Suunterveyden ylilääkäri Kannanotto

Tanja Ketola-Kinnula, EHL, LL

Terveystalo

Jaakonkatu 3B, 3. krs

00100 Helsinki

050 55 27 814 28.9.2018

Lääkintöneuvos

Merja Auero

STM

Terveystalon kannanotto

Terveystalo haluaa yksityisenä palveluntuottajana esittää kannanottonsa suun terveydenhuollon yhtenäisen hoidon perusteisiin koskien nukutuksessa tai laskimosedaatiossa tehtävää suu- ja hammassairauksien hoitoa.

Allekirjoittanut esittää kannanottonsa Terveystalon nimissä, mutta pyytää työryhmää huomioimaan allekirjoittaneen kliinisen kokemuksen kaikilta suunterveydenhuollon sektoreilta, koulutustaustan sekä erityisen paneutumisen yleissairaiden potilaiden hoitoon liittyen pitkäaikaisena kansallisena hammaslääkäreiden täydennyskouluttajana. Allekirjoittanut on työskennellyt HUS suu- ja leukasairauksien klinikassa liki 8 vuotta ja perustanut anestesiassa tapahtuvan suunhoidon mallin Lohjan perusterveydenhuoltoon (väestöpohja 52 000), johtanut ja vastannut potilasvalinnasta sekä toimenpiteistä ja toteuttanut niitä 5,5 vuoden ajan.

Ensinnäkin haluan Terveystalon ja omasta puolestani kiittää työryhmää ansiokkaasta työstä. Erityisen hyvänä näen potilaiden, joilla on paljon hoidontarvetta ja joiden hoito ei syystä tai toisesta edisty, ottamisen mukaan kriteereihin. On tärkeää, että tällaiset potilaat pääsevät tilanteeseen, jossa tehostetulla omahoidolla voi olla edes teoreettiset mahdollisuudet pysäyttää sairauden eteneminen.

Keskittämisasetus huomioiden nämä kriteerit ovat välttämättömät. Toteutuessaan linjaukset sujuvoittavat julkisen suun terveydenhuollon toimintaedellytyksiä, tasa-arvoistavat ja nopeuttavat hoitoon pääsyä, mahdollistavat resurssien siirtämisen päivystyksellisestä hoidosta sekä jo tulleiden vaurioiden korjaamisesta sairauksien hoitoon ja etenkin sairauksien ennaltaehkäisyyn. Siihen tehtävään, jota varten perusterveydenhuolto on tarkoitettu. Lisäksi kriteerit ovat omiaan lisäämään hoidon turvallisuutta ja tehokkuutta sekä yksilön mahdollisuuksia suun sairauksien omahoidolliseen hallintaan.

Kriteereissä tulisi käydä esiin se, ettei kyseessä aina tarvitse olla kokonaishoito, vaan anestesiaa tai laskimosedaatiota voidaan tarvita ja hyödyntää osana annettavaa hoitoa (infektiofokussaneerauksessa sen poistoihin keskittyvä osuus). Usein ainakin korjaava hoito voitaisiin hyvin toteuttaa lähettävässä yksikössä.

Kaikissa potilasryhmissä olisi tärkeää, että suun ja hampaiden tutkimus, hoitosuunnitelma vähintään omahoidon osalta tehtäisiin lähettävässä yksikössä. Myös silloin, kun potilas menee konsultaatiokäynnille erikoissairaanhoitoon toimenpidettä edeltävästi. Potilaasta täytyy ottaa oikea vastuu perushoidossa ja yhteistyössä tehdä kaikki, jotta sairautta ei enää tulisi. Yleisanestesia- ja laskimosedaatiohoidon jälkeen- kohtaan ehdottaisin vielä omahoitoon vastuuttamisen. Vastuutettava taho on potilas itse, omainen, omaishoitaja, vanhempi, henkilökohtainen avustaja tai hoitohenkilökunta.

Näkisin konsultaatiokäynnin erittäin tärkeinä silloin, kun potilaalla on paljon hoidon tarvetta ja/tai hoitokäyttäytymiseen liittyviä haasteita hoitojaksojen läpiviemisessä ja erityisesti tapauksissa, joissa potilaalla on jokin infektioalttiutta lisäävä tila, sairaus tai lääkitys. Näissä tilanteissa joudutaan perushoidossa usein käymään rajanvetoa konservatiivisen hoidon mahdollisuuksien ja radikaalimman hoidon (hampaan poistojen) välillä. Henkilökohtaisesti minulla on vahva näkemys ja kokemus siitä, että väärät hoitopäätökset sekä tietotaito potilaan informoimisessa ja sen myötä vähenevät mahdollisuudet hoitosuunnitelman tekemiseen potilaan kanssa yhteisymmärryksessä, johtavat terveysvaikutuksettomiin ja toistuviin (turhiin) hoitotoimenpiteisiin. Tällaiset hyvää tarkoittavat hoitopäätökset saattavat aiheuttaa terveydellisiä riskejä, kärsimystä yksilölle ja kustannuksia sekä potilaalle että yhteiskunnalle toteutuen mahdollisesti muualla terveydenhuollossa/ erikoissairaanhoidossa.

Toivoisin kohtaa ”vakavat sairaudet” määritettäväksi tarkemmin. Tällä ilmauksella jätetään liikaa liikkumavaraa puolin ja toisin. Rohkenen väittää, ettei ”kentällä” työskentelevä hammaslääkäri välttämättä tunnista niitä potilaita, jotka eniten mahdollisuudesta hyötyisivät. Arvio sairauden vakavuudesta tulee todennäköisesti tehtäväksi tapauskohtaisesti. Arviointi vaatii erittäin vahvaa lääketieteellistä koulutusta ja kokemusta, jotta valinta kohdistuisi oikein. Jotakin kategorisointia on saatavissa infektioalttiuden osalta Hammasperäiset infektiot ja mikrobilääkkeiden käyttö Käypä hoito- suosituksessa olevasta taulukosta 2. Taulukossa ei ole huomioitu ikää, vaikka ikääntymisen seurauksena infektioalttius lisääntyykin. Kardiovaskulaarisen kuntoisuuden osalta työkaluna voitaisiin käyttää karkeaa NYHA-luokitusta. Vuotoalttiit potilaat ovat yksi ryhmä ja erityisesti heistä uusia antikoagulantteja (NOAC; new oral anticoaculants) käyttävät sekä sellaiset henkilöt, joille kumuloituu useita vuotoalttiutta lisäävää tekijää. Lisäksi nostaisin tähän myös luulääkkeitä käyttävät ja käyttäneet tietyin määrein.

Väestön vanheneminen sinänsä ja sairastavuuden lisääntyminen sekä näihin liittyen väestössä omien ja raskaasti restauroitujen hampaiden määrän lisääntyminen luo tilanteen, jota ei aiemmin ole yhteiskunnassamme ollut. Hampaita säästävästä ja hampaita korjaavasta sekä niitä korvaavasta hoitokulttuurista ja parodontiumin sairauksien alidiagnosoinnista johtuen olemme tilanteessa, jossa suuta on kumulatiivisesti hoidettu enemmän kuin koskaan, mutta suu on sairaampi kuin koskaan, puhumattakaan vanhenevasta potilaasta itsestään. Suomalaisella aikuisellakin on lähtökohtaisesti suussaan jokin infektiofokus tai infektiofokuksia. Useat kansansairaudet ja niiden onnistunut hoito edellyttäisivät infektioiden eliminointia. Useat sairaudet ja niiden hoidot puolestaan vaikuttavat suunterveydenhuollossa toimenpiteiden suorittamiseen erilaisten riskien hallintakeinojen muodossa. Kaikkia niistä ei voida avohoidossa kohtuullisella vaivalla tai turvallisesti toteuttaa.

Tässä yhteydessä herättäisin työryhmää kiinnittämään huomiota potilaisiin tai potilasryhmiin, joilta joudutaan poistamaan useita hampaita ja joille antibioottiprofylaksi on tarpeen. Kaikissa kunnissa ei ole mahdollisuutta hyödyntää erikoishammaslääkäripalveluja. Peruskoulutettu hammaslääkäri ei välttämättä suoriudu usean hampaan poistosta samalla käynnillä. Vaikka kerta-annosprofylaksi ei tutkimusten valossa aiheuta resistenssiongelmaa, ovat vaikutukset suoliston mikrobeihin väistämättömät. Etenkin vanhusten kohdalla toistuvat antibioottiprofylaksit ovat omiaan vaikuttamaan tätä kautta ravitsemustilaan seurauksineen. Vanhusten kohdalla myös oheisjärjestelyt voivat perusterveydenhuollossa olla mittavat, jolloin ainakin ne hoitotoimenpiteet, joissa tarvitaan toistuvaa omaisten, kotihoidon tai kotisairaalan osallistumista, olisi järkevää tehdä sairaalaolosuhteissa. Laskimosedaation turvin ja osaavissa käsissä hoidon kirurginen osuus saadaan usein toteutettua kerralla ja tarvittaessa yön yli seurantakin on mahdollista.

Tähän kategoriaan lisäisin myös biologisia lääkkeitä (etenkin TNF salpaajia) käyttävät, yleensä reumasairauksia sairastavat. Lääkkeen tauotus voidaan toteuttaa hoitavaa lääkäriä konsultoiden, mutta toistuvat tauotukset voivat saada aikaan vasta-ainemuodostuksen, jonka seurauksena tehokkaaksi havaitun lääkityksen jatkaminen on mahdotonta. Näissä tapauksissa olisi potilaalle turvallisinta tehdä mahdollisimman paljon toimenpiteitä saman tauotuksen aikana. Mittavia hoitoja on usein mahdotonta toteuttaa perusterveydenhuollossa samalla käynnillä.

Sepelvaltimotauti on maassamme syöpien ohella tärkein kansansairaus ja yleisin kuolinsyy. Akuuttitapahtumia on maassamme vuosittain 25 000, joista äkkikuolemia 5000. Perioperatiiviset sydänkomplikaatiot vastaanotolla lienevät harvinaisia, mutta vastaanotolta kotiutumisen jälkeisten sydänperäisten päivystyskäyntien määrästä ei ole tarkkaa tietoa. On ymmärrettävää, että saman diagnoosin ”alle” mahtuu joukko riskiltään eritasoisia potilaita, mutta osa sepelvaltimotautipotilaista hyötyisi hampaiden poistojen toteuttamisesta sairaalaolosuhteissa laskimosedaation ja muiden tukitoimien turvin pelkän paikallispuudutuksen sijaan.

Merkittävä munuaisten vajaatoiminta yleistyy iän myötä. Munuaisten vajaatoimintaan liittyy kohonnut sydänriski. Suomalaisessa väestössä tämä tarkoittaa sepelvaltimotaudin todennäköisyyden lisääntymistä, vaikka diagnoosia ei olisi tehtykään. Munuaisten vajaatoiminnassa hampaiden poistot vaikeutuvat. Paljon korjatut ja juurihoidetut hampaat ovat hankalia poistettavia terveeltäkin. Vaikeat hampaan poistot yhdistettynä kohonneeseen sydänriskiin antaisivat aiheen tehdä nämä poistot turvallisesti anestesiatiimin seurannassa laskimosedaatiossa sairaalan leikkausosaston prosesseissa.

Lisäksi osa syöpään sairastuneista, joille sytostaattihoidot ovat suunnitteilla, kuuluisivat tähän kategoriaan. Tällä hetkellä onkologisten potilaiden systeemaattista hoitoon ohjausta ei ole millekään terveydenhuollon tasolle. Lähettäminen tai kehottaminen on täysin riippuvainen onkologin omista arvoista ja asenteista. Seuraava sattuman kauppa on riippuvainen siitä, kenelle osaajalle potilas suunterveydenhuollossa ohjautuu. Tapauksesta riippuen hammaslääkärin kyky tehdä sairauteen ja tuleviin lääkityksiin pohjautuvaa hoitosuunnitelmaa voi olla rajoittunut. Osa potilaista hyötyisi vaikka pelkästään konsultaatiokäynnistä ja hoidon tarpeesta riippuen osalle heistä hoidon toteuttaminen anestesiassa tai laskimosedaatiossa olisi nopeaa ja tehokasta. Se olisi yksilön henkilökohtainen tilanne huomioiden inhimillistä, mutta myös sujuvaa ja nopeaa.

On ymmärrettävää, että keskittämisasetus ja luonnoksessa olevat kriteerit ovat omiaan jalkauduttuaan lisäämään huomattavasti erikoissairaanhoidossa hoidettavien perushoidettavien ja infektiofokussaneerattavien potilaiden määrää. Kaikkia potilasryhmiä ei välttämättä vielä edes perusterveydenhuollossa tunnisteta. Hoidettavien potilasryhmien kasvaessa paljon ja nopeasti, on turvattava sekä tila- että henkilöresurssien riittävyys. Se tulisi tehdä jo ennalta. Se, että lähetteitä palautetaan ja hoitoja toteutetaan entiseen tapaan tai etäohjeilla, ei voi olla kansallinen tavoite. Tulisi pohtia turvallinen tapa hyödyntää terveydenhuollon muita sektoreita tasoittamaan ilmeistä resurssipulaa määrittämällä näiden toimintaympäristölle, prosesseille sekä tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä toteuttaville omat laatukriteerit. Esimerkiksi Terveystalolla on koko maan kattava verkosto ja kaikkiaan 14 sairaalayksikköä leikkaussaleineen ja asiantuntijoineen. Olemme enemmän kuin mielellämme mukana erilaisissa pilottihankkeissa ja laatukriteereitä laatimassa, jos sellaisia tarvitaan.

Terveystalo haluaa myös painottaa, että muutoksessa on turvattava suu- ja leukasairauksien klinikoiden muu toiminta ja erityisesti kirurgiaan erikoistuvien hammaslääkäreiden ja lääkäreiden laaja-alainen käytännön koulutus oman erikoisalan toimenpiteisiin. Tämä edellyttää lukuisten hammaslääkäri- ja erikoishammaslääkärivirkojen perustamista. Peruskoulutettujen ”sairaalahammaslääkäreiden” tarve suu- ja leukasairauksien klinikoissa on tulevaisuudessa ilmeinen.

Helsingissä 28.9.2018

Tanja Ketola-Kinnula, EHL, LL

Suunterveyden ylilääkäri

Terveystalo