



Suun terveydenhuollon jaoston taustamuistio ja perusteet neuvostolle hammasprotetiikkaan liittyvän suosituksen antamiseksi

Aihe: Implanttikiinnitteinen kokoproteesi alaleuan hampaattomuuden hoidossa



Sisällys

Tausta	1
1. Käsitteet.....	5
2. Suun terveydenhuollon keskeinen lainsäädäntö.....	6
3. Hammasprotetiikkaan liittyvät suositukset ja kirjallisuuskatsaukset	6
3.1. Suositukset Ruotsissa	8
3.2. Suositukset Norjassa.....	9
4. Kysymyksenasettelu: Terveysongelma-interventio -parin muotoilu	10
5. Hampaattomuuden ja hammasproteesien käytön yleisyys	11
5.1. Hampaattomuus	11
5.2. Alaleuan irrotettavien kokoproteesien määrä	12
6. Hoitokäytännöt Suomessa	15
7. Hammasproteettisen hoidon toteutuminen ja palveluiden saatavuus.....	16
8. Terveysongelman vakavuus	17
9. Implanttikiinnitteinen kokoproteesi verrattuna tavanomaiseen kokoproteesiin.....	18
10. Hoidon turvallisuus	20
11. Taloudelliset vaikutukset.....	21
11.1. Kokonaiskustannukset.....	21
11.2. Julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut	23
11.3. Yksityisen terveydenhuollon sairausvakuutuskorvaukset hammasprotetiikan yhteydessä	23
11.4. Yhteenvedo/tiivistelmä asiakasmaksuista ja Kelan maksamista sairaanhoitokorvauksista suun terveydenhoidossa	24
11.5. Vaihtoehtoiset kustannukset.....	24
11.6. Kustannusvaikuttavuudesta	25
12. Eettiset kysymykset.....	26
13. Johtopäätökset / Pohdinta.....	27
14. Jaoston suositus	29
LIITTEET	30

Tausta

Tähän muistioon on koottu taustatiedot ja perustelut terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suositukselle implanttikiinnitteisen kokoproteesin kuulumisesta julkisesti rahoitettuun palveluvalikoimaan alaleuan hampaattomuuden hoidossa potilailla, joilla ei ole saavutettu riittävää purentakykyä irtokokoproteesilla (yleensä ienharjanteen surkastumisen takia) tai joiden puhuminen tai muu sosiaalinen kanssakäyminen on vaikeutunut alaleuan kokoproteesin pysymättömyyden tai soveltumattomuuden takia.

Hampaattomuus on ongelma suurelle osalle erityisesti ikääntynyttä väestöä. Hampaattomuuden hoitaminen lisää toimintakykyä ja parantaa elämänlaatua. Yksi Juha Sipilän hallituksen kärkihankkeista on terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä eriarvoisuuden vähentäminen. Ravintotottumuksiin vaikuttaminen on yksi keino hankkeen tavoitteiden saavuttamisessa. Ravintotottumuksiin vaikuttaminen edellyttää monipuolisen ravinnon syömisen kannalta riittävääpurentakykyä.

Suun terveydenhuollon jaosto on yksi terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvostolle asioita valmistelevista jaostoista. Se kokoontui ensimmäisen kerran marraskuussa vuonna 2014. Jaoston puheenjohtaja on Taina Remes-Lyly, jäseninä ovat Risto-Pekka Happonen, Tuula Kock, Eeva Widström ja Tanja Ketola-Kinnula. Jaoston asiantuntijana toimii Anne Hiiri. Ensimmäisessä kokouksessaan jaosto pohti, miltä suun terveydenhuollon osa-alueilta tarvittaisiin palveluvalikoimaneuvoston suosituksia. Jaosto päätyi valmistelemaan suositusta hampaattomuuden proteettisesta hoidosta, sillä suomalaisten aikuisten suunhoidon suurimpina ongelmina pidetään kiinnityskudossairauksien riittämätöntä ehkäisyä ja hoitoa (parodontologia ongelmia), hampaiden puutoksia ja aukkoisia hammasrivistöjä¹. Nämä jäävät nykyisin pitkälti hoitamatta. Proteettista hoitoa annetaan terveyskeskuksissa kaikille ikäluokille vain vähän, mukaan lukien eläkeläiset², vaikka hoito sisältyy Yhtenäisiin hoidon

¹ Suominen L, Vehkalahti M, Knuutila M. Suunterveys. Raportissa: Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012 sivut: 102-7

² Widström E, Linden J, Tiira H, Seppälä TT, Ekqvist M. Treatment provided in the Public Dental Service in Finland in 2009. Community Dental Health 2015;32(1):60-4. doi:10.1922/CDH_3214Widström06 ja Terveys 2000 tutkimus

perusteisiin³. Proteettisen hoidon kustannukset jäävät suurelta osin potilaan maksettaviksi terveyskeskuksessa ja yksityisellä palveluntuottajalla. Hammashoitoa ei huomioida potilaan hoitokulujen kertymässä maksukattoa laskettaessa. Potilaalle koituvat kustannukset rajoittavat proteettisen hoidon käyttöä. Yksityishammaslääkäreiden palveluja käyttävät ne, joilla on keskimääräistä korkeammat tulot. Yli 90 % potilaista pystyy selviytymään julkisen suun terveydenhuollon maksuista, mutta vastaavan hoidon yksityisen sektorin maksuista vain alle puolet.⁴

Palveluvalikoimaneuvosto käsitteli jaoston aihe-ehdotusta protetiikasta kokouksessaan 29.1.2015 ja päätti, että aiheen valmistelua jatketaan työsuunnitelman mukaisesti (liite1). Jaosto pyysi aiheesta kirjallisuuskatsauksen⁵ ja lausunnon geriatrisesta näkökulmasta⁶.

Valmistelun edetessä aihe rajautui hampaattoman alaleuan tarkastelemiseen, koska yleensä kokoproteesien käyttäminen alaleuassa on ongelmallisempaa kuin yläleuassa. Ongelmien laajuudesta ei ole tarkkaa tietoa, mutta tutkimustietoon sekä kliinisen kokemukseen pohjautuvien arvioiden perusteella on esitetty, että noin 20 000:lla hampaattomalla henkilöllä on suuria ongelmia alaleuan kokoproteesin käytön ja pysyvyyden kanssa.

Ikääntyneiden henkilöiden suun terveydenhuollon toimintamalleja selvittäneessä STM:n raportissa todetaan, että ikääntyneiden riittävä purentakyky on turvattava ravitsemusongelmien välttämiseksi⁷. Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalveluista (19 §) todetaan, että iäkkäälle henkilölle tarjottavien sosiaali- ja terveystalveluiden on oltava laadukkaita ja niiden on turvattava hänelle hyvä hoito ja huolenpito.

³ Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. 2.korjattu painos. STM Selvityksiä 2010:31, URN:ISBN:978-952-00-3520-4. <http://stm.fi/julkaisu?pubid=10024/116682>

⁴ Widström and Seppälä, BMC Oral Health 2012, <http://www.biomedcentral.com/1472-6831/12/35>

⁵ Jaoston pyytämä kirjallisuuskatsaus: Implanttikiinnitteiset kokoproteesit hampaattoman suun hoidossa. Professori Timo Närhi, Turun yliopisto ja TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka; Dosentti Juhani Laine, TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka.2015

⁶ Strandberg T. Jaoston keväällä 2016 pyytämä lausunto: Hampaattomuuden proteettinen hoito – geriatrinen näkökulma. Helsingin yliopisto, Oulun yliopisto

⁷ Toimintamalleja muuttaen parempaan suun terveyteen ikääntyneillä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2015:6, s. 17.

Suun ja hampaiston sairaudet ovat yleisiä ikääntyneillä henkilöillä, mutta he hakeutuvat muuta väestöä harvemmin hammashoittoon. Vaikka hampaattomuus on vähentynyt viime vuosina⁸, se ei kuitenkaan näytä häviävän kokonaan vielä pitkään aikaan⁹. Kuitenkin väestön hampaattomuuden vähentäminen on mahdollista: esim. Ruotsissa 70-vuotiaista vielä vuonna 1983 noin 56 % oli hampaattomia mutta 20 vuotta myöhemmin enää 7 %¹⁰.

Suun terveyttä koko väestölle 2013 -raportin koonnut selvitysryhmä on pitänyt tärkeänä yhtenäisiä linjauksia ja priorisointia palvelujen oikeudenmukaisen kohdentumisen turvaamiseksi¹¹. Hampaattomuus ja hampaiden määrä ovat yleisesti käytettyjä aikuisten suun terveyttä, toimintakykyä ja hoidon tarvetta kuvaavia mittareita. Toiminnallisesti ja esteettisesti riittävää hampaiden määrää arvioitaessa pelkän määrän lisäksi on kiinnitettävä huomiota hampaiden sijaintiin. Riittävä purentakyky edellyttää, että hampailla on riittävästi vastapurijoita.

WHO:n 1980-luvun alussa asettaman tavoitteen mukaan 20 hammasta on vähimmäismäärä ilman proteettista hoitoa pärjäämiselle. Sitä on kuitenkin myöhemmin kuvattu pikemminkin välitavoitteeksi kuin lopulliseksi päämääräksi. Ruotsissa¹² ei enää puhuta hampaiden hyväksyttävästä vähimmäismäärästä, vaan proteettisen hoidon tarve arvioidaan yksilöllisesti. Tällöin huomioidaan myös hampaiden puuttumisen vaikutus puhumiseen ja sosiaaliseen kanssakäymiseen.

Lyhentyneen hammaskaaren Käypä hoito -suosituksen mukaan etuhampaat ja premolaarit (välihampaat) eli 10 vastakkain purevaa hammasparia näyttävät riittävän pureskeluun ja tasapainoiseen puretaan ja subjektiivisesti koettuun hyvään toimintaan. Suosituksessa todetaan myös, että ikä saattaa vaikuttaa potilaan käsitykseen riittävästä vastakkain purevien hammasparien määrästä.

⁸ Suominen L, Vehkalahti M, Knuutila M. Suunterveys. Raportissa: Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012, s. 102-7.

⁹ Suun terveyttä koko väestölle 2013. Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:39.

¹⁰ Tandförluster. En systematisk litteraturöversikt.10.8.2013. SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering. Swedish Council on Health Technology Assessment.

¹¹ Suun terveyttä koko väestölle 2013. Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämisehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:39.

¹² Tandförluster. En systematisk litteraturöversikt.10.8.2013. SBU - Statens beredning för medicinsk utvärdering. Swedish Council on Health Technology Assessment.

Ikääntyneiden käyttämät lääkkeet, hampaiden ja suun puhdistamiseen liittyvät ongelmat ja iän mukanaan tuomat muutokset suun kudoksissa vähentävät hampaiden vastustuskykyä hammassairauksille. Myös hampaattomat henkilöt tarvitsevat suun tarkastuksia. Tutkimukset ovat osoittaneet, että täysi hampaattomuus ja varsinkin hammasproteesin käyttöön liittyvä suutulehdus (proteesistomatiitti) on suuri suuri riski sydän- ja verisuonitaudeille¹³ samoin kuin hampaan kiinnityskudoksen tulehdus (parodontiitti)¹⁴.

Mikäli asianmukaista ja kohtuuhintaista proteettista hoitoa ei ole saatavissa kotimaassa, voidaan olettaa ulkomaille alemman kustannustason maihin hoitoon hakeutuvien määrän kasvavan. Hammashoito ja erityisesti proteettinen hoito ovat yleisimpiä syitä hakeutua hoitoon ulkomaille¹⁵. EU:n potilasdirektiivin ja rajat ylittävistä terveydenhuollosta annetun lain nojalla toisessa EU-maassa annetun hoidon kustannukset tulee korvata yhdenvertaisesti kotimaassa annetun hoidon kanssa. Tämän vuoksi on tärkeää, että suun terveydenhuollon palveluvalikoima on myös tältä osin riittävästi määritelty.

Ulkomailla annettavan hammashoidon komplikaatiot yleensä ilmenevät ja suurelta osin myös hoidetaan kotimaassa. Joidenkin arvioiden mukaan näiden tapausten määrä on lisääntynyt. Julkisessa terveydenhuollossa toteutetun komplikaatioiden hoidon kustannusvastuu on sama kuin muunkin hoidon: potilas maksaa asiakasmaksun ja lopusta vastaa kotikunta. Suomen potilasvahinkolaki ei koske ulkomailla annettua hoitoa. Vaikka EU:n potilasdirektiivi velvoittaa jäsenmaita ylläpitämään korvausjärjestelmiä, kynnys korvauksen hakemiseksi ja saamiseksi ulkomailta (ehkä pohjoismaiden potilasvahinkojärjestelmiä lukuun ottamatta) on korkea ja on epävarmaa, kattavatko korvaukset myös yhteiskunnan kustannusosuuden. Näiden syiden vuoksi mahdollisuuksia saada hoito kotimaasta tulee edistää, koska riskinä on, että komplikaatioiden hoidon vuoksi ulkomailla annettu hoito aiheuttaa joka tapauksessa lisäkustannuksia Suomen terveydenhuollolle.

¹³ Ajwani S., Mattila K.J., Närhi T. O., Tilvis R. S., Ainamo A. Oral health status, C-reactive protein and mortality – a 10 year follow-up study. Gerodontology. The Gerodontology Association 2003

¹⁴ Ketola-Kinnula T., Pussinen P., Seppänen R. SLL. 45/2015 vsk 70, s. 3015 - 3022.

¹⁵ Kela. Rajat ylittävän terveydenhuollon yhteispiste / tilastot - tarkennus tulossa



1. Käsitteet

Hammasprotetiikka

Hammasprotetiikalla tarkoitetaan luonnollisen hampaan tai sen osan puutoksen sekä muiden suun alueen kudospuutosten korvaamista suun ulkopuolella valmistettavalla rakenteella.

Hammasimplantti (keinojuuri)

Hammasimplantti on keinoaineesta valmistettu kirurgisessa leikkauksessa leukaluuhun asennettava hampaan juuren korvike, jonka varaan rakennetaan puuttuva hammas¹⁶.

Kokoproteesi (tavanomainen kokoproteesi)

Hampaattoman leuan irtoproteesi, joka tukeutuu hampaattomaan leuan luuharjannetta peittävään limakalvoon ja jonka potilas kykenee itse irrottamaan. Proteesia ei ole kiinnitetty leukaluuhun.

Implanttikiinnitteinen kokoproteesi

Kahden tai useamman implantin ja limakalvon tuen varaan valmistettu kokoproteesi, jonka potilas kykenee itse irrottamaan.

Osaproteesi

Osittain hampaattoman leuan proteesi, joka tukeutuu omiin hampaisiin ja leukaluuta peittävään limakalvoon ja jonka potilas kykenee itse irrottamaan.

Siltaproteesi

Omiin hampaisiin tukeutuva kiinteä proteesi, jota potilas ei pysty itse irrottamaan.

Implanttikiinnitteinen siltaproteesi

Usean implantin varaan valmistettu proteesi, jota potilas ei pysty itse irrottamaan.

¹⁶ Hammasimplantit Suomessa. THL. Tilastoraportti 22/2013

2. Suun terveydenhuollon keskeinen lainsäädäntö

Julkisen terveydenhuollon piiriin kuuluvaa suun terveydenhuoltoa koskee sama lainsäädäntö kuin muutakin terveydenhuoltoa: tärkeimpinä säännöksinä perustuslain 19 § ja terveydenhuoltolaki. Lähtökohta on, että suun terveydenhuolto on järjestämisen osalta yhdenvertainen muun terveydenhuollon kanssa. Terveydenhuoltolain 26 §:ssä säädetään erityisesti suun terveydenhuollosta:

Kunnan on järjestettävä asukkailleen suun terveydenhuollon palvelut. Hoidon jaksottaiselle toteutukselle on oltava hammaslääketieteelliset perusteet. Suun terveydenhuollon palveluihin sisältyvät:

- 1) väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta;
- 2) terveysneuvonta ja terveystarkastukset;
- 3) suun sairauksien tutkimus ja ehkäisy sekä hoito;
- 4) potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä potilaan hoito ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen.

Kunnan perusterveydenhuollon on suun terveydenhuoltoa järjestäessään toimittava yhteistyössä erikoissairaanhoidon, muun terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon henkilöstön kanssa.

3. Hammasprotetiikkaan liittyvät suositukset ja kirjallisuuskatsaukset

Alaleuan hampaattomuuden hoidosta implanttikiinnitteisellä kokoproteesilla löytyy kirjallisuudesta kohtalaisen vähän tietoa. Siksi jaosto pyysi kahta hammas- ja leukaprotetiikan asiantuntijaa, professori Timo Närheä ja dosentti Juhani Lainetta, kokoamaan kirjallisuudesta löytyvää tietoa suosituksen tausta-aineistoksi keväällä 2015¹⁷ sekä geriatrian professoria Timo Strandbergia kokoamaan proteettiseen hoitoon liittyviä geriatria näkökulmia keväällä 2016¹⁸.

¹⁷ Jaoston pyytämä kirjallisuuskatsaus: Implanttikiinnitteiset kokoproteesit hampaattoman suun hoidossa. Timo Närhi, Turun yliopisto ja TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka; Juhani Laine, TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka. 2015.

¹⁸ Strandberg T., jaoston keväällä 2016 pyytämä lausunto: Hampaattomuuden proteettinen hoito – geriatrien näkökulma. Helsingin yliopisto, Oulun yliopisto

Taulukkoon 1 on koottu kansalliset suositukset hampaattomuuden hoidosta. Taulukkoon 2 on koottu THL:n Ohtanen tietokannasta löytyneet systemaattiset katsaukset hampaattomuuden hoidosta.

Taulukko 1. Suomalaiset suositukset hampaattomuuden hoidosta.

Suosituksen antaja	Suosituksen nimi
Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ¹⁹	2010: Hammas- ja muiden kudospuutosten korvaaminen ja muu kiireetön proteettinen hoito perusterveydenhuollossa
	2010: Hammas- ja muiden kudospuutosten korvaaminen ja muu korjaava kiireetön proteettinen hoito erikoissairaanhoidossa
	2010: Hampaiden kiinnityskudossairauksien kiireetön hoito erikoissairaanhoidossa (myös hammasimplantit eli istutteen)
Käypä hoito ²⁰	2013: Lyhentyneen hammaskaaren hoito.
HALO	aiheeseen liittyen ei ole suosituksia

¹⁹ Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. 2.korjattu painos. STM Selvityksiä 2010:31, URN:ISBN:978-952-00-3520-4. <http://stm.fi/julkaisu?pubid=10024/116682>

²⁰ Käypä Hoito - suositus. Lyhentyneen hammaskaaren hoito. 31.01.2013. Luettavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50094>

Taulukko 2. THL:n Ohtanen-tietokannasta löytyneet systemaattiset katsaukset hampaattomuuden hoidosta

Maa	Katsauksen nimi ja julkaisija	Julkaisu- vuosi
Ruotsi	Tandförluster (Prosthetic Rehabilitation of Partially Dentate or Edentulous Patients) - SBU (Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering) 2010	2010
Kanada	Dental Implants and Conventional Prosthetics: Comparative Clinical Effectiveness and Safety - CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) 2012	2012
Kanada	Hammasimplanttien kliininen vaikuttavuus ja turvallisuus perinteisiin proteeseihin verrattuna (Dental implants and conventional prosthetics comparative clinical effectiveness and safety) - CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) 2012	2012
Saksa	Vastakkaisen hampaiston kunnan merkitys harkittaessa kiinteää tai irrotettavaa hammasproteesia (Relevance of the condition of the opposite dentition when fitting a fixed or removable denture) - IQWiG (Institute for Quality and Efficiency in Health Care) 2009.	2009

3.1. Suositukset Ruotsissa

Ruotsissa paikallinen sosiaalishallitus, Socialstyrelsen, on laatinut myös suun terveydenhuollolle hoitosuosituksia (Riktlinjer). Ne on laadittu päätösten tueksi hoitohenkilökunnalle ja suun terveydenhuollon järjestämisestä ja korvauksista vastaaville tahoille. Suositukset on laadittu terveysongelmittain ja arvioitu kuhunkin ongelmaan yleisimmin käytetyt hoidot. Suositukset sisältävät pisteytyksen asteikolla 1-10; pistemäärä 1 on vahvin suositus toimenpiteen tekemiseksi.

Esimerkki 1:

Terveysongelma: Alaleuan hampaattomuus, joka aiheuttaa toimintahäiriöitä

- toimenpide: Implanttikiinnitteinen siltaproteesi, pisteytys 2
- toimenpide: kokoproteesi, pisteytys 4
- toimenpide: Implanttikiinnitteinen kokoproteesi, pisteytys 3

Esimerkki 2:

Terveysongelma: Yläleuan hampaattomuus, joka aiheuttaa toimintahäiriöitä²¹

- a) toimenpide: Implanttikiinnitteinen siltaproteesi, pisteytys 2
- b) toimenpide: kokoproteesi, pisteytys 2
- c) toimenpide: Implanttikiinnitteinen kokoproteesi, pisteytys 2

Riktlinjer-suosituksissa kuhunkin terveysongelma-toimenpidepariin liittyen on kuvattu perustelut aiheenvalinnalle, sairauden vakavuus, arvioinnissa käytetyt tutkimukset, toimenpiteen vaikutukset, maininta puuttuvista tiedoista, toimenpiteen sivu- ja haittavaikutukset ja taloudelliset vaikutukset.

Suosituksia käytetään apuna, kun päätetään resurssien kohdentamisesta.

3.2. Suositukset Norjassa

Norjan Helsedirektoratet on antanut suosituksia suun terveydenhuollon hyvistä kliinisistä käytännöistä v. 2011. Suositukseen liittyen on määritelty, mitä hyväksyttävä suun terveys tarkoittaa. Norjassa katsotaan, että hyvään kliiniseen käytäntöön sisältyy myös puuttuvien hampaiden korvaaminen tietyissä tilanteissa. Hampaiden korvaamista arvioidaan yksilöllisesti potilaan näkemys huomioiden. Tärkeää on tyydyttävän purentakyvyn säilyminen, kyky puhua riittävän selkeästi, suun kivuttomuus ja sellaise hampaat, jotka eivät ole esteenä sosiaaliselle kanssakäymiselle.

Suosituksia on rakennettu niin, että yhdeksi yläkategoriaksi on määritetty ”yhden tai useamman hampaan puuttuminen”. Tämä jakaantuu useisiin alakategorioihin, joista yksi on ”kaikkien hampaiden puuttuminen”. Suosituksessa on sitten kuvattu kunkin alakategorian osalta eri toimenpidevaihtoehdot ja niitä koskevat suositukset.

Toimenpidevaihtoehdot ovat:

- implanttikiinnitteinen kokoproteesi
- irrotettava kokoproteesi
- implanttikiinnitteinen siltaproteesi

²¹ Nationella riktlinjer: Tillstånd: Total tandlöshet i underkäken som ger funktionsstörning. Tillstånd: Total tandlöshet i överkäken som ger funktionsstörning; Åtgärd: Implantatstöd bro. Åtgärd: Total plattprotes. Åtgärd: Implantatstöd täckprotes. Suositukset julkaistu v. 2015. Luettavissa: <http://www.socialstyrelsen.se/tandvardsriktlinjer/sokiriktlinjerna/totaltandlosyetiunderkakensomg2>

Lisäksi yksi vaihtoehto on, että toimenpiteitä ei tehdä.

Norjan suosituksissa kokoproteesia pidetään ensisijaisena vaihtoehtona sekä ala- että yläleuan hampaattomuuden hoitamisessa silloin, kun potilaan hammasharjannetta on jäljellä riittävästi proteesin paikoillaan pysymiseksi. Implanttikiinnitteinen kokoproteesi on ensisijainen vaihtoehto alaleukaan silloin, kun ienharjanne on surkastunut.

4. Kysymyksenasettelu: Terveysongelma-interventio -parin muotoilu

Palveluvalikoimaneuvoston suositukset vastaavat kysymykseen, kuuluuko tietyn terveystongelman hoito/tutkimus/ennaltaehkäisy/kuntoutus tietyllä menetelmällä (interventiolla²²) palveluvalikoimaan vai ei. Suositukset joko sisällyttävät terveystongelma-interventio-parin palveluvalikoimaan tai rajaavat sen palveluvalikoiman ulkopuolelle.

Parit muodostetaan niin, että määritellään terveystongelma ja siihen kohdistetut sellaiset terveydenhuollon interventiot, joita halutaan tarkastella. Suun terveydenhuollon jaosto määritteli terveystongelman ja sen hoitamiseen esitetyt interventiot ja niiden lisäksi vertailuhoidon ja hoidolla tavoiteltavat tulokset (terveyshyödyn) eli ns. PICO-kysymyksenasettelun seuraavasti:

Terveystongelma (P): Kaikkien hampaiden puuttuminen alaleuasta, mihin liittyy syömisestä, puhumisen tai sosiaalisen kanssakäymisen vaikeutuminen alaleuan kokoproteesin pysymättömyyden tai soveltumattomuuden takia

Interventio (I): Puuttuvien hampaiden korvaaminen implanttikiinnitteisellä kokoproteesilla

Vaihtoehtoinen tapa hoitaa (C): Irtokokoproteesi

Mitä hoidolla tavoitellaan (O): Riittävän ravitsemustason turvaavaa purentaelimistön toimintaa, selvää puhetta ja hyväksyttävää ulkonäköä.

²² Interventiota ja toimenpidettä käytetään tässä yhteydessä synonyymeinä tarkoittamaan ennaltaehkäiseviä toimintoja, tai tutkimuksia, hoitoja ja kuntoutustoimia, joita terveydenhuollossa tehdään potilaan terveystongelman ratkaisemiseksi.

5. Hampaattomuuden ja hammasproteesien käytön yleisyys

5.1. Hampaattomuus

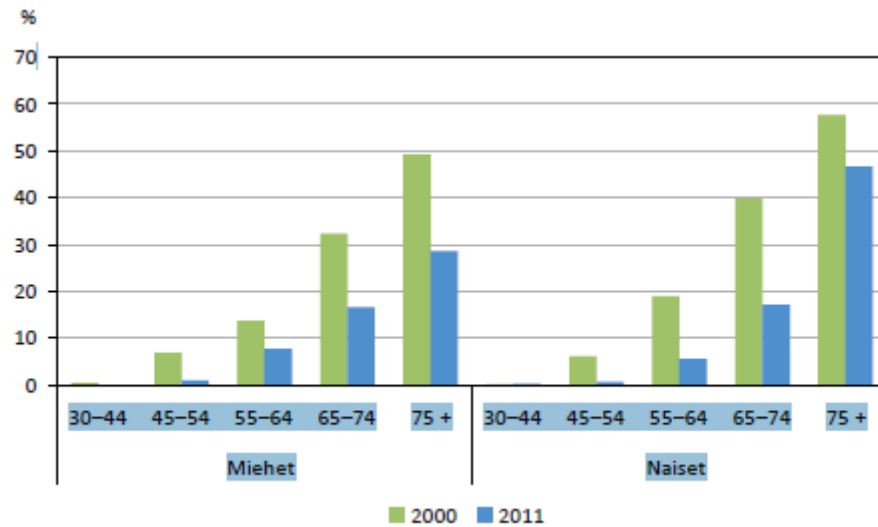
Suomessa hampaattomuus on yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa ²³.

Terveys 2011-tutkimuksen mukaan Helsingin seudulla ja Pohjois-Suomessa aikuisilla oli keskimäärin 22,7 hammasta ²⁴. Naisten ja miesten välillä ei ollut suurta eroa hampaiden määrässä. Vain vanhimpien, 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä, miehillä oli naisia enemmän hampaita. Sen sijaan ikäryhmien väliset erot olivat hyvin suuret. Alle 55-vuotiaista hampaattomia oli alle yksi prosentti, 55 – 64-vuotiaista 7%, 65 – 74 vuotiaista 17% ja 75 vuotta täyttäneistä miehistä 29% ja naisista lähes puolet. Hampaattomuus oli yleisempää vähän koulutusta saaneilla kuin korkeamman koulutuksen saaneilla. Vajaalla puolella tutkimukseen osallistuneista 65 vuotta täyttäneistä hampaisto täytti Maailman Terveysjärjestön (WHO) asettaman toimivan hampaiston tavoitteen, 20 hammasta. Naisten (46 %) ja miesten (48 %) välillä ei ollut merkittävää eroa.

Hampaattomuus on vähentynyt huomattavasti kaikissa ikäryhmissä sekä miehillä että naisilla vuodesta 2000 vuoteen 2011 (kuva 1). Tutkimukset eivät kuitenkaan ole täysin vertailukelpoiset, koska ensimmäinen kattoi koko maan ja jälkimmäinen vain Pohjois- ja Etelä-Suomen.

²³ Widström E., Agustsdottir H., Byrkjeflot LI., Pälvärinne R., Bøge Christensen L. Systems for provision of oral health care in the Nordic countries. *Tandlaegebladet* 2015; 119(9):702-711.

²⁴ Suominen L, Vehkalahti M, Knuutila M. Suunterveys. Raportissa: Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012 sivut: 102-7.



Kuva 1. Hampaattomuuden yleisyys (%) vuosina 2000 ja 2011 ²⁵

Hampaattomien 45-79 -vuotiaiden kokonaismääräksi Suomessa voidaan arvioida noin 200 00 henkilöä, kun lasketaan Terveys ja hyvinvointi Suomessa 2011-tutkimuksessa ²⁶ esitetyillä ikäryhmittäisillä hampaattomien osuuksilla hampaattomien määrät kustakin ikäryhmästä vuoden 2015 väestömäärän mukaan ²⁷.

5.2. Alaleuan irrotettavien kokoproteesien määrä

Kiinteiden proteesien (esim. siltaproteesi tai hammaskruunu) ja implanttikiinnitteisten proteesien määrästä Suomessa on niukasti tutkimustietoa. Yhden ²⁸ Suomessa tehdyn paikallisen tutkimuksen mukaan yli 30-vuotiaista 11 %:lla oli vähintään yksi hammaskruunu ja n. 4 %:lla oli siltaproteesi. 2000-luvun taitteessa tehtyyn tutkimukseen osallistuneista yli 75-vuotiaista 18% :lla oli kiinteä alaleuan proteesi. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa -raportin ²⁹ mukaan irrotettavia hammasproteeseja oli vuonna 2000 selvästi vähemmän kuin 11 vuotta aikaisemmin. Kokoproteeseja käyttävien määrä vuonna 2011

^{25, 26} Suominen L., Vehkalahti M., Knuutila M.. Suunterveys. Raportissa: Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012 s. 102-7.

²⁷ Tilastokeskus. Suomi lukuina. Väestö. http://tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html

²⁸ Haikola, B. Ikääntyvän suomalaisväestön suun terveydentila. Hampaattomuus, kiinteät proteesit, radiologiset hammasperäiset tulehdusmuutokset ja näihin liittyvät tekijät. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hammaslääketieteen laitos, Suu- ja leukakirurgia, Acta Univ. Oul. D 1264, 2014, s. 27.

²⁹ Suominen L., Vehkalahti M., Knuutila M.. Suunterveys. Raportissa: Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012 s. 102-7.

oli 8–9 prosenttia, kun se vuonna 2000 oli ollut 15–17 prosenttia. Osaproteesia käyttäviä naisia oli 12 ja miehiä 14 prosenttia, kun vuonna 2000 heitä oli 19 ja 20 prosenttia. Osaproteesien yleisyys kasvoi 65 vuotta täyttäneillä miehillä hieman ja oli 31 prosenttia kaikista ikäluokan miehistä vuonna 2011, kun vuoden 2000 luku oli 28 prosenttia. Yli 65-vuotiailla naisilla luvut pysyivät lähes ennallaan (27 % vuonna 2011 ja 26 % vuonna 2000). Sekä ylä- että alaleuan kokoproteesi vuonna 2000 oli 45-55-vuotiaista 6%:lla, 65-74-vuotiaista 33 %:lla ja 75+ -vuotiaista 49%:lla³⁰.

Sosiaaliluokkien väliset erot proteettisten hoitopalveluiden käytössä ovat suuret. Koulutetuilla ja hyvätuloisilla on paljon kiinteää protetiikkaa. Vähemmän koulutetuilta puuttuu enemmän hampaita ja puutokset on usein korvattu irtoprotetiikkalla tai niitä ei ole korvattu lainkaan. Suomalaisten aikuisten suun terveys on kehittynyt myönteisesti kaikissa väestöryhmissä, mutta sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot eivät ole 20 vuodessa kaventuneet.

Irrotettavien kokoproteesien määrästä Suomessa asuvilla ei ole saatavilla tilastoitua tietoa. Em. tutkimuksissa annettuja suhteellisia osuuksia hyödyntämällä voidaan määrää yrittää arvioida. Useimmilla alle 80-vuotiailla hampaattomilla henkilöillä on jonkinlainen proteesi. Erikoishammasteknikkoliitto on arvioinut, että vuosittain tehdään 50 000 – 80 000 uutta kokoproteesia sisältäen proteesien uusimiset³¹. Haikolan³² tutkimuksen mukaan kaikista yli 75-vuotiaista 18% :lla oli kiinteä alaleuan proteesi, jolloin 75-79-vuotiaasta väestöstä n. 35 500:lla oli jo kiinteä proteesi, mikä vähentää vastaavasti irrotettavan kokoproteesin haltijoiden määrää. Edellisen perusteella hampaattomia 45-79 -vuotiaita voidaan arvioida olevan korkeintaan 178 000 henkilöä, kun vähennetään kaikista hampaattomista 45-79-vuotiaista (213 000 hnk) ne yli 75-vuotiaat, joilla on kiinteä alaleuan proteesi (35 000 henkilöä. Vaikka myös 45-74-vuotiailla myös on kiinteitä proteeseja, ei näiden määrästä ole tietoa saatavilla. Irrotettavien kokoproteesien määrä tulee vähenemään hampaattomuuden vähentyessä ja kiinteiden proteesien määrän lisääntyessä.

³⁰ Suominen-Taipale, L., Nordblad, A., Vehkalahti, M., Aromaa, A. toim. TERVEYS 2000 – Suomalaisten aikuisten suunterveys. KTL B 25 Helsinki: Hakapaino Oy: 2008

³¹ Eeva Widströmiltä saatu tiedoksianto

³² Haikola, B. Ikääntyvän suomalaisväestön suun terveydentila. Hampaattomuus, kiinteät proteesit, radiologiset hammasperäiset tulehdusmuutokset ja näihin liittyvät tekijät. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hammaslääketieteen laitos, Suu- ja leukakirurgia, Acta Univ. Oul. D 1264, 2014, s. 27.

Kuinka moni hyötyisi implanttikiinnitteisestä alaleuan kokoproteesista?

Kansainvälisen tutkimuksen mukaan yli puolet alaleuan irrotettavista kokoproteeseista pysyi huonosti paikallaan³³. On arvioitu, että vähintään 50 000:lla hampaattomalla suomalaisella on suuria ongelmia alaleuan kokoproteesin käytön ja pysyvyyden kanssa³⁴. Tyytyväisyydestä proteesien käyttöön on jonkin verran tietoa. Potilaiden tyytyväisyys proteeseihin oli vahvassa yhteydessä potilaiden kokemaan elämänlaadun suun terveyden osalta. Vanhemmat potilaat olivat tyytyväisempiä alaleuan irrotettavaan kokoproteeseihin kuin nuoremmat³⁵. Suuri osa, 65 -75 % potilaista, oli kohtalaisen tyytyväisiä proteeseihinsa.³⁶

Juhani Laineen ja Timo Närhen asiantuntija-arvio³⁷ on, että 10-15 %, eli 18 000-27 000 henkilöä, irrotettavien proteesien käyttäjistä soveltuisi implanttikiinnitteisten proteesien käyttäjiksi. Toisaalta voidaan olettaa, että monet sellaisista yli 75 -vuotiaista hampaattomista henkilöistä, joille olisi perusteltua asentaa implanttikiinnitteinen proteesi tuskin enää sitä haluaisivat, jolloin tarvitsijoita on useita tuhansia vähemmän.

Osalle potilaista hoitoja ei voi / ei kannata toteuttaa huomioiden heidän terveydentilansa ja muut implanttihoitoon liittyvät kontraindikaatiot (vasta-aiheet).

Lisäksi on huomioitava, että osalla näistä potilaista on jo valmiina sellainen proteesi, jota on mahdollista hyödyntää implanttihoidossa. Tällöin kokonaiskustannukset jäävät pienemmiksi kuin siinä tapauksessa, että valmistetaan kokonaan uusi proteesi.

Alaleuan hampaattomuuden proteettisen hoidon tarve tulee aikaa myöten vähenemään. Kun nykyisin paljolti hoitamaton hampaattomuutta aletaan hoitaa, joudutaan ensin vastaamaan pitkän ajan kuluessa

³³ Suominen-Taipale, L., Nordblad, A., Vehkalahti, M., Aromaa, A. toim. TERVEYS 2000 – Suomalaisen aikuisten suun terveys. KTL B 25 Helsinki: Hakapaino Oy: 2008 s. 115.

³⁴ EHL Pauli Varpavaaran luento ”Mini-implantit” TKHLY:n kesäluentopäivillä 13.6.2012.

³⁵ Kuoppala R., Implanttikiinnitteinen peittoproteesihoidon hampaattoman leuan hoidossa. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta; Medical Research Center Oulu; Oulun yliopistollinen sairaala Acta Univ. Oul. D 1341, 2016.

³⁶ Haikola, B. Ikääntyvän suomalaisväestön suun terveydentila. Hampaattomuus, kiinteät proteesit, radiologiset hammasperäiset tulehdusmuutokset ja niihin liittyvät tekijät. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hammaslääketieteen laitos, Suu- ja leukakirurgia, Acta Univ. Oul. D 1264, 2014, s. 27.

³⁷ Timo Närhen ja Juhani Laineen suullinen tiedoksianto 4/ 2016

kertyneeseen tarpeeseen. Kun tämä patoutunut kertymä saadaan purettua, päästään tasapainotilanteeseen, jonka jälkeen potilaskunta koostuisi vain uusista hampaattomista, joiden määrä siis tuolloin olisi jo vähenemässä. Kustannukset siis kasvaisivat aluksi, kun tarvepatoumaa purettaisiin, mutta vähenisivät myöhemmin.

Vain osa irrotettavien kokoproteesien käyttäjistä n. 18 000-27 000 henkilöä on sellaisia, jotka oikeasti ja tiukoin kriteerein arvioiden tarvitsevat alaleuan proteesille implanttien tukea ienharjanteen surkastumisen takia.

6. Hoitokäytännöt Suomessa

Hampaattomia potilaita voidaan hoitaa irrotettavilla kokoproteeseilla tai hammasimplantteihin (=keinojuuriin) kiinnitettävillä kiinteillä rakenteilla. Kokoproteesit ovat olleet tavanomaisin hoitokäytäntö hampaattoman leuan hoidossa Suomessa jo vuosikymmenien ajan.

Implanttikiinnitteisten kokoproteesien käytöstä on kokemusta viimeisten 20 vuoden ajalta eri maista ja niiden on katsottu useissa kansainvälisissä konsensuslausunnoissa ja systemaattisissa katsausartikkeleissa olevan hampaattomuuden ensisijainen hoitomuoto³⁸. Yksinkertaisin ratkaisu on kahden alaleukaan asetettavan keinojuuren varaan tukeutuva kokoproteesi.

Potilaat hakeutuvat proteettisiin hoitoihin myös ulkomaille mm. vapaan liikkuvuuden mahdollistavan EU-potilasdirektiivin perusteella. Hammasimplanttien varaan rakennettujen proteettisten hoitojen hakeminen ulkomailta on suun terveydenhuollon jaoston jäsenten käsityksen mukaan yleistynyt, vaikka Kelan tilastoista sitä ei pystytä seuraamaan. Kelasta voi hakea korvauksia rajat ylittävän terveydenhuollon korvausperusteiden mukaisesti, mutta korvausten kansainvälisistä tilastoista ei ole eroteltavissa toimenpidekohtaisia tietoja, jolloin ei pystytä sanomaan kuinka paljon korvauksia on maksettu proteettisesta hoidosta³⁹.

³⁸ Thomason et al., 2009; Thomason et al., 2012 / Jaoston pyytämä kirjallisuuskatsaus: Implanttikiinnitteiset kokoproteesit hampaattoman suun hoidossa. Professori Timo Närhi, Turun yliopisto ja TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka; Dosentti Juhani Laine, TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka.2015

³⁹ Kela. Kelan aktuaari- ja tilasto-osasto, Timo Partio. Henkilökohtainen tiedonanto.

Kun suun olosuhteissa on hampaattomuuden vuoksi tapahtunut sellaisia muutoksia, että tavanomainen kokoproteesi ei pysy paikoillaan, voidaan hoitona käyttää implanttikiinnitteistä kokoproteesia. Potilaan mahdollisuus (kyky) hyötyä tästä hoidosta arvioidaan yksilöllisesti. Hoidon antamisen edellytyksenä on, että potilas kykenee itse tai avustettuna huolehtimaan suuhygieniastaan. Hoidon antamisen esteenä voi olla muitakin yksilöllisiä tekijöitä. Tiedetään esim., että runsas tupakointi heikentää implanttihoidon tuloksia.

Kun suunnitellaan implanttihoitoa on huomioitava potilaan yleinen terveydentila, potilaan odotukset, riskitekijät ml. purennan voimakkuus, potilaan leukaluun määrä ja laatu, pehmytkudoksen laatu, odotettavissa oleva suuhygienian taso, vastakkaisten hampaiden kunto ja hoidon kustannukset.⁴⁰

Tavanomaisen kokoproteesin hankkimiseen liittyvä hoito- ja valmistusprosessi on kuvattu liitteessä 2. Implanttikiinnitteisen kokoproteesin tekemiseen liittyy edellisten lisäksi implanttien asentamiseksi tehtävä kirurgia.

Osalla potilaista on jo käytössä irrotettava kokoproteesi, jota on mahdollista hyödyntää implanttihoidossa.

Tavanomaisia kokoproteeseja voivat tehdä ja asettaa potilaalle myös erikoishammasteknikot, jotka saavat itsenäisesti valmistaa kokoproteeseja terveeseen suuhun. Erikoishammasteknikot tekevät vuosittain noin erilaista 80 000 proteesia.

7. Hammasproteettisen hoidon toteutuminen ja palveluiden saatavuus

Hammasproteettisen hoidon saatavuus vaihtelee eri kunnissa ja terveyskeskuksissa. Jaoston tekemän selvityksen mukaan proteettisten hoitojen tarjoaminen julkisessa suun terveydenhuollossa eri kunnissa vaihtelee. Hiljattain tehdyn, koko maan kattavan, rekisteritutkimuksen mukaan hammasproteettisten toimenpiteiden osuus oli vain 0,5 % kaikista terveyskeskuksissa tehdyistä suun terveydenhuollon

⁴⁰ Kuoppala R., Implanttikiinnitteinen peittoproteesihoido hampaattoman leuan hoidossa. (British Society for the Study of Prosthetic Dentistry, 2009, Feine et al. 2002 and Thomason et al. 2009).Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta; Medical Research Center Oulu; Oulun yliopistollinen sairaala Acta Univ. Oul. D 1341, 2016.

toimenpiteistä⁴¹. Toisen vielä julkaisemattoman viittä terveystieteiden tutkimuskeskusta koskevan tutkimuksen mukaan proteettisiin hoitoihin käytettiin vuosina 2001-2013 työajasta 1,4-2,5 % vuodessa⁴². Myös Espoon terveystieteiden tutkimuskeskuksessa tehty tutkimus osoitti, ettei kiinteää protetiikkaa juurikaan tehty. Myös muuta proteettista hoitoa oli vähän ja se oli paljolti vanhojen proteesien korjausta⁴³. Näiden tutkimusten perusteella proteettisia hoitoja on terveystieteiden tutkimuskeskuksissa tehty hyvin vähän.

Julkisen sektorin implanttihoidot tehdään pääosin erikoissairaanhoidossa. Yksityissektorilla tehtiin 90 % kaikista implanttileikkauksista vuonna 2012⁴⁴.

Jaosto lähetti kuntien ylihammaslääkäreille kyselyn proteettisista toimenpiteistä. Kyselyyn vastasi 94 ylihammaslääkärää. Kyselyn tulokset vahvistavat käsitystä, että proteettisia toimenpiteitä tehdään suhteellisen vähän. Implanttikiinnitteisiä alakokoproteeseja tehtiin vain 13 terveystieteiden tutkimuskeskuksessa (13/94). Lisäksi vastausten perusteella proteettisia hoitoja toteutetaan hyvin vaihtelevasti.

8. Terveysongelman vakavuus

Hampaattomuus vaikuttaa ihmisen ravitsemukseen. Heikko ravitsemustila altistaa monille sairauksille ja yleiskunnon heikkenemiselle, mikä korostuu ihmisen ikääntyessä.⁴⁵

Epidemiologisissa ja kliinisissä tutkimuksissa on voitu osoittaa suun infektioiden yhteys moniin kroonisiin sairauksiin. Suomalaisella aikuisella krooninen suun infektio on hyvin yleinen. Suun infektioiden hoito on tärkeä potilaan yleisterveyden kannalta, koska krooniset tulehdukset voivat olla syynä useiden sairauksien syntymiseen tai vaikeutumiseen.⁴⁶

Varsinkin alaleuan hampaattomuus johtaa vuosien mittaan hammasharjanteen surkastumiseen. Vuonna 2014 julkaistun tutkimuksen

⁴¹ Widström E, Linden J, Tiira H, Seppälä TT, Ekqvist M. Treatment provided in the Public Dental Service in Finland in 2009. *Community Dental Health* 2015;32(1):60-4. doi:10.1922/CDH_3214Widström06

⁴² Linden J, Widström E, julkaisematon aineisto. henkilökohtainen tiedonanto. doi:10.1922/CDH_3214Widström06

⁴³ Nihtilä AM. Heavy Use of Oral Health Services. Thesis. University of Helsinki, Faculty of Medicine. Helsinki. Unigrafia Oy, 2014.

⁴⁴ Hammasimplantit Suomessa. THL. Tilastoraportti 22/2013.

^{45, 46} Ketola-Kinnula T., Pussinen P., Seppänen R.. SLL. 45/2015 vsk 70, s. 3015 - 3022.

mukaan naisilla oli useammin vakavaa hammasharjanteen madaltumista kuin miehillä. Tässä tutkimuksessa molemmilla sukupuolilla tyytymättömyys proteeseihin liittyi huonoon purentatasapainoon. Yli kolmella neljäsosalla tutkimuksessa mukana olleista oli vakava suun tulehdusriski. Alaleuan luun muoto muuttui hampaiden menetyksen seurauksena. Kiinteiden proteesien määrä oli vähäinen ja ikääntyvillä suomalaisilla oli röntgenkuvissa runsaasti hammasperäisiin tulehduksiin viittaavia löydöksiä.⁴⁷

Geriatrisesta näkökulmasta ikäihmisten hampaattomuuteen voi liittyä monenlaisia ongelmia, vaikka on muistettava, että vanhukset ovat hyvin yksilöllisiä ja heidän toimintakykynsä kirjo on suuri. Ongelmat voivat olla samoja kuin nuoremmillakin: elämänlaadun ja ravitsemuksen huonontuminen tai omann ulkonäköön liittyvät ongelmat. Näistä merkittävin terveysongelma iäkkäillä on ravitsemuksen huonontuminen siitä aiheutuvine seurauksineen. Etenkin riittävä proteiinin ja kuitujen saanti ja siihen liittyen kivennäisaineiden ja vitamiinien saanti vaarantuvat. Hampaiden lukumäärällä ja kunnolla on selvä yhteys kykyyn syödä monipuolisesti. Hampaattomuuteen liittyvä ruuan pureskelufunktion huononeminen vähentää syljeneritystä ja altistaa näin suun kuivumiselle ja limakalvovaurioille, jotka jo muutenkin eri syistä ovat vanhuksilla tavallinen ongelma. Huono pureskelu altistaa ja pahentaa myös nielemisongelmia (dysfagia-oireyhtymä).⁴⁸

9. Implanttikiinnitteinen kokoproteesi verrattuna tavanomaiseen kokoproteesiin

Jaosto pyysi professori Timo Närheä ja dosentti Juhani Lainetta laatimaan kirjallisuuskatsauksen ”Implanttikiinnitteiset kokoproteesit hampaattoman suun hoidossa”⁴⁹. Katsauksessa verrattiin implanttikiinnitteisiä kokoproteeseja tavanomaisiin kokoproteeseihin kolmesta näkökulmasta: elämänlaatu, purentakyky ja ravitsemus. Lisäksi tarkasteltiin hoidon kustannuksia. (liite 5. Kirjallisuuskatsaus)

⁴⁷ Haikola, B., Ikääntyvän suomalaisväestön suun terveydentila. Hampaattomuus, kiinteät proteesit, radiologiset hammasperäiset tulehdusmuutokset ja näihin liittyvät tekijät. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hammaslääketieteen laitos, Suu- ja leukakirurgia, Acta Univ. Oul. D 1264, 2014

⁴⁸ Jaoston keväällä 2016 pyytämä lausunto: Strandberg T. Hampaattomuuden proteettinen hoito – geriatrinen näkökulma.. ks. liite 6.

⁴⁹ Jaoston pyytämä kirjallisuuskatsaus: Implanttikiinnitteiset kokoproteesit hampaattoman suun hoidossa. Timo Närhi, Turun yliopisto ja TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka; Juhani Laine, TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka. 2015

Implanttikiinnitteisten kokoproteesien käyttäjät olivat hoitotulokseen tyytyväisempiä tavanomaisten kokoproteesien käyttäjiin verrattuna. Suun terveyteen liittyvää elämänlaatua mittaavia kriteerejä käytettäessä implanttikiinnitteisten kokoproteesien käyttäjät kokivat elämänlaatussa merkittävästi paremmaksi kuin tavanomaisten kokoproteesien käyttäjät.⁵⁰

Potilaan purentakykyä on arvioitu erilaisten testikappaleiden avulla tai ruoka-aineiden kuten pähkinöiden tai porkkanan hienontamisen onnistumista tutkimalla. Implanttikiinnitteiset kokoproteesit parantavat merkittävästi potilaan purentakykyä tavanomaisiin kokoproteeseihin verrattuna⁵¹.

Henkilöt, joilla on irrotettava kokoproteesi, syövät vähemmän pureskelua vaativia vihanneksia ja muita kuitupitoisia ravintoaineita sekä suosivat kolesteroli- ja hiilihydraattipitoista ruokavaliota verrattuna niihin, joilla on vähintään 25 omaa hammasta jäljellä. Proteiinien, raudan, kalsiumin ja C-vitamiinin saannin on myös todettu olevan kokoproteesien käyttäjillä hampaallisia henkilöitä alhaisempi. Implanttikiinnitteisten proteesien vaikutusta ravintoon on tutkittu verrattain vähän. Alustavien tutkimusten mukaan näyttää siltä, että implanttikiinnitteisten kokoproteesien käyttö parantaa tärkeiden ravintoaineiden, kuten seerumin beeta-karoteenin, folaatin ja C-vitamiinin määriä. Satunnaistetun kontrolloidun tutkimuksen mukaan tavanomaisten kokoproteesien korvaaminen implanttikiinnitteisillä kokoproteeseilla paransi tutkittavien seerumin albumiini, hemoglobiini ja B12-vitamiinin pitoisuutta.⁵²

Implanttikiinnitteisten kokoproteesien kustannukset potilaalle ovat miltei kaksinkertaiset tavanomaisiin kokoproteeseihin verrattuna. Suuret kustannukset johtuvat lähinnä leukaluuhun asennettavien implanttien leikkauskustannuksista ja käytettyjen implanttimateriaalien kuluista. Proteettista hoitoa tekevän hammaslääkärin ja teknikon työ ei paljoakaan poikkea tavanomaisten kokoproteesien valmistukseen vaadittavista työvaiheista. Hoidon kustannusvaikutuksista on kirjallisuudessa varsin

⁵⁰ Jaoston pyytämä kirjallisuuskatsaus: Implanttikiinnitteiset kokoproteesit hampaattoman suun hoidossa. Timo Närhi, Turun yliopisto ja TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka; Juhani Laine, TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka. 2015

⁵¹ Geertman et al., 1994; Garrett et al., 1998

⁵² Jaoston pyytämä kirjallisuuskatsaus: Implanttikiinnitteiset kokoproteesit hampaattoman suun hoidossa. Timo Närhi, Turun yliopisto ja TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka; Juhani Laine, TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka. 2015

vähän tietoa. Yleinen käsitys on, että implanttikiinnitteiset kokoproteesit vaativat tavanomaisia kokoproteeseja enemmän jälkihoitoja tulevien vuosien aikana. Toisaalta myös pitkälle surkastuneen alaleukaluun aiheuttamat proteesiongelmät saattavat johtaa toistuviin proteesin korjauksiin ja elämänlaadun heikkenemiseen. Kymmenen vuoden seurannassa implanttikiinnitteisen proteesin todettiin aiheuttavan selvästi enemmän alkukustannuksia, mutta myös parantavan elämänlaatua (QALY, Quality Adjusted Life Years) verrattuna tavanomaiseen kokoproteesiin.⁵³

Alaleuan hampaattomuuden hoitoon kahdella implantilla kiinnitettyä kokoproteesia pidetään ensisijaisena hoitovaihtoehtona verrattuna tavanomaiseen kokoproteesiin⁵⁴.

10. Hoidon turvallisuus

Yleisin kliinisessä tutkimuksessa todettu implanttikiinnitteisen proteesin komplikaatio oli kiinnitysmekanismien löystyminen. Pienet proteesirakenteiden rikkoutumiset tai lievät limakalvon tulehdusreaktiot implanttien ympärillä eivät kuitenkaan haitanneet proteesin toimintaa ja päivittäistä käyttöä. On todettu, että implanttikiinnitteiset proteesit kestävät hyvin. Potilaille on yleensä vahva motivaatio huolehtia proteeseihin liittyvästä suuhygieniasta ja käyttäjien on huomattu yleensä pärjäävän hyvin proteesiensa kanssa.⁵⁵

Viimeaikaisissa kliinisissä seurantatutkimuksissa on kiinnitetty huomiota hammasimplanttien ympärillä esiintyvän limakalvon ja luukudoksen tulehduksen yleisyyteen (peri-implantiitti). Tutkimuksen tulokset antavat aiheen kiinnittää erityistä huomiota implanttihoitojen potilasvalintaan, mutta eivät ole este hoitojen toteuttamiselle nyt käsiteltävässä potilasryhmässä.⁵⁶

⁵³ Jaoston pyytämä kirjallisuuskatsaus: Implanttikiinnitteiset kokoproteesit hampaattoman suun hoidossa. Timo Närhi, Turun yliopisto ja TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka; Juhani Laine, TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka. 2015

^{54, 55} Kuoppala R., Implanttikiinnitteinen peittoproteesihoido hampaattoman leuan hoidossa. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta; Medical Research Center Oulu; Oulun yliopistollinen sairaala Acta Univ. Oul. D 1341, 2016.

⁵⁶ Derks J, Håkansson J, Wennström JL, Tomasi C, Larsson M, Berglundh T. Effectiveness of implant therapy analyzed in a Swedish population: early and late implant loss. J Dent Res. 2016; 95: 44–51. Giannobile WV, Lang NP. Are Dental Implants a Panacea or Should We Better Strive to Save Teeth? J Dent Res. 2016; 95(1): 5–6)

Ikäihmisten irrotettaviin kokoproteeseihin liittyvät ongelmat ovat samantyyppisiä kuin nuoremmillakin ihmisillä. Näistä tärkeimpiä ovat proteesien huono pysyvyys ja purentaongelmat. Näiden riskit yleistyvät ja korostuvat vanhemmilla. Suun ja proteesien hyvä hoito on oleellista infektoriskien välttämiseksi ja proteeseista saatavan hyödyn optimoimiseksi. Jos ihminen ei pysty huolehtimaan niistä itse muistiongelmien, näköongelmien tai käsien huonon motoriikan takia, on jonkun muun, esim. kotisairaanhoidon tai hoivakodin henkilöstön tehtävä se.

Implanttikirurgiaa ei aina voi tai kannata tehdä, esimerkiksi potilaan somattisten tai psyykkisten perussairauksien vuoksi. Jokaisen potilaan kohdalla tehdään aina lääketieteellinen arvio soveltuvista hoitomenetelmistä ja hoito toteutetaan, kun se on potilaan sairaudet, lääkitys ja toimintakyky huomioiden mahdollista ja järkevää tehdä.

11. Taloudelliset vaikutukset

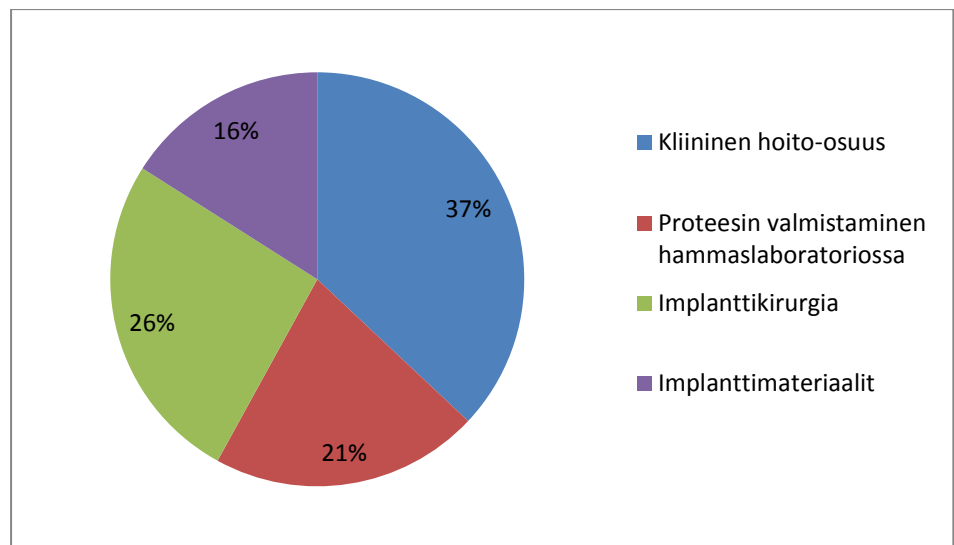
Proteettisen hoidon kustannuksia tulee tarkastella kokonaiskustannuksina, joista potilaan maksettavaksi jäävä osuus riippuu siitä annetaanko hoito terveyskeskuksessa, erikoissairaanhoidossa vai yksityisessä terveydenhuollossa. Julkisen terveydenhuollon rahoittajien (tällä hetkellä kunnat) osuus on kokonaiskustannuksista se osuus, mikä ei ole asiakkaan maksamaa. Yksityisellä puolella tuotettu proteettinen hoito jää lähes kokonaan asiakkaan (tai vakuutusyhtiön) maksettavaksi. Vain implanttien asentamiseksi tehtyyn kirurgiaan voi saada sairausvakuutuskorvausta. Vähävaraisten asiakkaiden kohdalla kustannukset saattavat puolestaan jäädä kokonaan julkisen toimijan (tässä tapauksessa valtio ja kunnat) rahoitettavaksi, mikäli asiakkaalla on oikeus toimeentulotukilain mukaiseen tukeen kyseisten kustannusten osalta⁵⁷.

11.1. Kokonaiskustannukset

Proteettisen hoidon kustannukset koostuvat neljästä eri osasta (kuva 2): hammaslääkärikäynneistä (kuvassa ”kliininen hoito-osuus”), hammaslaboratorioissa tehdystä työstä proteesien valmistamiseksi, implanttien leukaluuhun asettamiseksi tarvittavasta kirurgisesta toimenpiteestä sekä implanttimateriaaleista. Implanttikiinnitteisen

⁵⁷ Liite 3: Toimeentulotuesta suun terveydenhuollon kustannuksiin

hoidon kokonaiskustannukset vaihtelevat jonkin verran tekopaikasta riippuen. Julkisesta suun terveydenhuollosta on saatavilla yksityiskohtaiseen kustannuslaskentaan pohjautuvia kustannustietoja vain joistakin terveyskeskuksista. Yksityiset palveluntuottajat hinnoittelevat tuotteitaan eri tavoin ja erilaisella katteella. Hoidon tuottamiskustannukset ovat niin julkisella kuin yksityisellä puolella samankaltaiset, koska ne muodostuvat samoista elementeistä. Kustannuksista reilu kolmannes koostuu hammaslääkärikäynneistä, noin neljännes on implanttikirurgiaan liittyviä kustannuksia, viidennes syntyy proteesin valmistamisestahammaslaboratoriossa ja myös implanttimateriaaleista syntyy kohtalaisen suuri kustannuserä (16 %) ⁵⁸.



Kuva 2. Hampaattomaan alaleukaan kahdella implantilla kiinnitettävän alaleuan kokoproteesin keskimääräinen kustannusrakenne ⁵⁹

Kahdella implantilla kiinnitettävän alaleuan kokoproteesin tuottamiskustannukset vuonna 2016 ovat 2800–4000 euroa. Kustannukset vaihtelevat mm. käytettävistä tekniikoista ja materiaaleista riippuen. Terveyskeskuksissa annetusta hoidosta tulee nykyisillä asiakasmaksusäädöksillä noin 2150 euroa ⁶⁰ ja yksityisellä palveluntuottajalla annetusta hoidosta noin 250 euroa julkisin varoin rahoitettavaksi. Loput tuottamiskustannuksista jäävät potilaan

^{58, 59} Matti Pöyry / Hammaslääkäriliitto ja tiedonannot: Terveyskeskus: Sinikka Varsio / Helsingin kaupunki. Yksityinenhoito: Pauli Varpavaara / PlusTerveys Hammax ja Helsingin kaupunki

⁶⁰ pohjautuu Arja Liinavuorelta saatuun tietoon, että Pääkaupunkiseudun suun erikoishoidon yksikön (SEHYK) laskutushinta huhtikuu 2015- maaliskuu 2016 oli kunnille 272 €/käynti.

rahoitettavaksi. Julkisessa terveydenhuollossa potilaan maksettavaksi jää 650-1850 € ja yksityisestä hoidosta 2550-3750 €.

Proteesia voidaan käyttää vähintään kymmenen vuotta (implantit kestävät pidempään), mutta pitkäaikaiskustannuksiin huomioidaan lisäksi kontrollikäynnit (kustannus on 70 € /käynti).

11.2. Julkisen terveydenhuollon asiakasmaksut

Julkisessa terveydenhuollossa saa periä maksuja 18 vuotta täyttäneille annetuista suun terveydenhuollon palveluista (Asiakasmaksulain (734/1992) 5 §:n 1 kohdan a alakohdan nojalla).

Suun terveydenhuollosta perittävistä maksuista säädetään asiakasmaksuasetuksen 9 ja 9 a §:ssä. Asiakasmaksut määräytyvät eri tavoin ja ovat eri suuruisia erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa.

Terveyskeskuksessa potilaalta voidaan periä asiakasmaksuasetuksen mukaiset käynnin perusmaksut, proteettisista toimenpiteistä säädetty maksut sekä hammastekniset kulut enintään todellisten kustannusten mukaan. Terveyskeskuksissa ja yksityisessä hoidossa potilaan itsensä maksettavaksi jäävät implantteihin tarvittavien materiaalien hankintakustannukset. Proteettisen rakenteen valmistamisesta aiheutuvat hammastekniset kustannukset vaihtelevat.

Erikoissairaanhoidossa potilas maksaa proteettisesta hoidosta vain päiväkirurgiasta perittävän maksun tai kustakin käynnistä poliklinikkamaksun.

11.3. Yksityisen terveydenhuollon sairausvakuutuskorvaukset hammasprotetiikan yhteydessä

Yksityisessä terveydenhuollossa asiakas maksaa kaikki kustannukset itse, mutta voi hakea osaan kustannuksista sairausvakuutuskorvausta Kelalta. Potilaan itsensä maksettavaksi jää yksityisestä hoidosta huomattavasti suurempi osa kuin julkisessa terveydenhuollossa annetusta hoidosta.

Sairausvakuutuskorvauksen saaminen annetusta hoidosta edellyttää, että tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut henkilö, jolla on

oikeus harjoittaa Suomessa hammaslääkärin tai erikoishammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä. Korvausta ei kuitenkaan makseta hammasproteettisista toimenpiteistä eikä hammasteknisistä kustannuksista. (Sairausvakuutuslain 3 luvun 2 §, kts. liite XX)

Korvauksena maksetaan enintään (v. 2016):

Hampaan keinojuuren (implantin) asettaminen 57,00 euroa
Toisen ja sitä seuraavien keinojuurten asettaminen samanaikaisesti 42,00 euroa

Hammasproteettista työstä aiheutuneita kustannuksia korvataan ainoastaan rintamaveteraaneille.

11.4. Yhteenveto/tiivistelmä asiakasmaksuista ja Kelan maksamista sairaanhoitokorvauksista suun terveydenhoidossa

Suun terveydenhuollosta terveystieteissä perittävät asiakas-maksut perustuvat muuta terveydenhoitoa enemmän käynti- ja toimenpidekohtaiseen hinnoitteluun. Potilaan vastuulle jäävät hammasproteettisten toimenpiteiden kustannukset sekä hammastekniset kulut saattavat vaikuttaa siihen, millaista hoitoa potilas haluaa. Myöskään Kela ei maksa korvausta hammasproteettisista toimenpiteistä. Potilaan omasta taloudellisesta näkökulmasta saattaa olla perustellumpaa pidättäytyä proteettisesta hoidosta ja haluta jatkaa muuta hoitoa, jonka saa julkisin varoin tuetulla hinnalla.

Jos implanttikantoinen hammasproteesi valmistetaan julkisen terveydenhuollon erikoissairaanhoidon toimipisteessä, potilas maksaa koko hoidosta pelkän käyntiperusteisen asiakasmaksun tai päiväkirurgian maksun.

11.5. Vaihtoehtoiset kustannukset

Vaihtoehtoisina kustannuksina tarkastellaan tavanomaisen irrotettavan kokoproteesin ja hoitamatta jättämisen kustannuksia.

Alaleuan irrotettavan kokoproteesin tuottamiskustannukset v. 2015 vaihtelivat 600-900 € riippuen erikoishammasteknikoiden työn osuudesta. Proteesia voidaan käyttää vähintään kymmenen vuotta, mutta pitkäaikaiskustannuksiin tulee huomioida kontrollikäynnit, joiden

kustannus on n. 70 €. Leukaluu surkastuu jatkuvasti, joten proteesia suositellaan korjattavaksi (proteesin pohjaus) 3-5 vuoden välein.

Hoitamatta jättämisen kustannuksia syntyy, kun ihminen ei pysty puremaan ruokaansa tai puhumaan selkeästi tai ei pysty normaaliin sosiaaliseen kanssakäymiseen. Hampaattomuus vaikuttaa yleisterveyteen monin tavoin. Heikentynyt purentakyky voi johtaa haluttomuuteen syödä kovia, pureskelemista edellyttäviä ruoka-aineita kuten hedelmiä, vihanneksia ja kuituja. Kolesterolia ja tyydyttyneitä rasvoja sisältävien ruokien syöminen saattaa lisääntyä. Heikentyneestä purentakyvystä voi seurata aliravitsemusta. Vahingolliset vaikutukset ravitsemustilaan voivat johtaa sydänsairauksiin, infarkteihin, ruuansulatushäiriöihin, lihavuuteen tai diabeteksen saamisen riskin kasvamiseen.⁶¹ Näiden mahdollisten sairauksien hoitamisen ja irrotettavan kokoproteesin mahdollisesti aiheuttamien komplikaatioiden tai elämänlaadun heikkenemisen kustannukset olisi huomioitava laskettaessa vaihtoehtoisia kokonaiskustannuksia, mutta tietoa näistä ei ole.

11.6. Kustannusvaikuttavuudesta

Implanttikiinnitteisten kokoproteesien käytön kustannusvaikuttavuutta ei ole arvioitu Suomessa eikä muistakaan maista ole saatavilta sellaista tietoa, jota voitaisiin soveltaa Suomeen.

Kustannusvaikuttavuutta arvioitaessa verrataan vähintään kahta toimenpidettä tai interventiota tai hoitamatta jättämistä keskenään ja arvioidaan niitä hyvinvointi- ja terveysvaikutusten sekä resurssienkäytön suhteen.

Ensimmäiseksi on varmistuttava, että interventio on vaikuttava, ts. se edistää kansalaisen hyvinvointia⁶². Implanttikiinnitteisen kokoproteesin ja tavanomaisen kokoproteesin hyödyistä alaleuan hampaattomuuden hoidossa on tutkimuksia. Kuten luvussa 10 on todettu, on

⁶¹ Haikola, B. Ikääntyvän suomalaisväestön suun terveydentila. Hampaattomuus, kiinteät proteesit, radiologiset hammasperäiset tulehdusmuutokset ja näihin liittyvät tekijät. Oulun yliopiston tutkijakoulu; Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Hammaslääketieteen laitos, Suu- ja leukakirurgia, Acta Univ. Oul. D 1264, 2014

⁶² Kauppila T., Tuulonen A. Sosiaali- ja terveydenhuollon kustannusvaikuttava ja tehokas ohjaus. Selvityshenkilöraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:5.

implanttikiinniteisen kokoproteesin todettu lisäävän elämänlaatua, parantavan purentakykyä sekä ravitsemustasoa.

Kummankin proteesityypin hankkimisen kustannuksia on esitetty edellä. Kustannuksia laskettaessa ei ole pystytty huomioimaan niitä kustannuksia, jotka johtuisivat tavanomaisen ja implanttikiinnitteiseen proteesin välisistä eroista vaikuttavuudessa.

12. Eettiset kysymykset

Palveluvalikoimaneuvosto pyysi Eettisten asioiden neuvottelukunnalta, Eteneltä, lausuntoa alaleuan hampaattomuuden hoidosta kahdella implantilla kiinnitettävällä hammasproteesilla. ETENE antoi asiasta kokouksessaan 28.1.2016 lausunnon (liite 7).

ETENE totesi, että hampaattomuus on erityisesti vanhan ikäluokan sekä alemmissa sosiaaliluokissa elävien suuri väestön kokonaisterveyteen vaikuttava ongelma. Suomen terveyskeskuksissa tehdään vaihtelevasti implanti- ja proteettisia hoitoja. ETENE kiinnitti huomiota siihen, että julkisessa terveydenhuollossa suun terveydenhuolto on resursoitu eri tavoin kuin muu terveyden- ja sairaanhoito, ja hoidon korvausjärjestelmä on vuosien varrella muuttunut sekavaksi ja eriarvoistavaksi. Suun sairaudet ja niiden hoito ovat olleet eriarvoisessa asemassa terveydenhuollossa: monien muiden sairauksien hoidossa tarvittavat kalliitkin laitteet, esim. sydäntahdistimet, tai tekonivelet asennetaan ilman potilaan maksamaa lisämaksua. Huomattava osa hammashoidon erityistoimenpiteistä tapahtuu yksityissektorilla, joissa sairausvakuutus korvaa osan toimenpiteiden kustannuksista. Protetiikasta ja implanttimateriaaleista ei kuitenkaan saa korvausta sairausvakuutuksesta. Myös terveyskeskuksen hammashoidossa potilas joutuu kustantamaan itse suuren osan erityistoimenpiteistä. Näyttäisi siltä, että alempiin tuloluokkiin kuuluville henkilöille nämä kustannukset ovat ylivoimaisia, ja tätä kautta maksullisuus lisää kansalaisten terveyseroja.

ETENE kehotti varomaan sitä, että linjaukset ohjaisivat esimerkiksi kaikkien hampaiden poistoon myös tilanteissa, joissa osa potilaan hampaista voitaisiin muuten säilyttää.

ETENE pitää tärkeänä potilaan terveyteen vaikuttavien (kustannusvaikuttavien) toimenpiteiden ottamisen kokonaisuudessaan julkisen terveydenhuollon rahoittamiseksi. Näin voitaisiin paremmin

turvata potilaalle tarpeen mukainen, yhdenvertainen, hyvinvointia ylläpitävä ja kustannusvaikuttava hoito oikea-aikaisesti.

13. Johtopäätökset / Pohdinta

Suun terveydenhuollon jaosto piti perusteltuna ehdottaa palveluvalikoimaneuvostolle vaikutuksiltaan laajaa suosituksen aihetta. Jaosto piti tärkeänä, että aihe koskettaa laajaa väestönosaa ja että suosituksella saadaan aikaan toimintakäytäntöjen muutoksia, jotka lisäävät terveyttä. Lisäksi jaosto katsoi, että suosituksen tulisi ohjata terveydenhuollon voimavarojen kohdentamista nykyistä vaikuttavammin.

Jaosto katsoo, että sen ehdottamalla suosituksella lisätään potilaiden elämänlaatua ja parannetaan heidän purentakykyään ja ravitsemustaan. Vaihtoehtoina on joko hampaaton alaleuka tai irrotettava kokoproteesi, joka ei aina pysy paikoillaan eikä toimi tarkoituksenmukaisella tavalla. Vajaa purentakyky vaikuttaa ravinnonsaantiin sekä ruoka-aineiden valikoitumisen että imeytymisen kautta. Heikentyneellä ravitsemustilalla on yhteys heikentyneeseen yleiskuntoon sekä moniin sairauksiin. Myös hampaiden ulkonäöllä ja puheen selvyydellä on tärkeä merkitys sosiaalisessa kanssakäymisessä.

Hampaan poistaminen ja korvaaminen proteettisesti on usein potilaan terveyden kannalta ja taloudellisesti järkevämpi vaihtoehto kuin ”viivytystaistelu” hampaan säilyttämiseksi. Proteettisella hoidolla saadaan potilaalle pitkäaikainen ja kestävä ratkaisu. Ennusteeltaan epävarmat, juurihoidetut hampaat voivat olla terveysriski esimerkiksi vanhuksilla ja potilailla, joilla on infektioalttiutta lisääviä sairauksia tai lääkityksiä. Kaikkien tai useiden hampaiden puutokset, kun potilaalla ei ole riittävään purentakykyyn tarvittavia hammaspareja, on aina riski potilaan terveydelle. Potilastyytyväisyyttä voidaan pitää yhtenä päätavoitteena, kun hoidetaan hampaattomia potilaita. Hampaiden ulkonäöllä ja pysyvyydellä on vahva yhteys potilaiden kokemaan elämänlaatuun.

Nykyisten yhtenäisten hoidon perusteiden ja Käypä hoito-suositusten noudattaminen ei ole yhtenäistä. Esimerkiksi yhtenäisissä hoidon perusteissa on suositus runsaasti paikatun hampaan kruunuttamiselle. Ohjetta noudatetaan käytännössä harvoin, mikä voi johtaa ”paikkauskierteeseen”. Proteettisen hoidon toteuttamisen esteenä voivat olla potilaan vastuulle jäävät kustannukset julkisessa ja yksityisessä

STM032:00/2014

terveydenhuollossa tai esim. potilaan kyvyttömyys huolehtia proteesista. Monissa tilanteissa hampaiden keinojuurten hyödyntäminen kiinteiden proteesien ja irtoprotetiikan osana on kaikkein paras ja kestävin ratkaisu. Kahdella implantilla kiinnitettyä kokoproteesia pidetään nykyisin ensisijaisena hampaattoman alaleuan hoitovaihtoehtona silloin, kun tavanomainen kokoproteesi ei pysy paikoillaan.

Proteettisia hoitoja ostetaan jossain määrin myös ulkomailta, kun potilaat hakeutuvat vapaan liikkuvuuden perusteella hoitoon muihin EU-maihin. Rajat ylittävän terveydenhuollon lainsäädäntöä pitää pystyä soveltamaan näissä tapauksissa, mikä edellyttää suomalaisen palveluvalikoiman määrittämistä myös suun terveydenhuollon osalta. Hammasimplanttien varaan rakennettujen proteettisten hoitojen hakeminen ulkomailta on yleistynyt. Näiden hoitojen komplikaatioiden hoitaminen tulee alkuperäisen hoidon antajasta riippumatta yleensä Suomen julkisen terveydenhuollon rasitteeksi, mikä on kasvava ongelma.

Proteesien kustannusvaikuttavuudesta on saatavissa niukalti tutkimustietoa. Lisätietoa tarvittaisiin myös toimenpiteeseen liittyvien komplikaatioiden määrästä, uusinta- ja jälkihoitojen tarpeesta ja potilastyytyväisyydestä. Implanttikiinnitteisen kokoproteesin asettamisen kustannuksia on tarkasteltava vähintään 10 vuoden aikajänteellä, jonka proteesit vähintään kestävät. Implantit kestävät proteeseja pidempään. Vaihtoehtoiskustannuksissa tulisi huomioida huonon suun terveyden tai hampaattomuuden aiheuttamien sairauksien hoitokustannukset ja, jos kyseessä on irrotettava kokoproteesi, sen valmistamis- ja huoltokustannukset. Implanttikiinnitteisen proteesin kustannuksia voidaan pitää kohtuullisina sen vaikuttavuuteen nähden. Geriatrin näkökulmasta on huomattava, että yksilöllä on oltava mahdollisuus hyvään hoitoon riippumatta hänen iästään. Nykyään muistisairaudet pyritään diagnosoimaan varhain, jolloin potilailla on usein toimintakykyä jäljellä moniksi vuosiksi eikä pelkkä muistisairausdiagnoosi (Alzheimerin tauti jne.) oikeuta pidättäytymään hampaattomuuden hyvästä hoidosta.

Erityisryhmien, kuten vammaisten suun terveydenhuoltoon liittyy omia erillisiä kysymyksiään. Myös erilaisten sairauksien tai tapaturmien vuoksi hampaita menettäneiden purenna kuntouttaminen tai laaja-alaisten synnynnäisten hammaspuutosten ja hampaiston kehityshäiriöiden hoitaminen ovat erityiskysymyksiä, joiden hoitamista

on linjattu Kiireettömän hoidon perusteissa⁶³. Näiden erityisryhmien tilanteet on jätetty tämän tarkastelun ulkopuolelle.

14. Jaoston suositus

Edellä esitetyn perusteella suun terveydenhuollon jaosto ehdottaa terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston hyväksyttäväksi seuraavaa suositusta:

Alaleuan hampaattomuuden hoito kahteen implanttiin kiinnitettävällä kokoproteesilla kuuluu Suomen terveydenhuollon julkisesti rahoitettuun palveluvalikoimaan silloin, kun potilaan syöminen, puhuminen tai muu sosiaalinen kanssakäyminen on vaikeutunut alaleuan kokoproteesin pysymättömyyden tai soveltumattomuuden takia.

⁶³ Kiireettömän hoidon perusteet. STM 2010:3, s. 174 ja 183.

LITTEET

- liite 1. Neuvoston kokouksessaan 29.1.2015 hyväksymä suunnitelma prosessin etenemisestä
- liite 2. Kaavio: Kokoproteesin valmistus hammaslääkärikäynneittäin
- liite 3. Toimeentulotuesta suun terveydenhuollon kustannuksiin
- liite 4. Sairausvakuutuslain 3 luvun 2 §
- liite 5. Närhen ja Laineen laatiman kirjallisuuskatssauksen lähdeluettelo
- liite 6. Strandbergin lausunto
- liite 7. ETENEn lausunto



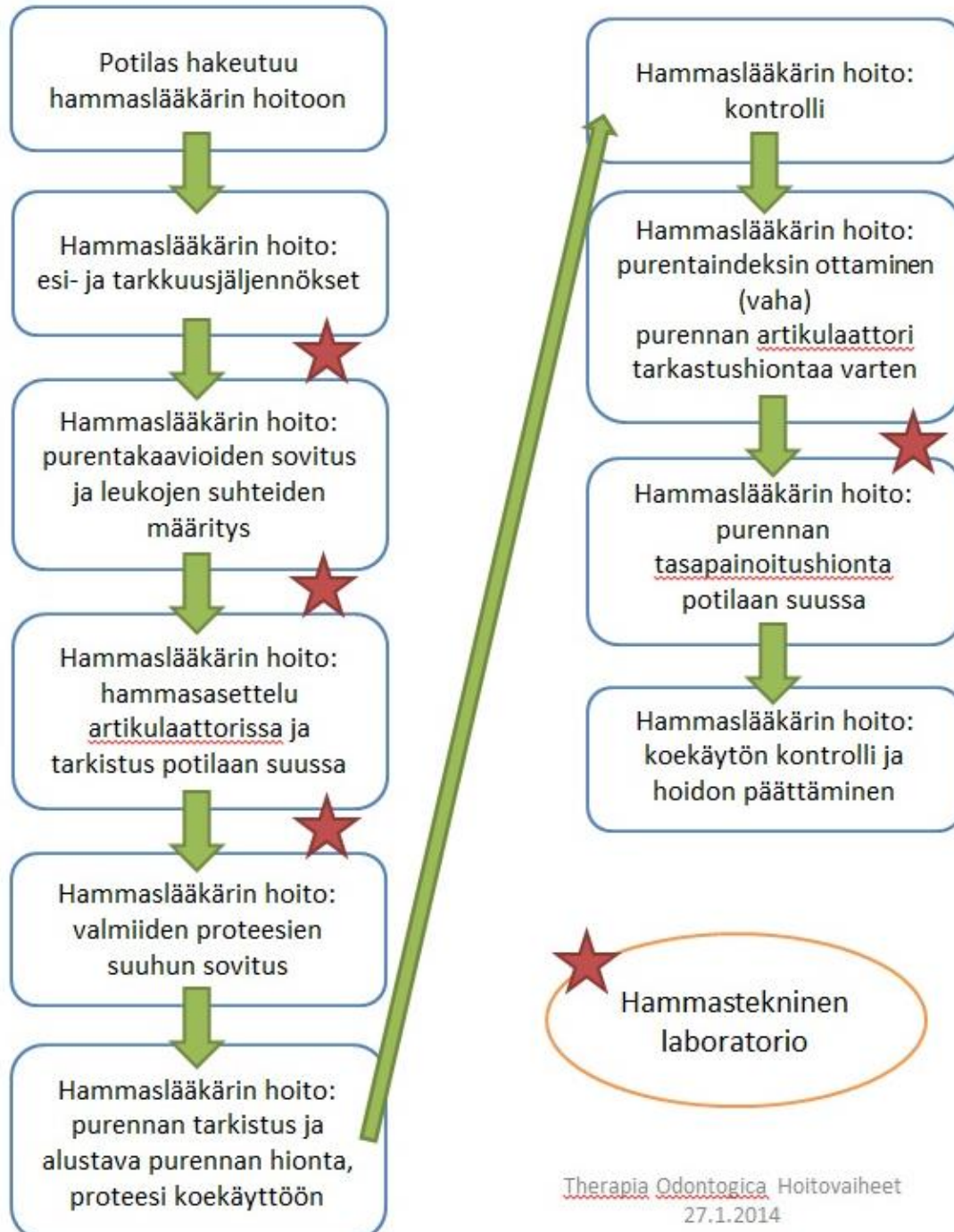
Neuvoston kokouksessaan 29.1.2015 hyväksymä suunnitelma prosessin etenemisestä

Jatkovalmistelu etenee niin, että jaosto:

- a) päättää käsiteltäväksi otettavat terveysongelma-interventio-parit
- b) kysyy neuvoston näkemystä valituista pareista ja esittää samassa yhteydessä tarkempia perusteluja ko. parien valinnalle
- c) etsii tietoa
 - Ohtanen-tietokannasta
 - Yhtenäisistä kiireettömän hoidon perusteista
 - Käypä hoito-suosituksista
 - HALO-katsauksista
 - Fimean HTA-arvioinneista
 - Lääkärilehdestä ja Duodecimista
 - Mini-HTA-arvioinneista
 - Tarvittaessa muista lähteistä (esim. HILA, KELA)
- d) tekee selvityksen suomalaisista hoitokäytännöistä, mm.:
 - konsultoimalla asiantuntijoita
 - ✓ neuvoston jäsenet
 - ✓ kliiniset asiantuntijat
 - ✓ muut asiantuntijat (joita voidaan löytää esim. erikoisalayhdistysten hallitusten kautta)
 - ✓ huomioimalla Yhtenäisten hoidon perusteiden päivitystyö
- e) selvittää valituista terveysongelma-interventio-pareista kohdissa c-d koottuun tietoon pohjautuen:
 - Kliinisten käytäntöjen vaihtelua
 - Terveysongelman yleisyyttä (esiintyvyyttä)
 - Terveysongelman vakavuutta
 - Menetelmän haitat
 - Taloudelliset vaikutukset
 - Eettiset kysymykset (mm. erityisen haavoittuvat potilasryhmät, yhdenvertaisuuskysymykset, menetelmän käyttöön mahdollisesti liittyvän markkinoinnin)
- f) tekee suositusehdotuksen tarkasteltujen terveysongelma-interventio-parien palveluvalikoimaan sisällyttämisestä tai poissulkemisesta neuvostolle, joka päättää suosituksen hyväksymisestä



KOKOPROTEESIN VALMISTUS HAMMASLÄÄKÄRIKÄYNNEITTÄIN





Toimeentulotuesta suun terveydenhuollon kustannuksiin

Toimeentulotukilain mukaan perustoimeentulotukea myönnettäessä otetaan menoina huomioon perusosa ja muut perusmenot. Perusosalla katettavien menojen lisäksi muina perusmenoina otetaan tarpeellisen suuruisina huomioon myös vähäistä suuremmat terveydenhuoltomenot, joilla tarkoitetaan kalliita tai määrältään suuria terveydenhuoltomenoja, joita ei ole voitu korvata riittävästi muista järjestelmistä. Tyypillisiä vähäistä suurempia menoja ovat esimerkiksi hammashuollon menot. Perustoimeentulotukena otetaan kuitenkin menona huomioon vähäistä suuremmat terveydenhuoltomenot vain, jos hoito tai lääke on asiakkaalle (hoidon kannalta) tarpeellinen (tarvittaessa pyydetään erillinen lääkärinlausunto selvityksenä). Lisäksi pääsääntönä on julkiset terveydenhuollon palvelut eli yksityisen puolen maksuja hyväksytään menoksi vain, jos asiakkaalle välttämätöntä palvelua tai hoitomuotoa ei ole julkisella puolella tarjolla, hoidon tarve on kiireellinen (ja tässä tilanteessa määräaikojen noudattamiseksi julkisen puolen on palvelu ostettava) tai jos asiakkaan yksityisellä puolella saadun hoidon hoitosuhteen jatkuvuus tätä edellyttää.

(Lähde: Toimeentulotuki, opas toimeentulotukilain soveltajille. Stm julkaisuja 2013:4)

Proteettisen hoidon maksut ovat lähtökohtaisesti tasamaksuja. Tasamaksuja koskee asiakasmaksulain 11 §:n 2 momentti, jonka mukaan kunta voi päättää olla perimättä tai alentaa asiakasmaksuja, velvoitetta tähän ei kuitenkaan ole.

**Sairausvakuutuslain 3 luvun 2 §:**

Sairaanhoitona korvataan hammaslääkärin suorittama suun ja hampaiden hoito, suun ja hampaiden tutkimus kerran joka toinen kalenterivuosi tai hammaslääkärin tutkimuksessaan toteaman vakuutetun terveydentilan edellyttämän tarpeen perusteella kerran kalenterivuodessa sekä oikomishoito silloin, kun kysymyksessä on muun sairauden kuin hammassairauden parantamiseksi välttämätön hoito.

Korvauksen maksamisen edellytyksenä on, että tutkimuksen on suorittanut tai hoidon on antanut henkilö, jolla on oikeus harjoittaa Suomessa hammaslääkärin tai erikoishammaslääkärin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä.

Tämän lain mukaista korvausta ei makseta hammasproteettisista toimenpiteistä eikä hammasteknisistä kustannuksista.

Sairausvakuutuslain 3 luvun 3 § 1 mom 1 virke (Lääkärin ja hammaslääkärin määräämä tutkimus ja hoito)

Tarkemmin korvaustaksan perusteista säädetään valtioneuvoston asetuksessa sairausvakuutuslain 3 luvun 4 ja 5 §:ssä tarkoitettujen korvaustaksojen perusteista (1336/2004) sekä Kelan vahvistamissa Sairaanhoitokorvausten taksoissa.



Kirjallisuuskatsaus

Jaoston pyytämä kirjallisuuskatsaus: Professori Timo Närhi, Turun yliopisto ja TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka; Dosentti Juhani Laine, TYKS/suu- ja leukasairauksien klinikka.2015

Dosentti Juhani Laine, TYKS/suusairauksien klinikka.2015) Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. THL, Raportti 68/2012.

Thomason JM, Feine J, Exley C, Moynihan P, Muller F, Naert I, et al. Mandibular two implant-supported overdentures as the first choice standard of care for edentulous patients – the York Consensus Statement. *British Dental Journal* 2009;207:185–6.

Thomason JM, Kelly SAM, Bendkowski A, Ellis JS. Two implant retained overdentures – a review of of the literature supporting McGill and York consensus statements. *Journal of Dentistry* 2012;40: 22-34.

Emami E, Heydecke G, Rompre PH, de Grandemont P, Feine JS. Impact of implant support for mandibular dentures on satisfaction, oral and general health-related quality of life: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Oral Implants Research* 2009;20:533–44.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the oral health impact profile. *Community Dental Health* 1994;11:3–11.

Geertman ME, Slagter AP, van Waas MAJ, Kalk W. Comminution of food with mandibular implant-retained overdentures. *Journal of Dental Research* 1994;73:1858–64.

Garrett NR, Kapur KK, Hamada MO, Roumanas ED, Freymiller E, Han T, et al. A randomized clinical trial comparing the efficacy of mandibular implant-supported overdentures and conventional dentures in diabetic patients. Part II. Comparisons of masticatory performance. *Journal of Prosthetic Dentistry* 1998;79:632–40.

Fontijn-Tekamp FA, Slagter AP, van der Bilt A, van't Hof MA, Kalk W, Jansen JA. Swallowing thresholds of mandibular implant retained overdentures with variable portion sizes. *Clinical Oral Implants Research* 2004;15:375–80.

Joshi KJ, Willett WC, Douglass CW. The impact of edentulousness on food and nutrient intake. *Journal of the American Dental Association* 1996;127:459–67.

Sheiham A, Steele JG, Marcenes W, Lowe C, Finch S, Bates CJ. The relationship among dental status, nutrient intake and nutritional status in older people. *Journal of Dental Research* 2001;80:408–13.

Nowjack-Raymer RE, Sheiham A. Association of edentulism and diet and nutrition in US adults. *Journal of Dental Research* 2003;82:123–6.



Morais JA, Heydecke G, Pawliuk J, Lund JP, Feine JS. The effects of mandibular two-implant overdentures on nutrition in elderly edentulous individuals. *Journal of Dental Research* 2003;82:53–8.

Rohlin M, Nilner K, Davidsson T, Gynther G, Hultin M, Jemt T, Lekholm U, Nordram G, Norlund A, Sunnegårdh-Grönberg K, Traneus S. Treatment of adult patients with edentulous arches: A systematic review. *Int J Prosthodont* 2012;25:553-67.

Vogel R, Smith-Palmer J, Valentine W. Evaluating the health economic implications and cost-effectiveness of dental implants: A literature review. *Int J Maxillofac Implants* 2013;28:343-56.

22.2.2016

Palveluvalikoimaneuvosto (Palko)

PYYDETTY LAUSUNTO HAMPAATTOMUUDEN PROTEETTISESTA HOIDOSTA – GERIATRINEN NÄKÖKULMA

Palveluvalikoimaneuvosto valmistele suositusta aiheesta ”Implanttikiinnitteinen kokoproteesi alaleuan hampaattomuuden hoidossa” ja Palkon alaisuudessa toimiva suun terveydenhuollon jaosto on valmistellut sitä varten taustamuistion. Tähän muistioon halutaan lisätä geriatrinen näkökulma ja allekirjoittaneelta on pyydetty kannatusta seuraaviin kysymyksiin:

- mitä ongelmia ikäihmisten hampaattomuuteen liittyy?

VASTAUS: Vanhukset ovat hyvin yksilöllisiä ja toimintakyvyn kirjo on suuri. Ongelmat voivat olla aivan samoja kuin nuoremmillakin ihmisillä: elämänlaatu, ravitsemuksen huonontuminen, esteettiset kysymykset. Näistä merkittävin terveysongelma iäkkäillä on ravitsemuksen huonontuminen kaikkine seurauksineen. Lähtökohta on se, että hampaiden lukumäärällä ja kunnolla on selvä yhteys kykyyn syödä monipuolisesti. Hampaattomuuteen liittyvä ruuan pureskelufunktion huononeminen vähentää syljeneritystä ja altistaa näin suun kuivumiselle. Huono pureskelu altistaa ja pahentaa myös nielemisongelmia (dysfagia-oireyhtymä).

- mitä ongelmia ikäihmisten irrotettaviin kokoproteeseihin liittyy?

VASTAUS: En tässä näe välttämättä eroa nuorempiin nähden: huono pysyvyys/purentaongelmat tärkein. Näiden riskit toki yleistyvät ja korostuvat vanhemmilla

- mitkä ovat merkittävimmät hampaattomuudesta / ei-toimivista hampaista (heikentyneestä purennasta) seuraavat terveysongelmat?

VASTAUS: Tärkeimpiä ovat heikentyneeseen ravitsemukseen liittyvät ja tässä etenkin riittävä proteiinin ja kuitujen saanti ja siihen liittyen kivennäisaineiden ja vitamiinien riittävä saanti vaarantuu. Pureskelun väheneminen huonontaa myös syljen eritystä ja altistaa suun kuivumiselle ja limakalvovaurioille, jotka jo muutenkin eri syistä ovat vanhuksilla tavallinen ongelma. Huonosti pureskeltu ruoka altistaa nielemisongelmille (dysfagia-oireyhtymä).

- mitkä ovat ne hampaattomat potilasryhmät, jotka hyötyvät/eivät hyödy

- a) irrotettavasta kokoproteesista

VASTAUS: implanttikiinnitteinen etusijalla suun toiminnan kannalta. Kokoproteesi, jos implanttien laitto ei jostain syystä mahdollista. Mistään proteeseista eivät hyödy ne, joiden suun motorinen



toiminta on niin huonoa (dysfagia-oireyhtymä, loppuvaiheen dementia, purentalihasten heikentyminen), että ainoastaan sosemaaine/nestemäinen on ravinto mahdollista.

b) implanttikiinnitteisestä kokoproteesista?

VASTAUS: Tämä ymmärtääkseni paras ratkaisu myös iäkkäille, joille tämä pienkirurginen toimenpide mahdollista tehdä ja etenkin jos ienten muutokset huonontavat proteesien pysymistä.

· millaisissa tilanteissa hampaattomalle henkilölle ei ole hyötyä proteesista tai haitat ovat hyötyjä suuremmat?

VASTAUS: Kun ruuan pureskelukyky on menetetty tai voimakkaasti heikentynyt, tai nielemisongelmat voivat johtaa kiinteään ruuan menemiseen ”väärään kurkkuun” (dysfagia-oireyhtymä, joka voi liittyä esimerkiksi loppuvaiheen dementiaan, voimakasasteiseen gerasteniaan) ja on siirrytty sosemaiseen/nestemäiseen ravintoon.

· mitä tyyppisiä kontraindikaatioita implanttikiinnitteisen proteesin hankkimiselle on (esim. Marevan-hoito)?

VASTAUS: Kontraindikaatiot ovat ymmärtääkseni leikkausteknisiä, potilaan hoitomyöntyvyyteen tai ylipäänsä yksilöllisen hyödyn vähäisyyteen (loppuvaiheen dementia ym) liittyviä. Antikoagulanttihoito (varfariini, ”Marevan”, uudet oraaliset antikoagulantit) tai muu antiromboottinen hoito (asetosalisylihappo) ei ole ainakaan hoitoalueella ollessaan (INR < 3.5) kontraindikaatio eikä sen keskeyttämistä pidetä tarpeellisena -- hammasimplanttityypissä pienkirurgiassa – keskeytys voi ennemminkin aiheuttaa riskejä (Madrid & Sanz, Clin Oral Impl Res 2009;20:96-106, Clemm R ym. Clin Oral Impl Res 2015;1-9). Tämä edellyttäen että tavanomaiset keinot hallita paikallista verenvuotoa ja muita peri- ja postoperatiivisia riskejä ovat käytössä (tämän oletan olevan käypää hoitoa).

· Mikä merkitys proteesien käyttämisen kannalta on sillä pystyykö ihminen itse huolehtimaan asianmukaisesti suun ja proteesien (ml. implantit) hoidosta?

VASTAUS: Suun ja proteesien hyvä hoito on oleellista infektioriskien välttämiseksi ja proteeseista saatavan hyödyn optimoimiseksi. Jos ihminen ei pysty huolehtimaan niistä itse muistiongelmien, näköongelmien tai käsien huonon motoriikan takia, on jonkun muun – kotisairaanhoidon, hoivakodin henkilöstö jne, -- tehtävä se.

· mitä muita asioita haluaisit viestittää geriatrin näkökulmasta suun terveydenhuollon jaostolle liittyen ihmisten suun protetiikkaan ja jos tarpeen, niin erikseen liittyen

- a) irrotettavaan kokoproteesiin
- b) implanttikiinnitteiseen kokoproteesiin?

VASTAUS: Oleelliset asiat esitetty jo edellä. Geriatriina painotan uudelleen sitä, että yksilöllä on



oltava mahdollisuus hyvään hoitoon riippumatta hänen iästään. Koska muistisairaus nykyään pyritään diagnosoimaan varhain, pelkkä muistisairausdiagnoosi (Alzheimerin tauti jne) ei oikeuta hoitonihilismiin, koska potilaalla usein vuosien toimintakykyä jäljellä. Erityisryhmiä ovat vaikea, loppuvaiheen muistisairaus ("dementia") ja vaikea gerastenia, johon liittyy myös suun funktion vaikea-asteinen heikentyminen (dysfagia-oireyhtymä) ja jota perusvikaa ei välttämättä enää proteeseilla voi korjata.

Kiitän mahdollisuudesta antaa tämä lausunto.

Timo Strandberg
Geriatrian professori
Helsingin yliopisto, Oulun yliopisto
email: timo.strandberg@oulu.fi



ETENEn lausunto koskien implanttikiinnitteistä kokoproteesia hampaattoman alaleuan hoidossa

Palveluvalikoimaneuvosto on pyytänyt ETENELtä näkemyksiä koskien implanttikiinnitteistä kokoproteesia hampaattoman alaleuan hoidossa. Kommenttipyyntöön lisäksi PALKO toimitti ETENELLE käyttämäänsä taustamateriaalia.

Hampaattomuus on erityisesti vanhan ikäluokan sekä alemmissa sosiaaliluokissa elävien suuri väestön kokonaisterveyteen vaikuttava ongelma. Pitkäaikainen hampaatto-muus mataloittaa leuan luuharjannetta, jolloin erityisesti alaleuan proteesi irtoaa helposti. Hampaattomuus huonontaa ravinnon saantia, joten erityisesti vanhusväestön terveyden ja toimintakyvyn ylläpidossa hampaattomuus heikentää ravitsemustilannetta, joka taas altistaa monille sairauksille ja yleiskunnon heikkenemiselle. Hampaatto-muus aiheuttaa myös sosiaalisia ongelmia, vaikeuttaa mm. työnsaantia.

Suomen terveyskeskuksissa tehdään vaihtelevasti implanti- ja proteettisia hoitoja. Myös julkisessa hammashuollossa asiakas maksaa protetiikan sekä titaaniruuvit, mikäli niitä asennetaan. Proteettisia ja implanttihoidoja kuitenkin toteutetaan myös erikoissairaanhoidossa, mikäli potilas sairastaa vakavaa sairautta. Tällöin potilaan kustannukset hoidosta ovat huomattavasti pienemmät kuin terveyskeskuksessa. Proteesi- ja implanttihoidot korvataan sairausvakuutuksesta ainoastaan rintamaveteraaneille.

ETENE totesi keskustelussaan suun terveydenhuollon kysymykset tärkeäksi osaksi Suomen terveydenhuoltojärjestelmää ja palveluvalikoimaa. Monissa tutkimuksissa on todettu suun terveydentilan liittyvän merkittävästi henkilön kokonaisterveyteen. Suussa pesivien tulehdusten on todettu korreloivan mm. sydän- ja verisuonisairastavuuteen. Julkisessa terveydenhuollossa suun terveydenhuolto on resursoitu eri tavoin kuin muu terveyden- ja sairaanhoito, ja hoidon korvausjärjestelmä on vuosien varrella muuttunut sekavaksi ja eriarvoistavaksi. ETENE keskusteli kokouksessa pitkään suun terveydenhuollon asemasta julkisessa terveydenhuollossa. Suun sairaudet ja niiden hoito ovat olleet eriarvoisessa asemassa terveydenhuollossa: monissa muissa sairauksissa implantoitavat kalliitkin laitteet asennetaan ilman potilaan maksamaa lisämaksua, esimerkkinä tästä mm. sydäntahdistimet, keinonivelet jne. Huomattava osa hammashoidon erityistoimenpiteistä tapahtuu yksityissektorilla, joissa sairausvakuutus korvaa osan toimenpiteiden kustannuksista. Protetiikasta ja implanttiruuveista ei kuitenkaan saa korvausta sairausvakuutuksesta. Myös terveyskeskuksen hammashoidossa potilas joutuu kustantamaan itse suuren osan erityistoimenpiteistä. Näyttäisi siltä, että alempiin tuloluokkiin kuuluville henkilöille nämä kustannukset ovat ylivoimaisia, ja tätä kautta maksullisuus lisää kansalaisten terveyseroja.



Implanttikiinnitteinen proteesihoido näyttää vaikuttavalta ja kokonaisuudessaan huomatavan edulliselta hoidolta tietyllä potilasryhmällä. Ratkaisua ei voi kuitenkaan pitää yleispätevänä. Mikäli tämä hoito otetaan palvelujärjestelmään muun proteettisen / implanttihoidon jäädessä palvelujärjestelmän ulkopuolelle, voi päätös ohjata esimerkiksi kaikkien hampaiden poistoon myös tilanteissa, joissa osa potilaan hampaista voitaisiin muuten säilyttää.

ETENE näkee arvokkaaksi Palkon päätöksen perustaa yhden kolmesta jaostoistaan käsittelemään suun terveydenhuollon kysymyksiä. Samaan aikaan olisi kuitenkin käytävä periaatteellista keskustelua suun terveydenhuollon ja suusairauksien hoidon asemasta Suomen terveydenhuollossa. ETENE pitää tärkeänä potilaan terveyteen vaikuttavien (kustannusvaikuttavien) toimenpiteiden ottamisen kokonaisuudessaan julkisen terveydenhuollon rahoittamiseksi. Näin voitaisiin paremmin turvata potilaalle tarpeen mukainen, yhdenvertainen, hyvinvointia ylläpitävä ja kustannusvaikuttava hoito oikea-aikaisesti. Parhailaan toteutettava sote-uudistus luo mahdollisuuksia kansalaisten parempaan yhdenvertaisuuteen myös suun terveydenhuollossa.

Neuvottelukunnan puolesta

Puheenjohtaja Jaana Hallamaa

Pääsihteeri Ritva Halila

Tiedoksi

STM/sosiaali- ja terveystieteiden osasto
STM/peruspalveluministeri

STM/STO