

# SOSIAALINEN TAUSTA JA HAMMASHOITOPALVELUJEN KÄYTTÖ

KATSAUS 1950-LUVULTA NYKYPÄIVÄÄN

RAIJA POUTANEN – EEVA WIDSTRÖM

Suun terveydenhoitopalvelujen käytön syitä, määrää ja säännöllisyyttä on selvitetty useissa kotimaisissa tutkimuksissa (liitetaulukko). Palvelujen käyttöä on suhteutettu hampaiden määrään ja koettuun suun terveydentilaan, sukupuoleen, ikään, sosioekonomiseen asemaan, koulutukseen, asuinpaikkaan ja palvelujen tarjontaan. Tämän katsauksen tavoitteena oli selvittää suomalaisten hammashoitopalvelujen käyttöä eri sosiaaliluokissa viiden viime vuosikymmenen aikana.

## 1950-LUVULLA LAKI KOULUHAMMASHOIDOSTA

1950-luvulla maassamme oli yksi hammaslääkäri 3 100:aa asukasta kohden. Kuntien järjestämä hammashoito kohdistui kansakoululaisiin, vuodesta 1956 lähtien lain velvoittamana. Lääkintöhallituksen mukaan Itä- ja Pohjois-Suomessa hoidon tarve oli suurempi kuin muualla maassa (Paunio & al. 1992). 50-luvulla tehdyt tutkimukset kartoittivat pääasiassa vain hammasraukusten esiintyvyyttä. Helsingin ylioppilaiden hammashoitolaan ensimmäisenä toimintavuonna 1955 hakeutuneista korkeakouluopiskelijoista 56 prosentilla oli enintään neljä ja 9 prosentilla enemmän kuin kahdeksan paikkauksen tarpeessa olevaa hammasta. 48 %:lta ei ollut poistettu yhtään hammasta ja 85 %:lta oli poistettu enintään kaksi hammasta. ”Ylioppilaspotilaiden hammashoitotilannetta voitiin pitää verrattain hyvänä, koska poistettuja hampaita oli suhteellisen vähän ja paikattavien hampaiden lukumäärä oli keskimäärin kohtuullinen” (Rantanen 1962a).

Helsingin yliopiston hammaslääketieteen laitoksen potilaiden proteettisen hoidon tarvetta selvitettiin vuosilta 1937–1968. Kliininen työskentely laitoksella tapahtui päiväsaikaan, joten

potilaisiin valikoitui runsaasti kotirouvia ja eläkeläisiä. Irtopteesein hoidetuista miesten osuus kasvoi tutkimusaikana ja oli 35 prosenttia vuonna 1958. Kiinteiden proteesien hoitojen ryhmässä miesten osuus pysyi koko tutkimusajan alhaisena (26 %). Tulosta tulkittiin seuraavasti: ”Miesten hoitoon pääsy työaikana helpottui tutkimuksen edetessä. Siltaproteeseja tehtiin pääasiassa keskituloisille ja hyvin ansaitseville sosiaaliryhmille, joilla oli ehkä jo 1930-luvulla parempi mahdollisuus järjestellä työaikojaan” (Siirilä & Rantala 1970).

## PITKÄ MATKA ESTEENÄ HAMMASLÄÄKÄRI- PALVELUJEN KÄYTTÖLLE 1960-LUVULLA

1960-luvun alussa Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö järjesti opiskelijoiden terveystarkastuksen, johon sisältyi hammastutkimus (Rantanen 1962b). Joka kolmas Helsingin yliopiston uusi opiskelija sai tarkastuskutsun, jota lähes kaikki noudattivat. Verrattuna vuoden 1955 korkeakouluopiskelijoiden hammasterveystutkimukseen tässä joukossa oli enemmän niitä, joilta ei ollut poistettu yhtään hammasta (61 %). Paikkauksen tarpeessa olevien hampaiden määrä henkilöä kohden oli tässä aineistossa suurempi: yhdestä neljään paikattavaa hammasta oli 48 prosentilla ja enemmän kuin kahdeksan paikattavaa hammasta 22 prosentilla opiskelijoista. Vähintään 17 tervettä hammasta oli 38 prosentilla pojista ja 27 prosentilla tytöistä. ”Havainto, että tytöillä oli erittäin merkitsevästi enemmän paikattuja hampaita kuin pojilla, vahvisti käsitystä tyttöjen poikia huolellisemmasta suhtautumisesta hampaiden hoitoon” (Rantanen 1962b).

Sairausvakuutuslaki tuli voimaan vuonna

1964. Hammashuolto rajattiin lähes kokonaan sen ulkopuolelle, koska hampaiden hoidon korvaamisen arveltiin lisäävän vakuutuksen kustannuksia tuntuvasti (Nyman 1971a). Lääkintäpalvelujen käytön seuraamista pidettiin tärkeänä ja vuonna 1968 kerätyn aineiston pohjalta selvitetiin myös hammaslääkäripalvelujen käyttöä (Nyman 1971a & 1971b & 1975). Hammaslääkärillä käyntien tärkeimmäksi syyksi ilmoitettiin hammassärky tai muu vaiva. Yli kymmenen hammasta menettäneitä oli alimmassa tuloluokassa 59 prosenttia ja ylimmässä 31 prosenttia. Pitkä matka hammaslääkärille ja maaseudulla asuminen olivat yhteydessä poistettujen hampaiden suureen määrään kaikissa tuloluokissa. Ylimpään tuloviidennekseen kuuluvista 85 prosentilla menetetetyt hampaat oli korvattu proteesilla, alimmassa tuloluokassa vain 57 prosentilla. Hammasvaivoja kokeneet, toimihenkilöammateissa työskennelleet kävivät hammaslääkärillä kaksi kertaa useammin kuin muihin ammattiryhmiin kuuluneet. Runsaan tarjonnan alueilla lähellä hammaslääkäriä asuneet toimihenkilöammateissa työskennelleet naiset kävivät sadan päivän aikana 2,5 kertaa hammaslääkärillä. Miesten käyntitiheys oli sama, kun heillä oli edellä mainittujen tekijöiden lisäksi myös korkea tulotaso. Mainittuihin kahteen ryhmään kuului 15 prosenttia hammasvaivoja kokeneista, mutta heidän osuutensa käyneistä oli 27 prosenttia. Tarkastuksen vuoksi hammaslääkärille hakeutuneita oli vain 13 prosenttia kaikista palveluja käyttäneistä. Osuus väheni iän mukana ja tulotason laskiessa. Kaupunkilaisista tarkastuksissa käyneiden osuus oli 16 prosenttia ja maaseudulla asuvista 9 prosenttia.

Yksityisvastaanottojen asiakkaiden hammashoitopalvelujen käyttöä 81 yksityisvastaanotolla 17 kaupungissa tutkittiin vuonna 1963. Noin 50 prosenttia tutkituista ilmoitti käyvänsä hammaslääkärillä säännöllisesti vähintään kerran kahdessa vuodessa, loput särkytapauksissa. Kansakoulun käyneistä 37 prosenttia ja ylioppilastutkinnon suorittaneista 66 prosenttia käytti palveluja säännöllisesti. Kaikilla koulutustasoilla naiset olivat ahkerampia palvelujen käyttäjiä kuin miehet. Alimman ansiotason vastaajista 42 prosenttia ja ylimmän ansiotason vastaajista 68 prosenttia ilmoitti olevansa palvelujen säännöllisiä käyttäjiä. Oireettomuus oli syynä harvoin käynteihin 50 prosentilla, kustannukset 23 prosentilla ja kivun pelko 15 prosentilla vastanneista (Siirilä 1966).

Vuonna 1963 lääketieteen kandidaattiseurat

järjestivät diabetes-, glaukooma- ja lapamatotutkimuksen Honkajoella ja Muuruvedellä ja hammaslääketieteen kandidaatit järjestivät samassa yhteydessä hammasutkimuksen Muuruvedellä. Tutkituista 12 prosenttia ei ollut koskaan käynyt hammaslääkärillä, 13 prosenttia ilmoitti käyneensä noin vuoden ja 75 prosenttia usean vuoden välein. Vain neljä prosenttia tutkituista ilmoitti käyneensä säännöllisesti hammastarkastuksissa, kun vastaava osuus edellä mainitussa kaupunkien yksityishammaslääkärien potilasaineistossa oli 51 prosenttia. Tutkituista 13 prosenttia katsoi käyvänsä hoidossa riittävän usein. Mielestään liian harvoin käyvillä syinä olivat oireiden puuttuminen (48 %), oireiden vähäinen merkitys muiden tarpeiden rinnalla (47 %) ja hoidon epämiellyttäväisyys (5 %). Tutkijat totesivat ”hampaiden hoidon olevan hammassairauksien esiintymisestä riippumattomasti niin voimakkaasti kytkeytynyt sukupuoleen ja sosiaalisiin tekijöihin, naisten ja korkeampien sosiaaliluokkien ollessa huomattavasti aktiivisempia, että asenteiden muodostukseen vaikuttavien tekijöiden tarkempi tutkiminen on erittäin aiheellista, varsinkin kun hoidon kustannukset eivät näytä olevan hoitoa eniten haittaava tekijä” (Siirilä & Lindberg 1965).

KANSANTERVEYSLAKI JA KASVAVA  
HAMMASLÄÄKÄRIMÄÄRÄ PARANSIVAT  
MAASEUDUN PALVELUJA 1970-LUVULLA

Vuonna 1971 tehdyn haastattelututkimuksen mukaan 44 prosentilla vastanneista kahden viime hammaslääkärissä käynnin väli oli vuosi tai sitä lyhyempi aika ja 25 prosenttia oli käynyt yli viiden vuoden välein. Naiset, korkeasti koulutetut ja kaupungeissa asuvat ilmoittivat useimmin enintään vuoden käyntivälejä. Kysyttäessä palvelujen käyttöä rajoittaneita syitä 56 prosenttia ilmoitti esteeksi korkeat kustannukset, 27 prosenttia kivun pelon ja 10 prosenttia hoitoon pääsyn hankaluuden (Murtooma & Markkula 1977; Murtooma & Metsäniitty 1994).

Huhtikuussa 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki mahdollisti kuntien järjestämän hammashuollon kansakoululaisia laajemmalle ryhmälle. Aluksi hoidon piiriin otettiin lapset (0–16-vuotiaat), mutta tarkoituksena oli vähitellen tarjota terveyskeskuksissa koko väestölle hammashoitoa niin kuin muutakin terveydenhoitoa. Jois-

sakin pienissä kunnissa tämä toteutui jo lain voimaantulovaiheessa.

Kansaneläkelaitos teki keväällä 1976 haastattelututkimuksen terveys- ja sosiaaliturvasta. Oman käsityksensä mukaan riittämättömästi hammashoitoa saaneista perheistä 49 prosenttia ilmoitti tärkeimmäksi esteeksi hammaslääkärin puutteen tai etäisyyden. Luku oli korkein Länsi-Suomen maalaiskunnissa (72 %) ja alhaisin Etelä-Suomen kaupungeissa ja kauppaloissa (20 %). Perheistä 27 prosenttia ilmoitti tärkeimmäksi esteeksi taloudelliset tekijät. Näiden perheiden osuus oli alhaisin Länsi-Suomen maalaiskunnissa (9 %) ja korkein Etelä-Suomen kaupungeissa ja kauppaloissa (52 %), mikä kuvasti raportin mukaan palvelujen järjestämistapaa. Edelliseen tutkimukseen verrattuna hammashoidossa käyneiden osuus näytti pysyneen lähes ennallaan (maaseudulla 15 % vuonna 1968 ja 17 % vuonna 1976, kaupungeissa kumpanakin tutkimusvuonna 24 %). Tarkastuksessa käynnit olivat hieman yleistyneet, 13 prosentista 25 prosenttiin. Sekä kaupungeissa että maaseudulla hammaslääkärillä käyntien määrä henkilöä kohden oli sitä suurempi, mitä korkeammat olivat perheen päämiehen vuositulot (Nyman 1990).

Tilastokeskuksen vuonna 1979 tekemän aikuisten terveystapatutkimuksen tulokset olivat hyvin samanlaisia. Haastatelluista 45 prosenttia oli käynyt hammaslääkärillä vuoden aikana ja joka viides ei ollut käynyt viiteen vuoteen. Äskettäin hoidossa käyneiden osuus pieneni johdonmukaisesti vanhempiin ikäryhmiin mentäessä ja kasvoi kuukausitulojen kasvaessa ja sosioekonomisen aseman parantuessa. Suurempi osa ruotsia puhuvista (61 %) kuin suomenkielisistä (44 %) oli käynyt viimeksi kuluneen vuoden aikana. Samansuuntainen ero oli myös kaupunkilaisten (50 %) ja maalla asuvien (38 %) välillä. Yleisimmin hampaat oli hoidettu kokonaan kuntoon naisilla, kaupungeissa asuvilla ja korkeassa sosioekonomisessa asemassa olevilla. Yksityishammaslääkärillä käyneiden osuus kasvoi sosioekonomisen aseman, kuukausitulojen ja koulutuksen parantuessa. Joka kolmas hammashoidossa käyneistä oli käynyt terveyskeskushammaslääkärillä. Terveyskeskuksessa käyminen oli maalla yleisempää kuin kaupungeissa ja miehet olivat useammin terveyskeskushammashoidon asiakkaina kuin naiset. Yksityishammaslääkärillä käyneistä sen sijaan enemmistö oli naisia (Rajala & al. 1980).

Koko 30 vuotta täyttänyttä väestöä edustavassa Mini-Suomi-tutkimuksessa (1977–1980) 44 prosenttia hampaallisista ilmoitti käyneensä hammaslääkärissä 12 viime kuukauden aikana ja viidennes ilmoitti tarkastuttavansa hampaansa vuosittain. Palvelujen käytön säännöllisyys oli naisilla yleisempää kuin miehillä ja nuorilla yleisempää kuin vanhemmilla. Eniten koulutetussa ryhmässä 78 prosenttia ja lyhimmän koulutuksen saaneista vain 6 prosenttia ilmoitti käyvänsä säännöllisesti hammaslääkärillä. Alimmassa tuloryhmässä joka kymmenes ja ylimmässä joka toinen ilmoitti käyttävänsä palveluja säännöllisesti. Hammashoidossa käyneillä oli viimeksi kuluneen vuoden aikana keskimäärin 3,6 käyntikertaa. Eniten niitä oli Etelä- ja Lounais-Suomessa ja vähiten Itä-Suomessa asuvilla. Käyntien kokonaismäärä oli sitä suurempi, mitä ylempään tuloviihennekseen tutkittava kuului (Vehkalahti & al. 1991).

#### EROT PALVELUJEN KÄYTÖSSÄ PIENENIVÄT 1980- JA 1990-LUVULLA

Maailman suurimpiin lukeutuva hammaslääkäritiheys saavutettiin maassamme 1900-luvun viimeisillä vuosikymmenillä. Vuonna 1990 meillä oli yksi hammaslääkäri 1 100:aa asukasta kohden (Paunio & al. 1992). Yksityisten hammashoitopalvelujen käytöstä aiheutuvat kustannukset tulivat osittain julkisen subvention piiriin sairausvakuutuslain muutoksella vuoden 1986 alussa. Aluksi korvauksen piiriin tulivat alle 26-vuotiaat, ja ikäraja nostettiin vuosittain 1990-luvun alkuun asti. Tuolloin taloudellinen lama keskeytti kaavailut yksityisen hammashoidon tukemisesta kaikille ikäryhmille.

Kansaneläkelaitoksen haastattelututkimus toteutettiin jälleen keväällä 1987. Hammaslääkärissä käyminen oli yleistynyt kaikissa ikäluokissa verrattuna vuoteen 1976; naisilla enemmän kuin miehillä, joten sukupuolten välinen ero oli edelleen kasvanut. Yli 34-vuotiaiden ikäluokissa palvelujen käyttö lisääntyi alemmista ylempiin tulo-  
luokkiin, mutta nuoremmissa ikäluokissa tulo-  
luokittaiset erot näyttivät tasoittuneen. Aikuisväestöstä 53 prosenttia oli käynyt hammaslääkärissä vuoden 1986 aikana. Tarkastuksen vuoksi hammaslääkärisiin menneiden osuus oli 42 prosenttia ja oli suurin nuorimmissa ja pienin vanhimmissa ikäluokissa. Yli 26-vuotiaat käyttivät

edelleen hammaslääkäripalveluja keskimäärin sitä enemmän, mitä korkeampi oli perheen päämiehen koulutusaste, ja erot kasvoivat nuoremista vanhempiin ikäluokkiin. Korkea-asteen koulutuksen saaneiden perheissä hammaslääkäriässä käynnit eivät vähentyneet iän lisääntyessä (Nyman 1990).

Samantapaisia tuloksia saatiin Heikki Murto- maan, Mari Metsäniityn ja Matti Pöyryn tutkimuksissa 15 vuotta täyttäneen väestön hammas- hoitopalvelukokemuksista vuosina 1983 ja 1993. Puolet haastatelluista ilmoitti käyneensä ham- maslääkäriässä vuoden sisällä molempina tutki- musvuosina. Ylimmällä koulutusasteella vuoden aikana käyneiden osuus oli 63 prosenttia vuonna 1983 ja 64 prosenttia vuonna 1993. Vastaavat prosenttiosuudet alimman koulutusasteen käy- neistä olivat 36 ja 35. Tavallisin syy käyntiin oli tarkastus (41 %). Vuonna 1993 haastatelluista 70 prosenttia piti tärkeänä mahdollisuutta valita itse hoitava hammaslääkäri. Vähiten sillä oli merki- tystä nuorimmalle ikäryhmälle (57 %) ja eniten korkeimmin koulutetuille (80 %). Taloudellisen laman uhatessa terveyskeskushammashoitoa tut- kittavilta kysyttiin myös julkisten palvelujen en- nallaan säilyttämisen tärkeyttä. Haastatelluista 90 prosenttia piti säilyttämistä tärkeänä tai melko tärkeänä. Vähiten tärkeänä sitä pitivät korkeasti koulutetut (48 %) ja suurituloiset (45 %) (Mur- tomaa & al. 1994).

#### KORKEASTI KOULUTETUILLA JA SUURITULOISILLA JATKUVASTI ENITEN KÄYNTJÄ

Kansanterveyslaitos on vuodesta 1978 alkaen teh- nyt aikuisväestön terveyskäyttäytymistä selvittäviä vuosittaisia kyselytutkimuksia. Vuoden aikana oman ilmoituksensa mukaan hammaslääkäriällä käyneiden työikäisten aikuisten osuus oli 53 pro- senttia vuonna 1978 ja 64 prosenttia vuonna 1997. Alueelliset ja koulutuksen pituuteen liitty- vät erot palvelujen käytössä pienenivät vuodesta 1978 vuoteen 1997. Harvimmin hammaslääkä- riällä kävivät vuonna 1997 Pohjois- ja Itä-Suo- messa (57 % ja 56 %) sekä maaseudulla (61 %) asuvat, vähän koulutusta saaneet (58 %), työ- kyvyttömyyseläkkeellä olevat (51 %) ja työttö- mät (51 %). Etelä- ja länsiosissa maata 66–67 prosenttia vastanneista oli ilmoituksensa mukaan käynyt vuoden aikana hammaslääkäriällä. Vastaava osuus kaupungeissa asuvista oli 66 prosenttia, 13

vuotta tai pidempään opiskelleista 67 prosenttia ja toimihenkilöammateissa työskentelevistä 68 prosenttia. Selvin lisäys palvelujen käytössä ta- pahtui maanviljelijöillä (34 % vuonna 1978, 64 % vuonna 1997) (Suominen-Taipale & al. 2000).

Kotitaloustiedustelussa vuonna 1990 terveys- keskushammasoidon käyttö oli suurempaa alem- missä kuin ylemmissä tuloluokissa. Kymmenen tuloluokan kolmeen alimpaan kuuluvista 33 pro- senttia käytti terveyskeskusten ja 14 prosenttia yk- sityisiä hammashoitopalveluja. Suurituloisimmil- la vastaavat prosenttiosuudet olivat 23 ja 52. Kor- keimmin koulutetut käyttivät eniten yksityisham- maslääkäripalveluja ja vähiten koulutetut terveys- keskuspalveluja (Klavus & Häkkinen 1995).

Nuorten aikuisten Kelan kautta subventoitua yksityishammaslääkäripalvelujen käyttöä selvitet- tiin pitkittäistutkimuksella vuosina 1986–1997. Yksityisiä palveluja käytettiin useimmin Etelä- ja Lounais-Suomessa (34–43 % ja 24–27 %) ja har- vimmin Länsi-, Itä- ja Pohjois-Suomessa (11– 14 %, 10–13 % ja 9–12 %). Palvelujen käyttäjien osuus laski 19–25-vuotiaiden ryhmässä vuodesta 1986 (10 %) vuoteen 1994 (5 %). Yli 25-vuo- tiaiden ikäryhmässä osuus pysyi samana vuosina 1990–1994 (18 %). Naisten osuus oli koko seur- anta-ajan suurempi kuin miesten (54–59 %). Epäsäännöllisiä kävijöitä oli eniten nuorissa ikä- ryhmissä ja Pohjois-Suomessa asuvien joukossa (Suominen-Taipale & Widström 2000).

1990-luvun alkupuolen talouslaman vaikutusta hammashoitoon selvitettiin Stakesin haastattelut- tutkimuksessa. Suurin muutos havaittiin julkisista varoista hammashoitoon subventiota saavan nuorimman ikäryhmän palvelujen käytössä. Tut- kimusjakson alussa, vuonna 1991, 43 prosenttia vuonna 1956 syntyneistä ja nuoremmista oli käyttänyt hammashoitopalveluja vuoden aikana, mutta vuonna 1994 osuus oli 34 prosenttia. Eni- ten ansaitsevista palveluja käytti 40–42 prosent- tia, kun alimman tuloluokan vastaavan osuuden vaihteluväli oli 25–28 prosenttia. Noin kaksi kol- masosaa raportoi käyneensä yksityishammaslää- käriällä ja yksi kolmasosa terveyskeskushammas- hoidossa. Kirjoittajien mukaan tutkimus osoitti, että julkisilla etuuksilla ei ollut ratkaisevaa mer- kitystä hammashoitopalvelujen käytölle (Suomi- nen-Taipale & Widström 1998). Jari Ahlberg sel- vittä subventoidun työpaikkahammasuollon vai- kutusta miespuolisten työntekijöiden hoitopalve- lujen käyttöön. Tukea saavista 62 prosenttia arveli

vähentävänsä palvelujen käyttöä, mikäli etuutta ei olisi, ja 51 prosenttia tuen ulkopuolella olevista oletti käyttävänsä palveluja enemmän, jos sitä tuettaisiin taloudellisesti (Ahlberg 1997).

Kansaneläkelaitoksen väestötutkimusta varten kerättiin haastattelemalla tietoja 6 000 kotitaloudelta vuosina 1995–1996. Säännöllisesti hammashoidossa käyvien osuus oli vähentynyt 8 prosenttiyksikköä vuodesta 1987 ja oli tutkimusajankohtana 57 prosenttia. Vähennemistä oli tapahtunut eniten alle 45-vuotiaiden keskuudessa. Tuloluokittain tarkasteltuna säännöllisten kävijöiden osuus pieneni vain kolmessa ylimmässä tuloluokassa, mutta oli edelleen niissä yleisempää kuin alemmissa. Vuoden aikana hammashoitoon hakeutuneita oli vähiten alimmassa tuloviidenneksessä ja muiden tuloviidenneksien erot olivat hävinneet. Aikuisten hammashoitokäyntien lukumäärä oli kasvanut 13 prosenttia vuodesta 1987. Kasvua oli eniten 45–74-vuotiaiden ikäryhmässä, muissa ikäryhmissä muutokset olivat vähäisiä. Ainoastaan ylimpään tuloviidennekseen kuuluvilla oli enemmän käyntejä kuin muilla. Käyntejä oli edelleen eniten pääkaupunkiseudulla ja vähiten Oulun, Lapin ja Itä-Suomen lääneissä. Naisten ja miesten käyntimäärät terveyskeskushammashoidossa olivat samalla tasolla vuonna 1996, mutta yksityisellä sektorilla naisilla oli 7 prosenttia enemmän käyntejä kuin miehillä. Tulojen mukaan tarkasteltaessa eniten lisääntyivät alimpaan tuloluokkaan kuuluvien käynnit julkisella sektorilla ja näillä oli eniten julkisen sektorin käyntejä vuonna 1996. Yksityisen sektorin käyntejä oli eniten ylimpiin tuloviidenneksiin kuuluvilla (Arinen & al. 1998).

#### POHDINTA

Vuosikymmenten kuluessa hammaslääkäripalvelujen käytön syyt ja esteet ovat muuttuneet. 1960- ja 1970-luvulla hammaslääkäriissä käyneiden osuus ja käyntien määrä riippuivat suuresti palvelujen saatavuudesta ja matkasta hammaslääkäriin. 1990-luvulla matkan pituutta ei enää kysytty, mutta palvelujen käyttö oli muita vähäisempää Itä-Suomen, Oulun ja Lapin lääneissä asuvilla (Nyman 1971a & 1975 & 1990; Arinen & al. 1998). Autoistuminen ja terveyskeskusten hammashoitopalvelut ovat vähentäneet etäisyyksen merkitystä. Toisaalta yksityishammaslääkäritehys on yhä suurin maan eteläosissa.

Hammashoidosta aiheutuvat kustannukset sen sijaan ovat jatkuvasti olleet ongelma osalle väestöstä, ja näyttää siltä, että palvelujen saatavuuden parannuttua kustannusten merkitys niiden käytön ilmoitettuna esteenä on korostunut. Kivun pelkoa pidetään yhtenä syynä hammashoitopalvelujen käyttämättä jättämiseen. Kivun pelon lievään vähentymiseen ovat todennäköisimmin vaikuttaneet hoitomenetelmien muutokset ja terveyden parantuminen. Tutkimuksissa havaittiin, että mitä alempi kyselyyn vastanneen koulutustaso oli, sitä merkitsevämpi hoitoon hakeutumisen este olivat epämiellyttävät hammashoitokokemukset (Syrjälä & al. 1992). Koska vähimmin koulutetuilta on poistettu eniten hampaita ja hampaiden kunto on huonompi kuin korkeimmin koulutetuilla, epämiellyttävien kokemusten todennäköisyys kasvaa.

Hammaslääkäripalvelujen käyttöä selvittäneet tutkimukset tarjoavat myös kulttuurihistoriallisen näkökulman väestön vaatimustason muuttumiseen. 1960-luvulla hammaslääkäriin hakeuduttiin useimmiten säryn tai ienvaivojen vuoksi. Ilman oireita ei hoitoon lähdetty ja muut tarpeet menivät usein hammashoidon edelle (Siirilä 1966; Siirilä & Lindberg 1965). 1970-luvun kansanterveyslaki lähensi suun terveydenhuoltoa muuhun terveydenhuoltoon, mutta edelleen väestön tasa-arvo jäi toteutumatta, koska aikuisten palvelujen saatavuus oli huono. Hampaiden tarkastuttaminen ennen vaivojen esiintymistä lisääntyi vähitellen ja säännöllisesti toistuviin tarkastuksiin perustuvaa kokonaisuhoitoa suositeltiin ammattilaiselta. Kansaneläkelaitoksen järjestämissä haastattelututkimuksissa vuonna 1968 vain 13 prosenttia ilmoitti hammaslääkäriellä käynnin syyksi hampaiden tarkastamisen (Nyman 1971a). Vuonna 1976 tarkastuksen vuoksi hammaslääkärielle oli ilmoituksensa mukaan mennyt 25 prosenttia ja vuonna 1987 jo 42 prosenttia (Nyman 1990). Vuonna 1996 säännöllisiä kävijöitä oli 57 prosenttia (Arinen & al. 1998). Lasten ja nuorten hoidossa on 1970-luvulta saakka noudatettu kutsujärjestelmää. Lääkintöhallituksen ohjeiden mukaan vielä 1980-luvulla nuoret ikäluokat pyrittiin kutsumaan vuosittain, mutta hammasterveyden parannuttua tarkastusvälien pidentämistä ja siirtymistä yksilöllisiin väleihin on suositeltu 1990-luvulla (Eerola & al. 1998).

Hampaiden merkitys hyvinvoinnille ja niiden ulkonäöllinen arvostus alkoivat korostua elintason nousun ja palvelutarjonnan lisääntymisen

myötä. Naiset olivat jo katsauksen alkuvuosina 1950-luvulla käyttäneet hammashoitopalveluja enemmän kuin miehet. Heissä oli enemmän täysin hampaattomia kuin miehissä, mutta he olivat myös korvanneet puuttuvat hampaat proteesilla miehiä useammin. Korkeimmin koulutetut ja ylimpiin tuloluokkiin kuuluvat pystyivät säilyttämään omat hampaansa useammin kuin vähimmin koulutusta saaneet ja pienituloiset. Mikäli ylimpiin sosiaaliluokkiin kuuluvat olivat menettäneet hampaansa, he olivat myös korvanneet ne proteesilla pienituloisia useammin eli lähes aina. Yleinen hyvinvoinnin ja koulutustason nousu ovat nostaneet väestön ulkonäköön liittyviä vaatimuksia, mutta myös hammashoitopalvelujen tuottajat markkinoivat yhä enemmän esteettisiä hoitoja. Vaatimustason nousu ilmenee myös toiveissa saada itse valita hoitava hammaslääkäri, joka huolehtii kutsumisesta säännöllisiin tarkastuksiin. Toisaalta kutsujärjestelmä on myös hyvä markkinointiväline.

Aikuisilla on vielä paljon paikkaushoidon tarvetta. Hammasvaivoja oli esiintynyt 25 prosentilla aikuisista vuosina 1995/1996 (Arinen & al. 1998). Hampaattomuus on nopeasti vähenemässä. Vuonna 1976 täysin hampaattomien osuus väestöstä oli 22 prosenttia ja kaksikymmentä vuotta myöhemmin 14 prosenttia. Hampaattomuus on vähentynyt suhteellisesti eniten 25–44-vuotiailla. Omat hampaat on vahva ennuste hammashoitopalvelujen käytölle. Hammaslääkärissä käyntien määrä asukasta kohden on lisääntynyt viime vuosikymmenien aikana jonkin verran: vuonna 1976 käyntejä oli keskimäärin 1,5 ja vuonna 1996 keskimäärin 2 (Nyman 1990; Arinen & al. 1998). Vaikka nuorten ikäluokkien hammasterveys on parantunut ja hammashoidon tarve on vähentynyt, on todennäköistä, että käyntien määrä ei lähivuosina laske keski-ikäisen ja vanhusväestön hoidon kysynnän kasvun vuoksi.

Hammashoitopalvelujen tarjonta maassamme on moninkertaistunut viimeksi kuluneen puolen vuosisadan aikana: hammaslääkärimäärä asukasta kohden on lähes kolminkertaistunut ja kokonaan uusia ammattiryhmiä on tullut mukaan. Hammashoitajia, erikoishammasteknikoita ja hammashuoltajia oli vuonna 1997 yhteensä 8 500. Maamme lähes 6 000 hammaslääkäristä noin 40 prosenttia työskenteli julkisella ja 47 prosenttia yksityisellä sektorilla (Paunio & al. 1992; TERHIKKI). Aikuisväestön käsityksiä ja kokemuksia

selvittäneiden, vuosina 1983 ja 1993 tehtyjen haastattelujen mukaan hammaslääkäri ”sai tehdä” lähes kaiken ehdottamansa hoidon. 1950- ja 1960-luvun särkyhoitopainotteisuus väistyi kokonaishoidon yleistymisen myötä. Tutkimusraportin kirjoittajat totesivat, että ”hammashoidon markkinat ovat poikkeukselliset, koska kulluttajat eivät ole yksin päättävässä asemassa, ja että tämä asettaa suuria vaatimuksia hammaslääkäreiden ammattitaidolle” (Murtomaa & al. 1994).

Sosioekonomiset erot ja koulutuksen pituus olivat koko tarkastelujakson ajan yhteydessä paitsi hampaiden menettämisen myös hammashoitopalvelujen käytön eroihin. Sama ilmiö on havaittu myös muualla. USA:ssa on vastikään julkaistu Oral Health in America -raportti, jossa kiinnitetään paljon huomiota väestön eriarvoisuuteen hammashoitopalvelujen käytössä, vaikka suun terveys on yleisesti parantunut. Ongelmaksi koetaan myös palvelujen puute vähävaraisten asumalueilla (Oral Health..., 2000). Pohjoismaisissa terveydenhoitojärjestelmissä tasa-arvon tavoite on ollut mukana vuosikymmeniä, mutta eriarvoisuutta ei ole kokonaan pystytty poistamaan. Ruotsissa Socialstyrelsenin tutkimusraportti vuodelta 1999 kertoo, että hammaslääkärillä käyminen oli hyvin voimakkaasti yhteydessä yksilön sosioekonomiseen asemaan (Halling 2000). Suomessa vuonna 1995 tehdyn tutkimuksen mukaan toimeentulotukea hammashoitoon saaneiden edellisestä hammashoitokäynnistä oli kulunut keskimäärin 3,5 vuotta (Widström & Utriainen 1997). Samaan aikaan korkeasti koulutettu, hyvin toimeentuleva väestö sai kutsun hammasraskastukseen vuoden välein, teki eniten käyntejä vuotta kohden eivätkä käynnit vähentyneet edes iän kasvaessa, mikä luonnollisesti johtuu myös aktiivisesta hoidon tarjonnasta. Hammashuollon korkeat kustannukset ovat aikaansaaneet muutospainetta suun terveydenhuollon toteuttamistapoihin eri puolilla maailmaa. Euroopassa maat, joissa on paljon julkisesti järjestettyjä palveluja tai runsaat julkiset subventiot, pyrkivät niitä yksityistämään ja vähentämään tukia, ja ne maat, joissa palvelut ovat etupäässä yksityisiä, toivovat voivansa antaa osan vastuusta julkiselle sektorille. Suomessa tapahtunut palvelujen käytön sosiaalisten erojen pieneneminen näyttäisi selkeästi olevan terveyskeskushammashoidon laajenemisen ansiota ja keskittyneen nuorempiin ikäryhmiin, joissa palvelutarjontaa on laajennettu.

*Liitetaulukko.* Suomalaisen suun terveydenhoitopalvelujen käyttöä selvittäviä tutkimuksia

| Kirjoittajat,<br>julkaisuvuosi      | Tutkimus-<br>ajankohta | Aineisto<br>keruu               | kohderyhmä ja otoskoko  | kohderyhmän ikä                      |
|-------------------------------------|------------------------|---------------------------------|---|--------------------------------------|
| Rantanen 1962a                      | 1955                   | kliininen tutkimus              | korkeakouluopiskelijoita<br>n = 956   |                                      |
| Rantanen 1962b                      | 1961                   | kliininen tutkimus              | korkeakouluopiskelijoita<br>n = 858   |                                      |
| Siirilä & Lindberg 1965             | 1963                   | kliininen tutkimus<br>ja kysely | Muuruveden maalaiskunnan<br>väestö n = 2 100  | 15 vuotta täyttäneet<br>ja vanhemmat |
| Siirilä 1966                        | 1963                   | kysely                          | 17 kaupungin 81 yksityis-<br>vastaanoton potilasaineisto<br>n = 1 807               | 15 vuotta täyttäneet<br>ja vanhemmat |
| Siirilä & Rantala 1970              | 1937–1968              | potilasasiakirja-<br>aineisto   | Helsingin yliopiston ham-<br>maslääketieteen laitoksen<br>potilasaineisto n = 8 850 | kaikki proteesi-<br>potilaat mukana  |
| Nyman 1971b, 1975                   | 1968                   | kysely                          | koko väestö, ei laitoshoidossa<br>olevat n = 17 910                                 | 15 vuotta täyttäneet<br>ja vanhemmat |
| Murtomaa & Markkula<br>1977         | 1971                   | kysely                          | koko väestö n = 1 063   | 15 vuotta täyttäneet<br>ja vanhemmat |
| Rajala & al. 1980                   | 1979                   | kysely                          | koko väestö n = 1 992   | 15–64-vuotiaat                       |
| Nyman 1990                          | 1976, 1987             | kysely                          | koko väestö, ei laitoshoidossa<br>olevat n = 16 413, n = 13 138                     | 15 vuotta täyttäneet<br>ja vanhemmat |
| Vehkalahti & al. 1991               | 1977–1980              | kliininen tutkimus<br>ja kysely | koko väestö Ahvenanmaata<br>lukuun ottamatta n = 7 190                              | 30 vuotta täyttäneet<br>ja vanhemmat |
| Murtomaa & al. 1994                 | 1971, 1990             | kysely                          | koko väestö n = 1 063,<br>n = 1 006   | 15 vuotta täyttäneet<br>ja vanhemmat |
| Klavus & Häkkinen<br>1995           | 1990                   | kysely                          | koko väestö n = 22 627  |                                      |
| Ahlberg 1997                        | 1989–1993              | kliininen tutkimus<br>ja kysely | neljän tehtaan miespuolisia<br>työntekijöitä n = 403                                | 38–65-vuotiaat                       |
| Arinen & al. 1998                   | 1995–1996              | kysely                          | koko väestö, ei laitoshoidossa<br>olevat n = 10 478                                 | 15 vuotta täyttäneet<br>ja vanhemmat |
| Suominen-Taipale &<br>Widström 1998 | 1991–1994              | kysely                          | koko väestö, ei laitoshoidossa<br>olevat n = 3 135–3 250 <sup>1</sup>               | 25–79-vuotiaat                       |
| Suominen-Taipale & al.<br>2000      | 1978–1997              | kysely                          | koko väestö n = 3 418–5 037   | 15–64-vuotiaat                       |
| Suominen-Taipale &<br>Widström 2000 | 1986–1997              | tilasto                         | sv-korvauksia vuosina 1986,<br>1990, 1994 saaneet<br>n = 404 608                    | 19–41-vuotiaat                       |

<sup>1</sup>Vastausprosentit 68–85

## KIRJALLISUUS

Ahlberg, Jari: Implications of a subsidized dental care program for oral health and its determinants. Thesis. Helsinki: Helsingin yliopisto, 1997

Arinen, Sisko & Häkkinen, Unto & Klaukka, Timo & Klavus, Jan & Lehtonen, Risto & Aro, Seppo: Suomalaisen terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystieteiden tutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Helsinki: Kela/Stakes, 1998

Eerola, Anja & Hausen, Hannu & Lahti, Satu & Widström, Eeva: Tutkimus- ja tarkastusvälit lasten ja nuorten suun terveydenhuollossa. Raportteja 225. Helsinki: Stakes, 1998

Halling, Christina: Sociala skillnader syns i besöksstatistiken. Tandläkartidningen 92 (2000): 6, 27–28

Klavus, Jan & Häkkinen, Unto: Terveyspalvelujen käyttö, rahoitus ja tulonjako. Raportteja 175. Helsinki: Stakes, 1995

Murtomaa, Heikki & Markkula, Jaakko: Utilization and hindrances to utilization of dental services in Finland prior to the Public Health Act. Proc Finn Dent Soc 73 (1977), 138–143

Murtomaa, Heikki & Metsäniitty, Mari: Trends in toothbrushing and utilization of dental services in Finland. Community Dentistry and Oral Epidemiology 22 (1994): 4, 231–234

Murtomaa, Heikki & Metsäniitty, Mari & Pöyry, Matti: Aikuisväestön käsitykset ja kokemukset hammashoitopalveluista Suomessa vuosina 1983 ja 1993. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 31 (1994): 2, 189–195

Nyman, Kauko: Hampaat ja hampaiden hoito. S. 249–281. Julkaisussa: Purola, Tapani & Nyman, Kauko & Kalimo, Esko & Sievers, Kai: Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisu A: 7. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 1971. 1971a

Nyman, Kauko: Hampaiston kunto ja hammaslääkäripalvelusten käyttö. Sosiaalivakuutus 6 (1971), 15–19. 1971b

Nyman, Kauko: Hammaslääkärin palvelusten käyttö ja hampaiden kunto. Kansaneläkelaitoksen julkaisu A: 12. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 1975

Nyman, Kauko: Hampaiden tila ja hoito Suomessa 1987. Kansaneläkelaitoksen julkaisu M: 76. Helsinki: Kansaneläkelaitos, 1990

Oral Health in America. A Report of the Surgeon General. U.S. Public Health Service, 2000. <http://www.nidcr.nih.gov>

Paunio, Keijo & Caloniemi, Boris & Dahlström, Eila & Kosola, Jukka & Meurman, Jukka H. & Nordblad, Anne & Ohtola, Taru: 100 vuotta hammaslääkä-

rien seurassa. Jyväskylä: Gummerus, 1992

Rajala, Matti & Honkala, Eino & Rajala, Anna-Liisa & Rimpelä, Matti: Aikuisten hampaiden hoitototumukset ja hampaattomuus Suomessa v. 1979. Aikuisten terveystutkimuksen tuloksia. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 17 (1980): 4, 181–192

Rantanen, Aimo: Korkeakouluopiskelijain hammashoitotilanteesta. Suomen Hammaslääkärilehti toim. 58 (1962), 15–23. 1962a

Rantanen, Aimo: Uusien ylioppilaiden hammas-tilanne. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön alkutarkastukset v. 1961. Suomen Hammaslääkärilehti toim. 58 (1962), 26–34. 1962b

Siirilä, Hannu: Hampaiden hoidon psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Suomen Hammaslääkärilehti toim. 62 (1966): suppl. 1

Siirilä, Hannu & Lindberg, Allan: Suomalaisen maalaiskunnan väestön hampaisto ja hoitotapojen tutkimus. Org Dent 17 (1965), 140–175 & 235–253

Siirilä, Hannu & Rantala, Antti: Proteettisen hoidon tarve ja sen kehitys vuosina 1937–1968 hammaslääketieteen laitoksen potilasaineiston perusteella tarkasteltuna. Suomen Hammaslääkärilehti toim. 66 (1970), 209–218

Suominen-Taipale, Anna Liisa & Widström, Eeva: Does dental service utilization drop during economic recession? The example of Finland, 1991–1994. Community Dentistry and Oral Epidemiology 26 (1998): 2, 107–114

Suominen-Taipale, Anna Liisa & Widström, Eeva: A longitudinal study of young Finnish adults' use of subsidized, private sector dental care, 1986–1997. Community Dentistry and Oral Epidemiology 28 (2000): 5, 365–372

Suominen-Taipale, Liisa & Widström, Eeva & Alanen, Pentti & Uutela, Antti: Trends in self-reported use of dental services among Finnish adults during two decades. Community Dental Health 17 (2000), 31–37

Syrjälä, Anna-Maija & Knuuttila, Matti & Syrjälä, Leena: Reasons preventing regular dental care. Community Dentistry and Oral Epidemiology 20 (1992): 1, 10–14

TERHIKKI. Terveystieteiden ammattihenkilöiden keskusrekisteri. Stakes

Vehkalahti, Miira & Paunio, Ilkka & Nyyssönen, Viljo & Aromaa, Arpo: Suomalaisen aikuisväestön suunterveys ja siihen vaikuttavat tekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisu AL: 34. Helsinki ja Turku: Kansaneläkelaitos, 1991

Widström, Eeva & Utriainen, Pekka: Hammashoittoon toimeentulotukea saavat potilaat. Suomen Hammaslääkärilehti ns. IV (1997): 15, 858–861.