskelijoista 55% oli samaa mieltä. Opettajista kaikki ja opiskelijoista 95% tahtoi kokeilla mallia eri ientaskujen syvyyksillä. Opettajista 63% koki, että mallilla harjoittelu on tehokkaampaa kuin kliinikkaharjoittelu. Kuitenkin opiskelijoista vain 35% oli samaa mieltä.</p>
<p>Bell K., Phillips C., Offenbacher S., Wilder R. 2011. Yhdysvallat. Dental Hygienists' Knowledge and Opinions of</p>	<p>Tutkimus luotiin, esitettiin, päivitettiin ja lähetettiin 1 665 lisensoidulle suuhygienistille (Pohjois-Carolina). Vastausprosentti oli 62. Vastauksista 52% oli käyt-</p>	<p>Tavoitteena oli määrittää Pohjois-Carolinan suuhygienistien tietoaste koskien suun ja yleisterveiden yhteyttä sekä asenteita ja varmuutta liittää tieto</p>	<p>Lähes kaikki vastanneista tunnustivat ienverenvuodon (97%) ja syventyneet ientaskut (77%) suutulehduksen merkiksi. Yleisimmin tunnistetut riskit parodontiittiin olivat huono suuhygienia (98,1%), tupakointi</p>

<p>Oral-Systemic Connections: Implications for Education.</p>	<p>tökelpoisia.</p>	<p>kliiniseen työskentelyyn.</p>	<p>(95,5%) ja suun bakteerit (93,2%). Runsas 80% vastanneista tunnisti oikein diabeteksen riskitekijät ja sydän- ja verisuonitautien riskitekijät tunnista yli 90%. Joidenkin systeemitautien riskitekijät tunnistettiin huomomin, esim. 33% tiesi alkoholin käytön olevan riskinä osteoporoosille. Vastaajien mielipide tutkimusnäytön vahvuudesta systeemisairausten ja parodontiitin välillä jakautui seuraavasti: vahvaa näyttöä sydän- ja verisuonitautista (76,9%) ja diabeteksestä (69,9%), 20% mielestä tutkimusnäyttö parodontiitin ja hengityssairauksien, osteoporoosin tai liikalihavuuden välillä oli ”vahvaa”. 75% mielestä lääketieteentekijöitä pitäisi kouluttaa seulomaan ja tunnistamaan parodontiittipotilaita. Reilun 90% mielestä hammaslääkäreitä ja suuhygienistejä pitäisi kouluttaa tunnistamaan suu- ja systeemisairauksien välisiä riskitekijöitä. 80% mielestä suun terveydenhuollon ammattilaisia pitäisi kouluttaa aktiivisemmin hoitamaan potilaita systeemisairauksien kanssa.</p>
<p>Stenman, J., Wennström, JL. & Abrahamsson, KH. 2010. Ru-</p>	<p>17 suuhygienistiä haastateltiin määrittelyin sekä avoimin kysymyksin ja vastauk-</p>	<p>Tutkia suuhygienistien näkemyksiä tiedon jakamisesta ja tärkeydestä ihmis-</p>	<p>Päätulosta haettiin vastaukseen ”onnistua tiedon ja suun terveyden koulutuksessa sekä onnistua toivo-</p>

<p>otsi. Dental hygienists' views on communicative factors and interpersonal processes in prevention and treatment of periodontal disease.</p>	<p>set analysoitiin ankkurointi teoriolla eli grounded theoryllä, vastaukset äänitettiin. Suuhygienistien iät vaihtelivat välillä 26-66 vuotta sekä työkokemus 2-36 vuotta. Haastateltavat työskentelivät julkisella puolella Länsi-Götanmaan läänissä, Ruotsissa</p>	<p>tenväliseen preventioon ja kiinnityskudossairauksien hoitoon. Haastatteluteemat keskittyivät seuraaviin aihealueisiin: (i) miten kommunikoida suun terveydentilasta potilaan kanssa saaden aikaan toivottu muutos, (ii) tärkeät tekijät koskien ihmistenvälisiä suhteita hoidon aikana, (iii) suuhygienistin ammatillinen rooli sekä (iv) työskentelyympäristö</p>	<p>tuissa muutoksissa". Tämä päätulos jaettiin neljään osatulokseen: (i) luoda luotamuksellinen suhde potilaaseen, (ii) esittää tietoa suun terveydestä ja ohjeistaa suuhygieniassa, (iii) olla ammattilainen suuhygienistin roolissa, (iv) tukeva työyhteisö, jossa saa hyväksynnän työlleen ja onnistuu toivottuun työtulokseen. On tärkeää rakentaa luotamuksellinen suhde potilaan ja suuhygienistin välille. Halutaan olla hyvin valmistautuneita ja selkokieliisiä, kun annetaan tietoa ja ohjeistusta suun terveydestä. Ammattiroolissa annetaan tietoa ja ennen kaikkea tehdään ehkäisevää työtä karieksen ja kiinnityskudossairauksien ehkäisyyn. Suuhygienistille on tärkeää saada tukea kollegoilta ja kannustusta ehkäisevästä työstä sekä kiinnityskudossairauksien hoidosta.</p>
<p>Lanning, S., Pelok, S., Williams, B., Richards, P., Sarmant, D., Oh, T. & McCauley, L. 2005. Yhdysvallat. Variation in Periodontal Diagnosis and Treatment Planning Among Clinical Instructors</p>	<p>27 eri suun terveydenhuollon ammattilaista (parodontologeja, yleishammaslääkäreitä, suuhygienistejä, sekä ensimmäisen ja toisen vuoden parodontologiopiskelijoita</p>	<p>Tarkoituksena oli eritiedekuntien erovaiheiden tutkiminen diagnosoinnin sekä yleisempien kiinnityskudossairauksien tunnistaminen ja hoitosuunnitelma.</p>	<p>Tilastollisesti tulokset valmistuvilla opiskelijoilla, parodontaalisen tiedekunnan ja suuhygienistien välillä eivät poikenneet merkittävästi toisistaan, mutta tilanteeseen vaikutti työkokemus.</p>

Keto A., Roos M. 2006. Suomi. Suuhygienistikoulutuksen kehittäminen ekspansiivisen oppimiskäsitelmän ohjaamana	Syksyllä 2000 ja 2001 opintonsa aloittaneet suuhygienistiopiskelijat (n=32) Helsingin ammattikorkeakoulussa.	Tarkoituksena oli kehittää Helsingin ammattikorkeakoulu Stadian suuhygienistikoulutuksen toteutusta ekspansiivisen oppimiskäsitelmän ohjaamana. Opiskelijoiden oppiminen yhteisölliseen suun terveydenhoitotyöhön kehittävässä asiantuntijuuteen mahdollistuu.	Ekspansiivisen oppimiskäsitelmän ohjaamana suun terveydenhoitotyön oppiminen laajeni suuhygienistiopiskelijan, suun terveydenhuollon koulutusohjelman ja työelämän yhteistyönä tapahtuvaksi toiminnaksi. Mahdollistaa suuhygienistiopiskelijan oppimisen suun terveydenhoitotyön kehittävässä asiantuntijuuteen.
Karjalainen, H., Turunen, S., Murtooma, H. 2010. Suomi. Työnjako hammashuollossa	Kysely lähetettiin kaikille Helsingin terveyskeskuksissa työskenteleville hammaslääkäreille sekä suuhygienisteille.	Kyselyn tarkoituksena selvittää hammaslääkäreiden sekä suuhygienistien käsityksiä työnjaosta.	Vastauksia saatiin 114 hammaslääkäriltä, joista 18 oli erikoistuneita, suuhygienisteiltä vastauksia tuli 63. Vastausprosentit olivat hml 80% ja shg 91%. Hammaslääkärit halukkaita lähettämään potilaita suuhygienisteille, joiden saama koulutus, työkokemus ja todettu työnlaatu olivat tiedossa hammaslääkärille. Hml ja shg mielipiteet tehtävien siirtämisistä olivat yhteneväisiä, mutta suuhygienistien halukkuus tehdä toimenpiteitä oli suurempi kuin hml halukkuus siirtää tehtäviä.
Nuutinen, E. 2009. Suomi. Parodontologisen hoidon potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välinen	Teemahaastateltiin yhtätoista parodontologisen hoidon potilasta Metropolia Ammattikorkeakoulun Suunhoidon opetuslinikalla Helsingissä	Tarkoituksena oli selvittää, mitä ammatillisen keskustelun muotoja ja sisältöjä potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välisessä vuorovaikutuksessa potilaiden kertomana ilmeni	Potilaan ja suuhygienistiopiskelijan välinen vuorovaikutus ja yhteistyö koettiin hyväksi. Vuorovaikutus oli kaksisuuntaista ja keskusteluissa esiintyi piirteitä kaikista ammatillisen keskustelun muodoista. Keskustelulle oli harvoin asetettu potilaan omahoitoa tukevia

keskustelu ja yhteistyö – potilaan ajatuksia ja mielipiteitä			tavoitteita, ja ne jäivät usein irrallisiksi suosituksiksi.
--	--	--	---

Tiedonhakutaulukko

TIETOKANTA		HAKUSANAT	TULOS	VALITTU
Medic	1	Suuhygienisti* and tiimityö*	2	0
	2	Suuhygienisti* and Asiantunt*	6	0
		Suuhygienisti AND parodontiitti	1	1
Google Scholar		Suuhygienisti* AND kiinnityskudossairaus*	117	1
PubMed	1	Dental periodontal	910	0
	2	Patient's role in dental care	46	2
	3	Dental hygienists knowledge	19	1
	4	"Dental hygienist"	109	1
	5	"Periodontitis"	969	0
		4 AND 5	5	2
Google		Suun terveydenhuollon koulutusohjelma	n.150000	4
Terveyskirjasto		peri-implantiitti	1	1
Cochrane Library		Dental hygienist	2	0
		Periodontal disease	8662	0

Manuaalihaku	Käypä hoito: Parodontiitti
	Suuhygienistin ammatissa -Miksi suuhygienistiä tarvitaan?
	Therapia Odontologica
	Suomen hammaslääkärilehti
	International journal of the Dental Hygiene
	Finlex
	Oikea instrumentti –opas parodontologiseen hoitoon
	Periontology for the Dental Hygienist
	Turun/Tampereen/Vaasan yliopisto – Pro gradut
	Tutkimuseettinen neuvottelukunta – Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa
	Sosiaali- ja terveysministeriö
	Suomen suuhygienistiliitto ry/ Suun terveydenhoidon ammattiliitto ry