



Suomen Hammaslääkäriliitto
Finlands Tandläkarförbund



Suomen Hammaslääkäriliiton Työmarkkinatutkimus 2013

Yhteenvetoraportti

SUOMEN HAMMASLÄÄKÄRILEHTI 8/2013
TMT-LIITE

Suomen Hammaslääkäriliiton Työmarkkinatutkimus 2013

Yhteenvetoraportti

Tilasto-analyysit: Jaakko Koivumäki

Tilastografikka ja jäsenrekisteritiedot: Seija Kokora

Toimitus ja taitto: Annariitta Kottonen

Viittaukset tähän julkaisuun:

Suomen Hammaslääkäriliitto. Työmarkkinatutkimus 2013.

Suom Hammaslääkäril 2013; 20 (8): TMT-liite.



Sisältö

Tutkittua tietoa edunvalvonnan tueksi	4
1. Hammaslääkäreiden lukumääristä ja työskentelypaikoista.....	5
2. Työajat	7
3. Työsuhteisten palkat ja ammatinharjoittajien vuositulot.....	8
4. Yksityishammaslääkäreiden työllisyystilanne.....	9
5. Terveyskeskusten tilanne.....	10
6. Ammatillinen täydennyskoulutus.....	11
7. Kliininen autonomia ja työn sisältö.....	13
8. Työhyvinvointi.....	14
9. Ammattikunnan yhtenäisyys ja tyytyväisyys Hammaslääkäriliiton toimintaan	15

Tutkittua tietoa edunvalvonnan tueksi

Työmarkkinatutkimus on Hammaslääkäriliiton vuosittainen tutkimus, joka tuottaa tietoa hammaslääkärien työajoista, tuloista, potilasmäärästä, täydennyskoulutuksesta ja työhyvinvoinnista.

Tutkimus kertoo myös, kuinka hammaslääkärit jakautuvat eri toimipaikoille ja esimerkiksi sen, kuinka moni hammaslääkäri työskentelee määräaikaisessa työsuhteessa. Terveyskeskuksissa työskentelevät hammaslääkärit antavat liitolle vastauksillaan arvokasta tietoa terveystieteiden hoitojärjestelyjen toimivuudesta. Tutkimuksella seurataan myös ammattikunnan yhtenäisyydessä tapahtuvia muutoksia. Tänä vuonna uutena teemana kartoitettiin työn sisältöä ja organisointia.

Työmarkkinatutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä 3.4.–24.4.2013. Kysely lähetettiin jokaiselle alle 63-vuotiaalle hammaslääkärille ja jokaiselle jo 63 vuotta täyttäneelle työelämässä vielä mukana ollelle hammaslääkärille. Toimiva sähköpostiosoite löytyi 3 663:lta kohdejoukkoon kuuluvalta, mikä on noin 83 % kohdejoukosta. Kolmen muistutuksen jälkeen lopulta 1 428 hammaslääkärää vastasi kyselyyn, joten vastausasteeksi tuli 39 %. Vastausaste nousi kaksi prosenttiyksikköä edellisvuodesta, mutta saisi olla vielä paljon korkeampi. Pieni vastausaste on varsinkin pienimpien ryhmien osalta ongelmallinen ja eräät isolta vaikuttavat vuosimuutokset saattavat olla todellisuudessa pelkkää satunnaisvaihtelua.

Kuten vuoden 2012 työmarkkinatutkimuksessa, nytkin kyselyyn vastanneista 96 % oli työskennellyt vähintään yhden päivän maaliskuussa. Loput olivat perhevapaalla, kokoaikaisella eläkkeellä tai muuten poissa työelämästä. Työmarkkinakysymykset suunnattiin vain maaliskuussa työskennelleille.

Työmarkkinaedunvalvonnan peruskysymyksistä suurin mielenkiinto kohdistuu yleensä ansioihin ja työaikoihin. Työmarkkinatutkimuksen tulokset kertovat, että kokoaikaisina itseään pitävien hammaslääkärien päätoimen mediaaniansio oli maaliskuussa 6 162 € kuukaudessa. Sivutyöt huomioiden kaikkien työssä olevien hammaslääkärien kokonaisviikkotyöaika oli 36,3 tuntia. Osa-aikaeläkkeet työuran loppupäässä ja pienten lasten vanhempien suosima lyhennetty työaika painavat keskiarvoa alaspäin. Vuonna 2011 tai sen jälkeen valmistuneista valtaosalla ruuhkavuodet eivät ole vielä alkaneet, mikä näkyy myös työtuntien

keskiarvossa, joka on kaikkein pisin, 37,8 tuntia.

Yksityishammaslääkärien työllisyystilanne on tutkimuksen valossa säilynyt suhteellisen hyvänä. Yksityishammaslääkäreistä 75 % pitää potilasmääräänsä sopivana. Liian vähän potilaita on 9 %:lla kyselyyn vastanneista, vuotta aiemmin osuus oli 10 %.

Terveyskeskusten tilanne on vaikeutunut entisestään. Terveyskeskuksissa työskentelevistä hammaslääkäreistä vain 35 % on sitä mieltä, että oman terveystieteiden hoitojärjestelyt mahdollistavat tällä hetkellä potilaiden hyvän hoidon, kun vuotta aiemmin näin koki 39 %. Terveyskeskuksissa työskenteleviä hammaslääkäreitä kuormittavat työn hallintaan liittyvät ongelmat. Yli puolet heistä kokee esimerkiksi hallitsevansa huonosti tai melko huonosti ajanvarauskirjaansa potilasmäärien suhteen.

Alle 35-vuotiaiden hammaslääkärien työhyvinvointi on heikentynyt edellisvuodesta, ja nyt myös ikäryhmän työn imun keskiarvo on laskenut muiden ikäryhmien alapuolelle. Työuupumuksen on jo havaittu aiemmissa tutkimuksissa olevan yleisempää alle 35-vuotiailla.

Työn sisällössä ja organisoinnissa on isoja eroja työpaikkojen välillä. Kliinisen autonomian koetaan toteutuvan parhaiten yksityishammaslääkärien työssä. Koettu työn sisällöllinen haasteellisuus on taas suurinta yliopistoissa. Määrällisesti kuormittavinta työn koetaan olevan terveystieteiden keskuksissa.

Raportti on ryhmitelty yhdeksän temaattisen osikokseen. Jokainen kappale alkaa lyhyellä johdannolla, jossa esitellään taustatietoja ja poimintoja tuloksista. Tämän jälkeen esitellään keskeiset tulokset kuvioina. Ryhmien vertailut tehdään pääsääntöisesti samalla jaottelulla, ja lähtökohtana niissä on vastajan päätoimi. Ryhmäkohtaisia tuloksia ei esitetä, mikäli alle 10 henkilöä ryhmästä on vastannut kysymykseen.

Lämmin kiitos kaikille kyselyyn vastanneille!

Matti Pöyry
toiminnanjohtaja

Anja Eerola
varatoiminnanjohtaja

Jaakko Koivumäki
työmarkkinatutkija

1. Hammaslääkärien lukumääristä ja työskentelypaikoista

Hammaslääkäriliiton jäsenrekisterissä on 4 015 (v. 2012: 4 036) alle 63-vuotiaasta Suomessa asuvaa hammaslääkärinä, joista 74 on kokoaikaisella eläkkeellä. Yli 62-vuotiaita hammaslääkäreitä on työelämässä mukana 395 (v. 2012: 364). Yhteensä työelämässä on näin ollen 4 336 järjestäytyntä hammaslääkärinä (v. 2012: 4 325). Lisäksi arviolta 200–300 Suomessa toimivaa hammaslääkärinä ei kuulu liittoon. Lääkärien työttömyyskassan tietojen mukaan vuoden 2012 lopussa työttömänä oli 28 hammaslääkärinä (v. 2012: 21).

Työelämässä mukana olevien hammaslääkärien keski-ikä on 49,7 vuotta. Naisten osuus on 69,8 %. Erikoishammaslääkäreitä on 657 (n. 15 % työelämässä olevista) ja tohtorin tutkinnon suorittaneita – tämän kyselyn mukaan – 5 % hammaslääkäreistä. Jonkin Hammaslääkäriliiton erityispätevyyden on suorittanut yhteensä 177 (n. 4 %) hammaslääkärinä.

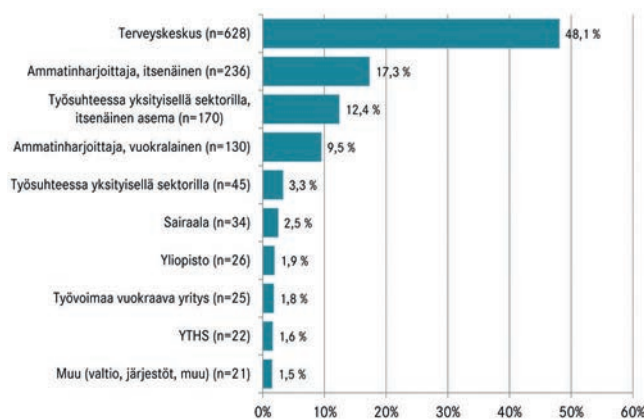
Työmarkkinatutkimuksen vastaajista alle 35-vuotiaita on 10 %, 35–50-vuotiaita 30 % ja yli 50-vuotiaita 60 %. Vuoden takaiseen verrattuna on yli 50-vuotiaiden vastaajien osuus kasvanut peräti viisi prosenttiyksikköä. Naisten osuus on 70 % (v. 2012: 71 %) ja erikoishammaslääkärien 15 % (v. 2012: 15 %).

Päätoimessa terveyskeskuksessa työskentelee 48 % vastaajista. Seuraavaksi suurimmat ryhmät ovat

itsenäiset ammatinharjoittajat (17 %), itsenäiset työsuhteiset (12 %) ja vuokralaisina työskentelevät ammatinharjoittajat (10 %). Edellisvuoteen verrattuna on terveyskeskusten osuus pienentynyt 1,5 prosenttiyksikköä. Ammatinharjoittajina vuokralaisina toimivien osuus on kasvanut lähes kaksi prosenttiyksikköä. Yksityisen sektorin ryhmistä ainoastaan päätoimisten vuokrahammaslääkärien määrä on vähentynyt. Muutoksissa on kyse enemmän vastausaktiivisuuden muutoksista kuin työmarkkinoiden rakenteiden muuttumisesta. Jäsenrekisterin tietojen mukaan 47,5 %:lla hammaslääkäreistä on päätoimi terveyskeskuksessa, joten aineiston edustavuus on parantunut viimevuodesta.

Hammaslääkärien työsuhteista määräaikaista on 10 %. Ylivoimaisesti eniten määräaikaista on yliopistoissa. Nyt peräti 58 % yliopistoissa työskentelevistä vastaajista on määräaikaista työsuhteessa. Osa-aikatyötä tekee 23 % vastaajista. Osa-aikatyöksi työnsä määrittäneiden vastaajien keskimääräinen viikkotuntimäärä on 23.

Sivutyötä tekee 27 % vastaajista. Yliopistoissa ja sairaaloissa työskentelevistä yli 70 %:lla on sivutyö. Terveyskeskuksissa päätoimisesti työskentelevistä 24 %:lla on sivutyö: osuus on pienentynyt edellisvu-



Kuvio 1. Päätoimi.

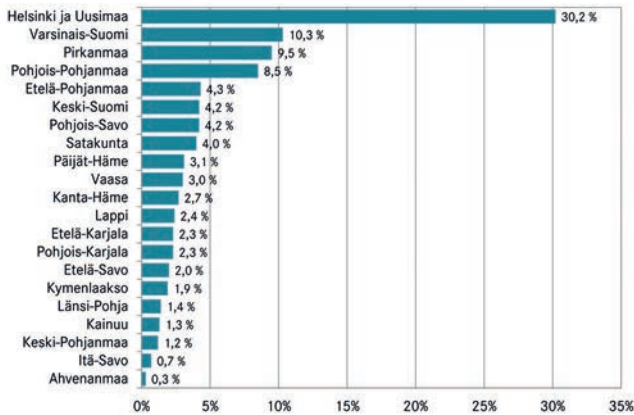


Kuvio 1b. Keskimääräinen työskentelyaika eri päätoimissa.

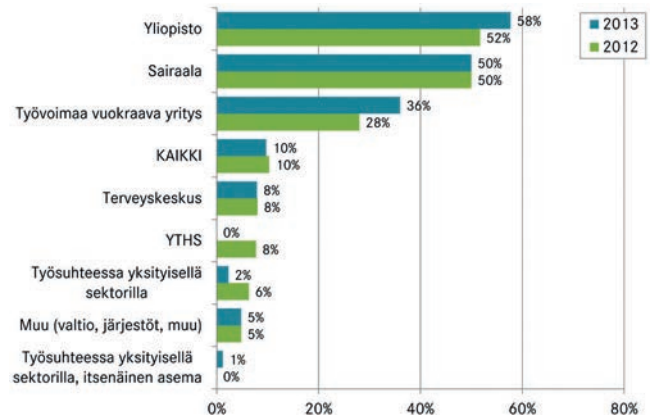
desta kolme prosenttiyksikköä. Yleisimmin sivutyötä tehdään ammatinharjoittajana vuokralaisena (5,3 %). Siinä missä työvoimaa vuokraavien työpaikkojen osuus päätoimista on supistunut viimevuodesta, on osuus sivutoimista noussut lähes prosenttiyksikön olleen nyt kolme prosenttia. Selvästi siis suuremmalle osalle työvoimaa vuokraava yritys on sivu- kuin päätoimi.

Erikoishammaslääkärien määrää pidetään yleisesti ottaen liian pienenä. Vaativan hoidon kysyntä on huomattavasti suurempaa kuin mitä siitä voidaan tällä hetkellä kattaa (Forss ym., 2013). Ilman käytännön työn ja täydennyskoulutuksen kautta vaativiin hoitoi-

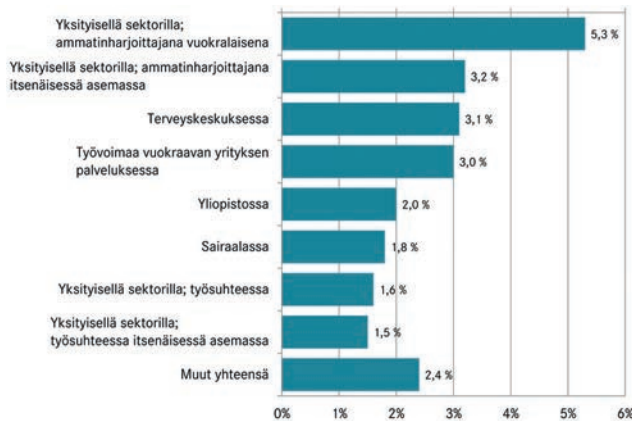
hin perehtyneitä hammaslääkäreitä tilanne olisi todella surkea. Työmarkkinatutkimukseen oli lisätty erikoishammaslääkäri-kysymykseen vaihtoehdoksi edellä kuvatunlainen perehtyneisyys. Itse arvioituna 22 % hammaslääkäreistä on perehtynyt työssään johonkin erikoisalaan.



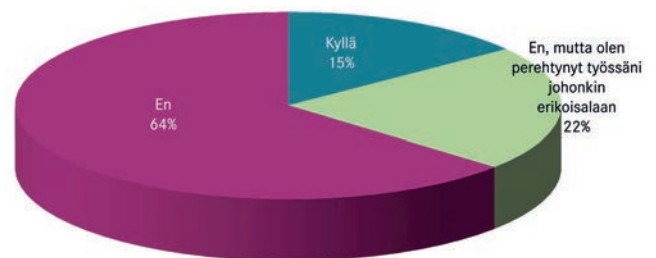
Kuvio 2. Päätoimen sijainti.



Kuvio 3. Määräaikaisten työsuhteiden osuus.



Kuvio 4. Yleisimmät sivutyöpaikat. Osuudet laskettu kaikista maaliskuussa töitä tehneistä.



Kuvio 5. Onko suorittanut erikoishammaslääkäriin tutkinnon.

2. Työajat

Hammaslääkärien työajat vaihtelevat paitsi määrällisesti (kuinka paljon tehdään työtunteja) myös laadullisesti (mihin tehtäviin työaika jakaantuu). Lisäksi vaihtelua esiintyy sekä eri työpaikkojen sisällä, so. yksilöiden välillä, että eri työpaikkojen/sektorien välillä.

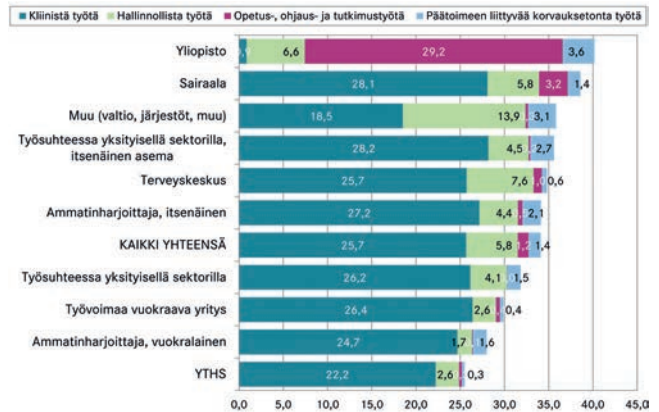
Työmarkkinatutkimuksessa vertaillaan hammaslääkärien työaikoja ja niiden rakennetta yli sektorirajojen tiedostaen tähän liittyvät haasteet. Esimerkiksi ”hallinnollinen työ” saa epäilemättä erilaisia sisältöjä vastaajasta riippuen. Verrattuna vuoden takaiseen (ensimmäiseen työmarkkinatutkimukseen) vaikuttaa kuitenkin siltä, että vastaamista ei tänä vuonna enää koettu yhtä usein ”mahdottomaksi tehtäväksi”.

Päätoimen työviikon pituus oli maaliskuussa 2013 keskimäärin 34,1 tuntia (2012: 34,4). Kliinistä työtä oli keskimäärin 25,7 tuntia (25,4), hallinnollista työtä 5,8 tuntia (6,2), opetus-, ohjaus- ja tutkimustyötä 1,2 tuntia (1,4) ja korvauksetonta työtä 1,4 tuntia (1,4). Kuten vuonna 2012, pisin työviikko oli päätoimessa yliopistossa ja sairaaloissa työskentelevillä.

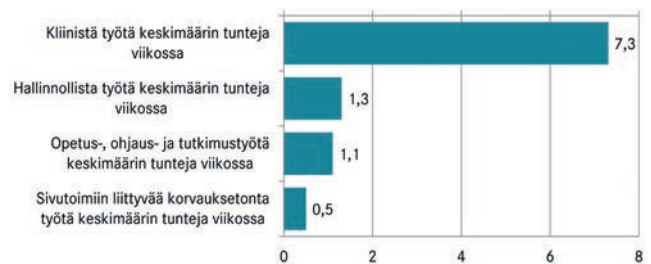
Hammaslääkäriin sivutyöt työllistivät keskimäärin 10,2 tuntia viikossa (2012: 10,1). Kliinisen työn osuus sivutyön kokonaistuntimäärästä oli 72 %. Päätoimessa kliinisen työn osuus oli vastaavasti 75 %. Näyttää siltä, että keskiarvoina tarkastellen pää- ja sivutoimien työaikarakenne on hyvin samankaltainen.

Kaikki tunnit yhteenlaskien keskimääräinen hammaslääkäriin työviikko on pituudeltaan 36,3 tuntia. Vuotta aiemmin luku oli 37 tuntia. Ero selittyi sillä, että laskennassa tyhjat tiedot koodattiin tänä vuonna 0:ksi, kun viime vuonna näin ei tehty. Työaikatietojen kysymyksessä on sinänsä selkeä ohjeistus siitä, että pitäisi merkitä kenttään lukuarvo 0, mikäli ei tee kyseistä työaikamuotoa.

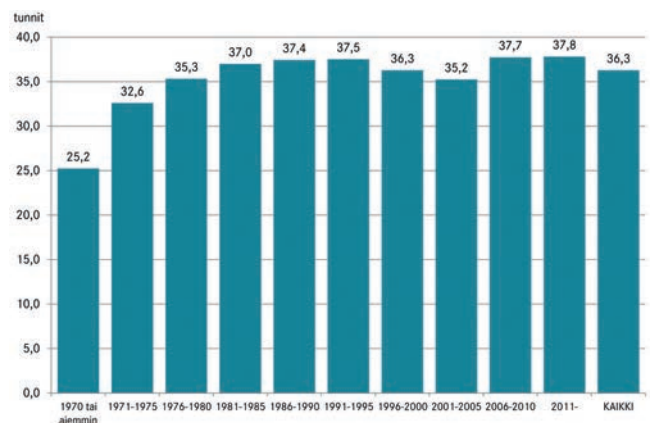
Työviikon pituus on vähintään 37 tuntia kaikissa vuosiryhmissä, joissa elämäntilanteesta johtuva osaaikaisuus on harvinaisempaa. Naisten työviikko on keskimäärin 3 tuntia lyhyempi kuin miesten. Miesten yhteenlasketun viikkotyötuntimäärän keskiarvo on suurempi jokaisessa ryhmässä. Pienimmillään, vain puoli tuntia, ero on vuonna 2011 tai sen jälkeen valmistuneilla.



Kuvio 6. Työtunteja keskimäärin viikossa päätoimessa maaliskuussa 2013.



Kuvio 7. Työtunteja keskimäärin viikossa sivutoimissa yhteensä sivutöitä tekeville maaliskuussa 2013.



Kuvio 8. Työtunteja keskimäärin viikossa pää- ja sivutoimissa yhteensä maaliskuussa 2013 laillistusvuoden mukaan.

3. Työsuhteisten palkat ja ammatinharjoittajien vuositulot

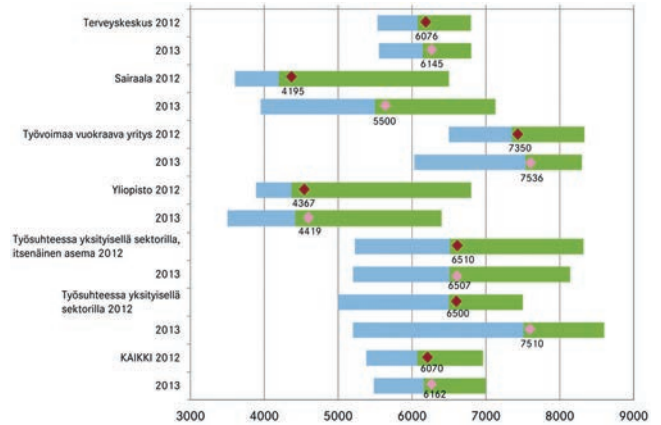
Palkkatietoja tiedusteltiin samoilla kysymyksillä kuin vuotta aiemmin. Tästä huolimatta eri vuosien lukuja ei voida vertailla kovin luotettavasti, koska ryhmien vastaajamäärät (ja vastausasteet) ovat (yhä liian) pieniä. Oman haasteensa tuo se, että yksityisellä sektorilla tulonmuodostus on monilla työsuhteisilla jakautunut palkka- ja pääomatuloon.

Palkkaluvuissa ovat mukana vastaajat, jotka mieltävät itsensä päätyössään kokoaikaisiksi. Tämä tarkoittaa eri tuntimäärää eri työpaikoissa. Säännöllisen työajan työtuntien mediaani tavanomaisella viikolla maaliskuussa oli terveyskeskuksissa 37 tuntia, sairaaloissa 38 tuntia, työvoimaa vuokraavissa yrityksissä 37 tuntia, yliopistoissa 40 tuntia, itsenäisillä työsuhteisilla 33 tuntia ja yksityisen sektorin muilla työsuhteisilla 35 tuntia. Kaikista työsuhteisistä laskien mediaani on 37 tuntia. Ainoat muutokset vuoden takaiseen tilanteeseen verrattuna ovat yksityisen sektorin itsenäisten työsuhteisten hammaslääkäreiden viikkotyötuntien mediaanin supistuminen yhdellä ja muiden työsuhteisten mediaanin kasvaminen kahdella tunnilla.

Kuvion palkkien ”pituus” kertoo palkkahajonnasta ryhmään kuuluvien vastaajien kesken. Palkin vasen reuna on alakvartiili, jota vähemmän tienaavia on 25 % ryhmän hammaslääkäreistä. Oikea reuna on puolestaan yläkvartiili, jota enemmän tienaavia on 25 % ryhmään kuuluvista vastaajista. Mediaanien perusteella ansiot ovat nousseet työsuhteessa työskentelevillä vuoden aikana 1,5 %. Kaikista laskettu mediaani on nyt 6 162 € kuukaudessa. Mediaani on suurin vuokrafirmoissa työskentelevillä ja yksityisen sektorin (ei-itsenäisillä) työsuhteisilla ja pienin yliopistoissa.

Kummallisuuksiakin kuviosta havaitaan. Sairaaloitten osalta ollaan nyt mediaanissa lähellä Tilastokeskuksen lukuja, mutta vuotta aiemmin mediaani oli selvästi todellista mediaania pienempi johtuen erikoistuvien hammaslääkäreiden yliedustuksesta vastaajien joukossa. Yksityisen sektorin työsuhteisten luvut herättävät myös kysymyksiä, vaikka työaikojen muutokset selittävätkin osan muutoksista.

Ammatinharjoittajilta kysyttiin tulotietoja ja tehdyn työn määrää vuoden 2012 osalta. Tarkastelun ulkopuolelle rajattiin vuokratuloja saaneet ammatinharjoittajat. Tulotietonsa ilmoitti 322 hammaslääkärää. Verotettavan vuositulon mediaani oli 76 000 €, klinisten työviikkojen mediaani 44 ja klinisten viikkotyö-



Kuvio 9. Säännöllisen työajan/päiväajan palkka kokoaikaisilla maaliskuussa 2012 ja 2013, €/kk (mediaani).



Kuvio 10. Työtunnit tavanomaisella viikolla säännöllisenä työaikana päätoimessa maaliskuussa 2012 ja 2013 (mediaani).

tuntien mediaani 25. Laskennallisen päivätulon mediaani, jossa oletetaan työpäivän pituudeksi 7,5 tuntia klinistä työtä, oli 585 €. Vuotta aiemmin luku oli 538 €. Vastaajia oli tuolloin 243. Ammatinharjoittajien vuosituloja ei voi sellaisenaan verrata palkansaajan tuloihin, mutta karkeasti ottaen näyttää siltä, että keskimäärin tulot ovat samaa suuruusluokkaa kuin työsuhteisilla yksityishammaslääkäreillä.

Työmarkkinatutkimuksen pohjalta päivitetään regressionanalyysia hyödyntävät nettilaskurit Palkkasondi/TMT ja Ammatinharjoittajien tulosondi. Palkkamallien avulla pystytään arvioimaan tarkemmin hammaslääkäreiden palkan/tulojen yhteyttä eri taustatekijöihin. Nettilaskurien valmistumisesta tullaan tiedottamaan liiton uutiskirjeessä.

4. Yksityishammaslääkärien työllisyystilanne

Yksityishammaslääkärien työllisyystilannetta on seurattu vuosikymmenien ajan osana Hammaslääkäriliiton omaa tutkimustoimintaa. Työmarkkinatutkimuksen vastaajista, jotka tekivät töitä maaliskuussa, 50 % työskenteli joko pää- tai sivutoimisesti yksityishammaslääkärinä (2012: 48 %).

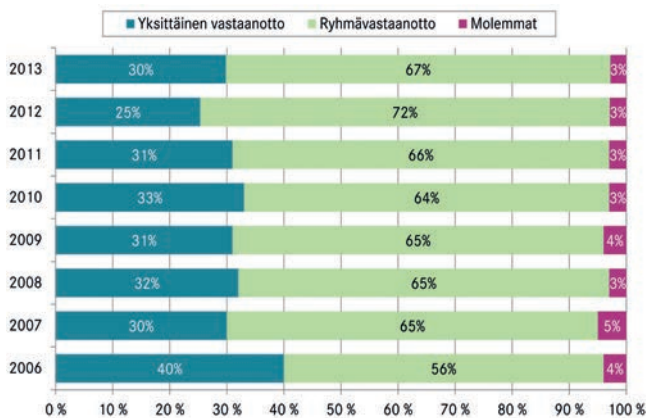
Yksityishammaslääkäreistä suurin osa (67 %) työskentelee ryhmävastaanotolla. Yksittäisten vastaanottojen määrä on ollut viime vuosina tasaisessa laskussa, joka näyttäisi kuitenkin nyt taittuneen. On mahdollista, että erityisesti yksittäisillä vastaanotoilla työskentelevät yksityishammaslääkärit ovat nyt aktivoituneet vastaamaan kyselyyn, ja että vuoden 2012 kyselyssä yksittäisten vastaanottojen osuus oli useamman prosenttiyksikön alle todellisen.

Valtaosa (75 %) yksityishammaslääkäreistä pitää potilasmääräänsä sopivana. Liian vähän potilaita on 9 %:lla kyselyyn vastanneista. Sairaanhoidopiireittäin

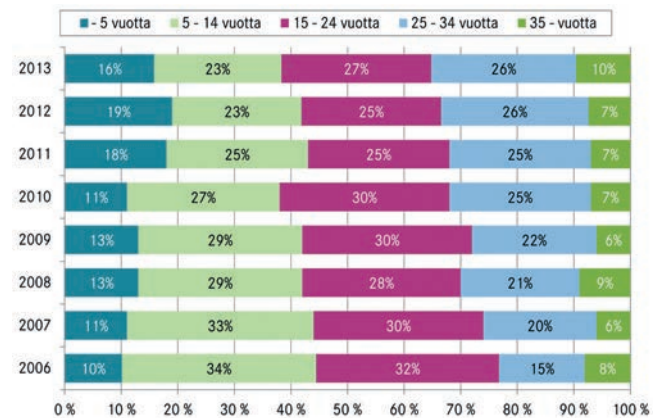
ei alueiden välillä ei ole merkittäviä eroja. Myöskään ammatinharjoittajina ja työsuhteessa toimivien yksityishammaslääkärien kesken ei ole merkittäviä eroja. Suhteellisesti eniten potilaspulaa on vuokralaisina toimivilla ammatinharjoittajilla (11 % kokee, että potilaita on liian vähän).

Vaikuttaa siltä, että aika ajoin eri yhteyksissä kentältä tulleet viestit potilaiden loppumisesta ovat joko yksittäisiä kokemuksia tai kapealle alueelle (esim. Helsingin, Oulun tai Turun keskustoihin) rajautuneita ilmiöitä. Toisaalta voi olla myös niin, että työllisyystilanteensa kanssa vaikeuksissa olevat jättävät useammin vastaamatta kyselyyn.

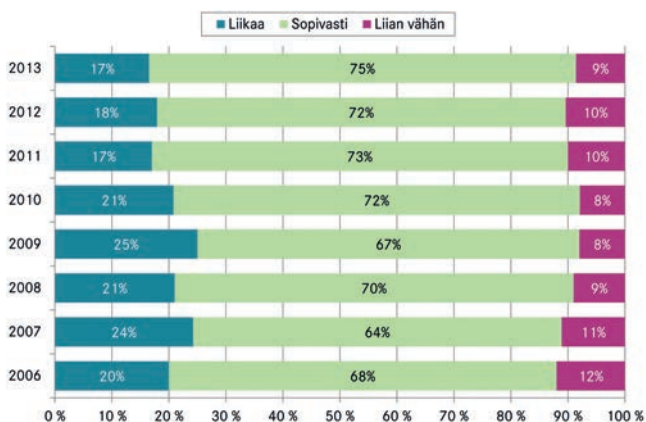
SFA10:n keskiarvohinta oli maaliskuussa 2013 66,3 € ja mediaani 65 €. Hinnannousu vuoden takaisesta kyselystä oli 2,4 %. Tilastokeskuksen huhtikuun 2013 hintaseurannan mukaan keskihinta oli 66,4 €.



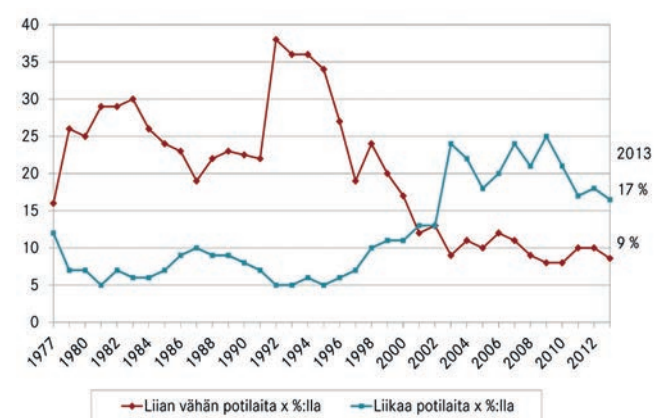
Kuvio 11. Vastaanoton tyyppi, jolla työskentelee.



Kuvio 12. Toiminta-aika paikkakunnalla.



Kuvio 13. Miten sinulla on potilaita...



Kuvio 14. "Liian vähän" ja "liian paljon" potilaita 1977-2013.

5. Terveyskeskusten tilanne

Työmarkkinatutkimuksen vastaajista 49 % (2012: 52 %) työskenteli maaliskuussa joko pää- tai sivutoimisesti terveyskeskuksessa. Yleistilanne terveyskeskuksissa näyttää pysyneen vaikeana. Kaikista terveyskeskuksissa työskentelevistä hammaslääkäreistä vain 35 % on sitä mieltä, että oman terveyskeskuksen hoitojärjestelyt mahdollistavat tällä hetkellä potilaiden hyvän hoidon. Vuotta aiemmin näin koki 39 %, joten asiat ovat menneet huonompaan suuntaan.

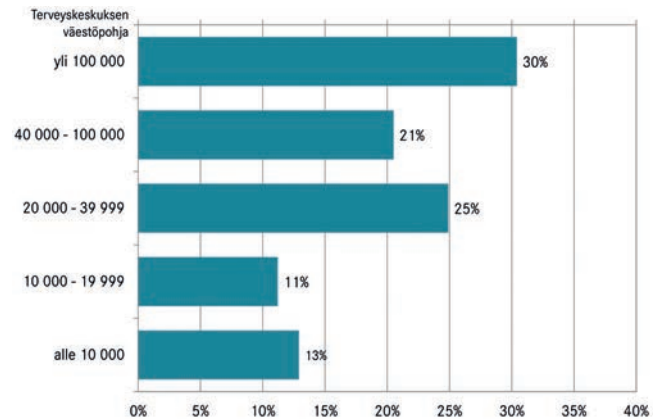
Positiivisena asiana voi pitää sitä, että tulevaisuus on hieman parantunut edellisvuodesta, joskin sen taso on yhä katastrofaalisen matala. Nyt 17 % uskoo, että tulevaisuudessa potilaille pystytään tarjoamaan entistä [sic] parempaa hoitoa, kun vuotta aiemmin näin ajatteli 14 % terveyskeskuksissa työskentelevistä hammaslääkäreistä.

Työn hallintaan liittyvät ongelmat kuormittavat terveyskeskuksissa työskenteleviä hammaslääkäreitä. Yli puolet kokee hallitsevansa huonosti tai melko huonosti ajanvarauskirjaansa potilasmäärien suhteen. Potilaista keskimäärin 22 % on päivystyspotilaita, ja korrelaatioanalyysien perusteella vaikuttaa siltä, että erityisesti 2. kiireytsluokkaan (hoidettava 3 vrk kuluessa) kuuluvat potilaat kuormittavat hammaslääkäreitä.

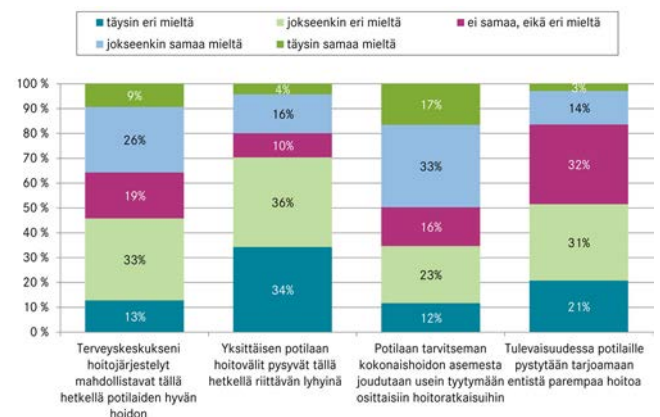
Potilaiden ohjaaminen hoitoon terveyskeskuksen ulkopuolelle on melko vähäistä. Ainoastaan suuremmissa kaupungeissa sitä tehdään hieman useammin. Kolmasosa yli 100 000 asukkaan väestöpohjan terveyskeskuksissa työskentelevistä hammaslääkäreistä ohjaa potilaita säännöllisesti hoitoon eri yhteistyökumppaneille (esimerkiksi palvelusetelillä).



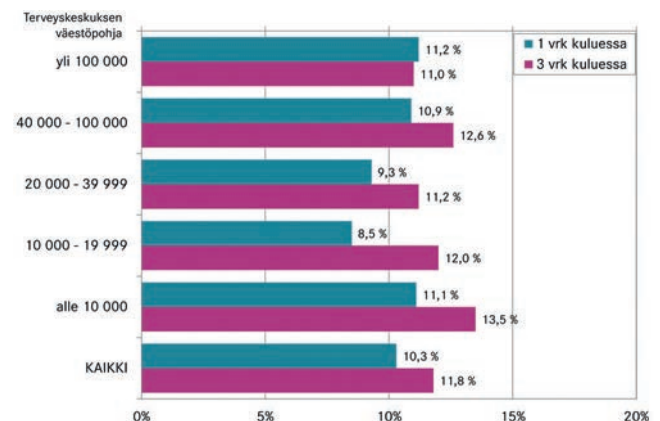
Kuvio 17. Kuinka hyvin pystyy hallitsemaan ajanvarauskirjaa potilasmäärien suhteen.



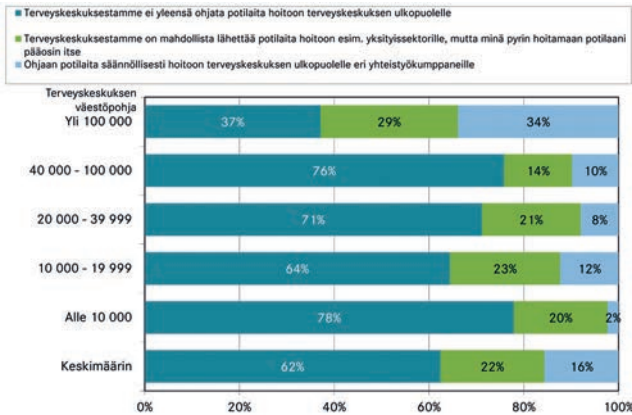
Kuvio 15. Terveyskeskuksissa työskentelevät hammaslääkärit terveyskeskuksen väestöpohjan mukaan.



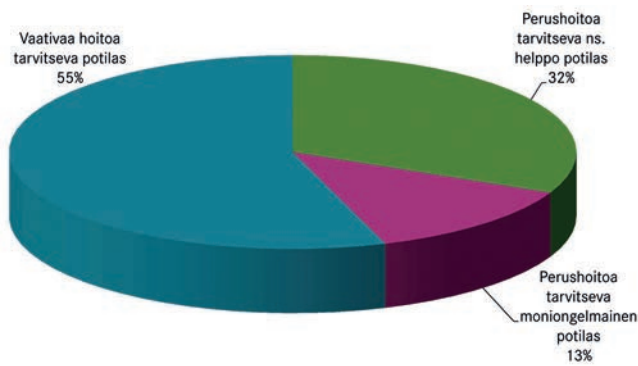
Kuvio 16. Kokemukset hoidon toteutumisesta terveyskeskuksissa.



Kuvio 18. Kuinka suuri osa (%) kaikista potilaista on päivystyspotilaita, jotka on (a) hoidettava 1 vuorokauden kuluessa ja (b) 3 vuorokauden kuluessa hoidon tarpeen määrätyksestä.



Kuvio 19. Potilaiden ohjaus hoitoon terveyskeskuksen ulkopuolelle



Kuvio 20. Jos ohjaa potilaita hoitoon yhteistyökumppaneille, millainen oli viimeisin potilas, jonka ohjasi hoitoon.

6. Ammatillinen täydennyskoulutus

Hammaslääkäriliiton vuoden 2013 Toimintasuunnitelmassa linjataan, että vuoden aikana laaditaan Suomen Hammaslääkäri-seura Apollonian ja Terveyskeskushammaslääkäriyhdistyksen kanssa suositus hammaslääkärin osaamisen suunnitelmalliseksi kehittämiseksi.

Samassa yhteydessä todetaan, että liitto korostaa elinikäisen oppimisen merkitystä, johon myös suositus liittyy. Hammaslääkärin korkeatasoinen ammatitaito on liiton strateginen ja edunvalvonnallinen tavoite. Se on yksi vahvan hammaslääkäriprofession kulmakivistä. Kysymys on tärkeä myös potilaiden näkökulmasta.

Osaamisen kehittämisessä ei kyse ole vain täydennyskoulutuksesta ja koulutuspäivien lukumäärästä, vaan myös asennoitumisesta. Työmarkkinatutkimuksessa asiaa kuitenkin tarkastellaan ammatillisen täydennyskoulutuksen ja koulutuspäivien näkökulmasta, joten tulokset tuovat yhden rajatun, joskin perinteisen näkökulman keskusteluun.

Valtioneuvoston periaatepäätöksen mukaan terveydenhuoltohenkilöstölle pitäisi järjestää täydennyskoulutusta peruskoulutuksen pituudesta, työn vaativuudesta ja toimenkuvan muuttumisesta riippuen keskimäärin 3–10 päivää vuodessa. Vaikka terveydenhuollon ammattihenkilöillä on lakisääteinen velvollisuus ylläpitää ja kehittää ammatitaitoaan, pakollista täydennyskoulutusta ei Suomessa hammaslääkäreillä ole kuin säteilysuojakoulutuksen osalta.

Edellä mainittuun suositukseen pohjalta Lääkäri-liitto määrittelee omassa täydennyskoulutussuosituksessaan koulutuspäivien minimimääräksi 10 päivää, koska heillä on terveydenhuollon ammattihenkilöistä pisin koulutus. Tätä logiikkaa noudattaen hammaslääkäreillä minimi voisi olla 9 päivää. Mitään tällaista virallista suositusta ei ole annettu, mutta sitä voi tässä käyttää jonkinlaisena vertailuarvona.

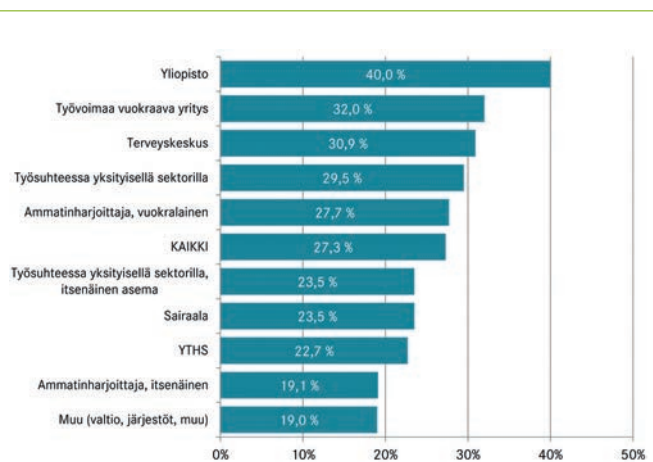
Kun huomioidaan kaikki täydennyskoulutus, on koulutuspäivien keskiarvo tällä hetkellä 7,2 päivää päätoimien osalta. Mediaani on vastaavasti 5 päivää. Toki voidaan arvioida, että jos sivutyöt huomioitaisiin, nousisivat keskiluvut hieman. Jos tarkastellaan julkisella sektorilla työskenteleviä, esimerkiksi terveyskeskusten hammaslääkäreitä, on huomioitava, että verrattaessa todellisuutta 9 päivän suositukseen, tu-

Taulukko 1. Kuinka monena päivänä on osallistunut päätoimessaan kuluneen 12 kuukauden aikana ammatilliseen täydennyskoulutukseen. Keskiarvot (suluissa keskiarvot vuonna 2012).

	Työnantajan työpaikalla järjestämä sisäinen koulutus	Työnantajan kustantama työpaikan ulkopuolinen koulutus	Työnantajan osittain kustantama koulutus	Kokonaan itse kustannettu koulutus
Terveyskeskus	2,8 (2,9)	3,1 (3,4)	0,7 (0,7)	0,7 (0,6)
Sairaala	2,4 (4,3)	4,5 (5,1)	2,6 (1,9)	0,7 (1,2)
Työvoimaa vuokraava yritys	1,3 (0,9)	2,0 (1,2)	0,8 (0,9)	3,0 (1,6)
Yliopisto	3,0 (4,2)	1,6 (2,9)	4,1 (3,4)	2,5 (3,3)
YTHS	1,9 (2,1)	2,8 (2,4)	0,7 (0,6)	0,5 (0,5)
Ammatinharjoittaja, itsenäinen	0,9 (1,0)	1,3 (1,5)	0,2 (0,2)	3,9 (3,8)
Ammatinharjoittaja, vuokralainen	1,1 (1,1)	0,4 (0,8)	0,2 (0,1)	3,9 (3,6)
Työsuhteessa yksityisellä sektorilla, itsenäinen asema	1,4 (1,1)	3,1 (3,6)	0,4 (0,4)	1,7 (1,6)
Työsuhteessa yksityisellä sektorilla	2,0 (2,2)	2,5 (3,9)	0,4 (0,4)	2,5 (1,4)
Muu (valtio, järjestöt, muu)	2,3 (2,2)	3,2 (3,4)	0,9 (0,8)	1,3 (0,9)
KAIKKI	2,1 (2,3)	2,6 (3,0)	0,7 (0,7)	1,8 (1,6)

lee ainakin kokonaan itse kustannettu koulutus rajata tarkastelun ulkopuolelle. Kolmen ensimmäisen sarakkeen keskiarvojen summa, 6,6 päivää, kertoo että täydennyskoulutuspäiviä ei ole riittävästi.

Ainoastaan 23 % hammaslääkäreistä ylittää 9 päivän keskiarvoon. Kolme prosenttia kyselyyn vastanneista hammaslääkäreistä ei ole osallistunut lainkaan täydennyskoulutukseen kuluneen 12 kuukauden aikana. Verrattaessa yleistilannetta vuoden takaiseen, näyttäisivät täydennyskoulutuspäivien määrät vähentyneen. Positiivistakin muutosta on tapahtunut: työvoimaa vuokraavat yritykset ovat lisänneet kustantamaansa täydennyskoulutusta. Niissä työskentelevät hammaslääkärit eivät olekaan enää tyytymättömin ryhmä, vaan tämä kyseenalainen kunnia on siirtynyt yliopistoille. Kaikista hammaslääkäreistä vain 27 % kokee saaneensa liian vähän täydennyskoulutusta. Moni on siis tyytyväinen määrään, vaikka se on alle sen mitä suositellaan minimimääräksi. Tämä ristiriita on haaste myös hammaslääkärien osaamisen kehittämiseksi.



Kuvio 21. Mielestään liian vähän päätoimessaan täydennyskoulutusta saaneiden osuudet.

7. Kliininen autonomia ja työn sisältö

Työterveyslaitoksen työhyvinvointitutkimuksissa (Hakanen & Perhoniemi, 2011) on selitetty hammaslääkärin työn imua ja työuupumusta työn voimavarojen ja työn vaatimusten mallin avulla. Tutkimuksissa on havaittu muun muassa, että kliininen autonomia, yksi työn voimavaroista, on yhteydessä työn imun kokemukseen. Vastaavasti esimerkiksi aikapaineet ja työn määrällinen kuormitus ovat työn vaatimuksina yhteydessä työuupumuksen kehittymiseen.

Tässä luvussa ei olla kiinnostuneita työhyvinvoinnin selittämisestä, vaan työn sisällöstä ja järjestelyistä itsessään. Lähtökohtana on työhyvinvointitutkimuksista lainattu kysymyspatteri työn vaatimuksista ja voimavaroista, jota analysoitiin pääkomponenttianalyysillä. Analyysin pohjalta muodostettiin kolme summamuuttujaa, jotka muodostuvat seuraavista väittämistä:

Kliininen autonomia ($\alpha = ,75$)

Voin tehdä paljon itsenäisiä päätöksiä työssäni
Minulla on paljon sanavaltaa omiin töihini
Minulla on hyvin vähän vapautta päättää, miten teen työni (asteikko käännetty)

Työn sisällöllinen haasteellisuus ($\alpha = ,83$)

Työni edellyttää minulta luovuutta
Työni vaatii pitkälle kehittyneitä taitoja
Työni vaatii, että opin uusia asioita
Työssäni saan tehdä paljon erilaisia asioita
Minulla on mahdollisuus kehittää minulle ominaisia kykyjä

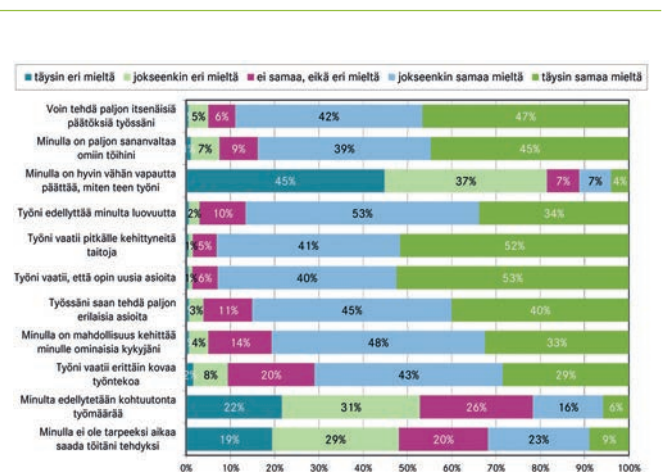
Työn määrällinen kuormittavuus ($\alpha = ,79$)

Työni vaatii erittäin kovaa työntekoa
Minulta edellytetään kohtuutonta työmäärää
Minulla ei ole tarpeeksi aikaa saada töitäni tehdyksi

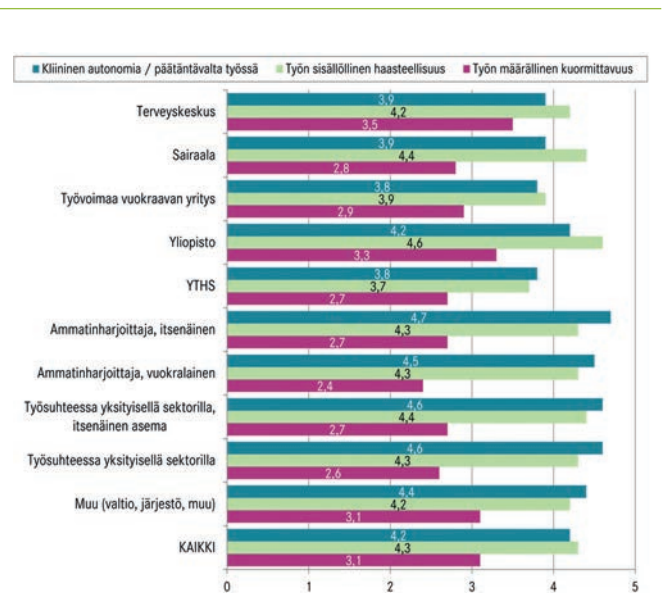
Väittämien summat jaettiin väittämien lukumäärällä, joten kaikki summamuuttujat vaihtelevat välillä 1–5. Toimipaikoittain tehdyn keskiarvovertailun perusteella kliininen autonomia on vahvin itsenäisessä asemassa toimivilla ammatinharjoittajilla ja heikoin työvoimaa vuokraavissa yrityksissä ja YTHS:illä. Työn sisällöllistä haasteellisuutta koetaan eniten yliopistoissa ja vähiten YTHS:illä. Työn määrällistä kuormit-

tavuutta puolestaan koetaan eniten terveyskeskuksissa ja vähiten ammatinharjoittajina vuokralaisina.

Monet erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Myös se on huomioitava, että mittarit ja varsinkin niiden nimet – siis asiat, joita ne väittävät mittaavansa – ovat tulkinnanvaraisia. Esimerkiksi työn sisällöllisen haasteellisuuden -mittarissa on väittämiä, jotka kuvaavat ennemminkin työn monipuolisuutta.



Kuvio 22. Työn yleinen sisältö ja järjestelyt.



Kuvio 23. Työn yleistä sisältöä ja järjestelyjä kuvaavien summamuuttujien keskiarvot.

8. Työhyvinvointi

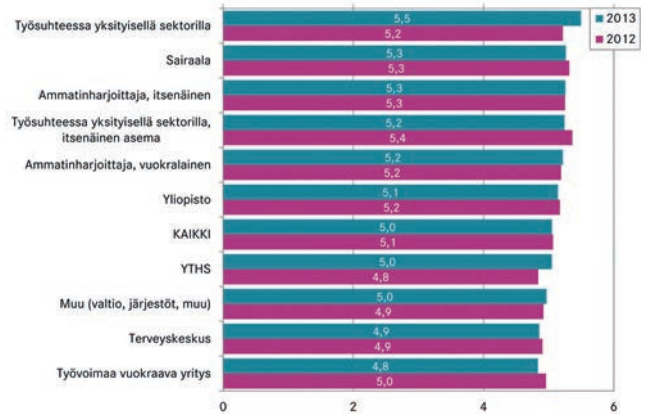
Työmarkkinatutkimuksessa seurataan työn imun ja työuupumuksen tasoissa tapahtuvia muutoksia. Käytetty työn imun lyhennetty mittari on summamuuttuja, joka koostuu kolmesta väittämästä: *Olen innostunut työstäni, Tunnen tyydytystä, kun olen syventynyt työhöni ja Tunnen itseni vahvaksi ja tarmokkaaksi työssäni.*

Työuupumus-mittari on niin ikään lyhennetty alkuperäisestä mittarista (Oldenburg Burnout Inventory). Sen väittämät ovat *Töiden jälkeen tunnen itseni puhki kuluneeksi, Tunnen itseni väsyneeksi ennen kuin saavun työhöni ja Työssäni tunnen itseni henkisesti loppuun imetyksi.* Mittarin asteikossa 0 tarkoittaa, ettei koskaan koe kyseistä tuntemusta, ja toinen ääripää, 6, päivittäistä kokemusta.

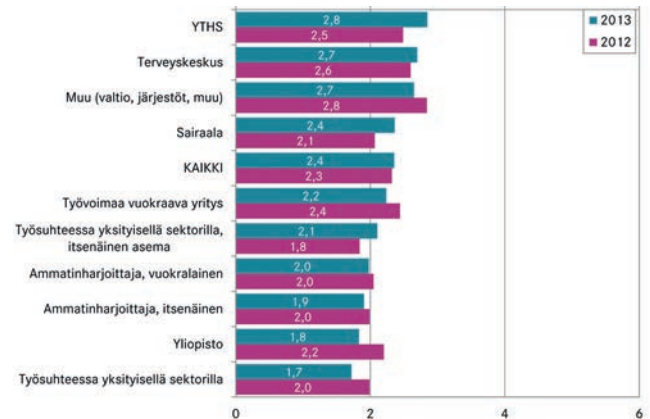
Tulokset kertovat, että työn imun keskiarvo on laskenut vuoden aikana 0,1 yksikköä ja on nyt 5,0, joka on edelleen korkea keskiarvo. Eniten työn imu on noussut yksityisen sektorin työsuhteisilla ja YTHS:ssä toimivilla hammaslääkäreillä.

Työuupumus on vastaavasti lisääntynyt 0,1 yksiköllä ja keskiarvo on nyt 2,4. Mittarin keskiarvo on noussut eniten itsenäisillä työsuhteisilla (joiden keskiarvo on silti edelleen alle keskitason), sairaalahammaslääkäreillä sekä YTHS:n hammaslääkäreillä, joiden ryhmässä uupumusta esiintyy kaikkein eniten. Tulos on mielenkiintoinen, sillä YTHS:ssä on samanaikaisesti myös työn imu noussut. Taustalla oleva työhyvinvointiteoria toisaalta lähtee siitä, että työn imu ja työuupumus eivät ole riippuvaisia toisistaan vaan niiden syntymekanismit ovat erilaisia (Hakanen & Perhoniemi, 2011).

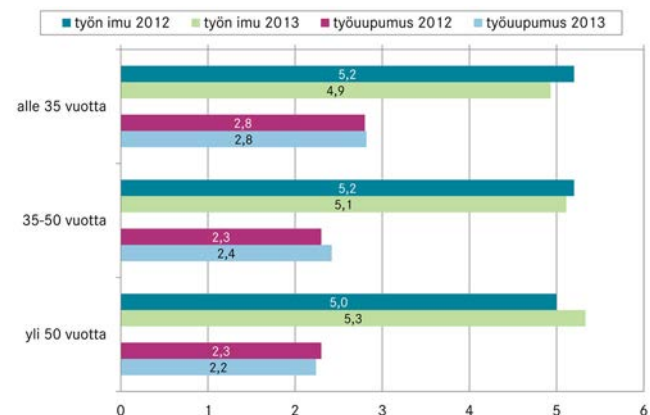
Ikäryhmittäin tarkasteltuna havaitaan jo Työterveyslaitoksen viimeisimmässä tutkimuksessa esiin noussut nuorten hammaslääkäreiden muita ikäryhmiä korkeampi työuupumuksen taso, joka todennettiin myös vuoden 2012 Työmarkkinatutkimuksessa. Edellisestä vuodesta poiketen nyt myös työn imu on alle 35-vuotiaille vähäisempää kuin erityisesti vanhimmalla ikäluokalla, joiden työn imu on ilahduttavasti vahvistunut. Nuorten työhyvinvoinnin tila on huolestuttava ja vaatii erityistä huomiota.



Kuvio 24. Työn imu -summamuuttujan keskiarvot toimipaikoittain 2012 ja 2013.



Kuvio 25. Työuupumus -summamuuttujan keskiarvot toimipaikoittain 2012 ja 2013.



Kuvio 26. Työn imu ja työuupumus -summamuuttujien keskiarvot eri ikäryhmissä 2012 ja 2013.

9. Ammattikunnan yhtenäisyys ja tyytyväisyys Hammaslääkäriliiton toimintaan

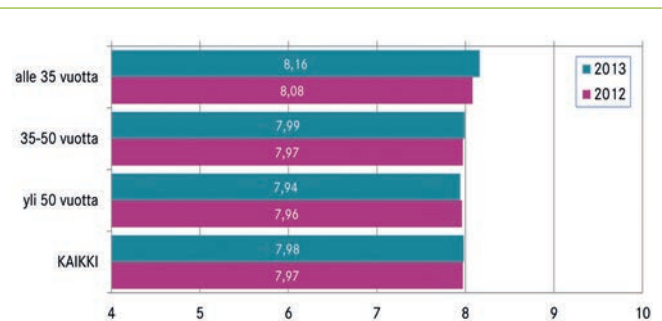
Ammattikunnan yhtenäisyys on profession sosiaalista pääomaa, joka auttaa ammattikuntaa saavuttamaan tavoitteitaan. Työmarkkinatutkimuksessa sitä mitataan 10 väittämän avulla, joista kolme kuvaa hammaslääkärin keskinäistä verkostoitumista ja loput sosiaalista koheesiota. Verkostojen tiheyttä mittaavan summamuuttujan väittämät ovat: *Olen vain harvakseltaan tekemisissä muiden hammaslääkärin kanssa muuten kuin pakollisissa työasioissa* (asteikko käännetty), *Osalistun aktiivisesti Hammaslääkäriliiton ja/tai Apollonian toimintaan* ja *Minulla on tuttavapiirissäni eri sektoreilla työskenteleviä kollegoita, joiden kanssa pidän säännöllisesti yhteyttä*. Summamuuttujien vaihteluväli on 1–5.

Vuonna 2012 verkostoitumisindeksi oli 3,44 ja nyt 3,39 eli se on laskenut hieman. Sosiaalinen koheesio-indeksi on nyt 4,29 kun se vuotta aiemmin oli 4,28. Tilastollinen virhemarginaali keskiarvoissa on noin 0,05 suuntaansa, joten ainoa oikeutettu päätelmä on, että hammaslääkärin yhtenäisyys on säilynyt vahvana.

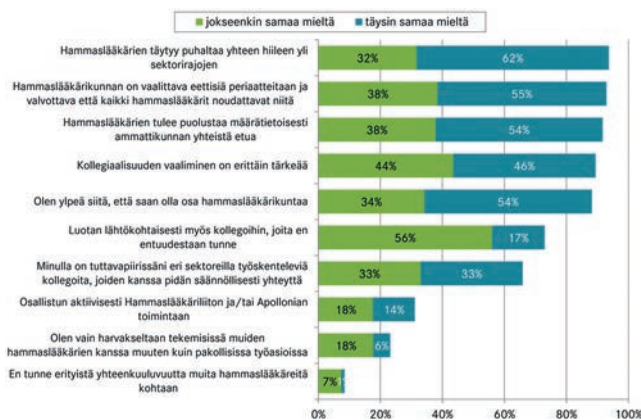
Hammaslääkäriliiton toiminta saa käytännössä saman keskiarvon kuin vuotta aiemmin (8-). Nuoret ovat hieman vanhempia jäseniä tyytyväisempiä. Toi-

mipaikoittain tyytyväisimmät jäsenet löytyvät tänä vuonna yliopistoista. Suurin pudotus on tapahtunut työvoimaa vuokraavien yritysten palveluksessa päätoimissaan työskentelevien hammaslääkärin antamassa arvosanassa. Syy tähän ei ole tiedossa.

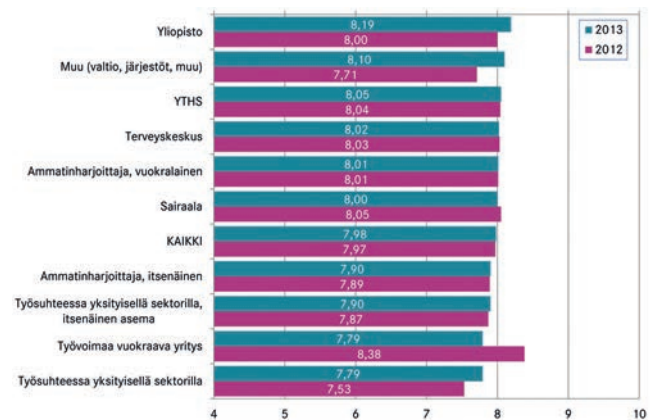
Avovastauksissa liitto saa sekä kiitosta että kritiikkiä. Työmarkkinatutkimus-kysely saa niin ikään risuja ja ruusuja. Ensiksi mainitut liittyvät suurelta osin lomakkeen pituuteen ja joidenkin yksittäisten kysymysten epäsovivuuteen vastaajan omaan tilanteeseen. Toisaalta kyselyä pidetään sisällöllisesti hyvänä ja jotkut kertovat siihen vastaamisen olleen itsessään hyödyllistä ja mielenkiintoista.



Kuvio 28. Kouluarvosana (4-10) liiton toiminnalle ikäryhmittäin.



Kuvio 27. Hammaslääkärin yhtenäisyyttä mittaavia väittämiä. Samaa mieltä väittämän kanssa olevien osuudet.



Kuvio 29. Kouluarvosana (4-10) liiton toiminnalle toimipaikoittain

Viitteet

Fors H, Eerola A, Koivumäki J. Erikoishammaslääkäripalvelujen tarve hammaslääkärin arvioimana (maaliskuu 2013)

<http://www.hammaslaakariliitto.fi/hammaslaeaeakeriliitto/julkaisuja/>

Hakanen J. & Perhoniemi R. Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa: seitsemän vuoden seurantatutkimus 2003, 2006 ja 2010.

Suom Hammaslääkäri 1/2011; liite.

Suomen Hammaslääkäriiliitto. Työmarkkinatutkimus 2012. Suom Hammaslääkäri 2012; 19 (8) TMT-liite.



Suomen Hammaslääkäriliitto
Finlands Tandläkarförbund

Fabianinkatu 9 B
00130 HELSINKI
www.hammaslaakariliitto.fi
www.hammaslaakarilehti.fi