



26.4.2016

Sosiaali- ja terveysministeriö
STM083:01/2013

HAMMASLÄÄKÄRILIITON LAUSUNTO ERIKOISLÄÄKÄRI- JA ERIKOISHAMMASLÄÄKÄRITARPEEN ARVIOINNISTA VUOTEEN 2030

Suomen Hammaslääkäriliitto kiittää ansiokkaasti ja perusteellisesti kootusta raportista sekä mahdollisuudesta antaa lausuntonsa raportissa esitetystä 1) arviointimenetelmästä sekä 2) menetelmää käyttäen tehdystä erikoisalakohtaisesta ja alueellisesta määrällisestä erikoishammaslääkäriskoulutustarpeen arvioinnista vuoteen 2030. Lausunnossa esitetään myös muita huomioita raportista.

1) Arviointimenetelmä

Suun terveydenhuollon palvelujärjestelmä on poikennut muusta terveydenhuollosta etenkin aikuisväestön palvelutuotannon osalta. Yksityissektori tuottaa noin puolet aikuisten suun terveydenhuollon palveluista. Hoidon porrastus on muuhun terveydenhuoltoon verrattuna osin vielä kehittymätöntä. Suusairauksien erikoissairaanhoidon kehitys on ollut 1980-luvulta lähtien, ja nykyään kaikissa keskussairaaloissa on suusairauksien poliklinikat. Suurimpia yliopistosairaaloita lukuun ottamatta yksiköt ovat pieniä ja keskittyneet pääasiassa suu- ja leukakirurgiaan. Terveyskeskuksissa tarjottava erikoishammaslääkäritasoinen hoito on keskittynyt lähinnä suurimpiin kaupunkeihin.

Raportissa on hyvin tuotu esiin perustelut erikoishammaslääkärimäärän riittämättömyydelle tarpeeseen nähden sekä erikoishammaslääkärityövoiman alueellinen epätasapaino. Tällä hetkellä maamme työikäisistä hammaslääkäreistä n. 15 % on erikoishammaslääkäreitä, mikä on hälyttävän pieni osuus. Kuten raportissa on mainittu, erikoishammaslääkärimäärän kehitys on yhteydessä peruskoulutettujen hammaslääkärien määrään. Vaikka väestön kasvu edellyttää hammaslääkärimäärän kasvattamista, tulee työnjaon kehittyminen ja vaatimukset tuottavuuden kasvusta todennäköisesti vähentämään peruskoulutettujen hammaslääkärien tarvetta jatkossa. Hammaslääkäriliitto on jo aikaisemmin tuonut esille, että peruskoulutuksen aloituspaikkamääriä tulisi supistaa muutamilla kymmenillä säilyttäen kuitenkin opetus kaikissa neljässä yksikössä. Tämä vaikuttaisi erikoishammaslääkärien prosentuaaliseen osuuteen.

Arviointimenetelmän pohjautuminen julkisen terveydenhuollon erikoishammaslääkärivajeelle (KT Kuntatyöntekijöiden tekemä selvitys erikoissairaanhoidon vajeesta) on suun terveydenhuollossa ongelmallista, koska ainoastaan 16% erikoishammaslääkäreistä työskentelee erikoissairaanhoidossa ja erikoishammaslääkäritasoisia hoitoa annetaan myös yksityissektorilla. Lisäksi sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa on tarpeeseen nähden liian



vähän erikoishammaslääkärivakansseja. Ongelmana ei siis ole niinkään vakanssien täyttöaste vaan niiden vähäinen määrä. Arviointimenetelmässä käytetty vajetieto ei tuo esiin todellista tilannetta. Hammaslääkäriliitto kartoitti erikoishammaslääkärihoidon tarvetta ja sen saatavuutta vuonna 2012 (Forss H, Eerola A, Koivumäki J: Erikoishammaslääkäripalvelujen tarve hammaslääkärien arvioimana, 2013). Tämän selvityksen mukaan sen hetkinen työvoima julkisella ja yksityisellä sektorilla (644 erikoishammaslääkärinä) pystyi kattamaan vain 44% hoidon tarpeesta. Julkisen sektorin erikoishammaslääkärivakanssien puute vaikeuttaa myös merkittävästi erikoishammaslääkärikoulutusta niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossakin.

Hammaslääkäriliitto ehdottaakin, että arviointia varten luotaisiin uusi koulutustarvemenetelmä, joka huomioisi myös erikoisalakohtaisen ja alueellisen hoidontarpeen. Hammaslääkäriliitto on mielellään mukana uuden menetelmän kehittämisessä.

2) Erikoisalakohtainen ja alueellinen määrällinen erikoishammaslääkärikoulutus-tarpeen arviointi vuoteen 2030

Hammaslääkäriliitto on samaa mieltä selvityshenkilön kanssa, että erikoishammaslääkärikoulutusta tulee lisätä ja pyrkiä alueelliseen työvoimatasapainoon. Lyhyen tähtäimen tavoitteena koulutuksen kaksinkertaistaminen vaikuttaa realistiselta. Koska arviointimenetelmän lähtökohdat ovat puutteelliset, on yksittäisten erikoisalojen/painotusalueiden koulutustarpeiden arvioiminen tämän selvityksen perusteella lukumäärällisesti ongelmallista. Koulutustarvearvio tulisikin mahdollisimman pian tehdä uudelleen em. uuden arviointimenetelmän avulla, jotta koulutuksen todellinen lisäystarve tulisi esille. Apollonian jaostot ovat hyvin perustelleet erikoisala-/painotusaluekohtaiset tarpeensa, mutta Hammaslääkäriliitto haluaa tuoda näiden lisäksi vielä muutamia erikoisalakohtaisia näkökulmia esille.

Hammaslääketieteellinen diagnostiikka / Suupatologia

Tämän painotusalan kohdalla raporttiluonnoksesta puuttuu Apollonian jaoston vastaus. Väestön vanhetessa suun muutokset lisääntyvät ja kudoksenäytteiden ottaminen ja suulääketieteen osaamistarve lisääntyvät. Myös suuontelon syöpä on lisääntymässä. Suupatologeja tarvitaan sekä kliinisen patologian ja suulääketieteen osaamista vaativiin tehtäviin että akateemiseen opetukseen ja erikoishammaslääkärikouluttajiksi. Suulääketiede on osa suupatologian erikoistumisohjelmaa. Suupatologian painotusalueen erikoishammaslääkärit työskentelevät pääosin yliopistoissa ja yliopistosairaaloissa, ja keskittäminen juuri näihin yksiköihin onkin tämän alan kohdalla järkevää. Lisäksi keskussairaaloihin tarvittaneen 1-2 suupatologia. Suupatologian erikoishammaslääkäritarvetta arvioitaessa tulisikin huomioida yliopistojen tarpeen lisäksi myös kliinistä työtä tekevien suulääketieteen erikoisosaajien tarve.

Kliininen hammashoito / Protetiikka ja parentafysiologia

Protetiikan ja parentafysiologian painotusalan osalla eläköityminen on merkittävää vuoteen 2030 mennessä. Suurin osa ko. alan erikoishammaslääkäreistä työskentelee yksityissektorilla, jossa osa-aikatyö on yleistä. Julkisella sektorilla työskentelevien erikoishammaslääkärien määrä on riittämätön. Yliopistollisten sairaaloiden lisäksi vain harvassa keskussairaalassa tai



terveyskeskuksessa on ko. alan erikoishammaslääkäreitä. Julkisen sektorin perusterveydenhuollon riittämättömyys vastata hoidon tarpeeseen on johtanut potilaiden ohjaamiseen kalliiseen erikoissairaanhoidon tai monin paikoin jopa hoitamatta jättämiseen. Moniongelmaisten ja – sairaiden potilaiden hoito kohdentuu julkiseen terveydenhuoltoon, ja erikoishammaslääkäritason hoidon tarve on kasvanut. Erikoishammaslääkärien epätasainen alueellinen jakautuminen ei ole nykyisellä määrällä korjattavissa. Proteettisen hoidon tarvetta tulee merkittävästi lisäämään ikääntyneen väestön suhteellisen osuuden kasvu. Protetiikan osajia tarvitaan yhä useammin osaksi lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen monialaisia hoitoryhmiä. Edellä mainittujen syiden vuoksi koulutusta tulisi lisätä merkittävästi.

Suu- ja leukakirurgia

Suu- ja leukakirurgian koulutustarve on tässä raporttiluonnoksessa käsitelty sekä lääketieteen erikoisalojen että hammaslääketieteen erikoisalojen arvioinnissa. Alan koulutuksen historiallinen tausta ja alueelliset erot koulutuksessa ovat todennäköisesti syynä näiden arviointien eroihin. Seuraavassa arvioinnissa olisikin hyvä pyrkiä yhteiseen arvioon alan koulutustarpeesta.

Muita huomioita

- Työvoiman tarpeeseen ja työvoiman kysyntään liittyvät asiat olisi hyvä koota raportissa samaan kohtaan. Työvoiman tarve ja kysyntä olisi käsitteinä hyvä avata ja kuvata mahdollisimman monipuolisesti, mitkä asiat vaikuttavat sekä tarpeeseen että kysyntään.
- Raportin joissakin kohdissa tarkoitetaan ”lääkäri”-sanalla ilmeisesti myös hammaslääkäreitä. Tämä olisi paikoitellen hyvä täsmentää. Esimerkiksi:
 - s. 2, toiseksi viimeinen kappale: koskee myös hammaslääkäreitä
 - s. 4, viimeinen kappale: sairastavuustietoja ei ole huomioitu suun terveydenhuollon osalta
- S. 4, viimeinen kappale: hammaslääkärien ammattikunta on aina ollut hyvin naisvaltainen (n. 70% hammaslääkäreistä on naisia).
- S. 17, ensimmäinen kappale: epäselväksi jää, missä selvityksessä on todettu erikoishammaslääkärimäärän noustessa perushammaslääkärimäärän vähentyvän ja tämän johtavan entistä suurempiin vaikeuksiin saada syrjäseuduille hammaslääkäreitä.
- S. 17, toinen kappale: Hammaslääkäripalvelujen yleiseen tarpeeseen vaikuttavat raportissa mainittujen lisäksi poliittiset linjaukset, yhteiskunnallinen päätöksenteko ja kehitys, taloudellinen tilanne sekä panostus ennaltaehkäisyyn yksilö- ja väestötasolla.
- S. 17, toiseksi viimeinen kappale: aloituspaikkamäärä on vuodesta 2011 ollut 185.
- S. 22, vuonna 2015 Suomessa laillistetuista tutkintonsa suoritti Suomessa 134 ja ulkomailla 37.
- S. 23, toinen kappale: Ulkomailla koulutuksensa saaneita arvioidaan tällä hetkellä olevan n. 300, joten kappaleen ensimmäinen lause on harhaanjohtava. Vuosina 2012–2013 ulkomailla tutkintonsa suorittaneita laillistettiin enemmän kuin Suomessa tutkintonsa suorittaneita, mutta ulkomaalaisten määrä on silti varsin pieni.
- S. 23, kolmas kappale: protetiikan ja parentafysiologian painotusosalasta on jäänyt pois sana ”parentafysiologia”.



- S. 24, viimeinen kappale: Hammaslääkäriliitto tekee työvoimaselvityksen yhdessä KT Kuntatyönantajien, sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Tuoreimman vuoden 2015 selvityksen mukaan hammaslääkärivaje on 6,2% eli 127 hammaslääkärinä.
- S. 27: väestön sairastavuustiedoista puuttuvat tiedot suun sairauksien osalta
- S. 76 ja 77 taulukoissa on yhtenä sarakeotsikkona ”ERL-yhdistysten tarve %”. Muissa vastaavissa kohdissa on kirjoitettu ”ERL-yhdistysten tarvearvio”.

Suomen Hammaslääkäriliitto ry.

Sirpa Korhonen
puheenjohtaja

Anja Eerola
varatoiminnanjohtaja