

(Reunapalkin otsikko :) **Oral health in the margins of the community**

(Pääotsikko & juokseva otsikko :)

Suunterveys yhteiskunnan laidalla

Käynyt läpi vertaisarvioinnin. Hyväksytty julkaistavaksi 6.4.2020.

Kirjoittajat:

Affiliated associated professor PhD **Børge Hede**¹ bhe@sund.ku.dk

Chief dental officer/consultant, Med. Dr. **Patricia de Palma**²

RN, PhD, Headmaster of education **Karin Persson**³

Professor of Community Dentistry PhD **Satu Lahti**⁴

¹ Department of Odontology, Faculty of Health and Medical Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

² Department of Dental Medicine, University Dental Care, Karolinska Institutet, Sweden

³ Department for Health and Society, University of Malmö, Malmö, Sweden

⁴ Department of Community Dentistry, University of Turku, Finland

Käännös: Ilkka Helander

Tiivistelmä

Yhteiskunnan laidalla elävät kansalaiset muodostavat ryhmiä, joita saattaa olla vaikea tunnistaa ja lähestyä. Näillä ihmisillä esiintyy tavallisesti useita sosiaalisia ongelmia samaan aikaan. Tieteellisen tutkimuksen tekeminen alipalveltujen ja syrjäytyneiden kansalaisten suunterveyteen liittyvistä tekijöistä on metodinen haaste, joka edellyttää vaihtoehtoisia lähestymistapoja. Pohjoismaisissa väestöterveystutkimuksissa on kuitenkin tunnistettu sekä yksilöihin, organisaatioihin että yhteiskuntapolitiikkaan liittyviä tekijöitä, jotka vaikeuttavat hyvän suunterveyden ylläpitämistä ja aiheuttavat huonoa suunterveyttä. Heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien suunterveyden tiedetään olevan yleisesti ottaen huono ja heidän ulottuvillaan olevien suun terveystalvelujen riittämättömät. Siksi tarvittaisiin juuri näille ryhmille räätälöityjä suunterveyden edistämishjelmiä. Lisäksi terveydenhuollon ammattilaisten ja erityisesti yliopistojen velvollisuutena on panostaa haavoittuvimpien ryhmien suunterveyden tutkimukseen ja kohentamiseen. Heikoimmassa asemassa olevilla ihmisillä, jotka muutenkin kantavat elämässään raskasta taakkaa, on sekä väestö- että yksilötasolla myös raskain suusairaustaakka.

English abstract

Oral health in the margins of the community

Citizens living on the edge of communities tend to form groups that may be difficult to approach and define. Concurrent social problems – such as a need for complex support, homelessness or unstable housing, substance abuse, mental illness, previous and actual imprisonment, unemployment for a longer period, low education and immigrant status – are often present at the individual level. From a scientific perspective, research into oral health-related factors among socially marginalized and underserved groups of citizens, represent

methodical challenges, which call for alternative qualitative approaches. From a public health perspective, studies from Nordic countries have identified several causes of poor oral health and barriers to oral care at the individual, the organizational and the policy level. Poor oral health and the lack of sufficient oral care services calls for tailored oral health promotion programs for these groups of vulnerable citizens that underlines and highlights the responsibility of the dental profession as a whole and in particular at universities to prioritize this field of research. From the epidemiological, as well as from the individual perspective, these are the citizens of our society who are most affected by oral disorders and whose lives are impacted the most by it.

Johdanto

Vaikka väestön suunterveys on Pohjoismaissa monella tavoin kohentunut (1), myönteinen kehityskulku ei näytä koskevan monia vähemmistöryhmiä, ainakaan samassa määrin kuin muuta väestöä. Eläminen yhteiskunnan laidalla johtaa usein erilaisten vakavien suunterveysongelmien kehittymiseen, ja lisäksi se voi vaikuttaa myös tavanomaisten suun terveystalveluiden käyttöön. Siksi yhteiskunnan laidalla elävien suunterveysongelmat näyttävät erityisen silmiinpistävinä – samoin kuin kysymys siitä, miten palvelut saataisiin ulottumaan myös näihin ryhmiin.

Kun puhutaan yhteiskunnan laidalla elävistä tai syrjäytyneistä, tarkoitetaan usein asunnottomia, huumeidenkäyttäjiä, vankeja tai vakavasti ja kroonisesti sairaita mielenterveyspotilaita.

Sosiaalisesti heikoimmassa asemassa oleville ja alipalveluille kansalaisille on tyypillistä se, että heillä esiintyy samanaikaisesti useita sosiaalisia ongelmia. Näitä voivat olla asunnottomuus tai asumisen tilapäisyys, monitahoinen sosiaalisen tuen tarve, päihteiden väärinkäyttö, psyykinen sairaus, aiempi tai meneillään oleva vankeusrangaistus – tai esimerkiksi pitkäaikainen työttömyys, matala koulutustaso, heikko sosioekonominen asema ja maahanmuuttajuus. Tästä syystä heikoimmassa asemassa olevia, kipeimmin palveluja tarvitsevia yksilöitä tai ryhmiä on erittäin vaikea tunnistaa, eikä ole yksiselitteistä tapaa erottaa heitä muun väestön joukosta.

Lisäksi heitä voi – vankeja lukuun ottamatta – olla vaikea tavoittaa ja saada osallistumaan tieteellisiin tutkimuksiin. Näin ollen perinteinen epidemiologinen tutkimus, joka perustuu edustaviin otoksiin, ei välttämättä ole toteutettavissa tai edes järkevää. Tarvitaan vaihtoehtoisia lähestymistapoja, kuten laadullista tutkimusta sekä tutkimuksia, joissa kuvataan ja arvioidaan interventiohankkeita.

Sellaiset käsitteet kuin "asunnottomat", "vangit" tai "huumeidenkäyttäjät" voivat siis olla liian yksinkertaistavia kuvaamaan todellisia yksilöitä, joilla on monimutkaisia sosiaalisia ongelmia. Tästä huolimatta ihmisryhmän kuvaaminen tai luokittelu heidän pääongelmansa tai

institutionaalisen roolinsa kautta näyttää olevan ainoa mahdollinen tapa lähestyä näitä kansalaisia ja heidän suunterveysongelmiaan.

Syrjäytyneiden kansalaisten suunterveyttä käsitteleviä tutkimuksia on julkaistu Pohjoismaissa vähän. Tämä artikkeli antaa yleiskuvan siitä tietämyksestä, joka meillä toistaiseksi on haavoittuvimpien ryhmien suunterveydestä. Koska olosuhteilla ja yhteiskuntajärjestelmällä voi olla huomattava vaikutus (2), mukaan on sisällytetty tutkimuksia lähinnä Pohjoismaista ja vähäisemmässä määrin muista Länsi-Euroopan maista.

Psykkisistä sairauksista kärsivien suunterveys

Mielenterveyspalveluissa laitospuolitoiminen hoito ajettiin laajalti alas 1990-luvulla. Tämän jälkeen suurin osa vaikeista psykkisistä sairauksista kärsivistä ihmisistä on elänyt itsenäisesti psykiatrisen avohoidon palveluiden tuella tai palveluasunnoissa. Psykiatrisia avohoitopalveluja käyttävien potilaiden suunterveydestä ei ole juurikaan tehty tutkimuksia, ja vakavista psykkisistä sairauksista kärsivien suunterveyttä käsitteleviä, osallistavalla menetelmällä tehtyjä tutkimuksia on vain muutamia (3).

Vakavat psykkiset sairaudet eivät ole yksittäinen diagnostinen kokonaisuus, vaan niihin kuuluu lukuisia erilaisia DSM-5- tai ICD-10-diagnooseja, kuten skitsofrenia, kaksisuuntainen mielialahäiriö ja vakava masennus. Nämä sairaudet aiheuttavat usein toimintakyvyn heikkenemistä, joka häiritsee tai rajoittaa sairastuneen elämää olennaisesti yhdellä tai useammalla osa-alueella.

Vaikea psykinen sairaus voi johtaa suunterveyden heikentymiseen monista eri syistä.

Psykkisesti sairas henkilö ei välttämättä kykene huolehtimaan suuhygieniaastaan, ja monesti mielenterveyspotilaat käyvät hammashoidossa epäsäännöllisesti – usein vain päivystysvastaanotolla. Lisäksi he käyttävät runsaasti syljeneritystä vähentäviä reseptilääkkeitä (4). Tutkimus, jossa selvitettiin, miten vakavasta psykkisestä sairaudesta kärsivät ihmiset kokevat suunterveytensä, osoitti, että he tuntevat häpeää kyvyttömyydestään huolehtia suunterveydestään

(5). Vaikka he haluaisivatkin pitää suustaan huolta, tämä saattaa voimavarojen vähyden vuoksi jäädä tekemättä. Monesti oireet vaikeuttavat sellaisten arkisten toimien tekemistä, jotka terveille näyttäytyvät yksinkertaisina – kuten säännöllinen hampaiden harjaus. Vaikka kyse on päivittäisestä rutiinista, jota henkilö ehkä pitää hyvinkin tärkeänä, saattaa aikomuksesta varsinaiseen tekemiseen olla pitkä matka (6).

Pitkäaikaisen psykenlääkkeiden käytön tiedetään aiheuttavan vähentynyttä syljeneritystä ja kserostomiaa (kuva 1). Nämä sivuvaikutukset eivät riipu ainoastaan siitä, mitä lääkettä tai lääkkeitä potilas käyttää, vaan myös käytössä olevien lääkkeiden lukumäärästä. Ruotsalaisessa tutkimuksessa, jonka aineisto koostui psykiatrisen avohoidon potilaista, lähes kolmasosa potilaista käytti kahta tai useampaa neuroleptistä reseptilääkettä (7). Vähentynyt syljeneritys on tunnettu kariksen riskitekijä, ja karies sekä sen aiheuttama hampaiden menetys näyttävät olevan vakavista ja kroonisista psykiatrisista sairauksista kärsivien ihmisten yleisin suunterveysongelma (4). Sitä, esiintykö tällä ihmisryhmällä tavallista enemmän parodontalisairauksia, sen sijaan ei ole kattavasti tutkittu.

Vaikeasta psyykkisestä sairaudesta kärsivillä on lisääntynyt hammashoidon tarve, ja suurin osa heistä käyttää suunterveyspalveluista ainoastaan päivystyshoitoa. Aihetta käsittelevässä systemaattisessa katsauksessa havaittiin, että henkilöt, joilla oli vaikea psyykkinen sairaus, olivat 3,4 kertaa todennäköisemmin hampaattomia kuin muu väestö (4). Tanskalaisessa tutkimuksessa taas osoitettiin monimuuttuja-analyysin avulla, että vakava psyykkinen sairaus lisäsi DMFS-indeksillä mitattua karioitumista yhden hammaspinnan verran vuodessa, kun muiden muuttujien vaikutus otettiin huomioon (8).

Nämä tulokset osoittavat, että vakavasti sairaat mielenterveyspotilaat tarvitsevat suunterveytensä ylläpitämiseen nykyistä monipuolisempaa tukea. Yksilöllisempi tuki hyödyttäisi etenkin alle 35-vuotiaita, joilla hampaiden menetys olisi estettävissä täysin. Tällaista tukea voitaisiin mahdollisesti

järjestää mielenterveys- ja sosiaalipalveluiden, perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon välisenä yhteistyönä.

Koska huono suunterveys näyttää olevan yhteydessä häpeän kokemukseen ja tuen puutteeseen (4), on olennaisen tärkeää räätälöidä hoidon tavoitteet potilaan prioriteettien ja voimavarojen mukaan, jolloin hänellä on realistiset mahdollisuudet saavuttaa ne. Onkin ratkaisevan tärkeää selvittää, millaiset henkilön kyvyt ja voimavarat ovat ja kuinka tärkeä asia suunterveys hänelle itselleen on. Tästä syystä terveydenhuollon ammattilaisten – myös suun terveydenhuollon ammattilaisten, jotka hoitavat erityisen haavoittuvassa asemassa olevia ihmisiä – tulee saada koulutusta tällaisten ihmisten kohtaamiseen. Yksilöllisesti räätälöity tuki ja hoito saattaisivat antaa erityisesti nuorille henkilöille, jotka ovat joko sosiaalisesti haavoittuvia ja/tai kärsivät vaikeasta psyykkisestä sairaudesta, paremmat mahdollisuudet saavuttaa hyvä suunterveys.

Asunnottomien suunterveys

Asunnottomuus on maailmanlaajuinen ilmiö, johon myötävaikuttaa ja nivoutuu monia erilaisia syitä ja seurauksia sekä yhteiskunnallisella että yksilötasolla. Esimerkiksi psyykinen sairaus voi olla joko asunnottomuuden syy tai sen seuraus. Ruotsissa on pohdittu, johtuuko psyykkisten sairauksien korkea esiintyvyys asunnottomilla siitä, että psykiatrasta laitoshoidtoa on vähennetty.

Globalisaation seurauksena myös työmarkkinoilla ja perherakenteessa on tapahtunut syväälleikäviä muutoksia, joiden seurauksena perinteiset sosiaaliset verkostot ovat heikentyneet (9). Nämä ja muut samaan aikaan tapahtuneet muutokset vaikuttavat yksilötasolla kumulatiivisesti ja tekevät yhteiskunnasta horisontaalisen: yksilöt joko kuuluvat siihen tai jäävät sen ulkopuolelle, mikä voi johtaa asunnottomuuteen.

Asunnottomuutta ei kuitenkaan yleensä kuvata asiana, joka liittyy työttömyyteen, asuntojen puutteeseen, sosiaaliseen erotteluun ja eriarvoisuuteen. Poliittisessa keskustelussa asunnottomuus

esitetään yleensä pienenä ja ennen kaikkea marginaalisena ongelmana. Asunnottomat kuvataan erillisenä ryhmänä muutoin hyvin toimivan yhteiskunnan sisällä. Syrjäytymisen sosiaalipoliittiset ja rakenteelliset syyt kielletään tai niistä vaietaan, ja niiden sijaan keskitytään yksilöiden poikkeaviin ominaisuuksiin ja käyttäytymiseen. Samaan aikaan asuinalueet eriytyvät ja niiden väliset rajat tulevat hyvin selkeiksi. Tarvittaisiinkin julkista keskustelua siitä, pitäisikö myös asunnottomilla olla oikeus elää kunnollista elämää, johon kuuluvat työpaikka, asunto ja terveydenhuolto – myös suun terveydenhuolto. Yhteyden saaminen näihin potilaisiin on kuitenkin suuri haaste (10).

Asunnottomien suunterveysongelmat ovat aiemmin jääneet hammaslääketieteellisessä tutkimuksessa vähälle huomiolle, ja tieteellisiä tutkimuksia, jotka käsittelevät asunnottomien henkilöiden suunterveyttä Pohjoismaissa, on julkaistu vain muutama (11). Erityisen huolenpidon tarpeessa olevia potilaita, kuten asunnottomia, koskevien hammaslääketieteellisten tutkimusten määrä on kuitenkin kasvanut runsaasti kolmen viime vuosikymmenen aikana. Joka tapauksessa tutkimustietoa on edelleen aivan liian vähän, jotta ymmärtäisimme näiden ihmisten elämäntilanteita ja heidän kokemuksiaan suunterveydestä.

De Palma työryhmineen (12, 13) raportoi vuonna 2005 julkaistuissa tutkimuksissaan, että asunnottomien suunterveys Tukholmassa oli huonompi kuin aiemmat tutkimukset muissa maissa olivat osoittaneet. Asunnottomilla oli keskimäärin 18 hammasta, mikä on vähemmän kuin väestöllä keskimäärin (14). DMFT-indeksi oli 27,0 eli varsin korkea, ja seitsemällä niistä kahdeksasta tutkimuksen osallistujasta, jotka olivat kokonaan hampaattomia, ei ollut hammasproteeseja. Suun limakalvoilla esiintyi vakavia vaurioita, kuten hyperkeratoosia, valkoisia läiskiä ja yleistynyttä punoitusta. Asunnottomilla aikuisilla oli suhteellisen vähän hampaita jäljellä, mutta heidän kiinnityskudostensa terveydentila oli parempi kuin suuhygienian perusteella olisi voinut olettaa.

De Palma työryhmineen (15) korostaa, että suunniteltaessa asunnottomille tarkoitettua suun terveydenhoitoa on kliinisten tutkimustulosten ohella tärkeää huomioida näiden henkilöiden tunteet ja kokemukset, monistakin eri syistä. Asunnottomuuteen ajautuneella on suuri riski syrjäytyä pysyvästi. Asunnottomat raportoivat, että hampaat olivat heille tärkeitä, ja suun terveydenhoidon he toivoivat ensisijaisesti parantavan pureskelukykyä ja kohentavan suun ulkonäköä. Useimpien tutkittavien terveys oli muutenkin heikentynyt, ja heillä esiintyi vakavia kroonisia sairauksia sekä monisairastavuutta. Valtaosa tutkittavista raportoi käyttävänsä päihteitä väärin, ja tutkimuksen osallistujien kuolleisuus oli selvästi suurempi kuin muun väestön.

Tanskalaisten asunnottomien suunterveyttä tutkinut Øzhayat työtovereineen (16) havaitsi, että tutkituilla oli muihin väestöryhmiin verrattuna selvästi huonompi suunterveyteen liittyvä elämänlaatu, kun asiaa selvitettiin OHIP-14 mittarilla. Ero näkyi myös ikäryhmittäisessä tarkastelussa. Asunnottomat raportoivat huonon suunterveyden aiheuttaneen vaivoja erityisesti seuraavilla osa-alueilla: kipu ja särky, jännittyneisyys, vaikeus rentoutua, syömisen vaikeudet, tyytymättömyys elämään ja toimintakyvyttömyys. Tutkimuksen johtopäätös oli, että asunnottomien suunterveyteen liittyvä elämänlaatu oli voimakkaasti heikentynyt, koska OHIP-14-pistemäärät olivat tässä ryhmässä lähes kolme kertaa korkeammat verrattuna väestöryhmään, jolla oli paljon puuttuvia hampaita ja jotka olivat irrotettavan hammasproteesin tarpeessa. Toisessa tanskalaisessa tutkimuksessa (17), joka tarkasteli sosiaalisesti haavoittuvassa asemassa olevia kansalaisia, OHIP-14-pistemäärät ja suunterveys olivat yhtä huonot kuin edellä mainituilla asunnottomilla. Lähes kaikilla oli hoitamaton kariesta, ja melkein puolet tutkimukseen osallistuneista ei ollut käynyt hammaslääkärissä viiden vuoden sisällä. Räätelöidyn intervention jälkeen osallistujien OHIP-14-pistemäärät kuitenkin paranivat samalle tasolle kuin muilla vastaavilla väestöryhmillä.

Päihteiden väärinkäyttäjien suunterveys

Päihteiden käyttöön liittyvät häiriöt (substance use disorder, SUD) tarkoittaa alkoholin tai muun päihteen käyttöä tavalla, joka johtaa päivittäisen elämänlaadun heikkenemiseen tai huomattavaan distressiin (18). Tutkimusten perusteella päihderiippuvaisilla on keskimääräistä todennäköisemmin hammaskariesta, ientulehdusta ja parodontaalisairauksia (19).

Alkoholin suurkuluttajien osuus eurooppalaisesta, yli 14-vuotiaasta alkoholia käyttävästä väestöstä oli 42,6 % vuonna 2016 (20). Ruotsissa 12,9 %:lla miehistä ja 8,7 %:lla naisista alkoholinkäytön katsotaan olevan häiriötasoista (21). Tutkimukset osoittavat, että alkoholin suurkuluttajilla on keskimääräistä korkeampi hammaseroosion kehittymisen ja parodontaalisairauksien riski sekä enemmän syöpyneitä hammaspintoja (22). Hammaseroosiota lukuun ottamatta suun sairauksien suuri esiintyvyys näyttää kuitenkin olevan yhteydessä sosiaalisen aseman heikkenemiseen eikä alkoholin väärinkäyttöön itsessään (23).

Kannabista käyttää 192 miljoonaa iältään 15–64-vuotiaasta ihmistä maailmassa ja jopa 17 miljoonaa ihmistä Euroopassa. Tavallisimpia kannabiksen käyttäjillä havaittuja suunterveysvaikutuksia ovat kserostomia, valkoiset leesiot suun limakalvolla sekä keskimääräistä korkeampi DMF-indeksi (24, 25).

The World Drug Report 2018 -julkaisussa arvioitiin, että maailman 15–64-vuotiaasta väestöstä yhteensä 34,2 miljoonaa oli käyttänyt amfetamiinia ja/tai metamfetamiinia. Amfetamiini on keskushermostostimulantti ja näin ollen keskushermostolle haitallisempi kuin muut huumeet. Metamfetamiinin käytön tavallisimpia suuvaikutuksia on kserostomia, joka johtuu aineen keskushermostovaikutuksista. Metamfetamiinin käyttäjän leposylki myös sisältää runsaasti proteiinia. Aine tekee käyttäjän hyperaktiiviseksi, jolloin hän ei useinkaan tunne nälkää tai janoa; usein käyttäjät juovat veden sijasta virvoitusjuomia. Metamfetamiinin aiheuttama hampaiden narskuttelu, kserostomia, runsasproteiininen sylki ja lisääntynyt virvoitusjuomien kulutus kasvattavat kariksen riskiä. Lisäksi käyttäjät kärsivät usein vaikeasta parodontaalisairaudesta.

Koska käyttäjillä esiintyvät suuvaikutukset ovat yleensä samantyyppisiä, niistä käytetään nimitystä “meta-suu” (26, meth mouth), ks. kuva 2.

Toinen keskushermostoa stimuloiva huumausaine on khat. Khat-pensaan lehtiä käytetään päihteenä pureskelemalla niitä heti keräämisen jälkeen, koska nuoren kasvin tuoreet lehdet saavat aikaan samankaltaisia vaikutuksia kuin amfetamiini. Khatilla on sama rakenne kuin amfetamiinilla.

Pohjoismaissa sitä käyttävät lähinnä Somaliasta ja Etiopiasta saapuneet maahanmuuttajat. Khatia ei käytetä pelkästään sosiaalisissa tapahtumissa vaan myös monenlaisissa arjen tilanteissa. Khat ärsyttää suun kudoksia sekä kemiallisesti että mekaanisesti ja saattaa aiheuttaa pureskelualueelle tummaa pigmentaatiota sekä valkoisia leesioita. Se myös tekee käyttäjän janoiseksi, mikä saattaa lisätä kariuksen riskiä, jos janoon juodaan tiheästi virvoitusjuomia tai sokeria sisältävää teetä.

Lehtien pureskelusta johtuen myös hampaiden kuluminen ja leukanivelongelmat ovat käyttäjillä tavallisia. Khatin haju on voimakas, ja lehdet värjäävät poskien sisäpinnan sekä kielen vihreäksi.

Joskus myös hampaat värjäytyvät ruskeiksi. (27.)

Heroiini on opiaatti, jota voidaan polttaa, nuuskata tai ruiskuttaa suoneen. Se vaikuttaa keskushermoston opioidireseptoreihin. Tutkimusten perusteella heroinin käyttäjien suunterveys on usein huono, ja kariuksen ja parodontaalisaireuksien esiintyvyys on tavallista korkeampi. Heroiinilla on kuitenkin analgeettisia vaikutuksia, jotka peittävät hammassäryn ja hammashoitopelon. (19.)

Emme onnistuneet löytämään vertaisarvioituista lehdistä yhtään tutkimusta, joka olisi tehty Pohjoismaissa viimeisten 25 vuoden aikana ja joka käsittelisi suunterveyden ja päihteiden väärinkäytön välistä yhteyttä tai päihderiippuvaisten suunterveyttä.¹

Vankien suunterveys

¹ Toim. huom. aiheesta on julkaistu Suomen Hammaslääkärilehdessä kaksi artikkelia: Pöllänen M, Laine M. Päihteiden vaikutus hampaisiin ja niiden kiinnityskudoksiin. *Suom Hammaslääkäril* 2003; 7: 364-9 sekä Karjalainen S, Laine M. Mustat hampaat – poikkeuksellinen potilastapaus. *Suom Hammaslääkäril* 2012; 8: 22-5.

Kahdessa viimeaikaisessa Pohjoismaissa tehdyssä tutkimuksessa on kuvattu vankien suunterveyttä ja siihen liittyviä ongelmia. Ruotsalaisessa tutkimuksessa oli mukana vain miesvankeja, kun taas suomalaistutkimukseen osallistui sekä miehiä että naisia (28, 29).

Vangeilla on tyypillisesti useita epäterveellisiä tapoja, jotka vaikuttavat myös suunterveyteen, kuten päihteiden väärinkäyttöä. Systemaattisessa katsauksessa, johon oli sisällytetty tutkimustietoa kymmenen eri maan vangeista, päihteiden väärinkäytön todettiin olevan vangeilla hyvin yleistä (30). Ruotsalaisessa tutkimuksessa vangeille tehtiin kysely heidän saapuessaan vankilaan, ja tässä yhteydessä vangeista ilmoitti tupakoivansa 84 %, käyttävänsä huumeita 71 % ja juovansa liikaa alkoholia 13 %. Suomalaisista vangeista taas 88 % raportoiti tupakoivansa päivittäin, 62 % käyttäneensä huumeita ja 33 % käyttäneensä alkoholia useammin kuin kerran viikossa ennen vankeusaikaa. Johtuen elämäntavastaan vangit joutuvat tavallista useammin onnettomuuksiin, ja hampaiden murtumat ja menetykset ovat tavallisia (31). Psykkisestä sairaudesta tai oireilusta, kuten ahdistuksesta, masennuksesta tai unihäiriöistä, raportoiti 51 % ruotsalaisista vangeista (28). Suomalaisista vangeista 87 %:lla oli käytössään jokin reseptilääke, ja 28 %:lla niitä oli neljä tai enemmän. Tavallisimmin nämä olivat antipsykoottisia lääkkeitä, unihäiriöihin määrättyjä lääkkeitä sekä kipulääkkeitä (29).

Molemmissa edellä mainituissa tutkimuksissa vankien suunterveys osoittautui heikommaksi kuin muulla väestöllä. Ruotsalaisista vangeista 95 %:lla oli parodontaalisairauden merkkejä; Suomessa kaikilla tutkimukseen osallistuneilla todettiin vähintäänkin ientulehdusta, ja 7 %:lla oli vaikeita parodontaaliongelmia. Ruotsalaisista vangeista 66 %:lla todettiin hoitoa vaativa kariesvaurio vähintään yhdessä hampaassa, ja 81 %:lla suomalaisvangeista havaittiin korjaushoitoa vaativaa kariesta. Suomalaistutkimuksessa selvitettiin myös eroosion ja leukanivelvaivojen (TMD) esiintyvyyttä. Osallistujista 90 %:lla ilmeni keskivaikeaa tai vaikeaa hampaiden erosiivista kulumista. Kliinisesti TMD oli diagnosoitavissa 60 %:lla vangeista, ja TMD-oireita ilmeni 84 %:lla (28, 29, 32, 33).

Hampaiden harjaustiheydessä oli suomalaisten ja ruotsalaisten vankien välillä huomattava ero (28, 29). Suomessa käytännössä kaikki raportoivat harjaavansa hampaansa päivittäin, mutta Ruotsissa näin ilmoitti tekevänsä ainoastaan 7 %. Ero saattaa johtua erilaisista tutkimusmenetelmistä sekä siitä, että ruotsalaisia vankeja tutkittiin vankilaan saapumisen yhteydessä, suomalaisia taas vankeuden aikana. Vangit käyttivät hammashoitopalveluja usein epäsäännöllisesti. Ruotsissa vain 13 % ja Suomessa 16 % ilmoitti käyvänsä hammaslääkärissä säännöllisissä tarkastuksissa. Ruotsalaisvankeista 15 % raportoi tarkastuskäyntiensä epäsäännöllisyyden johtuvan hammaslääkäripelosta, ja suomalaistutkimuksessa hammaslääkäripelon havaittiin olevan yhteydessä käyntien epäsäännöllisyyteen. Tarkastuskäyntien epäsäännöllisyyden ja hammaslääkäripelon yhteys on todettu myös väestötutkimuksissa (34–37).

Vankien suunterveyttä käsittelevissä tutkimuksissa on havaittu useita tekijöitä, jotka voivat myötävaikuttaa huonoon suunterveyteen. Skotlantilaisten vankien joukossa äskettäin tehty tutkimus osoitti, miten monimutkaisia näiden tekijöiden väliset yhteydet saattavat olla (38). Tutkimuksessa masennuksen yhteys karieskokemukseen välittyi kahta rinnakkaista mutta toisistaan riippumatonta reittiä: huumeiden käytön ja hammashoitopelon kautta. Huumeiden käyttö toimi pääreittinä ja hammashoitopelko toissijaisena reittinä masennuksen ja karieskokemuksen välillä. Näin ollen silloin, kun suunnitellaan uusia toimia vankien suunterveyden parantamiseksi, tarvitaan kokonaisvaltaisia lähestymistapoja, jotka huomioivat yhteyksien monimutkaisuuden – kuten sen, että monilla sairauksilla on yhteiset riskitekijät (39).

Tulevaisuudennäkymiä

Kansainväliset ja pohjoismaiset tulokset viittaavat siihen, että yhteiskunnan laidalla elävät kansalaiset kohtaavat monenlaisia suunterveyden ylläpitoon liittyviä esteitä. Osa esteistä liittyy yksilöihin itseensä, osa organisaatioihin ja osa yhteiskuntapolitiikkaan (40). Pohjoismaiset tutkimukset osoittavat myös, että lisää tietoa tarvitaan: tarvetta on sekä kuvaileville tutkimuksille

että tutkimuksille, joissa seurataan erilaisten suunterveyden tukemiseen tähtäävien toimien tehoa näissä ihmisryhmissä. Myös yliopistojen tulisi sisällyttää syrjäytyneitä ihmisryhmiä koskevaa tutkimustietoa osaksi hammaslääketieteen perus- ja jatkokoulutusta. Aihe puuttuu lähes kaikista tohtorintutkintoa edeltävistä opetusohjelmista, vaikka nämä väestöryhmät kantavat kaikkein raskainta suusairaustaakkaa. Tarvittaisiin täydennyskoulutusta, joka keskittyisi syrjäytyneiden ihmisryhmien ymmärtämiseen, sekä kokonaisstrategia heidän suun terveydenhuoltonsa järjestämiseksi. Tämän strategian tulisi perustua kokemuksiin, jotka on saatu paikallistasolla toteutetuista suunterveyden edistämishjelmista.

Kuten edellä on useaan kertaan todettu, tarvitaan suunterveyshankkeita, jotka on räätälöity näitä ihmisryhmiä varten ja heidän erityistarpeensa huomioiden. Joissakin Pohjoismaissa terveyslainsäädäntö takaa erityisiä suunterveyspalveluja haavoittuville ihmisryhmille, ensisijaisesti vaikeasta psyykkisestä sairaudesta kärsiville. Näin ei kuitenkaan ole kaikissa maissa.

Kehitystä ohjaavat usein tieteellinen tutkimus ja dokumentaatio. Vuonna 2013 Tanskan parlamentti myönsi kolmivuotisen rahoituksen hankkeelle, jonka päämääränä oli parantaa haavoittuvassa asemassa olevien, alipalveltujen ihmisryhmien suun terveydenhuoltoa. Hankkeessa toteutettiin ja testattiin kuntatasolla juuri näille ryhmille suunnattuja, etsivään työhön perustuvia suun terveydenhoito-ohjelmia. Muun muassa Svendborgin ja Skiven kunnissa toteutetut ohjelmat arvioitiin erikseen (17). Ohjelmat perustuivat suun terveydenhuollon henkilöstön ja sosiaalityöntekijöiden väliseen yhteistyöhön, ja niiden onnistumisen mahdollisti motivoitunut henkilökunta, joka ymmärsi syrjäytyneiden potilaiden suun terveydenhuoltoon liittyviä tarpeita, sekä toimintaympäristö, joka oli tehty mahdollisimman helposti lähestyttäväksi, hyväksyväksi ja ennakkoluulottomaksi. Ohjelmaan osallistuneiden potilaiden OHIP-14-pisteet ennen interventiota ja sen jälkeen on esitetty taulukossa 2. Nämä tulokset yhdessä muista kunnista saatujen tulosten kanssa johtivat siihen, että keväällä 2020 Tanskan terveyslainsäädäntöön tehtiin lisäys, jonka

perusteella Tanskan kunnat määrättiin tarjoamaan ilmaista suun terveydenhuoltoa syrjäytyneimmille kansalaisille.

Tämä esimerkki osoittaa, kuinka tärkeää suun terveydenhuollon ammattikuntien ja etenkin yliopistojen on priorisoida tätä tutkimuskenttää. Yhteiskunnan laidalla elävät kansalaisryhmät kantavat raskasta suusairaustaakkaa, joka vaikuttaa heidän elämäänsä merkittävästi.

Kirjallisuus

1. Christensen LC, Árnadóttir IB, Hakeberg M, Klock K, Suominen AL. Suunterveyteen liittyvä eriarvoisuus Pohjoismaissa. *Suom Hammaslääkäril* 2021; 28(6): xxx.
2. Hakeberg M. Eriarvoisuus suunterveydessä – teoreettisia näkökulmia. *Suom Hammaslääkäril* 2021; 28(6): xxx.
3. Hede B, Petersen PE. Self-assessment of dental health among Danish noninstitutionalized psychiatric patients. *Spec Care Dentist* 1992; 12(1): 33–6.
4. Kisely S, Quek L-H, Pais J, Lailoo R, Johnson NW, Lawrence D. Advanced dental disease in people with severe mental illness: systematic review and metanalysis. *Br J Psych* 2011; 199: 187–93.
5. Persson K, Olin E, Östman M. Oral health problems and support as experienced by people with severe mental illness living in community-based subsidised housing—a qualitative study. *Health Soc Care Community* 2010; 18(5): 529–36.
6. Villadsen DB, Sørensen MT. Oral Hygiene – A Challenge in Everyday Life for People with Schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs* 2017; 38(8): 643–9.
7. Persson K, Axtelius B, Söderfeldt B, Ostman M. Monitoring oral health and dental attendance in an outpatient psychiatric population. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009; 16(3): 263–71.
8. Hede B. Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23(1): 44–8.
9. Tosi A. The Excluded and the Homeless: The Social Construction of the Fight against Poverty in Europe. Kirjassa: Minigone E. (toim.). *Urban poverty and the underclass*. Oxford: Blackwell; 1996. s. 83–104.
10. Howe EG. Organizational ethics’ greatest challenge: factoring in less-reachable patients. *J Clin Ethics* 1999; 10(4): 263–70.

11. Hede B. Tandplejens stedbørn – de udsatte og de udstødte. *Tandlægebladet* 2015; 119(10): 794–801.
12. De Palma P, Frithiof L, Persson L, Klinge B, Halldin J, Beijer U. Oral health of homeless adults in Stockholm, Sweden. *Acta Odontol Scand* 2005; 63(1): 50–5.
13. De Palma P, Nordenram G. The perceptions of homeless people in Stockholm concerning oral health and consequences of dental treatment: a qualitative study. *Spec Care Dentist* 2005; 25(6): 289–95.
14. Norderyd O, Koch G, Papias A, Köhler AA, Nydell Helkimo A, Brahm C-O. ym. Oral health of individuals aged 3-80 years in Jönköping, Sweden during 40 years (1973-2013). II. Review of clinical and radiographic findings. *Swed Dent J* 2015; 39(2): 69–86.
15. De Palma P, Nordenram G, Ekman SL. The encounter in dental care as interpreted by homeless individuals. *Swed Dent J* 2006; 30: 177.
16. Øzhayat EB, Østergaard P, Gotfredsen K. Oral health-related quality of life in socially endangered persons in Copenhagen, Denmark. *Acta Odontol Scand* 2016; 74(8): 620–5.
17. Hede B, Thiesen H, Christensen LB. A program review of a community-based oral health care program for socially vulnerable and underserved citizens in Denmark. *Acta Odontol Scand* 2019; 77(5): 364–70.
18. Franck J, Nylander I. *Beroendemedicin*. Lund: Studentlitteratur AB; 2011.
19. Baghaie H, Kisely S, Forbes M, Forbes M, Sawyer E, Siskind DJ. A systematic review and meta-analysis of the association between poor oral health and substance abuse. *Addiction* 2017; 112(5) :765–79.
20. World Health Organization. *Global status report on alcohol and health 2018*. Geneva: WHO; 2018.

21. Guttormsson U, Gröndahl M. Trender i dryckesmönster – befolkningens självrapporterade alkoholvanor under 2000-talet. Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning; 2017.
22. Wang J, Lv J, Wang W et al. Alcohol consumption and risk of periodontitis: a meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2016; 43(7): 572–83.
23. Hede B. Determinants of oral health in a group of Danish alcoholics. *Eur J Oral Sci* 1996;104(4): 403–8.
24. Darling MR, Arendorf TM. Effects of cannabis smoking on oral soft tissues. *Community Dent Oral Epidemiol* 1993; 21(2): 78–81.
25. Joshi S, Ashley M. Cannabis: A joint problem for patients and the dental profession. *Br Dent J* 2016; 220(11): 597–601.
26. Stanciu CN, Glass M, Muzyka BC, Glass OM. "Meth Mouth": An Interdisciplinary Review of a Dental and Psychiatric Condition. *J Addict Med* 2017; 11(4): 250–5.
27. Al-Maweri SA, Warnakulasuriya S, Samran A. Khat (*Catha edulis*) and its oral health effects: An updated review. *J Investig Clin Dent* 2018; 9(1).
28. Priwe C, Carlsson P. Oral Health Status of Male Swedish Citizens at Admission to Prison. *J Correct Health Care* 2018; 24(4): 382–94.
29. Vainionpää R. Oral health of Finnish prisoners. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto; 2019.
30. Fazel S, Yoon IA, Hayes AJ. Substance use disorders in prisoners: an updated systematic review and meta-regression analysis in recently incarcerated men and women. *Addiction* 2017; 112(10): 1725–39.
31. Viitanen P, Vartiainen H, Aarnio J, Von Gruenewaldt V, Hakamäki S, Lintonen T. ym. Finnish female prisoners – heavy consumers of health services. *Scand J Public Health* 2013; 41(5): 479–85.

32. Vainionpää R, Peltokangas A, Leinonen J, Pesonen P, Laitala M-L, Anttonen V. Oral health and oral health-related habits of Finnish prisoners. *BDJ Open* 2017; 3: 17006.
33. Vainionpää R, Kinnunen T, Pesonen P, Laitala M-L, Anttonen V, Sipilä K. Prevalence of temporomandibular disorders (TMD) among Finnish prisoners: cross-sectional clinical study. *Acta Odontol Scand* 2019; 77(4): 264–8.
34. Liinavuori A, Tolvanen M, Pohjola V, Lahti S. Longitudinal interrelationships between dental fear and dental attendance among adult Finns in 2000-2011. *Community Dent Oral Epidemiol* 2019; 47(4): 309–15.
35. Astrøm AN, Skaret E, Haugejorden O. Dental anxiety and dental attendance among 25-year-olds in Norway: time trends from 1997 to 2007. *BMC Oral Health* 2011; 11: 10.
36. Hakeberg M, Boman UW. Dental care attendance and refrainment from dental care among adults. *Acta Odontol Scand* 2017; 75(5): 366–71.
37. Scheutz F, Heidmann J. Determinants of utilization of dental services among 20- to 34-year-old Danes. *Acta Odontol Scand* 2001; 59(4): 201–11.
38. Arora G, Humphris G, Lahti S, Richards D, Freeman R. Depression, drugs and dental anxiety in prisons: A mediation model explaining dental decay experience. *Community Dent Oral Epidemiol* 2020; 48(3): 248–55.
39. Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40(4): 289–96.
40. El-Yousfi S, Jones K, White S, Marshman Z. A rapid review of barriers to oral healthcare for vulnerable people. *Br Dent J* 2019; 227(2): 143–51.

Kuva 1. Vähentyneen syljenerityksen aiheuttama karies

Vaikeasta psyykkisestä sairaudesta kärsivä, noin 20-vuotias mies, jolla esiintyy tyypillisiä vähentyneen syljenerityksen aiheuttamia hammaskaulan kariesvaurioita.



Kuva 2. "Meta-suu"

Metamfetamiinin käyttäjille tunnusomaisia ovat vakava karies, hampaiden menetykset ja murtumat sekä hapon aiheuttama eroosio.



Taulukko 1.

Sosiaalisesti heikoimmassa asemassa olevien ja alipalveltujen suunterveyteen liittyvä elämänlaatu (OHIP-14-mittarin yksittäiset kysymykset ja niiden summa) ennen suunterveysinterventiota ja sen jälkeen (n = 99; Mann-Whitney-testi).

	Ennen	Jälkeen	P
Vaikeuksia sanojen lausumisessa	1,2	0,8	n.s.
Makuaistin heikentymistä	1,2	0,8	< 0,05
Kipua tai särkyä	2,5	0,8	< 0,001
Vaikeuksia syömisessä	2,6	1,1	< 0,001
Vaivautuneisuutta	3,0	1,0	< 0,001
Jännittyneisyyttä	2,5	0,9	< 0,001
Epätyydyttävä ruokavalio	2,1	0,9	< 0,001
Aterioiden keskeyttämistä	1,6	0,7	< 0,001
Vaikeuksia rentoutua	2,1	0,6	< 0,001
Hämmentyneisyyttä	3,1	1,0	< 0,001
Ärtisyyttä	1,1	0,3	< 0,001
Vaikeuksia suoriutua tavanomaisista tehtävistä	1,0	0,2	< 0,001
Epätyydyttävyyttä elämässä	2,5	0,5	< 0,001
Täydellistä toimintakyvyttömyyttä	1,4	0,2	< 0,001
OHIP-14-kokonaispistemäärä	27,8	9,9	< 0,001