



## Eduskunnan tarkastusvaliokunta

### Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstöä koskeva selvityspyyntö

18.2.2009

Suomen Hammaslääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta esittää näkemyksiä suun terveydenhuollon henkilöstöä koskevista keskeisistä asioista. Tulemme mielellämme myös henkilökohtaisesti antamaan selvitystä näistä kysymyksistä.

Suun terveydenhuollon palvelutarjonta on rakenteeltaan muusta terveydenhuollosta poikkeava: se on suurelta osin perusterveydenhuoltoa, ja aikuisten perusterveydenhuollon palveluista puolet tuotetaan yksityisvastaanotoilla.

#### 1 a ja b Julkisen sektorin hammaslääkärivajeet viideltä viime vuodelta

Hammaslääkäriliitto on selvittänyt yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja Kunnallisen Työmarkkinalaitoksen kanssa vuodesta 2005, varhaisemmat tiedot eivät ole vertailukelpoisia.

	2005		2006		2007		2008	
	Vaje-%	Vaje lkm	Vaje-%	Vaje lkm	Vaje-%	Vaje lkm	Vaje-%	Vaje lkm
Perusterveydenhuolto (terveyskeskushammaslääkärit)	12,6	265	13,4	275	12,1	252	11,6	244
Erikoissairaanhoito (sairaalahammaslääkärit)	0,8*	1*	2,4**	3**	5,0	4	5,6***	

\*Vastauksista puuttui Länsi-Pohja

\*\* Vastauksista puuttui Lappi

\*\*\*Ennakkotieto

#### 1 c Erikoishammaslääkärivajeet

	2005		2006		2007		2008	
	Vaje-%	Vaje lkm	Vaje-%	Vaje lkm	Vaje-%	Vaje lkm	Vaje-%	Vaje lkm
Terveyskeskuksissa toimivat:								
- kliininen hammashoito	13,3	4	14,3	4	9,3	3	6,8	3
- oikomishoito	12,0	10	11,2	8	11,8	9	13,1	10
- suukirurgia	0	0	1,8	0	1,6	0	19,0	2
- terveyden- ja hammashuolto	7,8	5	4,9	3	6,0	4	7,7	4



## 1 d Julkisen sektorin vajeet alueittain

Taulukossa on esitetty vuoden 2008 selvityksen tulokset lukumäärinä sairaanhoitopiireittäin.

	Kaikki virat ja toimet	Virat/toimen haltija työssä	Sijainen tai ei tarvetta täyttää	Vuokratyövoima	Hammaslääkärivaje
Ahvenanmaa	7	5	2	0	0
Etelä-Karjalan SHP	37	28	5	2	2
Etelä-Pohjanmaan SHP	78	62	3	2	11
Etelä-Savon SHP	46	35	3	2	6
Helsingin ja Uudenmaan SHP	533	423	46	19	46
Itä-Savon SHP	25	19	5	1	1
Kainuun SHP	40	32	0	4	5
Kanta-Hämeen SHP	78	59	1	6	12
Keski-Pohjanmaan SHP	34	25	1	1	7
Keski-Suomen SHP	117	89	11	4	13
Kymenlaakson SHP	74	56	4	8	7
Lapin SHP	56	41	8	2	5
Länsi-Pohjan SHP	31	28	1	0	2
Pirkanmaan SHP	180	126	12	13	29
Pohjois-Karjalan SHP	70	54	4	4	9
Pohjois-Pohjanmaan SHP	161	143	10	2	6
Pohjois-Savon SHP	98	69	6	6	18
Päijät-Hämeen SHP	74	50	6	4	15
Satakunnan SHP	98	70	5	3	21
Vaasan SHP	80	66	1	2	11
Varsinais-Suomen SHP	182	146	14	2	20
<b>Yhteensä</b>	<b>2 098</b>	<b>1 624</b>	<b>147</b>	<b>83</b>	<b>244</b>

## 2. Mitkä tekijät aiheuttavat hammaslääkärivajetta perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa

Terveyskeskushammaslääkärivajeen taustalla on useita tekijöitä, joista merkittävimmät ovat notkahdus hammaslääkärien koulutusmäärissä ja koulutuksen läpäisevyydessä viimeisten kymmenen vuoden aikana sekä 2000-luvulla merkittävästi muuttunut lainsäädäntö, joka on lisännyt kuntien velvoitteita. Notkahdusta ovat aiheuttaneet pienet sisäännotot, aiemmin tapahtunut opiskelijoiden siirtymistä lääketieteen linjalle sekä vuosituhannen vaihteessa tapahtunut opiskelijoiden potilasharjoittelun siirtyminen yliopistoista palvelujärjestelmään, mikä toi häiriöitä opiskeluun. Osin vajetta ovat aiheuttaneet myös kuntien omat toimet: kaikista viroista 2,8% oli jäädytettyä tai muusta syystä jätetty täyttämättä.

Vajelukuja arvioitaessa on siis lisäksi muistettava, että ne kuvaavat vain puolta suun terveydenhuollon palveluista: puolet aikuisista saa perusterveydenhuollon palvelunsa yksityisvastaanotoilta, joten kokonaisuudesta puhuttaessa on katsottava myös yksityisten palvelujen kapasiteettia. Edellä mainitun Sosiaali- ja terveysministeriön, Kunnallisen Työmarkkinalaitoksen ja Hammaslääkäriliiton yhdessä lokakuussa 2008 tekemän työvoimatutkimuksen mukaan yksityishammaslääkärit voisivat hoitaa enemmän potilaita etenkin suurissa kaupungeissa. 18 % vastanneista voisi ottaa enemmän potilaita, jos potilaita hakeutuisi enemmän hoitoon. Neljässä suurimmassa sairaanhoitopiirissä 32 % vastanneista voisi hoitaa enemmän potilaita, keskimäärin 5,8 tuntia viikossa..

Työ terveyskeskuksessa on edelleen haluttua ja arvostettua hammaslääkäreiden keskuudessa. Vajetta ei ole selitettävissä niin, että hammaslääkärit olisivat siirtyneet yksityishammaslääkäreiksi. Viimeisten vuosien aikana yksityishammaslääkärien suhteellinen osuus on hieman supistunut. Hammas- ja suusairauksien erikoissairanhoidon palveluketjut ovat edelleen kehittymättömiä ja palvelut epätasaisesti jakautuneita eri sairaanhoitopiirien kesken. Sekä erikoishammaslääkärin palveluja peruster-



veydenhuollossa että suun erikoissairaanhoidon palveluja tarvitaan lisää. Tilannetta kuvaa hyvin erikoishammaslääkäri ja -lääkärimäärien vertailu: erikoissairaanhoidossa työskentelee noin 11 000 erikoislääkärinä, mutta ainoastaan noin 130 erikoishammaslääkärinä. Erikoishammaslääkärin vähäisyys haittaa toiminnan kehittämistä sekä suun perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Erikoishammaslääkärin virat ovat kuitenkin varsin hyvin täytettyinä.

### **3. Mitä toiminnallisia ja muita ongelmia vajeista aiheutuu?**

### **4. Mitä vaikutuksia vajeilla on toiminnan tehokkuuteen ja kuntalaisten saamiin palveluihin?**

- alla vastaus molempiin kysymyksiin:

Kuten edellä on todettu, suun terveydenhuollon palvelujen tilannetta ei tule tarkastella ainoastaan kuntien tarjoamien palvelujen kautta. Tilanteen saamiseksi tasapainoon ei siten riitä vain näiden vajelukujen pohdinta. Toki virkojen täyttäminen helpottaisi tilannetta ja mahdollistaisi kokonaisvaltaisemman palvelujen tarjoamisen.

Hoitotakuulain toteuttaminen on monissa terveyskeskuksissa johtanut potilaan hammashoidon pirstoutumiseen useille hammaslääkäreille eri vastaanotoilla. Vastaanottoaikojen puutteessa hoitokäyntien välit venyvät kohtuuttoman pitkiksi. Kun omaa vastuuhammaslääkärinä ei ole, potilaan suun ja purennan kokonaisuhoito jää toteutumatta. Myönteiset terveysvaikutukset saavutetaan parhaiten potilas-hammaslääkärisuhteissa, joissa hoidon järjestelmällisyys ja jatkuvuus on turvattu.

Osmo Soininvaara kuvaa suun terveydenhuollon nykytilaa viime lokakuussa julkistetussa selvitysmiesraportissaan ”Suun terveydenhuolto – tasapainoa etsimässä” (ISBN 978-951-98869-7-8) sivulla 12 seuraavasti:

*Hoitotakuun voimaantulo vuonna 2005 teki oikeudesta hammashoittoon paljon konkreettisemmän. Kunnat, jotka olivat vitkastelleet kunnallisen suun terveydenhuollon järjestämisessä, joutuivat järjestämään asiat kuntoon nopeasti sakanuhan alaisina. Suun terveydenhuollon osalta hoitotakuun aikarajat määriteltiin väljemmin kuin muussa terveydenhuollossa. Riitti, että kiireettömään hoitoon pääsi kuudessa kuukaudessa. Hoitotakuun ehdot täytyivät, kun hoito aloitettiin kuuden kuukauden sisällä. Hoidon saattamisesta loppuun laki ei sanonut mitään. Tämä johti epätarkoituksenmukaisiin hoitokäytäntöihin. Potilas tarkastettiin ja jos jostain kiireellisistä hoidon tarvetta havaittiin, se hoidettiin. Vähemmän kiireellisistä hoitoa varten potilas asetettiin hoitojonoon, jonka etenemisestä ei ollut säännöksiä. Moni hammaslääkäri koki tämän erittäin turhauttavaksi. Työviivityvyyden heikkeneminen terveyskeskuksissa on taas entisestään vaikeuttanut hammaslääkärin virkojen täyttymistä. Perusteet, joiden mukaan vähäiset voimavarat saatiin näin kohdistetuiksi kiireisimpiin tapauksiin, saattoivat päteä jonkin aikaa. Pitkällä aikavälillä tällainen töiden epätarkoituksenmukainen järjestely on kuitenkin tehotonta eli haaskaa vähäisiä voimavaroja.*

### **5. Miten lääkirivajeet ovat vaikuttaneet yksityisten hammaslääkäripalvelujen, hammaslääkärin vuokraukseen ja palvelujen ulkoistamiseen?**

Vuokrahammaslääkäripalvelut ovat lisääntyneet, nyt ne vastaavat noin 4 % terveyskeskusten palveluista. Kokonaisulkoistuksia on toteutettu joissakin terveyskeskuksissa. Niiden tarkka määrä ei ole tiedossa, arviolta 20-30.

Ostopalvelut yksityissektorilta ovat myös lisääntyneet, ne vastaavat noin 100 hammaslääkärin työpanosta. Merkittävimpana syynä vuokratyövoiman käyttöön ja myös kokonaisulkoistuksiin on ollut vaje, mutta myös muut syyt kuten kuntien päätökset tilaaja-tuottaja-mallien käyttöönotosta ja palvelujen hankinnasta yksityissektorilta ovat vaikuttaneet kehitykseen.

### **6. Onko (hammas)lääkäripalvelujen hankintaan olemassa koko maan kattavat ja toimivat markkinat?**

Yksityisiä hammaslääkäripalveluja annetaan tyypillisesti pienistä (1-3 hoitoyksikköä) yksiköistä, joten samat lainalaisuudet eivät päde kuin muun lääketieteen tai työterveyshuollon puolella. Yksityishammaslääkärit hoitavat pääsääntöisesti heillä säännöllisessä hoidossa käyviä potilaita. Kuntien ostopalvelut ovat olleet sporadisia: ”tänä vuonna on budjetoitu varoja palvelujen ostoon, mutta seuraavasta vuodesta ei ole tietoa” – tällai-



nen tilanne on palveluja myyvän vastaanoton kannalta varsin riskialtis: uskalletaanko investoida ja palkata uutta henkilökuntaa jos jatkuvuudesta ei ole takeita? Maaseutupaikkakuntien lähellä ei useinkaan ole palvelujen myyntiin kykeneviä vastaanottoja.

Ostopalvelut sopivat parhaiten täydentämään julkisia palveluja esimerkiksi akuuttihoitojen tai niiden jatkokäyntien kohdalla tai tiettyjen erikoishoitojen ostamiseen. Tavanomaiseen perushoittoon ne nykyisin käytössä olevilla malleilla ovat sopineet huonosti, koska hoidon jatkuvuutta samassa hoitoyksikössä ei ole voitu taata. Hoidettavien sairauksien ja potilaan kannalta suotuisinta ja edullisinta on kuitenkin järjestely, jossa sama hammaslääkäri / hoitotiimi vastaa potilaan hoidosta useita vuosia. Näin voidaan panostaa sairauksien ehkäisyyn ja näin myös hoidon antaja saa palautetta antamastaan hoidosta. Vaihtuva hoitopaikka on ilman muuta huonoin järjestely. Tämän on osoitettu kasvattaneen kustannuksia ilman saavutettua terveyshyötyä. Kelakorvaus on ollut yksityisiä palveluja käyttävien potilaiden kannalta toimiva järjestely yhteiskunnan tuen kanavoimiseen. Yhteiskuntahan tukee Kelakorvauksen kautta sitä saavaa potilasta selvästi pienemmällä panostuksella kuin kunnallista palvelua käyttävää. Hoidon todellisten kustannusten tiedetään olevan samaa suuruusluokkaa molemmilla sektoreilla.

## 7. Miten koulutuksella on pystytty vastaamaan hammaslääkäritarpeisiin?

Liitteenä aikasarjaa sisäänotoista ja laillistetuista.

Vuosi	Aloituspaikat	Hammaslääkäreitä valmistunut*
1994	55	140
1995	61	131
1996	62	129
1997	67	127
1998	67	128
1999	75	89
2000	79	81
2001	83	59
2002	83	55
2003	85	47
2004	113	44
2005	112	91
2006	111	91
2007	110	81
2008	145	99**

\*Mukana myös ulkomailla opiskelleet Suomessa laillistetut. Lähde: TEO.

\*\*Ennakkotieto

Koulutusmääriä on viime vuonna nostettu 110:stä 145:een. Näkemyksemme mukaan sopiva määrä olisi tällä hetkellä 160, jota myös Opetusministeriön 2007 asettama selvitysmies Risto-Pekka Happonen suositti. Pidämme tehokkaimpana järjestää koulutusta nykyisten kolmen yliopiston kautta. Neljä koulutusyksikköä jotta 180-200 hammaslääkäriin koulutusmääriin, joka on pitkällä aikavälillä varmuudella liikaa. Supistukset ovat silloin jossain vaiheessa edessä. Alueellisia seikkoja pystyttäisiin lisäksi nykyistä paremmin huomioimaan koulutuksen kliinisen vaiheen hajautuksella ja opetusterveyskeskuksia perustamalla, mitä esimerkiksi suunnitteilla olevassa terveydenhuoltolaissa onkin esitetty.

Vuosittain suomalaisen hammaslääkäriläillistuksen on saanut useita kymmeniä ulkomailla tutkinnon suorittaneita (viiden viimeisen vuoden aikana vuosittain 23, 39, 36, 26 ja 36 vuonna 2008). Suurin osa heistä on tullut EU-maista, lähinnä Virossa ja Ruotsissa. Osin kyse on ulkomailla opiskelleista Suomen kansalaisista. Kaikki, esimerkiksi virolaiset, eivät kuitenkaan ole jäämässä Suomeen pysyvästi.

Suomessa on lisäksi arvion mukaan 40 EU-maiden ulkopuolelta tullutta hammaslääkärinä, joilla on kotimaassaan hankittu koulutus, mutta ei oikeutta harjoittaa ammattiaan Suomessa. Turun yliopistossa oli aiemmin



tarjolla SPECIMA-projektissa näille hammaslääkäreille räätälöityä täydennyskoulutusta, jossa ulkomaalaisten hammaslääkäreiden tiedot päivitettiin vastaamaan Suomen olosuhteita. Nyt näillä EU:n ulkopuolelta tuleville ei ole tarjolla mitään koulutusta. Heillä on mahdollisuus mennä moniosaiseen kuulusteluun, johon osallistuminen maksaa noin 2100 euroa ja jonka läpäiseminen on vaikeaa. Ilman valmennusta rima on useimmille liian korkealla. Hammaslääkärivajetta pystyttäisiin tehokkaimmin poistamaan lähivuosien aikana tarjoamalla pätevyitysmiskoulutusta näille hammaslääkäreille. Kustannukset olisivat yksi viidesosa kotimaisen peruskoulutuksen hinnasta.

## 8. Miten työpaikkojen vetovoimaa voitaisiin parantaa?

Terveyskeskushammaslääkäri työpaikat ovat olleet varsin suosittuja näihin päiviin asti. Ainakaan niistä ei ole ollut sellaista vetoa pois kuin lääkäreillä, vaikka terveyskeskushammaslääkärivaje on ollut suurempi kuin vastaava lääkäreillä. Viime aikoina on ollut merkkejä tilanteen huononemisesta, minkä vuoksi vetovoimasiioihin tulisikin panostaa voimallisesti. Lukuisista tutkimuksista ja selvityksistä tiedetään, että keskeisin työhyvinvointia ylläpitävä tekijä liittyy oman työn hallintaan. Työterveyslaitos on 2000-luvulla toteuttanut kaksi laajaa koko työssä olevaa hammaslääkärikuntaa koskevaa työhyvinvointitutkimusta, joista on hyvät raportit suosituksineen ja toimenpide-ehdotukseen.

Edellä mainitut tutkimustulokset tukevat vahvasti sitä, että hammaslääkärin työ tulee organisoida niin, että työn hallinta säilyy ja hammaslääkäri voi nähdä työnsä tulokset myös pitemmällä aikavälillä. Tämä on mahdollista hyvin johdetussa työyhteisössä, jossa hammaslääkäri voi ottaa kokonaisvastuun yksittäisen potilaan hoidosta. Monessa terveyskeskushammaslääkärin näin ei enää toimita, vaan hoidot ovat pirstoutuneita useille hammaslääkäreille. Hoitotakuun toteutumistakin mitataan puutteellisesti, kun ollaan kiinnostuneita vain jonossa olevien potilaiden määrästä. Tämän vuoksi moni kunta ottaa yhtä aikaa potilaita hoitoon aivan liian suuren määrän, jolloin yksittäisen potilaan hoitovälit venyvät kohtuuttoman pitkiksi ja myös hoidot saattavat kärsiä. Tämä tuo mukanaan kiireen ja työpaineen sekä heikentää työn hallittavuutta.

Yleinen hässäkkä, kiire, liian suuri työmäärä, huonosti johdettu organisaatio, alati muuttuvat järjestelyt, tunne oman reviirin kaventumisesta eivät ole omiaan lisäämään julkisen sektorin houkuttelevuutta. Suun terveydenhuollossa on onneksi myös monia varsin hyvin toimivia työpaikkoja. Toimivuus ei aina ole kiinni kunnan koostakaan.

Työn hallintaa lisäävien toimenpiteiden lisäksi tarvitaan myös muuta:

- hyvät perehdyttämisohjelmat
- kuntien taloudellisista syistä jäädyttämät vakanssit tulee täyttää
- hyvien toimintamallien hyödyntäminen, esimerkiksi Helsingin kaupungin Kätsy-ohjelma, jolla houkuteltu paljon opiskelijoita töihin
- palkkaukselliset keinot, erityisesti syrjäisemmille alueille tarvitaan palkkahoukuttimia ja työajan joustoja
- urakehitysmahdollisuuksien käyttö
- täydennyskoulutus, joka ei ole kovin hyvin eikä riittävästi järjestetty tällä hetkellä
- jatkokoulutus- ja tutkijakoulutusmahdollisuuksien nykyistä parempi yhdistäminen terveyskeskustyyöhön; tekeillä olevan tutkimuksen mukaan moni nuori hammaslääkäri toivoo mahdollisuutta jatkokoulutukseen
- yleinen imagon kohotus ja siihen panostaminen

Suomen Hammaslääkäriliitto ry

Pirkko Grönroos  
puheenjohtaja

Matti Pöyry  
toiminnanjohtaja