

# **SUUN TERVEYTTÄ KOKO VÄESTÖLLE 2013**

Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän  
kehittämisehdotukset

# KUVAILEHTI

Julkaisija	Päivämäärä
Sosiaali- ja terveysministeriö	27.11.2013
Tekijät Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmä: Anne Nordblad varapuheenjohtaja, Liisa-Maria Voipio-Pulkki puheenjohtaja, Seija Hiekkänen sihteeri, Merituuli Mähkä sihteeri	Toimeksiantaja Sosiaali- ja terveysministeriö
	HARE-numero ja toimielimen asettamispäivä STM 027:00/2012; 22.5.2012
Muiston nimi	
Suun terveyttä koko väestölle 2013 - Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän kehittämis ehdotukset	
Tiivistelmä	
<p>Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmä esittää tavoitteita ja ehdotuksia palvelujen kehittämistä vastaamaan väestön suun hoidon palvelujen tarvetta. Suun terveyttä turvataan koko väestölle iästä riippumatta tehokkailla ja vaikuttavilla toimintamalleilla. Yhdenmukaisia tutkimus- ja hoitosuunnitelmakäytäntöjä esitetään julkiselle ja yksityiselle sektorille. Työryhmä piti tärkeänä, että jatketaan hallitusohjelman mukaisesti kehittämistyötä toiminnan prosessien ja työnjaon tehostamisessa.</p> <p>Vaikuttavilla ja hyvin kohdentuvilla palveluilla parhaiten kavennetaan suun terveyseroja, parannetaan hoitoon pääsyä ja turvataan erityisen hoidon tarpeessa olevien palvelujen saantia. Ehdotuksiin sisältyy perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen parempi porrastus ja koordinointi. Suun sairauksilla on monia vaikutuksia yleisterveyteen ja hyvinvointiin. Akuuttien ja kroonisten suun tulehdusten hoito edellyttää toimivia palvelujärjestelmän ratkaisuja turvaamaan palvelujen saannin niitä tarvitseville.</p> <p>Raporttiin on koottu suun terveyttä, palvelujen käyttöä, hoitoon pääsyä ja rahoitusta koskevia tietoja. Aikuisten rahoitusosuus palveluistaan oli kunta- ja yksityissektori mukaan laskien vuonna 2012 noin 60 prosenttia. Työryhmä esittää suun terveydenhuollon asiakasmaksujen arvioimista osana laajempaa käynnissä olevaa asiakasmaksujen arviointia. Raportti sisältää tietoja henkilöstö- ja koulutusmääristä. Terveyskeskuksissa oli vuonna 2012 sama määrä hammaslääkäreitä kuin vuonna 2000 ennen aikuisväestön hammashoitouudistusta. Uudistuksen toteuttaminen on onnistunut merkittäville toiminnan muutoksilla terveyskeskusten ja yksityissektorin yhteistyönä.</p>	
Asiasanat	
suun terveydenhuolto, hammashuolto, palvelut, terveyden edistäminen, terveyserot, henkilöstö	
Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:39	Muut tiedot <a href="http://www.stm.fi">www.stm.fi</a>
ISSN-L 2242-0037 ISSN 2242-0037 (verkkojulkaisu) ISBN 978-952-00-3643-0 URN:ISBN:978-952-00-3643-0 <a href="http://urn.fi/">http://urn.fi/</a> URN:ISBN:978-952-00-3643-0	Kokonaissivumäärä 94
	Kieli suomi
	

## PRESENTATIONSBLAD

Utgivare	Datum
Social- och hälsovårdsministeriet	27.11.2013
Författare	Uppdragsgivare
Arbetsgruppen för utredning av munhälsovård: Anne Nordblad, vice ordförande Liisa-Maria Voipio-Pulkki, ordförande Seija Hiekkänen, sekreterare Merituuli Mähkä, sekreterare	Social- och hälsovårdsministeriet
	Projektnummer och datum för tillsättandet av organet
	STM 027:00/2012; 22.5.2012
Rapportens titel	
Munhälsa för hela befolkningen 2013 – Utvecklingsförslag av arbetsgruppen för utredning av munhälsovård	
Referat	
<p>■ Arbetsgruppen för utredning av munhälsovård framför mål och förslag i syfte att utveckla munvårdstjänsterna att svara mot behovet av dessa tjänster hos befolkningen. Avsikten är att säkerställa munhälsa för hela befolkningen oberoende av ålder med hjälp av effektiva och verkningsfulla verksamhetsmodeller. Enhetlig undersöknings- och vårdplanspraxis föreslås för både den offentliga och privata sektorn. Arbetsgruppen ansåg det viktigt att fortsätta utvecklingsarbetet för att effektivisera verksamhetsprocesserna och arbetsfördelningen i enlighet med regeringsprogrammet.</p> <p>Med hjälp av effektiva och väl riktade tjänster kan skillnader i munhälsan minskas, tillträdet till vård förbättras och tillgången till tjänster för dem som är i behov av särskild vård säkerställas. Arbetsgruppen föreslår också en bättre nivåstrukturering och koordinering av tjänsterna inom primärvården och den specialiserade sjukvården. Munsjukdomar påverkar den allmänna hälsan och välbefinnandet på många sätt. Behandlingen av akuta och kroniska inflammationer i munnen kräver effektiva lösningar i servicesystemet för att säkerställa tillgången till tjänster för de vårdbehövande.</p> <p>I rapporten har insamlats uppgifter som gäller munhälsan, användningen av tjänster och tillgången till vård för vuxenbefolkningen samt finansiering. De vuxnas finansieringsandel av sina tjänster var år 2012 ungefär 60 procent, den kommunala och privata sektorn medräknade. Arbetsgruppen föreslår att klientavgifterna för munhälsovård ska utvärderas som en del av den pågående omfattande bedömningen av klientavgifter. Rapporten innehåller uppgifter om antalet personal och utbildningsvolymen. År 2012 var antalet tandläkare vid hälsovårdscentralerna detsamma som år 2000, dvs. före tandvårdsreformen som gällde vuxenbefolkningen. Genomförandet av reformen har lyckats genom betydande förändringar i verksamheten i samarbete mellan hälsovårdscentralerna och den privata sektorn.</p>	
Nyckelord	
främjande av hälsan, hälsoskillnader, munhälsovård, personal, tandvård, tjänster	
Social- och hälsovårdsministeriets rapporter och promemorior 2013:39	Övriga uppgifter
	<a href="http://www.stm.fi/svenska">www.stm.fi/svenska</a>
ISSN-L 2242-0037	Sidoantal
ISSN 2242-0037 (online)	94
ISBN 978-952-00-3643-0	Språk
URN:ISBN:978-952-00-3643-0	Finska
<a href="http://urn.fi/">http://urn.fi/</a> URN:ISBN:978-952-00-3643-0	
	 SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIET

# SISÄLLYS

1	Toimeksianto.....	6
1.1	Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän asettaminen ja toimeksianto .....	6
1.2	Työryhmän jäsenet.....	6
1.3	Työryhmän työskentely ja kokoukset .....	7
2	Työryhmän ehdotukset.....	10
2.1	Terveiden edistäminen ja ehkäisevä hoito .....	12
2.2	Potilaan aseman ja oman hoidon vahvistaminen palveluissa.....	17
2.3	Suun terveydenhuollon palvelurakenteen kehittäminen tukemaan hoitoon pääsyn tehostumista.....	20
2.4	Suun terveydenhuollon palvelujen sisällön kehittäminen .....	26
2.5	Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön parantaminen .....	31
2.6	Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden kehittäminen.....	36
2.7	Työvoiman saatavuuden, osaamisen, koulutuksen ja työmuotojen kehittäminen .....	41
3	Aikuisväestön suun terveys ja palvelujen tarve .....	51
3.1	Yhteenveto .....	51
3.2	Väestön suun hoidon tarve.....	52
3.3	Hampaattomuus ja hampaiden määrä .....	54
3.4	Proteettisen hoidon tarve .....	55
3.5	Hammaslääkärin kliinisesti toteama hammashoidon tarve.....	56
3.6	Hampaiden reikiintyminen ja iensairauksien esiintyminen.....	57
3.7	Koettu suunterveys ja hoidon tarve .....	59
3.8	Sosioekonomiset erot suun terveydessä ja omahoito .....	60
3.9	Omahoito.....	61
3.10	Palvelujen käyttö .....	62
4	Suun terveydenhuollon palvelujen järjestäminen.....	67
4.1	Palvelujen järjestämistä koskeva lainsäädäntö .....	67
4.2	Hoitoon pääsyn toteutuminen ja siihen liittyviä oikeudellisia kannanottoja.....	69
4.3	Yksityinen suun terveydenhuolto ja sairausvakuutuksesta korvattu hoito .....	71
4.4	Suun terveydenhuollon kustannukset julkisella ja yksityisellä sektorilla .....	73
4.5	Asiakkaille koituvat kustannukset ja asiakasmaksut kunnallisissa palveluissa.....	75
4.6	Asiakkaalle koituvat kustannukset sairausvakuutuskorvatussa hoidossa .....	77
5	Palvelujen käyttöä koskevat tilastotiedot .....	80
5.1	Suun terveydenhuollon palvelut terveyskeskuksissa .....	80
5.3	Yksityinen suun terveydenhuolto ja sairausvakuutuskorvattu hoito.....	82
6	Henkilöstö.....	85
6.1	Hammaslääkärien ja erikoishammaslääkärien koulutus ja määrät.....	85
6.2	Suuhygienistien ja hammasteknikkojen koulutus ja määrät .....	88
6.3	Hammashuollon ammattien henkilöstön määrät kuntien terveys- ja sosiaalipalveluissa (oma tuotanto).....	90
Liitteet		
	LIITE 1: Työryhmälle laaditut selvitykset: .....	91
	Selvitystyö suun terveydenhuollon toiminnasta ja tuotannosta julkisella ja yksityisellä toimialalla	

LIITE 2: Työryhmälle laaditus selvitykset: Kysely perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimivuudesta suun terveydenhuollossa 2012.....	93
---	----

# 1 TOIMEKSIANTO

## 1.1 SUUN TERVEYDENHUOLLON SELVITYSTYÖRYHMÄN ASETTAMINEN JA TOIMEKSIANTO

Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa todetaan, että terveyskeskusten toiminnan vahvistamiseksi jatketaan Toimiva terveyskeskus -ohjelmaa. Ohjelma kohdistuu erityisesti palvelujen laatuun, vaikuttavuuteen ja saatavuuteen, pitkäaikaissairaiden hoidon kehittämiseen sekä henkilöstön työhyvinvointiin ja saatavuuteen. Hallitusohjelmassa todetaan ohjelman yhteydessä seuraavaa: ”Uutena erityisenä painopisteenä on hammashuollon palvelujen kehittäminen”. Sosiaali- ja terveysministeriö asetti suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän toimikaudelle 22.5.2012 - 31.12.2012. Työryhmän toimikautta jatkettiin laajan selvitystehtävän valmistelun mahdollistamiseksi ajalle 1.1.2013 - 31.3.2013 ja edelleen 30.9.2013 asti.

### **Tavoitteet**

Työryhmä tavoitteeksi asetettiin tarkastella suun terveydenhuollon palveluja osana sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä, rahoitusta, kehittämistä ja valvontaa koskevaa uudistamistyötä. Työryhmän tavoitteena oli selvittää suun terveydenhuollon palvelurakenteen toimivuus ja tehdä ehdotukset palvelurakenteen kehittämisestä tukemaan hoitoon pääsyn tehostumista ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta koskeva selvitystyö. Työssä oli myös otettava huomioon yhteistyö eri toimijoiden välillä niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Työn tavoitteena on mahdollistaa tasa-arvoinen suun terveydenhuolto kaikille sekä vähentää terveyseroja.

### **Tehtävä**

Työryhmän tehtäviksi asetettiin:

- arvioida ehkäisevän hoidon kehittämistarpeet ja tehdä ehdotukset tarpeellisista toimenpiteistä suun terveydenhuollossa
- selvittää suun terveydenhuollon palvelurakenteen toimivuus ja tehdä ehdotukset palvelurakenteen kehittämisestä tukemaan hoitoon pääsyn tehostumista ottaen huomioon sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta koskeva selvitystyö
- valmistella ehdotukset suun terveydenhuollon palvelujen mukaan lukien ikäihmisten palvelujen sisällön kehittämisestä ottaen huomioon vanhuspalvelulain kirjaukset. Asiakkaan valinnan mahdollisuuksien laajentuminen palveluissa huomioidaan työryhmän ehdotuksissa
- valmistella ehdotukset perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluiden hyvästä kokonaisuudesta ja hoitoketjujen toimivuuden edellytyksistä suun terveydenhuollossa.
- selvittää julkisen ja yksityisen kumppanuuden mahdollisuudet lähtökohtana palvelujen tuottajien hyvä yhteistyö suun terveydenhuollossa.
- tehdä ehdotuksia työvoiman saatavuuden ja tasaisen jakautumisen edistämisestä.

## 1.2 TYÖRYHMÄN JÄSENET

Työryhmän puheenjohtajana toimivat osastopäällikkö Päivi Sillanaukee, (22.5.2012 - 13.12.2012), johtaja Eija Koivuranta (14.12.2012 - 26.3.2013) ja johtaja Liisa-Maria Voipio-

Pulkki (27.3.2013 alkaen) sosiaali- ja terveysministeriöstä. Varapuheenjohtajana toimi lääkintöneuvos Anne Nordblad sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Jäsenenä työryhmässä olivat palveluyksikön johtaja Pirkko Paavola Jyväskylän Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksesta, ylihammaslääkäri Tuija Palin-Palokas Kouvolan terveyskeskuksesta, ylihammaslääkäri Maija Tulla Kuopion terveyskeskuksesta, palvelupäällikkö Sakari Kärkkäinen Oulun terveyskeskuksesta, johtava lääkäri Panu Peitsaro Savonlinnan kaupungista, ylilääkäri Christian Lindqvist Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiristä, ylilääkäri Risto-Pekka Happonen Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiristä, ylihammaslääkäri Kai Sundquist Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiristä, johtava ylihammaslääkäri Katri Palo Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta, varatoiminnanjohtaja Anja Eerola, toiminnanjohtaja Matti Pöyry, molemmat Suomen Hammaslääkäriliitosta, hammaslääkäri Juha Niskanen yksityisten toimijoiden edustaja, toiminnanjohtaja Annmarie Kuurto, puheenjohtaja Saira Vesterinen, molemmat Suun terveydenhoidon ammattiliitosta, puheenjohtaja Satu Mäkinen Suomen Suuhygienistiliitto SSSL ry:stä, toiminnanjohtaja Tuula Mohtaschemi Erikoishammasteknikkiliitosta, erityisasiantuntija Erja Wiili-Peltola Suomen Kuntaliitosta 22.5.2013 asti, asiantuntijahammaslääkäri Sari Helminen Kansaneläkelaitoksesta, ylitarkastaja Johanna Moisio ope- tus- ja kulttuuriministeriöstä, ylihammaslääkäri Hanna-Leena Tefke Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta, johtaja Liisa-Marja Voipio-Pulkki, neuvotteleva virkamies Marjaana Pelkonen, hallitussihteeri Sanna Pekkarinen ja lääkintöneuvos Timo Keistinen, kaikki sosiaali- ja terveysministeriöstä.

Työryhmä kutsui pysyviksi asiantuntijoiksi professori Satu Lahden Suomen hammaslääkäri- seura Apolloniasta, ylilääkäri, professori Eeva Widströmin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta, professori Liisa Suomisen Itä-Suomen yliopistosta, lääkintöneuvos Taina Autin sosiaali- ja terveysministeriöstä, hallitussihteeri Milja Tiaisen sosiaali- ja terveysministeriöstä, suuhygienisti Liisa Terävän Suun terveydenhoidon ammattiliitosta, erityisasiantuntija Tuija Savolaisen 22.5.2013 alkaen ja asiantuntijalääkäri Tuula Kockin 15.8.2013 alkaen, molemmat Kuntaliitosta.

Työryhmän sihteereinä toimivat johtajahammaslääkäri Seija Hiekkänen Helsingin terveyskeskuksesta, suunnittelija Paula Stenfors Kansaneläkelaitoksesta 2.6.2013 asti, hallitusneuvos Anne Koskela sosiaali- ja terveysministeriöstä ja suunnittelija Merituuli Mähkä sosiaali- ja terveysministeriöstä 19.6.2013 alkaen.

### 1.3 TYÖRYHMÄN TYÖSKENTELEY JA KOKOUKSET

Työryhmän toimeksianto määritettiin laajasti kattamaan koko suun terveydenhuollon toimialue. Samanaikaisesti käynnissä ollut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamistyö vaikutti selvitystyön laajuuden lisäksi siihen, että työryhmän toimikautta jatkettiin kahteen otteeseen.

Työryhmä kokoontui 15 kertaa vuosien 2012 ja 2013 aikana. Kokouksissa käsiteltiin toimeksiannon mukaisesti kokonaisuuksia edeten suunnitellusti hoitoon pääsy kysymyksistä, priorisointiin palveluissa, palvelujen sisältöihin niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Kokouksissa käsiteltiin myös ehkäisevän hoidon toimivuutta, sisältöä ja kohdentumista ja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen järjestämistä ja rakennetta sekä työvoiman saatavuuteen liittyviä kysymyksiä.

Työryhmä järjesti kaksi työseminaaria. Helsingissä järjestettiin 21.2 - 22.2.2013 seminaari, jossa teemana oli väestön suun terveyden ja palveluiden tulevaisuus. Hämeenlinnassa järjestettiin 15.8 - 16.8.2013 seminaari, jossa haettiin näkemyksiä ja ehdotuksia suun terveydenhuollon palveluiden ja toimintatapojen kehittämiseksi.

Työryhmän työskentely oli prosessinomaista ja toimeksiannon mukaisia tehtäviä valmistettiin työryhmän yhteydessä toimivissa epävirallisissa ad hoc - ryhmissä. Ad hoc -kokouksissa oli mahdollista käydä laajaa keskustelua nykytilanteesta sekä valmistella materiaalia työryh-

män kokouksiin ja yhteisten toimenpide-ehdotusten pohjaksi. Ad hoc -ryhmätyöskentelyn osana sosiaali- ja terveysministeriö lähetti perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kehittämiskohteista kyselyn sairaanhoitopiireille ja suurille kaupungeille ja työryhmän jäsenille. (Liite 2)

### Suun terveydenhuollon nykytila-analyysi 2013

Ad hoc -kokouksissa valmisteltiin aihealueittain SWOT -analyysit työryhmän työn käynnistyttyä. Näiden SWOT analyysien pohjalta sihteeristö kokosi yhteisen taulukon kuvaamaan suun terveydenhuollon nykytilan vahvuuksista, heikkouksista sekä näkemyksiä tulevaisuuden uhista ja mahdollisuuksista (SWOT -taulukko).

Vahvuudet	Heikkoudet
Väestön suun terveys on parantunut ja suun terveydenhuoltoa arvostetaan aikaisempaa enemmän.	Huolimatta parantuneesta suun terveydestä sosioekonomiset erot väestön suun terveydessä ovat suuret.
Suun terveydenhuollon palvelujen kattavuus on parantunut aikuisväestössä.	Suun terveydenhuollossa perusterveydenhuolto on heikentynyt, koska toimintaan ei ole riittävästi resursseja.
Terveyskeskuksissa on erittäin vahvaa lasten ja nuorten suun terveydenhuollon osaamista.	Toimintakulttuuri suun terveydenhuollossa on muuttunut vain vähän, vaikka toimintaympäristö on muuttunut merkittävästi.
Erikoissairaanhoidossa osaaminen on korkeatasoista.	Aikuisväestön kiireellisen hoidon järjestäminen ei toimi nykyjärjestelmän prosesseissa, vaan aiheuttaa kitkaa toiminnassa.
Yksityissektorin vahvuutena on nopea hoitoon pääsy.	Julkisen ja yksityisen sektorin välillä on toimintakäytäntöjen eroja hoidon toteuttamisessa.
Nykylainsäädäntö mahdollistaa ja tukee suun terveydenhuollon palvelujen järjestämistä osana muita sosiaali- ja terveyspalveluja.	Suun terveydenhuollon asiakasmaksut eroavat muusta terveydenhuollosta sillä potilas maksaa suun terveydenhuollossa hoidosta enemmän kuin muussa terveydenhuollossa.
STM:n kiireettömän hoidon perusteet ovat pohjana yhdenvertaiselle palvelujen saannille ja yhtenäisille hoitokäytännöille.	Terveyskeskuksissa joutuu hoitoon pääsyä odottamaan pitkään, hoitoon pääsyssä on alueellisia eroja ja jonoon asettamisen käytännöt ovat kirjavia.
Suun terveydenhuollon henkilökunnalla on hyvä koulutus ja osaaminen.	Suun terveydenhuollon palvelujen tarpeen tunnistaminen ja tieto muussa sosiaali- ja terveydenhuollossa on vähäistä.
Työllistymistilanne on hyvä kaikissa suun terveydenhuollon ammattiryhmissä.	Henkilöstön saatavuudessa on ongelmia.
Henkilöstöllä on mahdollisuuksia osaa-aikatyöhön, työajan joustoihin ja työelämän sekä perheen yhteensovittamiseen.	



Mahdollisuudet	Uhat
<p>Vahvistamalla omahoitoa ja kiinnostusta suun terveydenhuoltoon tuetaan väestön terveyden hyvää kehitystä.</p> <p>Sote -uudistus tuo mahdollisuuksia kehittää suun terveydenhuoltoa osana muuttuvia rakenteita.</p> <p>Potilaan nopealla hoitoon pääsyllä ja työnjaon kehittämisellä parannetaan hoidon vaikuttavuutta monella eri tasolla.</p> <p>Palvelujen saatavuus parantuu ja tehokkuus lisääntyy kun resurssit ja osaaminen ovat optimaalisesti käytössä julkisen ja yksityisen sektorin välillä.</p> <p>Hammaslääkärikoulutusratkaisut sekä ulkomailta Suomeen tulevien hammaslääkärien työvoiman hyödyntäminen tukevat työvoiman saannin kehitystä, mutta vasta viiveellä.</p> <p>Kun palvelukori määritellään suun terveydenhuollossa yhtenäisin hoidon perustein, vahvistetaan palvelujen yhdenvertaista saatavuutta.</p> <p>Johtamista vahvistamalla ja kehittämällä ja erilaisilla palkkaus- ja palkitsemiskäytännöillä tuetaan toiminnan vaikuttavuutta, tuottavuutta ja palveluiden hyvää saatavuutta</p> <p>Hyvin toimivia yhteisiä tietojärjestelmiä (KanTa) kehittämällä turvataan palvelujen laatua, potilaiden tiedonsaantia ja potilasturvallisuutta ja tietojärjestelmät toimivat johtamisen tukena.</p> <p>Toimintaa voidaan tehostaa levittämällä jo olemassa olevia hyviä käytäntöjä ja kehittämishankkeita.</p> <p>Kun omavalvontaa kehitetään, parannetaan palvelujärjestelmässä palvelujen laatua ja vähennetään jälkikäteisen viranomaisvalvonnan tarvetta.</p>	<p>Jos palvelut ovat riittämättömät ja suusairauksia ei hoideta, väestön terveys ja hyvinvointi heikentyvät.</p> <p>Suun terveydenhuolto voi eriytyä sote -kokonaisuudesta, jos integraatiotyöhön ei panosteta tarpeeksi.</p> <p>Jos peruspalveluja ei suun terveydenhuollossa vahvisteta, osa väestöstä voi jäädä hoidon ulkopuolelle heikon maksukyvyyn perusteella.</p> <p>Jos suun terveydenhuollon hoidon painopiste on liikaa korjaavassa hoidossa, resursseja ei kohdisteta riittävästi ehkäisevään hoitoon.</p> <p>Jos kannusteet ja palkkiojärjestelmät jatkosakin painottuvat korjaavaan hoitoon, ehkäisevän hoidon toteutumista ei pidetä kiinnostavana.</p> <p>Jos ikääntyvän väestön palvelujen kysynnän kasvuun ei varauduta riittävän tehokkaasti ja ajoissa, lisääntyy kalliimpien korjaavien hoitojen tarve jatkossa.</p> <p>Jos rekrytointiongelmat jatkuvat ja palvelut ja osaajat keskittyvät yhä enemmän keskuskuntiin huolimatta hammaslääkärikoulutusmäärien lisäämisestä, alueelliset erot palveluissa kasvavat.</p> <p>Kun eläkkeelle siirtyvien ammattihenkilöiden määrä on suuri, jää kokemusperäistä tietoa ja osaamista siirtymättä ellei tiedon siirtymisestä huolehdita aktiivisin toimenpitein.</p> <p>Jos suun terveydenhuollossa ei tehdä toimintaympäristön edellyttämiä uudistustoimia, suun terveydenhuollon palvelujen laatu ja potilasturvallisuus voivat heiketä.</p>

## 2 TYÖRYHMÄN EHDOTUKSET

Suun terveydenhuollon keskeisenä tavoitteena on lisätä suun terveyden merkityksen tiedostamista osana ihmisen hyvinvointia ja terveyttä. Tämä merkitsee suun terveydenhuollon linkittämistä vahvemmin sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteisiin ja palveluihin. Suun terveydellä, sairauksilla, infektioilla ja toimintakyvyn menetyksellä on monin tavoin merkitystä ihmisen muuhun hyvinvointiin, terveyteen ja sairauksiin. Ongelmat suun terveydessä vaikuttavat myös terveyserojen syntymiseen.

Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmä on valmistellut ehdotuksia ja koonnut ehdotuksiin toimenpiteitä, joilla voidaan edistää väestön terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä ja parantaa suun terveydenhuollon palvelujen saatavuutta. Selvitystyöryhmän ehdotukset on jaoteltu toimeksiannon mukaisesti pääaiheisiin. Jokainen pääaihe sisältää useampia ehdotuksia sekä jokaiseen ehdotukseen on kirjattu lukuisa joukko toimenpide-ehdotuksia. Oheisena on yhteenveto pääaiheiden ehdotuksista. Tarkemmat ehdotuskokonaisuudet ja toimenpiteet on kuvattu erikseen perusteluineen luvussa 2.

### **YHTEENVETO EHDOTUKSISTA PÄÄAIHEITTAIN:**

#### **Terveyden edistäminen ja ehkäisevä hoito**

**Tavoite:** Suun terveys on olennainen osa jokaisen terveyttä, ja jokainen itse tai avustettuna osaa pitää omasta suun terveydestään huolta. Terveyserot suun terveydessä kaventuvat ja ehkäisevät palvelut ovat kaikkien saatavilla.

**Ehdotus 1:** Suun terveyden edistäminen on osa kuntien strategista johtamista ja hyvinvoinnin poikkihallinnollista kehittämistä.

**Ehdotus 2:** Suun terveyden edistämisen palvelut kohdennetaan tarpeen mukaisesti.

#### **Potilaan aseman ja oman hoidon vahvistaminen palveluissa**

**Tavoite:** Potilas osallistuu mahdollisuuksiensa mukaan aktiivisesti oman suun terveytensä edistämiseen ja ylläpitämiseen

**Ehdotus 3:** Yhdenmukaisesti määritetyt terveys- ja hoitosuunnitelmat, sisältäen potilaan tavoitteet hoidolle, otetaan käyttöön.

**Ehdotus 4:** Erityisen tuen tarpeessa olevien palveluja kehitetään ja parannetaan

#### **Suun terveydenhuollon palvelurakenteen kehittäminen tukemaan hoitoon pääsyn tehostumista**

**Tavoite:** Suun terveydenhuolto on osa sote -kokonaisuutta kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla. Palvelujen tuotannossa suun terveydenhuollon kokonaisresurssit huomioidaan.

**Ehdotus 5:** Suun terveydenhuollolla on käytössä väestön palvelutarpeeseen nähden riittävät resurssit. Tähän sisältyvät vaativamman tason hoidon edellyttämät hoitoresurssit.

**Ehdotus 6:** Yhtenäistetään suun terveydenhuollon tutkimuskäytännöt sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.

**Ehdotus 7:** Tehostetaan hoitoon pääsyä kuntien suun terveydenhuollossa.

## **Suun terveydenhuollon palvelujen sisällön kehittäminen**

**Tavoite:** Suun terveydenhuollon palvelut ovat turvallisia, laadukkaita ja vaikuttavia palveluntuottajasta riippumatta ja edistävät potilaan hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä.

**Ehdotus 8:** Suunnitellaan ja mallinnetaan palvelukokonaisuuksia, joissa huomioidaan potilaiden erilaiset tarpeet.

**Ehdotus 9:** Ikääntyneen väestön suun terveydenhuollon palvelutarpeet huomioidaan suunnittelussa ja toteutuksessa.

**Ehdotus 10:** Päivystystoimintaa kehitetään ja otetaan käyttöön yhteistyön malleja.

**Ehdotus 11:** Toiminnan laadulle ja vaikuttavuudelle kehitetään valtakunnallisia mittareita.

## **Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyön parantaminen**

**Tavoite:** Suun terveydenhuollossa on käytössä vaikuttavat ja kustannustehokkaat palvelukokonaisuudet, jotka sisältävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut

**Ehdotus 12:** Suun terveydenhuollon ”peruserikoissairaanhoidon” palvelujen saatavuuden parantamiseksi käynnistetään kehittämishankkeita tehostamaan vaativien palvelujen järjestämistä ja yhteistyötä.

**Ehdotus 13:** Erikoishammaslääkäripalvelujen saatavuus varmistetaan koko maassa

**Ehdotus 14:** Suun terveydenhuollon maksukäytäntöjen yhtenäistämistä muun terveydenhuollon maksujen kanssa selvitetään.

## **Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuuden kehittäminen**

**Tavoite:** Suun terveydenhuollossa kaikki olemassa olevat resurssit sektorista riippumatta ovat täysimääräisessä käytössä, jotta palvelut voidaan turvata.

**Ehdotus 15:** Käytössä olevia keinoja kuten ostopalveluja ja palvelusetelitoimintaa kehitetään.

**Ehdotus 16:** Suun terveydenhuollon palvelut ja palvelujen tuottajat ovat mukana kansallisissa rekistereissä.

**Ehdotus 17:** Käynnistetään kokeilu kapitaatioperusteisesta toimintamallista, jossa edistetään potilaan valinnan mahdollisuuksia.

## **Työvoiman saatavuuden, osaamisen, koulutuksen ja työmuotojen kehittäminen**

**Tavoite:** Kaikkien palveluntuottajien ja ammattihenkilöiden osaamisen täysimääräistä hyödyntämistä kehitetään. Palvelujen tuottajien tasaisempaa alueellista jakautumista maassa edistetään.

**Ehdotus 18:** Erikoishammaslääkärikoulutusta kehitetään.

**Ehdotus 19:** Koulutusta, työnjakoa sekä työmuotoja uudistetaan vastaamaan palvelutarvetta.

**Ehdotus 20:** Sähköistä tiedonvaihtoa ja asiointia sekä virtuaalista oppimista ja konsultaatiota kehitetään ja hyödynnetään tehokkaammin.

**Ehdotus 21:** Ulkomailla valmistuneiden hammaslääkärien täydennyskoulutusta kehitetään.

## **2.1 TERVEYDEN EDISTÄMINEN JA EHKÄISEVÄ HOITO**

**Tavoite:** Suun terveys on olennainen osa jokaisen terveyttä, ja jokainen itse tai avustettuna osaa pitää omasta suun terveydestään huolta. Terveyserot suun terveydessä kaventuvat ja ehkäisevät palvelut ovat kaikkien saatavilla.

**Ehdotus 1:** Suun terveyden edistäminen on osa kuntien strategista johtamista ja hyvinvoinnin poikkihallinnollista kehittämistä.

### **Toimenpiteet:**

- Edistetään suun terveyden huomioon ottamista kunnan päätöksenteossa.
- Suun terveydenhuollon rakenteet tukevat kuntalaisten terveyttä ja palvelut ovat osa kunnan hyvinvointistrategiaa. Kunnan eri tahojen ja toimijoiden kanssa sovitaan yhteisistä käytännöistä suun terveyden edistämiseksi ja lisätään poikkihallinnollista yhteistyötä julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välillä.
- Terveyden edistämiseen panostetaan luomalla koko toimialalle seuranta- ja raportointia varten yhteisesti sovittuja laatukriteereitä, joiden avulla tavoitteiden toteutumista voidaan seurata ja arvioida.
- Suun terveyden edistämisen seuranta- ja tutkimusta edistetään, jotta se tuottaa arviointitietoa kuntien hyvinvointikertomuksissa huomioitavaksi
- Terveyden edistämistyötä vahvistetaan lisäämällä ja nimeämällä kuntiin ja toimintayksiköihin suun terveyden edistämisen vastuuhenkilöitä ja osajia.
- Terveyden edistämisen edellyttämät resurssit varmistetaan, jotta toiminta on vaikuttavaa ja laadukasta ja vahvistaa jokaisen omahoitoa.

- Päivähoidossa, kouluissa ja oppilaitoksissa edistetään lasten ja nuorten suun terveyttä yhteistyössä muiden terveellisiä elintapoja edistävien kanssa. Suun terveydenhuollon toimijat tekevät yhteistyötä oppilas- ja opiskelijahuollon kanssa koulujen ja oppilaitosten ympäristöjen ja yhteisöjen kehittämiseksi terveellisiä elintapoja suosiviksi.

### **Ehdotus 2: Suun terveyden edistämisen palvelut kohdennetaan tarpeen mukaisesti.**

- Terveystarkastuksia ja terveystarkastuksia sekä ehkäiseviä palveluja suunnataan lasten, nuorten ja perheiden lisäksi myös ikäihmisille. Näin vahvistetaan omaa sitoutumista säännölliseen terveyttä edistävään ja ylläpitävään hoitoon.
- Terveystarkastukset ja ehkäisevä hoito ovat suunnitelmallista ja perustuvat yksilöllisesti määritettyyn hoidon tarpeeseen ja riskin määrittämiseen. Etsivällä työllä lisätään palveluista poisjääneiden mahdollisuuksia hoitoon pääsyyn.
- Palveluissa kehitetään liikkuvia hoitoyksiköitä, terveystarkastustoimintaa ja terveyden edistämistyötä päivystystoiminnan ja hoitoon hakeutumisen yhteydessä.
- Opiskeluvaiheessa sekä opiskelun ulkopuolella olevien nuorten mahdollisuuksia ylläpitää suun terveyttään vahvistetaan (terveystarkastukset ja neuvonta). Opiskelijoiden terveystarkastukseen liitetään suun terveyttä koskevia kysymyksiä.
- Toimintakäytäntöjen vaikuttavuutta lisätään mallintamalla ryhmämuotoisia neuvontapalveluja. Hyödynnetään toiminnassa olevia ryhmiä (esimerkiksi perhevalmennus ja muut vanhempainryhmät) ja sovitaan toimintakäytännöistä muiden ammattiryhmien kanssa.
- Vaikuttavaan ja terveyttä edistävään hoitoon panostetaan henkilöstön täydennyskoulutuksella ja tiedon jakamisella. Käypä hoito -suositukset sekä terveyden edistämisen materiaalit tulee olla helposti saatavilla, esimerkiksi internetissä.
- Ehkäisevistä palveluista ja neuvonnasta perittävät asiakasmaksut yhtenäistetään muun terveydenhuollon asiakasmaksukäytäntöjen kanssa, jolloin ne olisivat maksuttomia suun terveydenhuollossa kuten muussakin terveydenhuollossa. Tämä edellyttää kuitenkin suun terveydenhuollon asiakasmaksujen arviointia osana suurempaa asiakasmaksujen kustannustenjaon kokonaisuutta.
- Tuetaan päivähoidossa suun terveyttä edistäviä hyviä käytäntöjä, joita ovat päivittäinen hampaiden puhdistus, ksylitolin käyttö ja makeisten käytön välttäminen.
- Työterveyshuollossa suun terveyden edistäminen liitetään nykyistä paremmin muuhun terveyden edistämiseen (esimerkiksi kyselyt ja työpaikkaselvitykset).
- Suuhygienistien ja hammashoitajien työpanosta suun terveyden edistämässä lisätään erityisesti aikuisten hoidossa.

### **Perustelut:**

Hyvä suun terveys lisää hyvinvointia, toimintakykyä ja elämänlaatua sekä vähentää kansalaisille ja sosiaali- ja terveystalouselämäkustannuksille koituvia kustannuksia. Useilla kroonisilla sairauksilla kuten myös suun sairauksilla on samat riskitekijät (Sheiham ym. 2000). Ravinnon laadulla, tupakoinnilla ja alkoholin käytöllä, on suuri merkitys suunterveyden lisäksi myös yleisterveyteen, kuten painonhallintaan, diabetekseen ja monien eri syöpien esiintyvyyteen. Yksittäinen positiivinen elintapamuutos, esimerkiksi tupakoinnin vähentäminen, saattaa vaikuttaa positiivisesti myös muihin elintapoihin (Sheiham ym. 2000). Terveyden edistämistoimia integroimalla voidaan ehkäistä useita sairauksia samaan aikaan. Toiminta on tällöin kustannustehokkaampaa ja vaikuttavampaa. Myös potilaan kannalta sanoma yksinkertaistuu.

Omahoidon hyvällä toteutumisella voidaan vähentää hoitopalvelujen tarvetta. Tällä on vaikutusta kysyntään ja myös kustannuksiin, joita syntyy palvelujen järjestämisestä.

Väestön terveyden edistäminen on kannattavaa sekä inhimillisesti että taloudellisesti, mutta palvelut eivät jakaannu tasaisesti eri alueiden ja väestöryhmien välillä. Sairastavuus ja hoidon tarve on suurinta vähemmän koulutetuilla, mutta he hakeutuvat hoitoon koulutettuja harvemmin (Suomalaisen aikuisten suun terveys, Terveys 2000-tutkimus, KTL 2004). On siis kehitettävä keinoja, joilla myös heikoimmassa asemassa olevat saadaan palvelujen piiriin sekä etenkin edistämään omaa suun terveyttään.

### **Väestön suun terveyden edistämistä osana kuntien strategista kehittämistä**

Terveyspalvelujen ja terveyskasvatuksen vaikutusta terveyteen pidetään tutkimustiedon valossa rajallisena (Bunker ym. 1994; Tarlov 1999), mutta ekologisen ja sosiaalisen elinympäristön osuutta merkittävänä (Syme & Balfour 1998, 795; WHO 2000). Elinympäristö tulisi muuttaa sellaiseksi, että ihmisen on helppo valita terveellisiä vaihtoehtoja, tai sellaiseksi, että ei-haluttu käyttäytyminen estyy (Daly ym. 2006, 26–27; Myllykangas 2006; Syme 2006.) Terveyttä tukeva ympäristö parantaa väestön mahdollisuutta tehdä omaa terveyttään tukevia valintoja.

Nykyinen lainsäädäntö määrittelee ja tukee terveyden edistämistä ja ehkäisevää suun terveydenhoitoa. Terveyspalveluissa korostetaan kunnan velvollisuutta ottaa huomioon terveys kaikissa kunnan toiminnoissa ja mahdollistaa sektoreiden rajat ylittävä yhteistyö terveyden edistämiseksi. Terveyspalveluiden mukaan kunnan on päätöksenteon ja ratkaisujen valmistelussa arvioitava ja otettava huomioon tehtävien päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin – kuten myös vaikutukset väestön suun terveyteen. On tuotu esiin, että tällä hetkellä muut sote -alojen asiantuntijat ja kunnalliset päättäjät tuntevat suun terveydenhuollon toimintaa ja tavoitteita kuitenkin huonosti (Paavola 2012).

Terveyden edistämisen ja ehkäisevän hoidon merkitys tiedostetaan, mutta sen toteuttamisen keinoja ei vielä käytetä riittävästi. Merkittävänä tekijänä ovat nykyinen korjaavaan hoitoon painottuva palkkiojärjestelmä sekä toimenpidekeskeiset tuottavuutta ja kustannustehokkuutta kuvaavat mittarit. Valtakunnallisia terveyden edistämisen ja ehkäisevän hoidon vaikuttavuusmittareita ei ole käytössä.

Selvitystyöryhmä katsoi, että on olennaista laatia valtakunnallinen ohjeistus suun terveyden edistämiseksi, joka ei rajoitu vain erilaisiin hankkeisiin vaan ohjaa toimintaa koko maassa. Hyviä terveyden edistämisen käytänteitä on jo olemassa, mutta ne ovat saattaneet jäädä paikallisiksi. Resurssien vähäisyyden sekä ohjauksen ja valvonnan puutteen vuoksi terveyden edistämiseen ei ole kunnissa riittävästi panostettu eikä hyviä terveyden edistämisen käytäntöjä ole otettu valtakunnallisesti käyttöön (Palvelurakennetyöryhmän väliraportti 2012, STM 2012:17). Terveyden edistämistoiminnasta puuttuu usein selkeät tavoitteet, suunnitelmat, talous- ja henkilöstöresurssit sekä toteutus, mittarit ja seuranta. Terveyden edistämistä tehdään monesti oman toimen ohella ilman siihen liittyvää vastuuta ja valtuuksia sekä varattua aikaa. Terveyspalveluiden mukaan kuntien tulee kuitenkin nimetä terveyttä edistävät vastuutahot.

Kunnallisella tasolla johtamisessa tulee tehdä yhteistyötä koko sosiaali- ja terveyspalveluiden sekä kaikkien kunnan (tai muun vastaavan organisaation) muiden toimialojen, yritysten ja kolmannen sektorin toimijoiden kanssa kirjaamalla suun terveyden edistämisen tavoitteet ja toimenpiteet strategiaan asiakirjoihin ja sopimalla eri tahojen kanssa yhteisistä käytännöistä suun terveyden edistämiseksi (mukaan lukien terveysneuvonta). Toimijoiden yhteistyön tiivistäminen lisää terveysosaamista ja terveyden merkityksen tietämystä eri toimialoilla.

Suun terveydenhuollon vastuuhenkilö lisää toiminnan suunnitelmallisuutta ja riittävät resurssit mahdollistavat terveyden edistämiseen panostamisen. Vaikuttavat ja motivoivat hoitokäytännöt parantavat potilaiden omahoitoa ja vähentävät hoidon tarvetta. Monipuoliset palvelumuodot, yhtenäiset asiakasmaksut sekä etsivä työskentelytapa vähentävät väestön eriarvoi-

suutta palvelujen saatavuudessa. Yhteisillä laatuksiteereillä on mahdollista saada valtakunnallisesti yhtenäisemmät hoitokäytännöt, joiden toteutumista on myös viranomaisten helpompi valvoa.

Terveyden edistämisen tehostumiseen tähtäävää täydenniskoulutusta tulee järjestää nykyistä enemmän. Samoin myös vaikuttaviksi todettuja toimintamalleja, kuten neuvontapalveluja, tulee kehittää ja niiden levittämistä tulee edistää. Käypä Hoito -suositusten käyttöä toiminnassa tulee myös vahvistaa koulutuksellisin toimin. Sosiaali- ja terveydenhuollon muilla toimialueilla mallinnettuja ja hyväksi todettuja käytäntöjä olisi hyvä hyödyntää nykyistä laajemmin.

### **Lasten ja nuorten suun terveyden edistäminen**

Lasten ja nuorten ehkäisevien palvelujen vahvistaminen on paras keino tulevien korjaavien palvelujen tarpeen ja kustannusten kasvun hillitsemiseksi. Selvitystyöryhmä katsoi, että parantamalla lasten, nuorten ja heidän perheidensä ehkäisevien terveyspalvelujen suunnitelmallista ja erilaiset tarpeet huomioon ottavaa toteuttamista vaikutetaan parhaiten suun terveyden hyvään kehitykseen ja terveystarpeiden vähentämiseen.

Terveydenhuoltolain mukaan suun terveydenhuoltoon sisältyvät terveysneuvonta ja terveystarkastukset. Neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annetussa valtioneuvoston asetuksessa (338/2011) säädetään terveystarkastusten toteuttamisesta vuosiluokan tai henkilöryhmän (ensimmäistä lasta odottavat, opiskelijat) mukaan. Palvelut ovat maksuttomia alle 18-vuotiaille.

Neuvolatoimintaa, koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa sekä lasten ja nuorten ehkäisevää suun terveydenhuoltoa koskevia asetuksia valmisteltaessa sosiaali- ja terveysministeriö antoi Stakesille (nykyisin THL) ja Tampereen yliopistolle toimeksiannon selvittää suun terveydenhuollon kannalta keskeisiä tietoja näissä ehkäisevissä palveluissa. Tulosten mukaan vuonna 2007 terveystarkastusten välillä oli suuria eroja terveystarkastusten toteutumisessa, käyntimäärissä ja tervehampaisten lasten (= ei reikiä hampaissa) osuuksissa. Määräaikaiset terveystarkastukset kattoivat kaikkina vuosina keskimäärin 65–80 prosenttia ikäluokasta (pois lukien opiskelijat). Vuoden 2012 suunnitelmissa suun terveystarkastuksia oli asetuksen edellyttämä määrä vain 59–77 prosentissa terveystarkastuksia. Peruskoulun aikana tehtävien tarkastusten lukumäärässä oli havaittavissa vähenemistä vuodesta 2010 vuoteen 2012. Opiskelijoiden suun terveystarkastusten toteutumisessa on paljon kehitettävää samoin kuin odottavien perheiden terveystarkastusten kattavuuden parantamisessa. (Saaristo & Nordblad 2012) Tutkimuksen tiedonkeruussa esiin tulleet ongelmat kertovat ikävuosiin perustuvan seurantajärjestelmän haasteista ja tietojärjestelmien kehitystarpeista.

Toimintakäytäntöjä on viime vuosina kehitetty kuntien suun terveydenhuollossa. Näitä hyviä käytäntöjä on tarpeen levittää laajemmin kunnissa. Suhat -verkoston (THL:n koordinoima kuntien hanke) työryhmä on laatinut ensimmäistä lasta odottavan perheen suun terveydentilan ja hoidon tarpeen arvion sekä neuvolaikäisen suun terveystarkastuksen toteuttamismallin kuntien käyttöön. Hyviä tuloksia on myös saavutettu yhteistyöllä koulujen kanssa. Yhteistyön tuloksena makeisautomaatteja on korvattu kouluissa terveellisillä välipalavaihtoehtomahdollisuuksilla. Opetushallitus ja Kansanterveyslaitos (nykyisin THL) antoivat vuonna 2007 suosituksen peruskouluille huolehtia siitä, että yläasteella ei myydä makeisia eikä virvoitusjuomia. Suosituksen vaikuttavuutta on tutkittu 13 - 15 -vuotiaille suunnatulla seurantatutkimuksella vuosina 2007 ja 2010. Tulokset osoittivat kansallisen tason suosituksen olevan vaikuttavan ja vahvistavan koulujen konkreettisia toimia suun terveyden edistämistyössä (Anttila et al. Scand. J. Public Health 2012).

### **Opiskeluterveydenhuollon kehittäminen suun terveydenhuollossa**

Neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annetun valtioneuvoston asetuksen mukaan opiskelijoille kuuluu vähintään kerran opiskeluaikana suun terveystarkastus, jossa selvitetään suun terveysneuvonnan ja palvelujen tarve. Kaikille korkea-asteen opiskelijoille lähetetään heti opiskelujen alussa terveystarkastus, jonka perusteella opiskelijat kutsutaan terveystarkastukseen. Terveystarkastusta käytetään laajasti myös toisen asteen opiskeluterveydenhuollossa. Terveystarkastuksen tulosten perusteella terveydenhoitajan terveystarkastukseen kutsutaan tarkastukseen haluavat, vaarallisille töille altistuvat, terveysongelmia ja terveysriskejä omaavat opiskelijat. Tällä hetkellä käytössä olevissa kyselyissä ei sosiaali- ja terveysministeriön tietojen mukaan ole kysymyksiä suun terveydentilasta. Selvitystyöryhmä katsoi, että suun terveydentilaa koskevat kysymykset tulisi liittää osaksi terveystarkastusta. Kysymysten mukanaolo varmistaisi tarvittaessa nopeamman kutsumisen suun terveystarkastukseen, jos opiskelija itse tai terveydenhoitaja niin arvioi. Käytännön muutos myös korostaisi suun terveyden merkitystä opiskelijan kokonaisterveyden osa-alueena.

### **Ikääntyneen väestön suun terveys vaikuttaa hyvinvointiin, toimintakykyyn ja terveyteen**

Suun terveydellä on suuri merkitys ikääntyneen elämänlaadulle. Sosiaaliseen kanssakäymiseen liittyy monia suun terveyden osa-alueita. Ikääntyneiden ravitsemustilaa voivat heikentää erilaiset suun ongelmat, kuten hampaattomuus, huonosti istuvat hammasproteesit, puremis- ja nielemisongelmat, kivut ja kuiva suu. Varsinkin proteiini- ja vitamiinipuutteilla on monenlaisia vaikutuksia ikääntyneen terveydelle ja toimintakykyyn. Laadittaessa suunnitelmaa ikääntyneen väestön tukemiseksi, on otettava huomioon myös ikääntyneen väestön suun terveys osana väestön hyvinvoinnin, terveyden, toimintakyvyn ja itsenäisen suoriutumisen tukemista sekä iäkkäiden henkilöiden tarvitsemien palvelujen järjestämistä ja kehittämistä. Oikea-aikaiset ja riittävät suun terveydenhuollon palvelut ovat merkittäviä ikääntyneiden terveydelle ja toimintakykyyn.

Ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain (niin sanottu vanhuspalvelulaki) tarkoituksena on muun muassa tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista sekä parantaa iäkkään henkilön mahdollisuutta saada laadukkaita sosiaali- ja terveyspalveluja yksilöllisten tarpeittensa mukaisesti ja riittävän ajoissa silloin, kun hänen heikentynyt toimintakykynsä sitä edellyttää. Laissa säädetään kunnan vastuusta selvittää ikäihmisten palvelujen tarve sekä järjestää heille tarpeenmukaiset palvelut. Näihin sisältyvät hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja itsenäistä suoriutumista tukevia terveystarkastuksia erityisesti niille ikääntyneeseen väestöön kuuluville, joiden elinoloihin tai elämäntilanteeseen arvioidaan liittyvän palveluntarvetta lisääviä riskitekijöitä. Tähän ryhmään kuuluville iäkkäille henkilöille suunnatuista suun terveystarkastuksista ja näiden terveystarkastusten maksuttomuudesta keskusteltiin selvitystyöryhmässä. Selvitystyöryhmässä tuotiin esille, että asia vaatii jatkoselvitystä ja yksityiskohtaisempaa kustannusten arviointia osana laajempaa suun terveydenhuollon maksukäytäntö- ja koskevaa selvitystyötä.

### **Terveyskeskuksissa perittävät ehkäisevän suun terveydenhuollon asiakasmaksut**

Suun terveydenhuollossa eräistä terveyden edistämisen ehkäisevään hoitoon kuuluvista toimenpiteistä voidaan periä asiakasmaksu sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain ja asetuksen mukaisesti. Muussa terveydenhuollossa terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palvelut ovat lähtökohtaisesti maksuttomia. Selvitystyöryhmän mielestä tavoitteen



ollessa suusairauksien ehkäisy ja korjaavien palveluiden tarpeen vähentäminen, on terveystoiminnasta perusteltua suun terveydenhuollon palveluissakin siirtyä muun terveydenhuollon kanssa yhtenäisiin terveyden edistämisen asiakasmaksukäytäntöihin. Asia vaatii kuitenkin jatkoselvitystä osana suurempaa suun terveydenhuollon asiakasmaksujen kustannustenjaon kokonaisuutta. Selvitystyöryhmän työskentelyssä asiassa esitettiin erilaisia näkökulmia. Kuntaliiton lähtökohta on, että suun terveydenhuollossa asiakkaalta perittävien maksujen yhdenmukaistaminen muiden terveydenhuollon maksujen kanssa tulee toteuttaa muilla keinoin kuin kuntien maksukertymää lähtökohtaisesti pienentämällä. Kuntien vastuita ei Kuntaliiton mukaan tule kasvattaa eikä kunnille asettaa uusia tai nykyistä laajempia tehtäviä ilman täysimääräistä taloudellista kompensatiota. Suun terveydenhuollon asiakasmaksuista on tarkempaa tietoa luvuissa 2.5 ja 4.5.

## 2.2 POTILAAN ASEMAN JA OMAN HOIDON VAHVISTAMINEN PALVELUISSA

**Tavoite:** Potilas osallistuu mahdollisuuksiensa mukaan aktiivisesti oman suun terveytensä edistämiseen ja ylläpitämiseen

**Ehdotus 3: Yhdenmukaisesti määritetyt terveys- ja hoitosuunnitelmat, sisältäen potilaan tavoitteet hoidolle, otetaan käyttöön.**

### Toimenpiteet:

- Käynnistetään hanke, jossa luodaan toimintamallit yhtenäisistä hoitosuunnitelmakäytännöistä julkisilla ja yksityisillä toimijoilla.
- Suun terveydenhuollon tutkimus ja hoitosuunnitelmat ovat erillisiä kokonaisuuksia. Kansallisessa toimenpideluokituksessa ne voitaisiin tulevaisuudessa määrittellä erillisinä toimenpiteinä, jotta hoidon suunnittelu parantuisi. Tämä edellyttää kuitenkin täsmennyksiä toimenpiteiden koodistoluetteloon.
- Potilastietojärjestelmät kehitetään sellaisiksi, että päällekkäiset kirjaamiset hoitosuunnitelmissa ja potilaskertomuksissa vältetään ja hoitosuunnitelman laatiminen ja sen toteutumisen seuranta voidaan toteuttaa sähköisissä järjestelmissä.

**Ehdotus 4: Erityisen tuen tarpeessa olevien palveluja kehitetään ja parannetaan**

### Toimenpiteet:

- Neuvontapalvelujen saavutettavuutta koko väestölle parannetaan lisäämällä matalan kynnyksen palveluja ja liikkuvia palveluja yhteistyössä eri toimijoiden kanssa.
- Lisätään moniammatillista yhteistyötä ja parannetaan tiedonvaihtoa muun muassa omaishoitajien kanssa varmistamaan tarpeellisten suun terveydenhuollon palvelujen saantia.
- Syrjäytyneiden ja syrjäytymisvaarassa olevien palveluja kehitetään etsivällä työllä hoitoon hakeutumisen esteiden poistamiseksi.
- Ajanvaraus- ja palveluohjaustoimintaa kehitetään
- Vammaisuus ja vajaakykyisyys huomioidaan nykyistä paremmin palveluja suunniteltaessa.

- Hoitoon liittyvistä ja terveyttä edistävästä neuvontapalveluissa asiakasmaksukäytännöt vastaavat muun terveydenhuollon käytäntöjä.

### **Perustelut**

Asiakaslähtöisessä ajattelussa terveydenhuollossa potilaalla on aktiivinen rooli omassa hoidossaan. Keskeistä on, että niin palvelujen järjestämisessä kuin toteuttamisessa lähdetään potilaan omasta tarpeesta sekä siitä, että potilas itse osallistuu omien tarpeidensa selvittelyyn ja arviointiin. Tavoitteena on asiakkaan voimaantumisen ja elämänhallinnan edistäminen sekä luottamuksellisuuden ja avoimuuden vahvistaminen. (Keronen 2013) Potilaat ovat erilaisia, ja huomioon tulee ottaa potilaan kyky ja mahdollisuudet osallistua omaan hoitoonsa.

Hoitoa ja hoitosuunnitelman laadintaa aloitettaessa potilaan oma näkemys hoidon tarpeesta ja merkityksestä tulee olla lähtökohtana. Hänen asiantuntijuuttaan oman terveyden- ja elämäntilanteensa tuntijana tulee korostaa. Hoitosuhde perustuu vuorovaikutukseen hoitohenkilökunnan ja potilaan sekä hänen omaistensa ja läheistensä kanssa. Asiakaskeskeisyys on parhaimmillaan ammatillista potilaan tarpeisiin, toiveisiin ja odotuksiin vastaamista hoidossa.

Keskeistä asiakaslähtöisessä ajattelussa on juuri hyvä yhteistyö sekä potilaan itsemääräämisoikeuden ja valinnanvapauden kunnioittaminen. Lainsäädännössä tämä ilmenee muun muassa siten, että potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa muun ohella säädetään potilaan itsemääräämisoikeudesta. Lain mukaan potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. Lisäksi terveydenhuoltolaissa on potilaan valinnanvapautta toteuttavaa sääntelyä, jotka mahdollistavat hoitopaikkaa koskevia valintoja ja tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimissa rajoissa myös terveydenhuollon yksikössä häntä hoitavan lailistetun terveydenhuollon ammattihenkilön valinnan.

Asiakkaan odotuksia ja tyytyväisyyttä palveluihin voidaan selvittää asiakastytyväisyyskyselyillä. THL ja Kuntaliitto toteuttivat vuonna 2012 asiakastytyväisyyskyselyn osassa isoja kaupunkeja. Kyselyn mukaan kehitettävää asiakkaiden mielestä löytyi hoidon saatavuudessa. Myös jatkohoitoaikojen saaminen koettiin hankalaksi. Kysely on osa SADe-SoTe-ohjelmaa, jossa kehitetään kansalaisten sähköistä asiointia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Tavoitteena on että asiakasvastaukset saadaan pääasiassa kerättyä jatkossa sähköisessä muodossa, mikä mahdollistaa isojen kansallisten kyselyjen toteuttamisen ja koko maata koskevan vertailutiedon saamisen. (Tulokset tulevat hoitolakohtaisesti näkymään [Palveluvaaka.fi](http://Palveluvaaka.fi):ssä)

Ennaltaehkäisyllä ja potilaan säännöllisellä ohjeiden mukaisella omahoidolla on suuri merkitys suun sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Suun hyvä omahoito vaatii potilaalta tietoa, taitoa sekä halua suun terveydentilan ylläpitämisessä ja parantamisessa. Kun potilas on aktiivisessa roolissa hoitotilanteessa, sitoutuu hän paremmin omahoitoon sekä saamansa hoidon tuloksiin. Tämä tukee potilaan oman terveyden ja hyvinvoinnin edistymistä.

### **Terveys- ja hoitosuunnitelman rakenteen ja sisällön määrittely yhdenmukaiseksi**

Selvitystyöryhmän näkemys oli, että potilaan asema sosiaali- ja terveydenhuollossa vahvistuu, kun suun terveys ja toimintakyky tulevat mukaan moniammatillisiin hoito- ja palvelusuunnitelmiin. Yhteisten suunnitelmien avulla voidaan taata potilaalle laadukkaampaa hoitoa ja hoidon jatkuvuutta. Julkisten ja yksityisten toimijoiden hoitosuunnitelmien rakenne ja sisältö voidaan yhdenmukaistaa hanketoiminnan avulla. Potilas tarvitsee ajantasaista tietoa saamistaan taudinmäärityksistä ja hoidoista, jotta hän voi aidosti osallistua hoitoonsa ja toteuttaa omaa osuuttaan terveys- ja hoitosuunnitelmasta. Kun potilaan kanssa laaditaan pitkäkestoinen terveys- ja hoitosuunnitelma, joka sisältää vaikuttavuusmittarit ja potilaan määrittelemät ta-

voitteet omahoidolle, potilaan motivaatio sitoutua hoitoonsa kasvaa. Yhtenäisen hoitosuunnitelmien käyttö ja toimivuus korostaa kirjaamiskäytäntöjen ja potilastietojärjestelmien kehittämisen merkitystä.

Potilasasiakirjoista annetun sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen mukaan potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot. Suun terveydenhuollossa hoitosuunnitelma usein nähdään vain korjaavan hoidon toteuttamissuunnitelmana, jolloin varsinainen sairauden hoito ja siihen liittyvä kirjaaminen (hoidon syy, hoidon tavoite, seuranta ja arviointi) jää vähemmälle huomiolle. Hyvän ja riittävän pitkälle ajalle tehdyn hoitosuunnitelman merkitys korostuu potilaiden liikkuvuuden lisääntyessä ja erilaisissa ostopalvelutilanteissa, jossa hoidon toteutus hajautuu eri palveluntuottajille. Vaarana on, että potilaan vaikuttavan hoidon kannalta keskeisimmät ongelmat jäävät sivuun korjaavien, sairauden hoitoon painottuvien toimenpiteiden kustannuksella. Tällöin myös vastuu terveyttä edistävästä toimenpiteistä hämärtyy.

Selvitystyöryhmä piti tärkeänä hoitosuunnitelman laadinnassa yhtenäisiä käytäntöjä, joita toteuttavat niin yksityiset kuin julkiset toimijat. Terveystieteiden laajentaa potilaan mahdollisuutta valita hoitopaikka. Vuonna 2013, jos henkilö asuu tai oleskelee säännönmukaisesti tai pitempiaikaisesti kotikuntansa ulkopuolella, hän voi käyttää hoitosuunnitelmansa mukaisen hoidon toteuttamiseen myös muun kuin kuntansa perusterveydenhuollon palveluja. Vuonna 2014 potilaan valinnan mahdollisuudet laajenevat, joka entisestään korostaa yhtenäisen käytäntöjen merkitystä hoitosuunnitelman laadinnassa ja tietojen käytettävyydessä.

### **Erityisen tuen tarpeessa olevien palvelujen kehittäminen ja parantaminen**

Suomalaisten suun terveys on kohentunut jatkuvasti. Kuitenkin on havaittu, että eri sosiaali-ryhmien väliset terveyserot ovat pysyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Terveyseroja ilmenee myös alueellisesti ja sukupuolten välillä. Terveyserojen kavennus edellyttää puuttumista taustalla oleviin syihin ja prosesseihin. Se edellyttää myös, että parannetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoista saatavuutta ja käyttöä. Selvitystyöryhmä katsoi, että palveluja tulisi siten kohdentaa ja terveellisiä elintapoja tukea niissä väestöryhmissä, joilla on lisääntynyt avun tarve tai vaikeuksia saada hoitoa (esim. ikäihmiset, kehitysvammaiset, syrjäytymisvaarassa olevat).

Nykytietämisen mukaan syrjäytymisen vastainen työ sosiaali- ja terveysalalla edellyttää laaja-alaista osaamista ja erikoistuneita ammatillisen työn muotoja. Syrjäytymisessä on tunnistettavissa riski- tai vaaratilanteita, jotka edeltävät heikkoon asemaan joutumista. Elämänkaaren nivelkohdat ovat kriittisiä, jolloin yksilön tukiverkoston tärkeys korostuu. Potilaan kannalta haastavaa on löytää oikea apu; potilas voi olla yhtä aikaa useamman ammattilaisen työn kohteena eri palvelupisteessä. Palvelujärjestelmän haasteena on rakentaa sektorit ylittävää, poikkialueellista toimintaa ja eri toimijoiden yhteistyötä siten, että palvelut muodostavat saumattoman kokonaisuuden ja tukiverkoston syrjäytymässä olevalle. Sosiaali- ja terveysalan työntekijän kannalta haastavaa on syrjäytymisvaarassa olevan tai syrjäytyneen potilaan tai asiakkaan elämäntilanteen kokonaisuuden hahmottaminen.

Erilaisille kohderyhmille tarvitaan erilaisia palvelumuotoja. Analysoimalla kohderyhmän asiakkaiden tarpeita ja mieltämillä, millainen on se asiakkaan prosessi, johon palveluja tuetaan ja missä vaiheessa asiakkaan prosessia suun terveydenhuollon toimijat liittyvät hänen toimintaansa tarjoamallaan palveluilla. Tulisi selvittää, miten tärkeänä asiakkaat pitävät mitään kontaktipistettä ja millaisia odotuksia he asettavat niille. Asiakasymmärryksen lisäksi tärkeänä korostuu potilasohjaus oikean palvelun äärelle. Potilaan liittyminen hoito- ja palveluprosessiin ja erkaantuminen siitä ovat kriittisiä kohtia hoitotuloksen onnistumisessa. Hoidon

jatkuvuuden kannalta kriittiset asiakasryhmät tulee tunnistaa ja heidät tulee niin sanotusti saattaen vaihtaa avun piiriin tai seuraavaan prosessiin.

### **Ajanvaraus- ja palveluohjauksen kehittäminen osana monimuotoisia palveluja**

Ajanvaraus- ja palveluohjauksesta huolehtiminen valituille asiakkaille on tärkeää myös hoito-suunnitelman laatimiseksi. Suun terveydenhuollon päivystyspalveluita runsaasti käyttävät potilaat (kriteereinä: potilasasiakirjamerkintöjen mukaan potilaalla on kesken jäänyt hammashoito, useita peruuttamattomia poisjääntejä tai hän on käyttänyt pääasiassa vain päivystyspalveluja) voidaan ohjata terveydenedistämisen käynnille suuhygienistille (mahdollisesti potilaan odottaessa ensiaputoimenpiteeseen) ja hammaslääkärin tutkimukseen ja kiireelliseen kokonaisuhoitosuunnitelman tekoon sekä kiireelliseen hoitoon. Tavoitteena on saada potilaalle infektiovapaa suu ja saada potilas muuttamaan terveyskäyttäytymistään.

Matalan kynnyksen palveluilla, kuten walk in -palveluilla, mahdollistetaan potilaan hoitoon hakeutuminen esimerkiksi ilman ajanvarausta. Potilas on keskiössä, ja hoidon toteutuksen lähtökohtana hammaslääketieteellisen hoidon tarpeen rinnalla korostuvat potilaan omat toiveet hoidon toteutuksessa. Syrjäytymistä kokeneiden ihmisten ei ole helppo löytää voimavarojaan ja luottaa omiin kykyihinsä. Hoidon tavoitteena on potilaan terveydellisten tekijöiden kuntoon saattaminen ja omien voimavarojen vahvistaminen, jotta ohjaus esimerkiksi kuntoutukseen, koulutukseen tai työelämään onnistuisi mahdollisimman hyvin. Palvelujen saatavuutta turvataan uudenaikaisilla, kotiin tai palvelukeskukseen jalkautuvilla palveluilla tai asiakkaita ja potilaita aktivoivilla uusilla toimintamalleilla. Matalan kynnyksen toiminnassa, esimerkiksi päihde- ja mielenterveysongelmaisten, asunnottomien ja yksinäisten tukipisteissä ja palvelukeskuksissa hyödynnetään yhteisöllisiä menetelmiä, joiden tavoitteena on tukea raittiuteen ja elämänhallintaan. Yhteisöt ja yhteisöllisyys rakentuvat vuorovaikutukseen, arkiseen kanssakäymiseen, ihmisten keskinäiseen tukeen sekä elämän merkityksellisyyden vahvistamiseen. Liikkuvat suun hoidon palvelut terveydenedistämässä, ensiapu- ja kiireettömässä hoidossa jalkautuvat alueille, joista on pitkä matka tai joista hakeudutaan huonosti hammashoitolaan. Kannettavat hoitoyksiköt mahdollistavat yksinkertaisten hammashoidon toimenpiteiden toteuttamisen muuallakin kuin hammashoitolassa.

## **2.3. SUUN TERVEYDENHUOLLON PALVELURAKENTEEN KEHITTÄMINEN TUKEMAAN HOITOON PÄÄSYN TEHOSTUMISTA**

**Tavoite:** Suun terveydenhuolto on osa sote -kokonaisuutta kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla. Palvelujen tuotannossa suun terveydenhuollon kokonaisresurssit huomioidaan.

**Ehdotus 5: Suun terveydenhuollolla on käytössä väestön palvelutarpeeseen nähden riittävät resurssit. Tähän sisältyvät vaativamman tason hoidon edellyttämät hoitoresurssit.**

### **Toimenpiteet:**

- Suun terveydenhuollon rakenteiden kehittäminen kunnissa on osa sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden kehittämistä. Suun terveydenhuollon rakenteet ja palvelut ovat osa sote -palvelurakennekokonaisuutta.
- Kehitetään suun terveydenhuollon vaikuttavuutta kiinteänä osana sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaa ja hoito- ja palveluketjuja.

- Suun terveydenhuollon palvelut mitoitetaan väestön terveystarpeiden mukaisesti. Suun terveydenhuollossa turvataan sekä perusterveydenhuollon että vaativamman tason palvelut.
- Perusterveydenhuollossa hoitoon pääsyn tavoitteena on STM:n yhtenäisten kiireettömän hoitoon pääsyn kriteereiden toteutuminen niin tavanomaisen kuin vaativamman hoidon tarpeen yhteydessä. Yhtenäisten hoitoon pääsyn kriteerien toteutumisen seurantaan kehitetään uusia menetelmiä.
- Hanketoiminnalla luodaan yhteisiä toimintamalleja ja käytäntöjä julkisten ja yksityisten toimijoiden välille.
- Suun terveydenhuollon johdon tukeen ja verkostoitumiseen panostetaan, jotta suun terveydenhuolto linkittyy paremmin osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta. Kansallisella keskustelu- ja tiedonvälitysfoorumilla suun terveydenhuollon tavoitteita ja sen merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollon kentässä tehdään näkyväksi ja yhteistyötä sidosryhmien kanssa vahvistetaan.

**Ehdotus 6: Yhtenäistetään suun terveydenhuollon tutkimuskäytännöt sekä julkisella että yksityisellä sektorilla.**

**Toimenpiteet:**

- Hammaslääkärin tekemät suun tutkimukset ja suuhygienistien ja hammashoitajien tekemät terveystarkastukset kohdennetaan yksilöllisen tarpeen perusteella. Ellei yksilöllisiä erityistarpeita ole, suun tutkimuksia toteutetaan kahden vuoden välein.
- Yhtenäiset hoitosuunnitelmakäytännöt ovat tarpeen toiminnan yhtenäistämiseksi. Julkisella ja yksityisellä sektorilla on käytössä yhtenäiset käytännöt.

**Ehdotus 7: Tehostetaan hoitoon pääsyä kuntien suun terveydenhuollossa.**

**Toimenpiteet:**

- Terveyskeskusten suun terveydenhuollossa levitetään koko maassa hyviä käytäntöjä, esimerkiksi Hyvä vastaanotto -hanketta, parantamaan ja nopeuttamaan kiireettömään hoitoon pääsyä.
- Hoitoon pääsyn määräaikojen toimivuutta selvitetään ja tulosten perusteella arvioidaan jatkotoimenpiteet osana terveydenhuollon kokonaisuutta. Tavoitteeksi asetetaan kiireettömän hoitoon pääsyn määräaikojen lyhentäminen yhdenmukaisesti muun terveydenhuollon kanssa, mikä edellyttää monia kehittämistoimia. Toteutus edellyttää asteittaista toimeenpanoa resurssit huomioon ottaen.
- Hoitoon pääsyn määräaikojen seurannan lisäksi hoidon toteutumisesta osoittavia laadullisia mittareita tulee ottaa käyttöön.
- Kehitetään työnjakoa ja tiimityötä tehostamaan hoitoon pääsyä. Työnjaon avulla on mahdollista uudistaa suun terveydenhuollon tutkimus- ja hoitoprosesseja niin, että uudistukset tuottavat kokonaisuhyötyä suun terveydenhuollossa.
- Käynnistetään kokeilutoimintaa uusista toimintamalleista hankkeena, jossa edistetään potilaan valinnan mahdollisuuksia.

## Perustelut

Selvitystyöryhmän toimeksiannon mukaisesti suun terveydenhuollon selvitystyöryhmän työssä huomioidaan sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta koskevan selvitystyöryhmän työ. Selvitystyöryhmä piti välttämättömänä, että suun terveydenhuollon palvelut ovat osa sosiaali- ja terveydenhuollon uutta palvelurakennetta ja järjestetään yhtäläisesti osana muuta sosiaali- ja terveydenhuoltoa. Suun terveydenhuollon integraatiota vielä nykyistä vahvemmin osaksi sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuutta pidettiin tärkeänä. Selvitystyöryhmä myös katsoi, että suun terveydenhuollon palvelut tulee mitoittaa väestön tarpeiden perusteella ja osoittaa tähän riittävät resurssit. Suun terveydenhuollon palveluilla on vaikuttavuutta ihmisen hyvinvointiin ja kokonaisterveyteen ja niitä voidaan hyödyntää nykyistä paremmin osana koko sosiaali- ja terveydenhuoltoa.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettama Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmä on valmistellut väliraporttiinsa yksityiskohtaiset ehdotukset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennemuutoksen keskeisiksi periaatteiksi. Ehdotukset perustuvat hallitusohjelmaan, hallituksen vuosien 2014 - 2017 kehyspäätökseen ja pääministerin asettaman koordinaatioryhmän linjauksiin. Näiden linjausten ja väliraportin ehdotusten perusteella kunnilla on tiedossaan sote -uudistuksen vaikutukset kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen ja organisointiin. Linjausten ja ehdotusten perusteella järjestämisvastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista on pääsääntöisesti maakuntien keskuskaupunkien ja vähintään noin 50 000 asukkaan kuntien pohjalle muodostettavilla sote -alueilla sekä eräin osin vähintään noin 20 000 - 50 000 asukkaan pohjalle muodostettavilla perustason alueilla. Alueita muodostettaessa kuullaan kuntia ja otetaan huomioon kokonaisuuden kannalta tarkoitukseenmukainen alueellinen sote -rakenne. Alle 20 000 asukkaan kunnat saavat sosiaali- ja terveyspalvelut sote -alueiden ja osin perustason alueiden järjestäminä.

Valmisteluryhmän raporttiin sisältyy selvitys sote -alueiden ja perustason alueiden muodostamisen tarkemmista perusteista ja niiden mahdollistamista erilaisista vaihtoehdoista alueiden muodostamiseksi. Valmisteluryhmä on myös tehnyt ehdotuksensa erityisvastuualueiden tehtävistä ja hallinnon järjestämisestä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän väliraportti. STM raportteja ja muistioita 2013:15)

## Aikuisväestön suun terveydenhuollon palvelut osana sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita

Suun terveydenhuollossa on toteutettu uudistuksia lähtökohtana niiden kuuluminen osana tarpeellisia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Viimeaikaisista uudistuksista merkittävin on ollut aikuisten hammashuollon uudistus. Kansanterveyslain säännösten perusteella vuoden 2002 joulukuusta lähtien hammashoitoon pääsyä ei voinut rajoittaa iän perusteella. Lain voimaantulosäännöksen mukaan kunta ja kansanterveysystyön kuntayhtymä saattoivat päättää palvelujen järjestämisestä siirtymäajan vuosien 2001 - 2002 aikana. Kansanterveyslain mukaan kunnan tuli järjestää myös kiireellinen avosairaanhoito, mukaan lukien kiireellinen hammashoito, potilaan asuinpaikasta riippumatta. Tätä ennen kansanterveyslain ja kansanterveysasetuksen sääntely mahdollisti sen, että nuorimmat ikäryhmät olivat ensisijaisessa asemassa suun terveydenhuollon palvelujen kohdistamisessa. Uudistusta oli valmisteltu pitkään. Taustaa tälle uudistukselle oli sairauskulujen vähennysoikeudesta luopuminen, jonka yhteydessä sairausvakuutuslain hammashuollon korvaussäännöksiä muutettiin vuonna 1991. Lain tarkoituksena oli ulottaa järjestelmällisen hammashuollon korvaaminen koskemaan koko aikuisväestöä 1. heinäkuuta 1992 lukien. Korvausten laajentamista koskemaan koko väestöä siirrettiin väliaikaisilla laeilla valtiontaloudellisista syistä. Eduskunta edellytti vastauksessaan hallitukselle 1999, että järjestelmällisen hammashuollon uudistukseen varataan riittävät voimavarat ja uu-

distuksen kustannusneutraalisuutta tarkastellaan laajasti. Tuolloin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus piti tärkeänä, että hammashuollon sisältö määritellään tukemaan pitkällä aikavälillä väestön hyvinvointia ja terveyttä.

Aikuisväestön hammashuollon uudistuksen taustalla olivat myös oikeusoppineiden näkemykset siitä, että ihmisiä ei tule asettaa eri asemaan iän tai sukupuolen perusteella. Suun terveydenhuoltoon asetetut ikärajoitteet palveluissa olivat syrjiviä. Iso osa aikuisista oli jäänyt tuetun hammashoidon ulkopuolelle. Tällä oli ollut merkittäviä vaikutuksia suun terveyserojen kehittymiselle väestössä. Riittävien palvelujen järjestäminen on tärkeää kaikille ja palvelujen kokonaisvaikutukset on huomioitava. Uudistuksen arvioitiin aiheuttavan vuosien 2001 -2003 aikana kustannuksia kunnille yhteensä noin 40 miljoonaa euroa, joihin osoitettiin valtionosuuksia yhteensä 10 miljoonaa euroa. Kustannuksia arvioitaessa oli tiedossa, että kolmasosa kunnista oli jo pitkään huolehtinut aikuisten hammashuollosta, toinen kolmasosa oli huolehtinut merkittävän osan aikuisten tarvitsemista palveluista ja vain kolmasosa oli rajannut palvelut pääsääntöisesti lapsiin ja nuoriin. Osassa kuntia ei ole saatavilla yksityishammaslääkäripalveluja, jolloin kuntien järjestämät palvelut olivat potilaille palvelujen saannin edellytys. Aikuisien hammashoidon uudistusta valmisteltaessa arvioitiin, että yksityissektorin potilaat jatkavat pääsääntöisesti aikaisemmin syntyneitä hoitosuhteita. Kunnallisen hammashoidon laajennus arvioitiin ainakin osittain voitavan toteuttaa myös ostamalla palveluja yksityisiltä.

Eduskunta päätti sairausvakuutusjärjestelmän laajennuksen toteuttamisesta samanaikaisesti kunnallisen hammashoidon laajentamisen kanssa koskemaan kaikkia iästä riippumatta 1.12.2002 lähtien. Suun terveydenhuollon palveluista säädetään nykyisin 1.5.2011 voimaan tullessa terveydenhuoltolaissa, ja terveydenhoitolain sääntelyn mukaisesti suun terveydenhuollon palvelut kuuluvat kuntalaisille iästä riippumatta.

Suomalaisissa väestötutkimuksissa on todettu aikuisväestön suun terveyden parantuneen ja palvelujen käytön lisääntyneen uudistuksen tavoitteen mukaisesti niissä ryhmissä, joissa palvelujen käyttö oli aikaisemmin satunnaista. Selvitystyöryhmän mielestä keskeistä on, ottaen huomioon suun terveyden ylläpidon merkitys ihmisen kokonaisterveydelle, että aikuisväestön suun terveydenhuolto on osa julkista terveydenhuoltoa jatkossakin. Asia on keskeinen myös ihmisten välisen tasa-arvon takia. Suun terveys on yleisesti parantunut ja terveyserot ovat tasaantuneet, mutta suun terveydessä on edelleen suuria eroja eri väestöryhmien välillä. Palveluihin hakeutuminen sekä suun omahoito, kuten suun ja hampaiden säännöllinen puhdistaminen, ovat vähäisintä vähemmän koulutetuilla. Kuitenkin näissä ryhmissä hoidon tarve on suurinta.

### **Suun terveydenhuollon tutkimuskäytäntöjen yhtenäistäminen**

Suun terveydenhuollon selvitystyöryhmä keskusteli osana hoitosuunnitelmakäytäntöjen yhtenäistämistä myös potilaiden suun tutkimusvälien pituudesta. Suun tutkimuksia on tarpeen kohdentaa potilaan yksilöllisen riskin perusteella. Jos potilaan suun terveys on hyvä eikä erityistä tarvetta ole, voidaan potilaan tutkimusväli pidentää kahteen vuoteen nykyisestä tiheimmästä tutkimusvälistä. Toisaalta mikäli potilaalla on kohonneita riskejä tai tarpeita, määritetään tutkimusväli näiden mukaisesti. Pidentämällä ei-riskipotilaiden tutkimusvälejä voidaan vapauttaa tutkimus- ja hoitokapasiteettia kohdentamaan väestössä nykyistä paremmin potilaiden tarpeen ja riskin mukaisesti. Tavoitteena kohdentumisella on kaventaa väestön suun terveyseroja.

Tiheämmin toistuvat tutkimustoimenpiteet kohdennetaan erityisen riskin omaaviin. Nämä riskipotilaat ovat lähes aina samoja kuin muussakin terveydenhuollossa. Potilas ja hänen elämäntilanteensa tulee huomioida kokonaisuutena myös suun terveydenhuollon palveluja tuotettaessa. Suun terveydenhuollon työntekijöiden toiminta vahvistuu ja sen vaikuttavuus kasvaa kun toimitaan yhteistyössä ja samansuuntaisesti muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden

kanssa. Kunnissa on kehitetty hankkeita, joissa muun muassa monisairaiden henkilöiden riskiperusta on kattavasti otettu huomioon myös suun terveydenhuollon palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa. Näiden hankkeiden toimintakäytäntöjä tulee edelleen kehittää ja levittää muihinkin kuntiin. Selvitystyöryhmä katsoi, että julkisella ja yksityisellä sektorilla tulisi olla käytössä yhtenäiset käytännöt tutkimusten ja hoitosuunnitelman laadinnassa.

### **Hoitoon pääsyn tehostaminen kuntien suun terveydenhuollossa**

Selvitystyöryhmässä käytiin laaja keskustelu hoitoon pääsyn toimivuudesta suun terveydenhuollossa, joka oli yksi keskeinen toimeksiantotehtävä työryhmälle. Selvitystyöryhmä katsoi, että hoitoon pääsyn määräaikojen lyhentäminen nykyisistä, on potilaiden hoidon toteutumisen sekä potilasturvallisuudenkin näkökulmasta keskeinen tavoite. Tämä edellyttää kuitenkin useita erilaisia kehittämistoimia mahdollisten säännösmuutosten lisäksi.

Sosiaali- ja terveysministeriössä on käynnistynyt hoitoon pääsyn määräaikojen toimivuutta ja perusteita koskeva selvitystyö. Selvitystyön osana arvioidaan myös suun terveydenhuollon osalta määräaikoja koskevat muutostarpeet. STM julkaisee asiaa selvittäneiden asiantuntijoiden laatiman raportin vuoden 2013 aikana.

Suun terveydenhuollossa ongelmana on ollut, että suun terveydenhuollon resurssit vaihtelevat kunnittain paljon, mikä on johtanut osassa kuntia pitkiin hoitoon pääsyn odotusaikoihin. Hoidon ruuhkautumisen syitä on useita kuten pitkään jatkunut hammaslääkäripula, riittämättömät resurssit, hoitopalvelujen tarpeen ja kysynnän kasvu ja vanhat toimimattomat käytännöt. Kuntien palvelujen kysyntään vaikuttaa se, onko alueella palveluja tarjolla yksityissektorilla. On toisaalta kritisoitu sitä, että palvelutuotannon painopisteeksi on tullut hoitotakuun määräaikojen toteuttaminen ja seuranta, jolloin hoidon painopiste on voinut muuttua enemmän akuuttihoitoon ja akuuttihoitoon suuntaan kokonaishoidon ja pitkäjänteisten hoitosuhteiden sekä kroonisten suusairauksien hoidon kustannuksella. Kokonaishoitoa ja varsinkin vaativampien hoitojen toteuttamista haittaa myös pula erikoishammaslääkäreistä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) seuraa hoitoon pääsyä suun terveydenhuollossa kaksi kertaa vuodessa tehtävin selvityksin, joiden perusteella valvontaviranomaiset, ensisijaisesti aluehallintovirastot, valvovat hoitoon pääsyn määräaikojen toteutumista. Valvontaan liittyy uhkasakon mahdollisuus. Seurannan toteuttaminen yksipuolisesti määräaikoja mittaamalla voi ohjata toimintaa liikaa vain jonojen seurantaan laadullisen kehittämisen sijaan. Toisaalta kunnissa on viime vuosina kehitetty ja otettu käyttöön erilaisia johtamisen työkaluja sekä toimintamalleja palvelujen saatavuuden ja vaikuttavuuden seuraamiseksi ja parantamiseksi. Muun muassa välitöntä yhteydensaantia on kehitetty ottamalla käyttöön puhelinvastaajat ja takaisinsoittojärjestelmät. Hoitoon pääsyn organisointiin niin, että sekä kiireellinen että kiireetön hoitoon pääsy toimivat, on olemassa useita kokeiltuja ja toimivia toimintatapoja. Toiminnan resursointi tulee kuitenkin olla riittävä palvelujen järjestämiseksi. Hyvänä esimerkkinä strategisen suunnittelun vahvistamiseksi on THL:n ohjaama ja koordinoiva ja osaksi mukana olevien kuntien rahoittama SUHAT -verkostotoiminta. Verkostotoiminta mahdollistaa mukana olevien kuntien keskinäisen vertailun ja hyvistä käytännöistä oppimisen. Verkostohankkeessa on mukana erikokoisia kuntia, joiden alueella asuu runsaat kolme miljoonaa asukasta. Strategista johtamista tukee yhteinen indikaattoripankki, johon vuosittain kerätään tietoa niin palveluista, kustannuksista kuin hoitotoiminnasta. Tietoja hyödynnetään kuntien toiminnan tuloksellisuuden ja laadullisen kehittämisen pohjana.

### **Hyvä vastaanotto -hanke**

Hyvä vastaanotto -hanke on Espoon terveyskeskuksen vuonna 2010 käynnistämä ja sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisohjelman (Kaste-ohjelma) rahoittama hanke, jonka puitteissa



on valmennettu terveydenhuollon tiimejä. Hankkeessa tavoitteena on palvelujen saatavuuden parantaminen. Hanke pohjautuu yleisiin jonoteorioihin ja muun muassa Lean -filosofiaan. Tiimit perustavat omat muutoksensa mitattuun tietoon omasta toiminnastaan. Muutokset edellyttävät työn suunnitelmallisuutta, tiimityön parantamista, viiveiden ja hukkatyön vähentämistä ja hyvää johtamista. Hanke noudattaa ns. ”advanced access” –mallin periaatteita (McMurray & Berwick 2003), sekä terveysasemien järjestelmällisestä toiminnan kehittämismenettelmää, joka perustuu osallistuvien terveysasemien säännölliseen kokemusten vaihtoon (ns. Läpimurtotyöskentely. ”Advanced access” soveltaa jonoteoriaa terveydenhuollon työprosesseihin. Pitkät jonot johtuvat yleensä siitä, että kysyntä ja tarjonta eivät kohta. Pitkät odotusajat johtavat voimavarojen epätarkoituksenmukaiseen käyttöön ja vaikeuttavat työn hallintaa. Hyvä hoidon saatavuus edellyttää kysynnän ja kapasiteetin tasapainoa. Mikäli palvelujen tarjonta saadaan vastaamaan kysyntää (myös vaikuttamalla kysynnän muodostumiseen) pystytään työpäivän työt tekemään päivän aikana, eikä tyydyttämätön kysyntä siirry rasittamaan seuraavien päivien toimintaa tai muodostamaan ”jonoa”. Tämä on mahdollista mikäli päivittäistä ja viikoittaista kysynnän vaihtelua on opittu ennustamaan ja käsittelemään. Tietoja hankkeesta ja hankkeen tuloksia kuvaavat raportit ovat saatavilla osoitteessa: [webforum.com](http://webforum.com).

Toimijat kuvaavat miten oivallus siitä, että resurssi (lisäys) ei ole ainoa (tai edes paras) ratkaisu palvelujen saatavuusongelmaan, on ollut ”ahaa-elämys”. On kuitenkin todettava, ettei hoidon saatavuutta voida turvata ilman kysynnän ja tarjonnan tasapainoa, mikä taas edellyttää tietyn ”minimimiehityksen” turvaamista. Läpimurtotyöskentelyn soveltaminen on tapahtunut vaihtelevasti, ja myös tulokset ovat vaihdelleet. Usealla terveysasemalla on saavutettu merkittävä palvelujen saatavuuden parantuminen, ja tulokset ovat olleet pysyviä hankkeen aikana. Onnistumiseen ovat vaikuttaneet vahvasti sitoutunut johto ja osaavat ohjaajat. Työtapa on koettu yleisesti sovellettavaksi ja otettu käyttöön muussakin kehittämistyössä. Selvitystyöryhmä katsoi, että kiireettömän hoidon hoitoon pääsyn parantamiseksi Hyvä vastaanotto -hanketta on syytä käynnistää monimuotoisesti suun terveydenhuollossa ja hyödynnetään hyväksi koettuja malleja.

### **Hoitoon pääsy ja potilasturvallisuus**

Potilasturvallisuuden on määritelty käsittävän terveydenhuollossa toimivien yksilöiden ja organisaatioiden ne periaatteet ja toiminnot, joiden tarkoituksena on varmistaa hoidon turvallisuus sekä suojata potilasta vahingoittumasta. Potilaan näkökulmasta siihen sisältyy se, että potilas saa tarvitsemansa ja oikean hoidon, josta aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa. Toisaalta tuodaan esille, että hyvä kliininen osaaminen on potilasturvallisuuden perusta (Potilasturvallisuuden perusteet).

Suun terveydenhuollon potilasturvallisuus ei ole yhtä tutkittu alue kuin muun terveydenhuollon potilasturvallisuus. Suun terveydenhuolto sisältää kuitenkin lukuisia riskitekijöitä, joista alalla ei ole riittävästi tietoa. Monet liittyvät materiaalien käyttöön esimerkiksi materiaali-allergiat, infektioiden, lääkitysriskeihin ja hammasinstrumenttien käyttöön. Näiden ohella hoitoon pääsyn viivästyminen on selkeä potilasturvallisuusriski. Hoidon oikea-aikainen aloittaminen ja toteuttaminen ovat monessa tapauksessa edellytyksiä onnistuneen hoitotuloksen saavuttamiseksi. Prosesseja tulee kehittää niin, että varmistutaan hoitoon pääsyn oikea-aikaisuudesta.

Kansallisessa potilasturvallisuusstrategiassa (STM julkaisu 2009:3) on asetettu tavoitteeksi, että vuoteen 2013 mennessä organisaatioissa on laadittu potilasturvallisuusstrategia ja nimetty potilasturvallisuuden edistämistä koordinoivat henkilöt. Terveydenhuoltolain mukaan terveydenhuollon toimintayksikön on laadittava suunnitelma laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Suunnitelmassa on otettava huomioon potilasturvallisuuden edistäminen yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen kanssa. Potilasturvallisuudella tarkoitetaan periaat-

teita ja toimintakäytäntöjä, joilla varmistetaan potilaiden terveyden- ja sairaanhoidon palvelujen turvallisuus. Myös sairauksien ehkäisy, diagnostiikka, hoito ja kuntoutus ovat osa turvallisuutta. Lääkitysturvallisuus on tärkeä osa potilasturvallisuutta.

Potilasturvallisuutta taidolla -verkkopalvelu tarjoaa ajantasaista ja käytännönläheistä tietoa potilasturvallisuudesta. Palvelun tavoitteena on innostaa ja tukea erityisesti terveyden- ja sosiaalihuollon parissa työskenteleviä potilasturvallisuustyössä. Palvelua ylläpitää Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Lisätietoja löytyy osoitteesta: [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi)

### **Työnjaon kehittäminen**

Selvitystyöryhmä piti tärkeänä kehittää työnjakokäytäntöjä suun terveydenhuollossa. Kehitystyön lähtökohtana on suun terveydenhuollon eri ammattiryhmien osaamisen täysimääräinen hyödyntäminen sekä muuttuvien palveluntarpeiden huomioon ottaminen.

Työnjaon kehittämistyötä on tehty suun terveydenhuollossa erityisesti aikuisväestön hoitoon pääsyn turvaamiseksi. Tästä esimerkkinä on ammattijärjestöjen hyvä yhteistyö asiassa. Suomen Hammaslääkäriliitto ja Suun terveydenhuollon Ammattiliitto / Sosiaali- ja terveysalan ammattijärjestö Tehy laativat syyskuussa 2008 muistion ”Toimiva työnjako suun terveydenhuollon työpaikoilla”. Muistio on yhteinen käsitys hyvän työnjaon perusteista. Muistioon kirjattiin, että kunkin ammattiryhmän osaamista käytetään mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti ja kustannustehokkaasti. Suun terveydenhoitohenkilöstön työpanosta tulisi muistion mukaan kohdentaa varhaisvaiheen ehkäisytyöhön ja erityisesti alle kouluikäisiin lapsiin (Suomen Hammaslääkäriliitto, 2008).

Kunnallisessa työmarkkinalaitoksessa laadittiin niin ikään vuonna 2008 muistio ”Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollon ja työelämän kehityksessä”. Muistio oli yksimielinen palkansaajajärjestöjen kanssa. Muistion pohjalta laadittiin opas, joka sisältää käytännön ohjeita erityisesti terveydenhuollon tehtäväuudistuksiin. Vaikka opas pääsääntöisesti kuvaa työnjakoon liittyviä yhteistoimintamenettelyä ja palkkauksen näkökohtia, on siinä kuvattuna keskeiset linjaukset myös työnjakoon liittyvistä vastuista. Oppaassa korostetaan, että tehtävien ja työnjaon muutokset terveydenhuollossa edellyttävät aina henkilöstön osaamisen varmistamista ennen muutosten toteuttamista (Kunnallinen työmarkkinalaitos, 2009).

Selvitystyöryhmä katsoi, että jo tehdyn kehitystyön pohjalta voidaan arvioida toimenpiteet työnjaon käytäntöjen edelleen kehittämiseksi.

## **2.4 SUUN TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN SISÄLLÖN KEHITTÄMINEN**

**Tavoite:** Suun terveydenhuollon palvelut ovat turvallisia, laadukkaita ja vaikuttavia palveluntuottajasta riippumatta ja edistävät potilaan hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä.

**Ehdotus 8: Suunnitellaan ja mallinnetaan palvelukokonaisuuksia, joissa huomioidaan potilaiden erilaiset tarpeet.**

**Toimenpiteet:**

- Suunnataan tarkastuksia niille, joilla on erityinen suusairauksien riski, lisääntynyt avun tarve tai vaikeuksia saada hoitoa. Asiakasmaksut peritään muun terveydenhuollon linjausten mukaisesti, jolloin paljon palveluja tarvitsevien asiakasmaksut kohtuullistuvat.

- Palvelukokonaisuudet suunnitellaan ja kohdennetaan tunnistettujen tarpeiden perusteella.
- Kroonisten suusairauksien hoidon vaikuttavuutta parannetaan organisoimalla se muiden kroonisten sairauksien hoitomallien mukaisesti. Näitä tauteja sairastavilla tulee olla samoin perustein kuin muussakin terveydenhuollossa mahdollisuus maksuttomaan yksilölliseen terveysneuvontaan, omahoidon tukeen ja hoidon koordinointiin. Tämä voidaan toteuttaa hyödyntämällä järkevää työnjakoa ja kytkemällä suun terveydenhoito perusterveydenhuollon kroonisten sairauksien hoitoketjuihin.
- Panostetaan iensairauksien varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoprosessien kehittämiseen ammattiryhmien välistä työnjakoa hyödyntämällä.
- Hammasproteettiset hoidot tulee liittää osaksi palveluvalikoimaa niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla yhtäläisin tarveperustein määriteltynä.
- Tarpeenmukaisten hammasproteettisten palvelujen saantia varmistetaan ammattihenkilöiden osaamisen kehittämällä ja kohtuullistamalla potilaalle syntyviä kustannuksia sekä julkisella että yksityisellä sektorilla. Palveluja koskevat rahoitusmallit edellyttävät jatkoselvitystä ja arviointia.

**Ehdotus 9: Ikääntyneen väestön suun terveydenhuollon palvelutarpeet huomioidaan suunnittelussa ja toteutuksessa.**

**Toimenpiteet:**

- Suun terveydenhuollon palvelut otetaan huomioon ja sisällytetään kunnan laatimaan suunnitelmaan ikääntyneen väestön palveluista. Kunnissa laaditaan ikäihmisten suun terveydenhuollon palveluiden toimintaohjelma ja toimenpiteet, jonka toteutumista seurataan.
- Iäkkään henkilön suun terveyden ja palvelujen tarpeet huomioidaan palvelusuunnitelmissa. Ikääntyvälle väestölle suunnitellaan tarpeellisia suun terveystarkastuksia palvelutarpeiden selvittämistä varten.
- Henkilöstön työnjakoa kehitetään ja henkilöstö- ja osaamisresurssit kohdennetaan toimintaan optimaalisella tavalla. Kehitetään erikoishammaslääkäreiden konsultaatio-toimintaa, erikoishammasteknikoiden kokoproteesihoitopalvelujen käyttöä sekä suuhygienistien ja hammashoitajien suun terveyttä edistävää työtä.
- Erikoishammasteknikoiden osaamista hyödynnetään nykyistä paremmin iäkkäiden henkilöiden suun terveydenhuollossa.
- Moniammatillista yhteistyötä lisätään siten, että hoidon- ja hoivan tarpeessa olevien suun puhdistus toteutetaan päivittäisen hygienian osana.
- Käynnistetään hankkeita ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista annetun lain toimeenpanon tukemiseksi.

**Ehdotus 10: Päivystystoimintaa kehitetään ja otetaan käyttöön yhteistyön malleja.**

- Vahvistetaan päivystysosaamista koulutuksella.
- Laaditaan yhtenäiset kiireellisen hoidon perusteet suun terveydenhuollossa sekä edistetään päivystyskäytäntöjen toteutumista osana hoitosuhdetta.
- Suun terveydenhuollossa kehitetään ajanvaraustoimintaa ja yhteispäivystystoimipisteitä ja kerätään kokemuksia nopean hoitoon pääsyn turvaavista yksiköistä.
- Päivystystä kehitetään yksityisen sektorin kanssa yhteistyössä.

### **Ehdotus 11: Toiminnan laadulle ja vaikuttavuudelle kehitetään valtakunnallisia mittareita.**

#### **Toimenpiteet:**

- Laadun ja vaikuttavuuden arviointi edellyttää tietojärjestelmien systemaattista kehittämistä, jotta järjestelmästä saatava tieto on käyttökelpoista arvioinnin tarpeisiin. Myös palvelutuotannon toiminnanohjausjärjestelmien käyttöönottoon suun terveydenhuollossa tulee panostaa.
- Hoidon sisältöä, omaa hoitoa, hoitoon pääsyä ja hoidon vaikuttavuutta seurataan yhtenäisillä mittareilla.
- Kaikkien keskeisten suusairauksien hoidossa laaditaan ja otetaan käyttöön Käypä hoito -suositukset. Laadittujen Käypä-hoito -suositusten käyttöönottoa tuetaan täydennyskoulutuksella.

#### **Perustelut:**

Kuntalain mukaan kunnan tehtävänä on huolehtia asukkaidensa hyvinvoinnista. Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö tukee suun terveydenhuollon tavoitteiden toteuttamista yhteistyössä muiden sote -toimijoiden kanssa. Hyvinvointiin vaikuttavat muutkin tekijät kuin terveyspalvelujen käyttö, esimerkiksi elinympäristö, koulutus, harrastukset ja sosiaaliset verkostot. Nämä voivat vähentää terveyspalvelujen tarvetta. (Daly ym. 2006, 23; Kosunen 2007.) Laadukkaan ja hyvän hoidon lähtökohdista on potilaan tarpeissa ja odotuksissa. Palvelukokonaisuudet tulisi suunnitella näistä lähtökohdista. Yhtenäisten menettelyjen ja hoitosuositusten käyttöönotto laadukkaan hoidon tuottamiseksi edellyttää hyvää johtamista niin toimintakulttuurin uudistamisessa kuin myös yhteistyön rakentamisessa suun terveydenhuollon sisällä ja eri toimijoiden kesken. Hyvän organisoitumisen ja laadun hallinnan malleja on kokeiltu ja arvioitu terveydenhuollossa eri puolilla maailmaa. Esimerkkejä ovat Kaiser Permanente - säätiön toimintatapa (Feachem ym. 2002) ja Toyotan tuotantotapa / Lean-tuotantotapa (Womack & Jones 1996).

#### **Palvelukokonaisuuksien suunnittelu ja mallintaminen potilaiden erilaiset tarpeet huomioiden**

Selvitystyöryhmä keskusteli suun tarkastusten suuntaamisesta niille, joilla on erityinen riski. Selvitystyöryhmä toi esille tarpeen näillä potilailla terveyskeskuksissa perittävien asiakasmaksujen kohtuullistamiseen ja sairausvakuutuskorvausten kattavuuden lisäämiseen. On huomiotava kuitenkin valtioneuvoston kehyspäättös vuosille 2014-2017, jonka mukaan sairausvakuutuksen matkakorvauksista ja muista korvauksista säästetään vuodesta 2015 alkaen 50 miljoonaa euroa siten, että säästö kohdennetaan täysimääräisesti valtion rahoitusosuuteen.

Selvitystyöryhmä katsoi, että uusien palvelumuotojen käyttöönotto yhdessä muun terveydenhuollon kanssa on tarpeen terveyserojen kaventamiseksi ja oikeudenmukaisuuden toteuttamiseksi palvelujen käytössä. Tähän liittyy suunterveysriskien varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen. Palveluita ja interventioita voidaan kohdentaa erityisen tarpeen tai todetun riskin mukaisesti tietyille väestöryhmille, asuinalueille, organisaatioihin kuten työpaikoille, kouluihin, asumispalveluihin, terveydenhoidon yksiköihin sekä yksilöllisesti. Vaikuttava toiminta voi edellyttää erityistä tukea omahoitoon tai lähelle vietyjä palveluja mobiilipalveluina tai etsivää hoitoa eri muodoissa sekä matalan kynnyksen neuvontapalveluita.

Organisoimalla kroonisten suusairauksien hoito muiden kroonisten sairauksien hoitomallien mukaisesti parannetaan vaikuttavuutta. Kroonisten suusairauksien hoidon organisoinnin pohjana voi olla esimerkiksi ns. Chronic care model (Wagner ym. 1996), joka Suomessa on julkisessa terveydenhuollossa otettu käyttöön terveyshyötymallin tai kaupallisemmin (Pfizer PRE-VE) terveysvalmennusmallin nimellä.

Käypä hoito -suositukset on laadittu muun muassa kariuksen hallinnan, parodontiitin ehkäisy- ja hoidon, suusyövän sekä purentaongelmien hoitoon. Korjaavan hoidon (hampaiden paikkaushoito ja proteettinen hoito) ja juurenhoidon suositukset puuttuvat vielä. Käypä hoito -suosituksia tarvitaan keskeisimpien suusairauksien hoitoon, yhtenäisten vaikuttavien hoitokäytäntöjen edistämiseksi. Käyttöönottoa tulee tukea täydennyskoulutuksella.

Selvitystyöryhmä keskusteli yhtenäisten linjausten ja priorisoinnin tarpeesta palvelujen oikeudenmukaisen kohdentumisen turvaamiseksi. Erityisesti vaativampien hoitojen hoitoprosesseissa ja hoitoketjuissa suun terveydenhuollossa on kehitettävää. Koordinoimaton hoito synnyttää tehottomuutta ja kasvattaa kustannuksia (Lillrank ym. 2004). Erikoissairaanhoidon yksiköissä lukuun ottamatta muutamaa suurta kaupunkia suun terveydenhuollossa on puutetta riittävästä osaamisesta erikoistason hoitoon (Forss ym. 2013). Selvitystyöryhmän katsoi, että tarvitaan selkeää hoidon porrastusta ja hoitoketjujen toimivuuden parantamista suun terveydenhuollossa.

### **Ikääntyneen väestön suun terveydenhuollon palvelutarpeiden huomioiminen suunnittelussa ja toteutuksessa**

Hampaattomuus ja hampaiden määrä ovat yleisesti käytettyjä aikuisten suun terveyttä, toimintakykyä ja hoidon tarvetta kuvaavia mittareita. Suomessa omat hampaansa säilyttäneiden hampaallisten iäkkäiden lukumäärä ja suhteellinen osuus väestöstä on lisääntynyt ja samalla hoidettavien hampaiden lukumäärä on moninkertaistunut aikaisemmasta tilanteesta. Iän mukanaan tuomat muutokset suun kudoksissa vähentävät hampaiden vastustuskykyä hammassairauksille. Krooniset sairaudet ja lukuisat lääkkeet vähentävät syljeneritystä ja lisäävät alttiutta kaikille suusairauksille. Omat hampaansa säilyttäneiden ikäihmisten hoidossa tavoitteena on turvata purentatoiminnan säilyminen, jolla myös turvataan yleiskunnan säilyminen. Vaikka hampaattomuus vähenee ikäihmisillä, se ei kuitenkaan häviä kokonaan vielä pitkään aikaan. Myös hampaattomalla suun terveydentila edellyttää suun tutkimuksia vaikka luonnollisia hampaita ei olekaan. Tutkimukset ovat osoittaneet, että täysi hampaattomuus ja varsinkin siihen liittyvä proteesistomatiitti ovat yhtä suuri riski sydän ja verisuonitautien suhteen kuin parodontiitti (Närhi et al 2007).

Suun ja hampaiston sairaudet ovat yleisiä ikääntyneellä väestöllä, vaikka tilanne on parantunut viime vuosina (Terveys 2011). Ikääntyneet hakeutuvat muuta väestöä harvemmin hammashoitoon. Suun terveys ja hygieniataso on todettu erityisen huonoiksi laitoshoidossa olevilla ikääntyneillä. Dementiaa sairastavilla on enemmän reikiintyneitä hampaita, syventyneitä ientaskuja, proteeseista johtuvia ienhaavaumia sekä huonompi suuhygienia (Syrjälä et al 2012). Iäkkään sairastama dementia ei ole syy suun terveydenhoidon laiminlyömiseen. Suun alueen kivut voivat olla syy dementiapotilaan rauhattomuuteen ja ahdistukseen, joita hän ei pysty itse ilmaisemaan. Päivittäinen suuhygienian toteutuminen on välttämätöntä mutta saattaa vaatia erityisosaamista. Moniammatillista yhteistyötä ja täydennyskoulutusta tarvitaan, jotta dementoituneen potilaan suun alueen ylläpitohoito onnistuu ja toteutuu.

Suun terveydenhoidon vaatavuus terveyskeskuksessa kasvaa monella tavalla. Koska ikääntyvien hoidon tarve on nuoria aikuisia suurempaa, johtaa tämä potilasmäärän kasvua suhteellisesti suurempaan kuormituksen lisääntymiseen terveyskeskuksissa. (Kiiskinen ym. 2005; Paavola 2012.) Jo lähitulevaisuudessa on varauduttava hampaallisena vanhenevan väestönosan nopeaan kasvuun ja tästä seuraavaan palvelujen tarpeen lisääntymiseen (ks. Koskinen ym

2012). Tämän väestöosan lisääntyvä tarve vaativaan suun hoitoon tulee olemaan erityinen haaste, johon perusterveydenhuolto joutuu vastaamaan. Tarvitaan suun terveydenhuollon eri ammattien laaja-alaista osaamista ja tämä edellyttää myös hoitoketjujen suunnittelemista turvaamaan hoitopalvelujen saantia. Erityisesti hammasproteettisen hoidon toteuttamisessa ongelmana ovat riittämättömät resurssit terveyskeskuksissa. Erikoishammasteknikoiden osaamisen hyödyntämistä voidaan yhteistyön kehittämällä tehostaa jatkossa. Ikäihmisten suongelmien hoito mahdollisimman varhaisessa vaiheessa on kannattavaa monelta näkökulmalta katsoen.

Kunnan on laadittava suunnitelma ikääntyneen väestön tukemiseksi (vanhuspalvelulaki 2012). Suunnitelma on kuntastrategiaa ja kunnan muuta strategista johtamista. Ikääntyneen väestön suun terveyden huomioiminen osana suunnitelmaa on tärkeää. Kunnan järjestämissä neuvontapalveluissa tulee huomioida myös suun terveydenhoidon neuvontapalvelut. Hyvinvointia edistäviin kotikäynteihin tulisi sisältyä myös iäkkään henkilön suun terveydentilan, suuhygienian toteutumisen ja suun terveydenhoidon palvelujen tarpeen arviointi. Kunta voi myös tarjota suun terveystarkastuksia kohdennetusti tarpeen arvion perusteella.

### **Päivystystoiminnan kehittäminen**

Päivystystoiminnan kehittäminen osana terveydenhuollon kokonaisuutta on tärkeää suun terveydenhuollon paremman integraation ja palvelujen paremman saannin kannalta. Päivystyspalvelujen järjestämisessä voidaan tehokkaalla tavalla hyödyntää yhteistyömuotoja muun sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. Suun terveydenhuollon päivystysvelvoitetta täsmennetään 1.1.2015 voimaan tulevalla kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä annetulla sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella (niin sanottu päivystysasetus). Asetuksen mukaan kunnan tai kuntayhtymän tulee huolehtia siitä, että suun terveydenhuollossa on saatavilla ympäri vuorokauden laillistetun hammaslääkärin palveluja. Asetuksen mukaan suun terveydenhuollon päivystysyksiköistä sovitaan terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa alueellisesti yhteen sovittaen siten, että ympäri vuorokauden on saatavilla laillistetun hammaslääkärin palveluja. Erityisvastuualueella on sovittava, miten yöaikainen perusterveydenhuollon päivystystoiminta toteutetaan ottaen huomioon kohtuulliset etäisyydet.

Huolta on kuitenkin esitetty siitä, että hoidon pirstoutuminen ja kiireellisempien hoitojen priorisointi terveyskeskushammashoidossa, voi johtaa palvelujen ylikäyttöön. Ei-kiireellisiä aikoja varataan ikään kuin varmuuden vuoksi, kun potilaat varmistavat hoitoon pääsyä. Tämä hidastaa toisaalta aikojen saamista, huonontaa laatua ja kuormittaa henkilöstöä, kun hoitoprosessit venyvät. Kiirehoitopainotteisuus ja hoitoaikojen venyminen voi korostaa nopeita ratkaisuja kestävien ja harkittujen hoitoratkaisujen kustannuksella. Hoitoprosessien suunnittelu ja hallinta on keskeisellä sijalla hoidon laadun turvaamiseksi.

Päivystystä voidaan järjestää hyvin monella tavalla. Ongelmana suun terveydenhuollossa ovat olleet hyvin kirjavat käytännöt suun terveydenhuollon päivystyksen järjestämisessä sekä puutteelliset päivystyspalvelut. Monet pienemmät kunnat ovat pyrkineet yksin järjestämään päivystyspalveluja väestölle, jolloin ongelmaksi ovat muodostuneet riittämättömät resurssit. Viime vuosina päivystyksen rakenteita on muutettu niin, että terveyskeskukset ovat siirtäneet päivystyksensä erikoissairaanhoidon yhteyteen yhteispäivystyksiin ja kunnat tekevät entistä enemmän yhteistyötä päivystyksen järjestämisessä. Yhteispäivystykset sisältävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon päivystyspalveluja. Kun suun terveydenhuolto toimii osana näissä sairaanhoitopiirien yhteispäivystyksissä tuo se vahvempaa koordinoitua ja tarkoituksenmukaisempaa resurssien käyttöä. Yhteispäivystyksiin liittyminen jakaa myös päivystyksen järjestämiseen liittyviä hallinnollisia kustannuksia usealle kunnalle ja kuntayhtymälle. Toteutuneista seudullisista yhteistyömuodoista on saatu hyviä kokemuksia suun terveyden-

huollon päivystysjärjestelyissä. Järjestelyjä voidaan toteuttaa myös yhteistyössä yksityissektorin kanssa, jonka palveluja aikuisväestö käyttää runsaasti suun terveydenhuollossa.

Selvitystyöryhmä piti tärkeänä, että suun terveydenhuollossa kehitetään toimivia päivystysjärjestelyjä. Suun terveydenhuollon kiireellisen hoidon perusteiden laadinta on tarpeellista, joka laadinta on osa terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tehtäviä. Suun terveydenhuollossa tulee kehittää ajanvaraustoimintaa ja tavoitteen mukaista on osallistua yhteispäivystystoimintaan. Nopean hoitoon pääsyn turvaavista yksiköistä voidaan saada kokemuseräistä tietoa hyödynnettäväksi kehittämistyössä.

### **Valtakunnallisten mittareiden kehittäminen toiminnan laadulle ja vaikuttavuudelle**

Oman toiminnan laadun ja vaikuttavuuden kehittäminen edellyttää toiminnalle ja tavoitteille tehtyä vuosisuunnitelmaa. Tavoitteet palveluille määräytyvät väestön palvelujen tarpeen arviointiin. Tarvitaan ydinprosessien ja niiden laatuksiteerien määrittelyä ja toiminnan selkeää vastuuttamista. Toiminnan tulosten ja vaikuttavuuden säännöllinen arviointi on välttämätöntä, joka myös edellyttää asiakaspalautteen ja laatueroikeamien käsittelyä. Perustana on, että saatavilla on käyttökelpoista tietoa arvioinnin tarpeisiin. Laadun mittaus on yleensä yksiköiden johdon ja henkilöstön aktiivisuudesta riippuvaista eikä kansallista koordinaatiota tai vertailua juurikaan ole.

## **2.5 PERUSTERVEYDENHUOLLON JA ERIKOISSAIRAANHOIDON YHTEISTYÖN PARANTAMINEN**

**Tavoite:** Suun terveydenhuollossa on käytössä vaikuttavat ja kustannustehokkaat palvelukokonaisuudet, jotka sisältävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelut

**Ehdotus 12: Suun terveydenhuollon ”peruserikoissairaanhoidon” palvelujen saatavuuden parantamiseksi käynnistetään kehittämishankkeita tehostamaan vaativien palvelujen järjestämistä ja yhteistyötä**

#### **Toimenpiteet:**

- Käynnistetään kokeilutoimintaa suun terveydenhuollon eri erikoisalojen sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen hoidon kokonaisuuden yhteensovittamiseksi. Yhteistyön muodoista sovitaan kuntien välisissä yhteistoimintasopimuksissa (kuntalain 76 § mukaisesti) ja terveydenhuollon järjestämissuunnitelmassa.
- Suun erikoissairaanhoidon palvelujen tarve huomioidaan erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa.
- Oikomishoidon käytäntöjä yhtenäistetään perustasolla ja erikoissairaanhoidossa.
- Suun terveydenhuollon peruserikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden turvaamiseksi perustetaan ”peruserikoissairaanhoidon yksiköitä”, jotka koordinoivat toimintaa ja vastaavat näiden palvelujen tuottamisesta.

**Ehdotus 13: Erikoishammaslääkäripalvelujen saatavuus varmistetaan koko maassa**

**Toimenpiteet:**

- Lisätään erikoistuvien hammaslääkärien koulutusmääriä ja koulutusmahdollisuuksia terveyskeskuksissa keskussairaaloissa ja muissa julkisissa ja yksityisissä yksiköissä.
- Suugeriatrian osaamista vahvistetaan painottamalla sen opetusta sekä perus- että erikoistumiskoulutuksessa niin hammaslääkäreiden kuin suuhygienistien osalta.
- Arvioidaan ja seurataan tuloksia Pohjois-Savon ja Pirkanmaan erikoishammaslääkärikoulutuksen kehittämishankkeista. Koulutuksen ja osaamisen työelämävastaavuutta seurataan ja arvioidaan kehittämistarpeita.

**Ehdotus 14: Suun terveydenhuollon maksukäytäntöjen yhtenäistämistä muun terveydenhuollon maksujen kanssa selvitetään****Toimenpiteet:**

- Käynnistetään selvitystyö suun terveydenhuollossa asiakasmaksuista ja niiden kohdentumisesta niin perus- kuin erikoissairaanhoidossa. Selvitystyön perusteella laaditaan asiakasmaksuja koskevat uudistamistavoitteet.
- Erityisesti terveyskeskuksessa toteutettavan erikoissairaanhoidon maksukäytäntöjen yhtenäistämistä muun erikoissairaanhoidon maksujen kanssa selvitetään osana asiakasmaksujen kokonaisselvitystä.
- Erityisesti suun terveydenhuollon maksujen huomioimista kunnallisen terveydenhuollon maksukatossa selvitetään osana asiakasmaksujen kokonaisselvitystä.

**Perustelut**

Eräs keskeisimmistä ongelmista suun terveydenhuollossa perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä yhteistyössä on pula erikoishammaslääkäreistä ja hammaslääkäreistä niin terveyskeskuksissa kuin sairaaloissa (tilastoja luvussa 6.1). Erikoisosaamisen työvoimapula vaikeuttaa olennaisesti potilaan tarvitseman hoidon toteuttamista, johon hoitoon sisältyy niin peruspalveluja kuin vaativamman tason palveluja. Hammaslääkäripula vaihtelee alueittain, joka näkyy terveyskeskuksissa työvoimavajeena. Erikoishammaslääkärit ovat keskittyneet suurille paikkakunnille ja yli puolet erikoishammaslääkäreistä toimii yksityissektorilla. Kotipaikkakunnasta riippuen potilaat ovat eriarvoisessa asemassa erityisesti terveyskeskuksen erikoishammaslääkärien ja erikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden suhteen. Erikoishammaslääkäripalveluja ei ole lasten hampaiston oikomishoitoa lukuun ottamatta juuri tarjolla terveyskeskuksissa. Myös erikoissairaanhoidon resurssit ovat hoitopalvelujen tarpeeseen nähden riittämättömät. Resurssipulasta johtuen erikoishoitoon pääsy ei toteudu julkisessa terveydenhuollossa yhtenäisten kriteerien perusteella. Huomattava osa väestöstä jää ilman tarvitsemiaan suun terveydenhuollon erikoispalveluja, koska heillä on vaikeuksia hankkia tarvitsemiin palveluihin myöskään yksityiseltä sektorilta, jossa hoitojen korkea hinta muodostuu esteeksi. Tämä koskee erityisesti hammasproteettista hoitoa, sillä sairausvakuutus ei korvaa hammasproteettisia hoitoja.

Suun sairauksilla on monia vaikutuksia yleisterveyteen ja hyvinvointiin. Suun terveydestä huolehtiminen on erityisen tärkeää niille, jotka ovat terveydentilansa takia tavallista alttiimpia infektioille. Äkillisistä suun alueen infektioista valtaosa on hammasperäisiä. Hammasperäisten infektioiden hoidossa mikrobilääkehoito on toissijainen, eikä sen aloittamisella voi perustella



hammaslääketieteellisen hoidon lykkäämistä, sillä infektiopesäkkeen tehokkaan hoidon viivästyminen tai puuttuminen voi johtaa infektion kehittymiseen henkeä uhkaavaksi. Potilaan hoidontarve tulee aina arvioida ilman viivytyksiä. Valtaosassa tapauksista hoito tapahtuu hammaslääkärin vastaanotolla. Mikrobilääkehoitoon päädyttäessä tulee potilaan seurannan olla yhtä tiivistä ja huolellista kuin ilman mikrobilääkkeitä annettavan hammaslääketieteellisen hoidon yhteydessä. Suun äkillisistä infektioista pääosa on suun normaalin mikrobiston aerobisten ja anaerobisten bakteerien aiheuttamia sekainfektioita. Mikrobilääkkeen valintaan vaikuttaa infektion vakavuus, potilaan infektiotilaisuus ja mikrobilääkkeiden viimeaikainen käyttö. Suun on tärkeä infektioportti koko elimistöön, siksi sen kunnosta on huolehdittava hyvin. Hammasperäisten infektioiden hoitoa käsittelevä Käypä hoito -suositus toteaa, että hammasperäisten infektioiden ehkäisy ja hoito on tärkeää ihmisen kokonaisterveydelle. Suosituksen tavoitteena on lopettaa mikrobilääkkeiden käyttö hammaslääketieteellisen hoidon korvikkeena (Käypä hoito -suositus 2011: Hammasperäiset infektiot ja mikrobilääkkeet).

### **Peruserikoissairaanhoidon yksikköä esitetään perustettavaksi sote -alueelle suun terveydenhuollon yksiköksi**

Selvitystyöryhmä katsoi, että palvelurakenteen uudistuksessa suun terveydenhuollon peruserikoissairaanhoidon palvelujen saatavuuden parantamiseksi tulisi perustaa ”peruserikoissairaanhoidon yksiköitä”, jotka vastaavat näiden palvelujen tuottamisesta laajalle alueelle. Suun terveydenhuollon erikoishoitopalvelujen turvaaminen yhdenvertaisesti koko väestölle edellyttää erikoishammaslääkärin antamien hoitojen keskittämistä alueellisesti yhdeksi riittävän isoksi kokonaisuudeksi ja yksiköksi. Yksikkö tarjoaisi alueensa väestölle vaativien perusterveydenhuollon palvelujen lisäksi nykyisin erikoissairaanhoitona tuotettavia avohoitopalveluja ja toimisi koordinoivana yksikkönä. Yksiköiden hallinto- ja toimintamallit voisivat olla erilaiset alueen väestön ja kuntien ja niiden terveystieteiden tarpeiden mukaisesti. Työvoimaa yksiköihin olisi mahdollista saada perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa ja yksityissektorilla työskentelevistä erikoishammaslääkäreistä (lisätyömahdollisuus, osa-aikaisuus). Yksiköt toimisivat samalla alueensa erikoishammaslääkärin koulutuksen keskuksina, mikä palvelee palvelutuotantoa. Selvitystyöryhmä arvioi, että erikoishoitopalvelujen keskittäminen parantaa hoitojen laatua ja joustavaa toteuttamista sekä lisää työn houkuttelevuutta. Keskittämällä voidaan myös tehostaa toimintaa ja parantaa vähäisten resurssien mahdollisimman hyvää kohdentumista. Ajatuksena on, että toiminta käynnistettäisiin hyödyntämällä olemassa olevien sairaaloiden ja terveystieteiden hoitotilojen yhteiskäyttöä pidentämällä niiden aukioloaikaa. Väestön hoidontarpeen mukaan näillä yksiköillä voisi olla useita toimipisteitä alueen eri paikkakunnilla. Toiminnan käynnistäminen edellyttää huolellista suunnittelua, alueen erikoishammaslääkäri työvoiman keskittämistä ja lisäresursointia. Toiminnasta aiheutuvien kustannusten arviointi edellyttää tietoa nykyisistä tähän toimintaan osoitetuista resursseista, hoitomääristä ja toimintatavoista sekä arviointia lisäkustannuksista.

Alueellinen erikoishoidon toiminta on ollut käynnissä Helsingin metropolialueella loppuvuodesta 2009 (PKS-SEHYK) ja Oulun alueella vuodesta 2003 (SEHY) alkaen. Helsingin pääkaupunkiseudun suun terveydenhuollon erikoishoidon yksikön nettomenot olivat arviolta 5,3 miljoonaa euroa ja Oulun seudun erikoishoidon yksikön 2 miljoonaa euroa vuonna 2012. Näiden yksiköiden toiminnassa on eroja ja siitä syystä on vaikea vertailla näitä lukuja. Kustannusten eriyttäminen perusterveydenhuollon kustannuksista mahdollistaa kuitenkin paremman seurannan toiminnan edellyttämistä kustannuksista.

PKS-SEHYKissä ja Oulun SEHY:ssä tuotetaan kliinisen hammashoidon ja suu- ja leukakirurgian erikoisalajien vaativia hoitopalveluja, joihin tarvitaan erikoishammaslääkärin osaamista. Kliinisen hammashoidon erikoisalajien toiminta painottuu purennan proteettiseen hoitoon. Hampaiston oikomishoitoa tehdään pääasiallisesti vain aikuispotilaille osana parentavirheiden

oikomis- ja kirurgista hoitoa. Vaikka valtaosa näiden yksiköiden potilaiden hoidosta täyttää sosiaali- ja terveysministeriön kiireettömän erikoissairaanhoidon kriteerit, hoidot on joitakin harvoja poikkeuksia lukuun ottamatta toteutettu perusterveydenhuollon toimintana.

Lähes kaikilta PKS-SEHYKin ja SEHYn potilailta peritään käyntimaksut terveyskeskuksen maksujen mukaisesti. Toisin sanoen, potilaat maksavat käyntimaksujen lisäksi asiakasmaksuasetuksen mukaiset toimenpidemaksut ja hammasproteettisista töistä aiheutuvat laboratorio-kustannukset sekä muun muassa hammasimplantit. Potilaalle koituvat maksut voivat olla siten moninkertaiset verrattuna siihen, että sama hoito olisi toteutettu erikoissairaanhoidossa sairaalassa (ks. asiakasmaksuista tarkemmin alla).

Helsingin ja Oulun alueilla on saatu hyviä kokemuksia suun terveydenhuollon erikoispalvelujen keskittämisestä julkisella sektorilla yhteen paikkaan. Vastaavien yksiköiden perustaminen muille suurille paikkakunnille helpottaisi huomattavasti erikoishoitopalvelujen saatavuutta ja antaisi hyvän lähtökohdan suun terveydenhuollon palvelujärjestelmän ja erikoishammaslääkäriskoulutuksen järjestelmälliselle kehittämiselle. Tällainen yksikkö kokoaa yhteen nykyisin hajallaan olevat erikoishammaslääkäriresurssit, tuottaa hoitopalveluja laajalle alueelle yli terveyskeskus- ja kuntarajojen ja helpottaa työpainetta keskussairaaloiden erikoissairaanhoidon yksiköissä. Hoitopalvelujen tuotanto tehostuu ja palvelujen laatu paranee. Erikoistumiskoulutukseen liittyvän kliinisen hoitoharjoittelun toteuttaminen näissä yksiköissä lisää hoitopalveluja ja edistää erikoishammaslääkärien tasaista jakautumista maamme.

### **Erikoishammaslääkärikoulutuksen kehittäminen**

Sosiaali- ja terveysministeriö on esittänyt käynnistettäväksi Tampereen yliopiston, Itä-Suomen yliopiston ja Pirkanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiirien yhteistyönä erikoishammaslääkärikoulutuksen kehittämishankkeen. Taustalla on erikoishammaslääkäripalvelujen riittämättömyys ja palvelutarjonnan suuret alueelliset erot. Lisäksi nykyisellä koulutusvolyyymilla ei pystytä paikkaamaan lähivuosien eläköitymisen tuomaa vajetta ammattikunnassa. Erikoishammaslääkäriä tutkintoja on suoritettu viime vuosina keskimäärin 25 tutkintoa / vuosi. Erikoishammaslääkäriksi valmistuvien keski-ikä on noin 40 vuotta.

Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut kehittämishankkeen tavoitteiksi tehostaa erikoishammaslääkärikoulutusta sekä kehittää koulutuksen tavoitteita kattamaan myös työelämässä suoritettu jakso. Tällä hetkellä erikoistumiskoulutuksen aloittamisen edellytyksenä oleva kahden vuoden työkokemusvaatimus ei sisällä koulutuksellisia vaatimuksia. Ministeriö on varannut hanketta varten vuosille 2013–2016 erilliskorvauksen Pirkanmaan ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireille. Koulutus käynnistetään syyslukukauden 2013 aikana kliinisen hammashoidon, oikomishoidon ja suu- ja leukakirurgian aloilla yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella toimivien suunterveydenhuollon toimintayksiköiden kanssa. Koulutuksen laajuus on yksi vuosi. Koulutukseen mukaan lähtevien toimintayksiköiden ja Tampereen yliopiston lääketieteen yksikön välillä solmitaan koulutuspaikkasopimukset ja sovitaan kouluttajajärjestelystä. Selvitystyöryhmä piti tärkeänä, että kokeilun edistymistä ja tuloksia seurataan sekä arvioidaan jatkokehittämistarpeet erikoishammaslääkärikoulutuksessa.

Erikoishammaslääkärikoulutuksen kehittämisen toimenpiteistä kerrotaan myös luvussa 2.7.

### **Kunnallisen suun terveydenhuollon asiakasmaksut**

Selvitystyöryhmän työskentelyssä suun terveydenhuollon asiakasmaksuja käsiteltiin lähes kaikissa työryhmän kokouksissa. Selvitystyöryhmän työskentelyssä eräänä keskeisenä tavoitteena pidettiin sitä, että suun terveydenhuollossa on muun kunnallisen terveydenhuollon kanssa yhtenäiset linjaukset ja käytännöt. Suun terveydenhuollossa perittävät asiakasmaksut poikkeavat nykyisin olennaisesti muun terveydenhuollon asiakasmaksuista. Selvitystyöryhmän

työskentelyssä kannatettavana lähtökohtana pidettiin, että suun terveydenhuollossa perittävien maksujen uudistamista selvitetään ja että tarkasteluun erityisesti otettaisiin erikoissairaanhoidotasoisesta hoidosta koituvien kustannuksien yhtenäistäminen (samat maksut riippumatta siitä, annetaanko hoito terveyskeskuksessa vai sairaalassa) ja suun terveydenhuollon palveluita perittyjen maksujen huomioiminen maksukatossa. Mahdollisesti tehtävät muutokset toteutettaisiin kuitenkin asiakasmaksuja koskevan kokonaisselvityksen perusteella. Valtio- ja kunnallistalouden rajalliset resurssit ovat keskeinen selvitystyössä huomioitava asia. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelmaan on kirjattu, että asiakasmaksujärjestelmän kehittämistä jatketaan, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon maksut eivät muodostuisi palvelujen käytön esteeksi. Sosiaali- ja terveysministeriössä valmistellaan asiakasmaksulainsäädännön kokonaisuudistusta, joka toteutetaan kolmessa vaiheessa. Selvitystyöryhmän mielestä suun terveydenhuollon asiakasmaksut tulisi ottaa huomioon arvioidessa asiakasmaksujärjestelmän oikeudenmukaisuutta koko sosiaali- ja terveydenhuollon osalta.

Kunnallisista sosiaali- ja terveyspalveluista perittävistä asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (asiakasmaksulaki) ja -asetuksessa (asiakasmaksuasetus). Suun terveydenhuollossa terveyskeskuskäynnistä voidaan periä käyntimaksu (enintään 7,50- 14 euroa riippuen antaako hoidon suuhygienisti, hammaslääkäri vai erikoishammaslääkäri) sekä toimenpidemaksut (enintään 6,20-163 euroa toimenpiteestä riippuen). Lisäksi oikomishoidoista ja hammasproteettisista toimenpiteistä voidaan periä aiheutuvat hammastekniset kulut enintään todellisten kustannusten mukaisina. Vertailun vuoksi voidaan todeta, että avosairaanhoidossa voidaan periä terveyskeskuksen lääkärikäynnistä käyntimaksu enintään 13,80 euroa, mutta käyntimaksua ei voi periä enää kolmen kalenterivuodessa tehdyn käynnin jälkeen. Vaihtoehtona tälle on periä asiakkaalta enintään 27,50 euron vuosimaksu. Suun terveydenhuollossa ei ole säädetty rajausta siitä, kuinka monta käyntimaksua ja toimenpidemaksua voidaan kalenterivuodessa periä.

Sairaalassa annettuun suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon sovelletaan avosairaanhoidon sairaalan poliklinikkamaksua (enintään 27,50 euroa) ja päiväkirurgian maksua (enintään 90,30 euroa). Sen sijaan kun terveyskeskuksissa annetaan erikoissairaanhoidotasoista hoitoa, käytäntö on maksujen perimisessä ollut noudattaa terveyskeskuksissa perittävien maksujen käytäntöjä. Yhdessä terveyskeskuksessa annetussa hoitokokonaisuudessa voi olla useita käynti- ja toimenpidemaksuja, ja lisäksi oikomishoidoista ja hammasproteettisista toimenpiteistä voidaan periä aiheutuvat hammastekniset kulut todellisten kustannusten mukaisina. Nämä voivat nostaa potilaan maksettavaksi tulevan kokonaiskustannuksen huomattavaksi, ja esimerkiksi terveyskeskuksissa annetut vaativat hammasproteettiset hoidot voivat maksaa asiakkaalle jopa tuhansia euroja. Suun terveydenhuollossa jako terveyskeskuksissa annettaviin erikoissairaanhoidotason palveluihin ja sairaalassa annettaviin erikoissairaanhoidon palveluihin on osin keinotekoinen ja perittävien maksujen osalta aiheuttaa potilaiden välille eriarvoisuutta. Paljon terveyskeskuksen vaativia hoitoja tarvitsevien henkilöiden osalta maksut voivat nousta hyvin korkeiksi verrattuna niihin henkilöihin, jotka maksavat käyntikerrasta ainoastaan poliklinikka- tai päiväkirurgiamaksut. Kaikilla potilailla ei ole taloudellisia mahdollisuuksia hankkia tarvitsemaansa hoitoa.

Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon asiakasmaksuista säädetään lisäksi siten, että terveyskeskuksissa annetusta suun ja leukojen erikoissairaanhoidosta voidaan periä enintään sairaalassa suoritettavia maksuja vastaavat maksut (poliklinikkamaksuna 27,50 euroa ja päiväkirurgiasta 90,30) kun tutkimuksen ja hoidon perustana ovat tietyt asiakasmaksuasetuksessa säädettyt seikat, muun muassa hampaistoon liittyvät kehityshäiriöt. Tällä sääntelyllä on pyritty kompensoimaan henkilön vammaisuudesta ja toimintakyvyn alenemisesta johtuvista erityistarpeista aiheutuvia kustannuksia. Sääntelyn sisältämät kriteerit niistä potilaista, joilta voidaan periä enintään poliklinikkamaksu ja päiväkirurgiamaksu terveyskeskuksessa perittävien maksujen sijasta, ovat kuitenkin tulkinnanvaraiset.

Suun terveydenhuollossa myös terveyden edistämisen palveluista perittävät maksut poikkeavat myös muun terveydenhuollon terveyden edistämisen palveluista perittävistä maksuista (katso luku 2.1).

Asiakasmaksulaisissa säädetyn maksukaton tarkoituksena on estää palvelujen käyttäjiin kohdistuvaa kohtuuttoman korkeaksi nousevaa maksurasitusta. Maksukaton ylittymisen jälkeen ovat maksukattoon sisältyvät palvelut asiakkaalle maksuttomia kyseisen kalenterivuoden loppuun. Maksukaton suuruus on tällä hetkellä 636 euroa. Maksukatossa huomioon otettavien maksujen joukossa ei ole suun terveydenhuollon asiakasmaksuja.

Maksukatosta säädettyä hallituksen esityksessä (HE 77/1999 vp) todettiin pykälän säätämiseen johtaneista syistä: ”Silloin kun sairaanhoidon palveluja joudutaan tosiasiallisesti käyttämään paljon ja pitkään, johtaa tämä siihen, että palvelun käytöstä aiheutuvat kokonaiskustannukset nousevat suuriksi. Koska maksut ovat kaikille tasasuuruksia, aiheuttavat suuret maksut sitä suuremman rasituksen palvelun käyttäjälle mitä pienemmät tulot hänellä on.” Sosiaali- ja terveysvaliokunta huomioi hallituksen esitystä koskevassa mietinnössään, että maksukattoa koskevan sääntelyn olennaisia oikeudenmukaisuuskriteerejä on sen merkitys syntymästään sairaiden ja muiden pitkäaikaissairaiden kustannusten kohtuullistajana. Lisäksi se totesi: ”hammashuollon maksuja ei nyt esitetä otettavaksi huomioon maksukaton ylittymisessä. Niillä on kuitenkin saadun selvityksen mukaan olennainen merkitys sairauskuluissa, joten siinä vaiheessa, kun hammashuollon uudistus toteutetaan koko väestöä koskevana, tulee sen maksujen huomioon ottaminen maksukatossa ottaa perusteelliseen tarkasteluun. Kehittämässä on myös selvitettävä maksukaton ja siihen vaikuttavien maksujen tarkoituksenmukainen keskinäinen taso, jotta lopputulos on oikeudenmukainen ja terveystaloudellisesti perusteltu.” (StVM 19/1999 vp). Suun terveydenhuollon palvelut laajenivat kattamaan koko väestön vuonna 2002, mutta suun terveydenhuollon palveluista perittyjen maksuja huomioon ottamista maksukatossa ei ole sen jälkeen perusteellisesti tarkasteltu.

Maksukatossa huomioidaan poliklinikakäynneistä ja päiväkirurgisista toimenpiteistä perityt maksut. Koska suun terveydenhuollon sairaalassa annettuun erikoissairaanhoidon sovelletaan näitä maksuja, on tulkinnanvaraista, tulisiko nämä maksut sisältyä jo nyt maksukattoon. Tällöin on esillä tilanne, jossa osa suun terveydenhuollon maksuista mahdollisesti voidaan laskea mukaan maksukattoon mutta osaa ei riippuen siitä, missä (sairaala vai terveyskeskus) palvelu on annettu.

Asiakasmaksuja koskevaa lainsäädäntöä on selostettu yksityiskohtaisemmin luvussa 4.5.

Selvitystyöryhmän työskentelyssä asiakasmaksuja koskien esitettiin erilaisia näkökulmia. Kuntaliiton lähtökohta on, että suun terveydenhuollossa asiakkaalta perittävien maksujen yhdenmukaistaminen muiden terveydenhuollon maksujen kanssa tulee toteuttaa muilla keinoin kuin kuntien maksukertymää lähtökohtaisesti pienentämällä. Kuntien vastuita ei Kuntaliiton mukaan tule kasvattaa eikä kunnille asettaa uusia tai nykyistä laajempia tehtäviä ilman täysimääräistä taloudellista kompensatiota.

## 2.6 JULKISEN JA YKSITYISEN SEKTORIN KUMPPANUUDEN KEHITTÄMINEN

**Tavoite:** Suun terveydenhuollossa kaikki olemassa olevat resurssit sektorista riippumatta ovat täysimääräisessä käytössä, jotta palvelut voidaan turvata.

**Ehdotus 15: Käytössä olevia keinoja kuten ostopalveluja ja palvelusetelitoimintaa kehitetään.**

**Toimenpiteet:**

- Palvelusetelin toimivuutta arvioidaan ja tuloksia hyödynnetään palvelusetelin kehittämisessä, jotta palvelusetelin käyttömahdollisuus on potilaille todellinen.
- Otetaan käyttöön ostopalveluissa ja palvelusetelitoiminnassa yhtenäinen hoitoon pääsyn seurantajärjestelmä, jossa arvioidaan myös hoidon toteutumista ja sen laatua.
- Hyödynnetään sektorien välisen yhteistyöhankkeen arvioinnin tuloksia ja kehitetään uusia hankkeita.

**Ehdotus 16: Suun terveydenhuollon palvelut ja palvelujen tuottajat ovat mukana kansallisissa rekistereissä.****Toimenpiteet:**

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Palveluvaaka-verkkopalvelu tulee sisältää suun terveydenhuollon palvelujen tuottajat nykyistä kattavammin.
- Käytössä oleviin rekistereihin kirjataan jatkossa paremmin palvelujen sisällön, hoitoon pääsyn ja erityisosaamisen tiedot.
- Palveluntuottajien tilastojen tulee olla kattavia suun terveydenhuollon eri ammattiryhmien tietojen osalta.
- Yksityisen sektorin seurantajärjestelmää kehitetään.

**Ehdotus 17: Käynnistetään kokeilu kapitaatioperusteisesta toimintamallista, jossa edistetään potilaan valinnan mahdollisuuksia.****Toimenpiteet:**

- Kapitaatioon perustuvassa mallissa palveluntuottaja saa korvauksen hoitovastuullaan olevien asiakkaiden määrän mukaan. Julkisista varoista maksettava raha seuraisi potilaan hoidon tarvetta. Kokeilu olisi mahdollinen esimerkiksi Kaste-hankkeena.

**Perustelut:**

Suun terveydenhuollon työvoimasta vuonna 2012 noin puolet (2 370 hammaslääkäreitä) koko maan hammaslääkäreistä työskentelee suoraan kuntien tai kuntayhtymien palveluksessa (THL Tilastoraportti 23:2013). Suuhygienistejä työskenteli vuonna 2012 kunnissa ja kuntayhtymissä 990 ja hammashoitajia 3 180. Hammaslääkäriliiton (SHL) jäsenrekisterin mukaan vuonna 2013 päätoimisia alle 63 -vuotiaita hammaslääkäreitä oli töissä 1 453 ja tätä vanhempia oli töissä 222 eli yhteensä 1 675. Kun sivutoimiset lasketaan mukaan yksityissektorilla toimi 2031 hammaslääkäreitä vuonna 2013. Hammaslääkäriliiton jäsentiedot kattavat noin 95 prosenttia hammaslääkäreistä. Kelan tilastojen mukaan sairausvakuutuksesta korvattuja hoitoja potilaille oli antanut 2 572 hammaslääkäreitä ja 732 suuhygienistiä vuonna 2012.

Työikäisten hammaslääkärien lukumäärä Suomessa on asukasmäärää kohden pienempi kuin muissa Pohjoismaissa (Quality indicators in oral health care: A Nordic project. Proceedings in 2012).

Terveyskeskushammaslääkärivaje oli lokakuussa 2012 noin 10 prosenttia. Vuoden 2013 työvoimavajaselvitysten ennakkotietojen mukaan terveyskeskushammaslääkärivaje oli vähentynyt edellisvuodesta ja oli noin 9 prosenttia. Yksityissektorilla on jonkin verran vapaata kapa-

siteettia, lähinnä isoissa kaupungeissa (SHL: Työvoimatutkimus 2012). Yksityishammaslääkäreistä 9 prosenttia ilmoitti, että potilaita on liian vähän, 17 prosenttia, että potilaita on liikaa (SHL: Työmarkkinatutkimus 2013). Hammaslääkärimäärä on vähentynyt molemmilla sektoreilla, mutta lasku on nyt arvion mukaan saavuttanut pohjalukemansa ja seuraavina vuosina hammaslääkärimäärän arvioidaan kasvavan. Suuhygienistien määrä on kasvanut 2000-luvulla huomattavasti. Niukkojen työvoimaresurssien vuoksi on tarpeen hyödyntää molempien sektorien työvoimaa.

Järjestämistä vastuu on kunnilla, ja lainsäädäntö edellyttää palvelujen järjestämisen koko väestölle. Resurssit etenkin isoissa kaupungeissa riittävät kuitenkin vain osaväestön hoitoon. Aikuisväestön hammashuollon uudistuksen yhteydessä arvioitiinkin, että osa aikuisväestöstä jatkaa yksityisten palvelujen käyttämistä. Uudistuksen yhteydessä muutettiin lainsäädäntöä niin sairausvakuutusjärjestelmän laajenuksen kuin kunnallisen hammashoidon laajenuksen osalta samanaikaisesti. Arvioitiin, että palvelujen käytön lisäykset terveyskeskuksissa kohdentuvat nimenomaisesti niihin, jotka aikaisemmin eivät juuri olleet palveluja käyttäneet. Kunnallisen hammashoidon ruuhkautuessa on myös tuotu esiin, että hoitoon pääsyn vaikeutuessa potilaita ohjautuu pois terveyskeskuksista, ja näin siirtyy kustannuksia kotitalouksille ja sairausvakuutuskorvauksiin (Soininvaara 2008). Julkisella sektorilla on kasvavaan hoidon kysyntään ja tarpeeseen nähden liian vähän resursseja. Riittävästi ei ole huomioitu aikuisten hampaattomuuden vähenemisestä aiheutuvaa hoidon tarpeen lisääntymistä.

Vuonna 2009 terveyskeskuksissa kävi noin 1,1 miljoonaa aikuista ja 0,8 miljoonaa lasta eli suurempi osa väestöstä kuin yksityisellä sektorilla. Yksityinen sektori hoiti noin 1,0 miljoonaa aikuista ja 10 000 lasta. THL:n asiantuntijaryhmän mukaan (Pekurinen ym. 2011) vuonna 2008 hammashoidon kokonaismenot olivat 937 miljoonaa euroa eli 5,5 prosenttia terveyden- ja vanhustenhuollon kokonaismenoista. Yksityisen sektorin osuus menoista oli 62 prosenttia ja terveyskeskusten osuus 36 prosenttia. Huomioitavaa on, että potilaiden kustantama osuus on noin puolet näistä esitetyistä kokonaismenoista. Sektorien toimintaympäristöt ja vaatimukset toiminnalle ovat osittain erilaiset (rahoitus, vastuut, säädökset, potilaiden tarpeet ja odotukset). Kustannukset on tarkemmin esitetty raportissa luvussa 4.4.

Yksityisten palvelujen käyttäjillä maksettavaksi jäävä osuus perushammashoidon kustannuksista on nykyisin noin kaksinkertainen verrattuna terveyskeskuksen potilaisiin. Sairausrakuutus korvaa vakuutetulle osan yksityisten terveydenhuoltopalveluiden kustannuksista. Sairausrakuutuksen korvaustaksa on kuitenkin jäänyt jälkeen yleisestä hinta- ja kustannuskehityksestä, jolloin asiakkaan omavastuu kasvaa. Vuonna 2012 asiakas maksoi keskimäärin 2/3 yksityisen hammashoidon kustannuksista, kun vastaava osuus terveyskeskuksen asiakasmaksuilla oli noin 1/3. Kuitenkin lähes puolet hammashoidon palveluja käyttävästä aikuisväestöstä hankkii hoitoa yksityissektorilta (THL:n ja Kelan rekisterit, Sotkanet).

Suun terveydenhuollon ammattihenkilöt työskentelevät aiempaa monimuotoisemmin ja perinteinen sektorijako onkin muotoutumassa uudelleen. Yksityissektorin sisällä on myös käynnissä rakenteellinen muutos kohti suurempia yksiköitä. Etenkin vastavalmistuneet vierastavat perinteistä jakoa yksityiseen ja julkiseen. Yhteisvastuullisten toimintamallien kehittäminen on haastavaa, mutta mahdollista, ja nykytilanteessa välttämätöntä. Suun terveydenhuollon molempien sektoreiden osallistuminen toimintaan voi auttaa tilannetta siellä missä yksityishammaslääkäreitä on riittävästi.

Molemmilla sektoreilla suuri osa palveluista koostuu tavanomaisesta perushammashoidosta, joka pitäisi olla sisällöltään samanlaista ja samantasoista. Ongelmallista on se, että merkittävä osa kustannuksista ja henkilöstöresursseista kohdistuu suhteellisen hyvähampaisen väestöryhmän hoitoon, eikä huonompihampaiselle väestölle ole riittävästi tarpeenmukaisia palveluita. Yksityissektorilla on ollut edelleen mahdollista ylläpitää säännölliseen hoitoon perustuvaa kutsujärjestelmää. Terveyskeskuksista siitä on pääosin jouduttu luopumaan ja toiminnan painopiste on resurssiepäsuhtana vuoksi siirtymässä enemmän yksittäisten toimenpiteiden

suuntaan kokonaisvaltaisemman hoidon linjalta. Molemmilla sektoreilla tarvitaan osittaista toimintatavan muutosta: aiempaa vahvempaa panostusta ennalta ehkäisyyn ja säännöllistä potilaan yksilölliseen tarpeeseen pohjautuvaa hoitoa. Yhtenäiset toimintaperiaatteet ja hyvin suunnitellut kannustejärjestelmät tukisivat tätä toimintatapaa. (Widström ym 2013) Yhteistyön edellytysten ja yhteisten toimintakäytäntöjen luomisella voidaan kaikkien toimijoiden työtä kohdentaa vaikuttavammin väestön suun terveydenhoitoon.

Kansallinen terveystarkisto (KanTa), johon sekä julkisen että yksityisen sektorin suun terveydenhuollon potilasiakirjat tulee tallentaa viimeistään 1.9.2016, antaa mahdollisuuden luoda uudenlaisia, hoidon sisältöön perustuvia mittareita. Mittarien luonnin edellytyksenä on julkisin varoin tuetun palvelun ja hoitojen määrittäminen, mikä tulee tehtäväksi myös rajat ylittävän terveydenhuollon myötä. Lisäksi mittarit vaativat määrittämiä hoidon tarpeesta, johon palvelukorin hoidoilla vastataan. Mittareilla analysoitava tieto olisi arkistossa esimerkiksi THL:n saatavilla sektorista riippumatta. KanTa -hankkeessa on kyse toimintatapojen kehittämistä tiedon siirron ja arkistoinnin teknisen toteuttamisen lisäksi. Nämä mahdollisuudet tulee selvitystyöryhmän mielestä suun terveydenhuollossa hyödyntää täysimääräisesti.

Selvitystyöryhmä myös katsoi, että potilailla tulee olla mahdollisuus saada tietoa eri sektorien palvelutarjoajista sekä niihin liittyen tiedot muun muassa hoitoon pääsyn ajoista, joka edellyttää verkkopalvelujen kehittämistä kattavamiksi.

### **Ostopalvelujen ja palvelusetelitoiminnan kehittäminen**

Kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta annetussa laissa säädetyin tavoin. Kunta voi järjestää palvelut muun muassa hankkimalla palveluja yksityiseltä palvelujen tuottajalta tai antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelusetelistä annettu laki (palvelusetelilaki) astui voimaan 1.8.2009. Palvelusetelilain tavoitteena on lisätä asiakkaan valinnan mahdollisuuksia, parantaa palvelujen saatavuutta, monipuolistaa palvelutuotantoa sekä edistää kuntien, elinkeinotoimen ja yksityisten palveluntuottajien yhteistyötä. Kunta päättää siitä, missä palveluissa ja missä laajuudessa palveluseteliä käytetään. Palvelun saannin edellytysten arvioinnin suorittaa kunta, joka tekee myös päätöksen palvelun järjestämisestä. Jos palvelua tuotetaan palvelusetelillä, on kunnalla oltava rinnalla tarjottavana myös toinen vaihtoehto. Mikäli kunnalla ei ole tähän omaa tarjontaa, on vaihtoehtoinen palvelu kilpailutettava normaaliin tapaan.

Kunnan on pidettävä luetteloa hyväksymistään palvelun tuottajista. Tiedot palvelujen tuottajista, näiden tuottamista palveluista ja niiden hinnoista tulee olla julkisesti saatavilla internetissä ja muulla soveltuvalla tavalla esimerkiksi kunnan toimipisteissä.

Palvelusetelilain mukaan kunnan tulee määrätä palvelusetelin arvo siten, että se on asiakkaan kannalta kohtuullinen. Kohtuullisuutta arvioitaessa on otettava huomioon kustannukset, jotka aiheutuvat kunnalle vastaavan palvelun tuottamisesta omana tuotantona tai hankkimisesta ostopalveluna sekä asiakkaan maksettavaksi jäävä arvioitu omavastuuosuus. Asiakasmaksulaissa asiakkaalle maksuttomaksi säädettyjen palvelujen osalta omavastuuta ei saa olla. Kun asiakas on vastaanottanut palvelusetelin ja valinnut hyväksytyjen palveluntuottajien joukosta sen, jonka palveluja hän haluaa käyttää, asiakas sopii tämän kanssa hoidon toteuttamisesta. Tätä sopimussuhdetta koskevat kuluttajaoikeuden ja sopimusoikeuden säännökset ja oikeusperiaatteet.

Palvelusetelilaissa on nimenomaisesti säädetty siitä, että kunta on palvelusetelillä järjestettävissä palveluissa syntyvien potilas- ja asiakasasiakirjojen henkilötietolaissa tarkoitettu rekisterinpitäjä. Palvelun tuottajan tulee asiakirjoja käsitellessään noudattaa mitä kunnan asiakirjojen käsittelystä säädetään. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että kunta viimekädessä kantaa rekisterinpidosta koituvan vastuun. Kunnan toimiessa rekisterinpitäjänä palveluntuottajan

toiminnassa syntyvät asiakirjat ovat kunnan asiakirjoja ja muodostavat loogisen osan kunnan kyseisen palvelun asiakas- tai potilasrekisteristä. Asiakirjat tulee pitää erillään palveluntuottajan muun toiminnan yhteydessä syntyneistä asiakirjoista.

Ostopalvelutoiminnan ja etenkin palvelusetelitoiminnan edellä kuvatut vaateet ovat kokonaisuutena haasteellisia. Prosessien sähköistäminen olisi tarpeen, ja tietoteknisillä ratkaisuilla voidaan sujuvoittaa myös potilaan informointia omasta roolistaan. Palveluseteli on potilaalle joustava ja nopea tapa saada hoitoa. Potilas pystyy itse vaikuttamaan siihen, mistä hän tutkimuksen, hoidon tai palvelun hankkii. Toisaalta potilaan tulee palvelusetelitoiminnassa kyetä toimimaan aktiivisena osallistujana hoitonsa järjestämisessä. Palvelusetelitoiminta edellyttää onnistuakseen selkeää ja konkreettista informaatiota niin potilaille, palveluntuottajille kuin kunnan omalle henkilökunnalle.

Selvitystyöryhmä katsoi, että palvelusetelin arvon määrittämiseen ja sitä kautta potilaan omavastuuosuuden suuruuteen tulee kiinnittää erityistä huomiota, jotta palvelusetelin käyttömahdollisuus on potilaille todellinen. Palvelujen tuotteistaminen hyödyttäisi myös palvelusetelitoiminnan prosesseja.

### **Yhteistyöhankkeena toteutettu julkisen ja yksityisen sektorin kokeilutoiminta**

Osana Toimiva Terveyskeskus- ohjelmaa valmisteltiin kunnallisen ja yksityisen suun terveydenhuollon yhteistyöhankkeen kokeilua. Yhteistyöhanke käynnistyi Jyväskylässä vuonna 2011. Vuoden 2012 alusta lähtien hanke laajentui osaan muita suuria kaupunkeja kuten Vaasa, Tampere, Hyvinkää, Helsinki ja Rovaniemi. Suun terveydenhuollon yhteistyöhankkeessa tehostetaan yhteistyötä ja yhtenäisten hoidon perusteiden toimintamallia julkisen ja yksityisen sektorin välillä, vahvistetaan ehkäisevän hoidon ja potilaiden omahoidon toteutumista, parannetaan hoitoon pääsyä ja lisätään potilaan valinnan vapautta sekä kerätään kokemuksia siitä, miten eri tekijät, kuten hoitoon pääsyn nopeus ja hoidon kustannukset, vaikuttavat potilaan hoitopaikan valintaan. Yhteistyöhankkeen piirissä olivat potilaat, joiden terveyskeskus arvioi olevan ehkäisevän hoidon tai tehostetun ehkäisevän hoidon tarpeessa. Potilas voi valita joko terveyskeskuksen tai yhteistyöhankkeeseen liittyneen hammaslääkärin ja suuhygienistin. Hankkeeseen osallistuva yksityinen hammaslääkäri tai suuhygienisti on sitoutunut terveyskeskuksen kanssa tekemänsä sopimuksen perusteella perimään yhteistyöhankkeeseen kuuluvista suun terveydenhoidon toimenpidekokonaisuuksista enintään hankesopimuksessa sovitun enimmäispalkkion.

Tavoitteena oli, että yhteistyöhankkeeseen osallistuvan potilaan yksityissektorilla maksettavaksi jäävä omavastuuosuus olisi kohtuullinen ja keskimäärin noin 15 prosenttia suurempi kuin terveyskeskuksessa vastaavasta hoidosta perityillä, asiakasmaksuasetuksen mukaisilla maksuilla maksettavaksi jäävä osuus. Yhteistyöhankkeen terveyspaketeille sairausvakuutuksen korvausosuus on tavanomaista suurempi. Kelan rekistereistä tehdyn selvityksen mukaan nuoret naiset olivat selvästi yliedustettuina hankepotilaissa verrattuna Jyväskylän yhteistoiminta-alueen muihin yksityissektorin potilaisiin. Hankepotilaat olivat myös jonkin verran nuorempia ja pienituloisempia verrattuna yksityissektorin muihin potilaisiin. Hankepotilaille, jotka olivat tehostetun ehkäisevän hoidon tarpeessa, oli selvästi tehty enemmän ja vaativampia muita toimenpiteitä kuin tavanomaisen ehkäisevän hoidon tarpeessa olleille (Mikkola ym. 2013).

Yhteistyöhanke käynnistyi 2011 ja päättyi 31.12.2013. Selvitystyöryhmä katsoi, että yhteistyöhankkeessa on saatu hyviä malleja sektorien väliselle yhteistyölle ja potilaiden hoitoon pääsyn parantamiselle. Yhteistyöhankkeen tuloksia tulisikin arvioida ja niiden pohjalta kehittää uusia hankkeita.



## Kokeilun käynnistäminen kapitaatiopohjaisesta toimintamallista

Kuntalaisten tulee saada riittävän laadukas hoito, joka toteutetaan yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti huomioiden potilaan hoidon tarvetta kuvaavat tekijät (kliinisen statuksen lisäksi kyky ja motivaatio omasta terveydestä huolehtimiseen). Terveystieteiden rahoituksesta keskusteltaessa on tuotu esiin, että edellä kuvatut tavoitteet toteutuisivat kapitaatioon perustuvassa mallissa, jossa tuottaja saa korvauksen hoitovastuulla olevien asukkaiden määrän mukaan. Raha seuraa potilaan hoidon tarvetta. Selvitystyöryhmä esitti kapitaatiopohjaisen hankkeen käynnistämistä suun terveydenhuollossa.

Selvitystyöryhmä keskusteli siitä, että kapitaatiopohjaisen toimintamallin tulee kannustaa palvelujen antajaa terveyshyötyä tuottavaan toimintaan. Hampaiden reikiintymisen ja ien- ja kiinnityskudossairauksien hallinta on kustannustehokkainta asiakkaiden omahoitona. Kapitaatiomallissa on mahdollista sitouttaa potilas ja hammaslääkäri toisiinsa pidemmäksi ajaksi. Tiedetään, että hammaslääkärin vaihtuminen vaikuttaa hoitopäätöksiin. Tutkimuksissa on todettu, että hammaslääkäri päätyy herkemmin paikkaamaan hampaan, kun potilas on hänelle uusi verrattuna tilanteeseen, jossa potilas ja tämän hoitohistoria ovat hammaslääkärille entuudestaan tutut. Syynä tähän on se, että uuden potilaan nähdessään hammaslääkäri ei tiedä, kuinka kauan reikä on ollut hampaassa, onko se etenevä vai jo pysähtynyt. Suomalaisen rekisteritutkimuksen mukaan on mahdollista, että hammaslääkärin vaihtuessa potilaalta löytyy noin 20 % enemmän paikattavia hampaita (Linden 2013, 13). Pitkässä hoitosuhteessa hammaslääkäri saa myös palautetta omasta työstään, millä voi ajatella olevan myönteinen vaikutus hoidon laatuun (Meijers J.M. et al 2013)

Kapitaatiopohjaisella kokeilumallilla voidaan edistää potilaan sitoutumista hoitoon määrätyn jakson ajaksi. Asiakkaan hoidon tarvetta kuvaavat tekijät ja sairastumisriski olisi huomioitava hoitokokonaisuuden hintaa määritettäessä. Kapitaatioon perustuvan mallin kustannuskehityksen, tehokkuuden ja hoidon laadun seuranta edellyttävät KanTaan perustuvaa hoidon seurantajärjestelmää hoidon tarpeen ja palvelukorin määrittämiseksi. Kapitaatioperusteisen hankkeen käynnistäminen edellyttää eri korvausperusteisten mallien arviointia ja kustannusten laskemista.

## 2.7 TYÖVOIMAN SAATAVUUDEN, OSAAMISEN, KOULUTUKSEN JA TYÖMUOTOJEN KEHITTÄMINEN

**Tavoite:** Kaikkien palveluntuottajien ja ammattihenkilöiden osaamisen täysimääräistä hyödyntämistä kehitetään. Palvelujen tuottajien tasaisempaa alueellista jakautumista maassa edistetään.

**Ehdotus 18: Erikoishammaslääkärikoulutusta kehitetään.**

**Toimenpiteet:**

- Erikoishammaslääkärikoulutuksen erikoisalakohtaisia määriä ja sisältöä ohjataan jatkossa aiempaa paremmin valtakunnallisesti, kun erikoishammaslääkärin hallinnollinen ohjaus siirtyy sosiaali- ja terveysministeriöön ja koulutukselle kehitetään kansallinen koordinaatio- ja ohjausmalli, joka kytketään olemassa olevaan EVO-rahoitukseen.
- Luodaan erikoistumista tukevat rakenteet ja yhteistyömalli perustason ja erityistason välille (alueellinen peruserikoishoidon yksikkö).

- Täydennyskoulutuksen tavoitteiden toteutumista seurataan ja varmistetaan osaamisen edellyttämä koulutus. Koulutuksen sisällön vastaavuutta työelämän vaatimuksiin arvioidaan.

**Ehdotus 19: Koulutusta, työnjakoa sekä työmuotoja uudistetaan vastaamaan palvelutarvetta.**

**Toimenpiteet:**

- Hammaslääkärikoulutuksen tutkintouudistukseen liittyvään syventävään käytännön harjoitteluun panostetaan. Harjoittelukäytäntöä arvioidaan valtakunnallisesti yhteistyössä kuntien, yliopistojen ja opiskelijoiden kanssa. Harjoittelua kehitetään siten, että se motivoi opiskelijoita ja lisää valmiuksia toimia alalla ja terveyskeskuksissa.
- Ohjaajina toimivia hammaslääkäreitä täydennyskoulutetaan ja tehdään tiiviimpää yhteistyötä sairaalahammaslääkärien ja erikoishoidon yksiköiden kanssa.
- Suuhygienistikoulutuksen sisältöä kehitetään vastamaan nykyistä paremmin vanhusten hoidon tarpeita ja koulutuksen kehittämisessä otetaan huomioon ammattiryhmien välisen työnjaon kehittäminen, kuitenkin ottaen huomioon ammattikorkeakoulujen autonomia tutkintokoulutuksen kehittämisessä.
- Kehitetään mahdollisuutta hyödyntää nykyistä laajemmin ammatinharjoittajina ja yrittäjinä toimivien suuhygienistien työpanosta.
- Hammasteknikkokoulutusta kehitetään yhteistyössä hammaslääkärikoulutuksen kanssa. Erikoishammasteknikoiden jatkokoulutusmahdollisuuksia kehitetään. Hammasteknikkokoulutuksen tulee jatkaa katkeamattomasti korkeakoulutasolla.
- Kunnat ja muut työnantajat hyödyntävät oppisopimuskoulutusta ammatillisen koulutuksen järjestämismuotona vastatakseen hammashoitajien saatavuuteen. Lähihoitajatutkinnon suorittaneille lisätään työpaikoilla mahdollisuuksia suorittaa oppisopimukseen suun terveydenhoidon osaamisalan opinnot.
- Sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon, lähihoitaja, opetussuunnitelmaa päivitetään tarvittaessa suun terveydenhuollossa tapahtuvien muutosten sekä henkilöstön toimenkuvissa ja työnjaossa tapahtuvien uudistusten mukaisesti.
- Vaikutetaan aktiivisesti suun terveydenhoidon sosiaali- ja terveysalan perustutkinnon, lähihoitaja, osaamisalan vetovoimaisuuteen ja riittäviin alan osaaviin opettajaresursseihin sekä opetuksen toteutuksen infrastruktuuriin.
- Suun terveydenhuollon ammattihenkilöiden täydennyskoulutuksen periaatteista tarvitaan moniammatillisesti laadittu suositus. Suosituksen laadinnassa otetaan huomioon lääkäri- ja hammaslääkärijärjestöjen yhdessä laatimat hyvän täydennyskoulutuksen sisällöt, järjestämistavat ja rahoitusehdotukset huomioiden sosiaali- ja terveysministeriön suositukset terveydenhuollon täydennyskoulutuksesta.

**Ehdotus 20: Sähköistä tiedonvaihtoa ja asiointia sekä virtuaalista oppimista ja konsultaatiota kehitetään ja hyödynnetään tehokkaammin.**

- Suun terveydenhuollon ja muun terveydenhuollon välistä sähköistä tiedonvaihtoa toteutetaan osana KanTa-kokonaisuutta. Varmistetaan Suunta-hankkeen toteuttamisen edellytykset.
- Sähköistä esitietolomaketta kehitetään tukemaan hoidon tarpeen arviointia.

- Virtuaalikonsultaatioiden työmenetelmiä kehitetään ja vahvistetaan käyttöönottoa hammaslääkäri-erikoislääkärikonsultaatioissa ja sähköisissä radiologikonsultaatioissa. Virtuaalisten oppimisverkostojen ja simulaatio-opetuksen käytäntöjä laajennetaan toiminnassa.
- Potilaille kohdennetun sähköisen terveysneuvonnan ja terveysvalmennuksen käyttöä ja valmiuksia parannetaan ja kehitetään
- Palvelujen ohjaukseen ja sähköisten ajanvaraustoimintojen käyttöä parannetaan.
- Kehitetään hammaslääkäreille ja muille suun terveydenhuollon ammattihenkilöille sähköisiä työvälineitä, joissa voidaan arvioida omaa oppimistaan ja ammatillista kehitymistä.

### **Ehdotus 21: Ulkomailla valmistuneiden hammaslääkärien täydenniskoulutusta kehitetään**

#### **Toimenpiteet:**

- Kehitetään muualla kuin Suomessa (EU/ETA -maissa ja niiden ulkopuolella) valmistuneiden hammaslääkärien ja muiden suun terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattipätevyyden (ammattiosaaminen, kielitaito) täydentämisen mahdollisuuksia.

#### **Perustelut**

Nykyinen palvelutarjonta suun terveydenhuollossa on riittämätöntä ja se on jakautunut maassa epätasaisesti. Julkisessa terveydenhuollossa kaikkialle Suomeen ei ole onnistuttu rekrytoimaan tarvittavaa määrää suun terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Tilanne vaihtelee alueellisesti, työvoimapulaa on etenkin itäisessä Suomessa.

Kaikkien suun terveydenhuollon ammattihenkilöryhmien koulutusta, mukaan lukien täydenniskoulutusta, tulee kehittää, jotta jatkossa turvataan riittävät palvelut niitä tarvitseville. Kehittämistarve koskee myös työnjakoa, jotta käytössä olevat henkilöstöresurssit ovat tehokkaassa, tarkoituksenmukaisessa käytössä.

#### **Erikoishammaslääkärikoulutuksen kehittäminen**

Selvitystyöryhmä katsoi, että suun terveydenhuollon vaativien palvelujen saatavuuden parantamiseksi tulee erikoishammaslääkärikoulutusta lisätä kiireesti. Opetusministeriön Erikoishammaslääkäriyöryhmä esitti jo vuonna 2002 erikoishammaslääkärikoulutuksen tuntuvaa lisäämistä, vähintään 30 uutta virkaa (Opetusministeriö 17:2002). Sosiaali- ja terveysministeriön asettama Erikoislääkärikoulutustyöryhmä piti erikoishammaslääkärikoulutuksen lisäämistä välttämättömänä (STM Selvityksiä 2011:17).

Nykyisillä koulutusmäärillä erikoishammaslääkärien määrä pienenee seuraavien kymmenen vuoden aikana noin 15 prosentilla. Pulan erikoishammaslääkäreistä arvioidaan vaikeutuvan nopeasti kaikilla hammaslääketieteen erikoisaloilla. Yksistään nykyisen erikoishammaslääkäriarvojen vähentämisen estäminen edellyttää 20 uuden koulutuspaikan perustamista. Palvelujen saatavuuden turvaamiseen yhdenvertaisesti koko väestölle tarvitaan kuitenkin koulutuksen lisäämistä huomattavasti enemmän (arviolta noin 50 koulutuspaikkaa lisää). Suun terveydenhuollon erikoishoitopalveluja esimerkiksi oikomishoidon palveluja voidaan toteuttaa terveyskeskusten perusterveydenhuollossa, on tarpeen huolehtia erikoistumiskoulutuksen toteuttamismahdollisuuksista terveyskeskuksissa. Terveyskeskusten kiinnostuksen lisäämiseksi koulutusvirkojen perustamiseen, tulee selvittää mahdollisuutta suunnata EVO-rahoitusta ny-

kyistä enemmän erikoishammaslääkärikoulutukseen. Erikoishammaslääkärikoulutuksen lisääminen terveyskeskuksissa ja keskussairaaloissa parantaa suun terveydenhuollon vaativien hoitopalvelujen saatavuutta. Aikuis- ja ikääntyvän väestön hampaattomuuden väheneminen aiheuttaa erikoishoidon tarpeen kasvua, joka omalta osaltaan korostaa erikoishammaslääkärikoulutuksen kehittämisen merkitystä.

Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen ohjausvastuun siirron tarkoituksena on luoda sosiaali- ja terveysministeriölle mahdollisuus ohjata erikoisalakohtaisia koulutusmääriä palvelujärjestelmän tarpeiden mukaisesti sekä edistää erikoishammaslääkärien tasaista jakautumista maamme eri alueille. Samalla vahvistetaan yliopistojen vastuuta ja asemaa erikoistumiskoulutuksen toteuttamisessa ja laadun valvonnassa, erityisesti koulutuksen niissä vaiheissa, jotka suoritetaan yliopistopaikkakunnan ulkopuolella. Työryhmällä on aikaa työstää ehdotuksiaan vuoden 2013 loppuun asti. Suun terveyden selvitystyöryhmä katsoi, että erikoishammaslääkärikoulutusta tulee kehittää yhdenmukaisesti lääkärien erikoistumiskoulutuksen kanssa ottaen huomioon uuden erikoistumiskoulutusjärjestelmän suomat mahdollisuudet.

### **Koulutuksen, työnjaon sekä työmuotojen uudistaminen vastaamaan palvelutarvetta**

Koulutuksen sisällön kehittäminen tukemaan työmuotojen uudistamista on merkittävässä asemassa. Suun terveydenhuollossa on kehitetty viime vuosina tiimityötä ja työnjaon uudistamista hammaslääkäreiden, suuhygienistien ja hammashoitajien tehtävissä. Toiminnassa on ongelmana ollut julkisissa palveluissa pitkään jatkunut hammaslääkäripula. Potilaiden kannalta tämä on näkynyt hoitoon pääsyn ruuhkautumisena osassa terveyskeskuksia. Selvitystyöryhmä katsoi, että suun terveydenhuollon eri ammattiryhmien koulutuksen sisällön, työnjaon ja työmuotojen kehittäminen on keskeistä, jotta potilaille turvataan laadukkaat, oikea-aikaiset ja toisaalta resurssien käytön kannalta tarkoituksenmukaiset palvelut. Kehitystyön lähtökohta tulee olla väestön palveluntarpeeseen vastaaminen moniammatillista ja monialaista yhteistyötä hyödyntäen sosiaali- ja terveydenhuollossa.

### **Hammaslääkärit**

Hammaslääkäripalvelujen epätasaiseen jakautumiseen voidaan vaikuttaa koulutuspolitiikalla ja työelämän sekä työskentelyolosuhteiden kehittämällä. On odotettavissa, että vuonna 2010 Itä-Suomen yliopistossa uudelleen aloitettu hammaslääkärikoulutus helpottaa Itä-Suomen tilannetta muutaman vuoden kuluttua. Erikoishammaslääkärikoulutuksen hajauttaminen Tampereelle oli niin ikään perusteltua palvelujen tarjonnan näkökulmasta. Erikoishammaslääkärikoulutuksessa, toisin kuin enää perustutkintoon johtavassa hammaslääkärikoulutuksessa, koulutuksen volyymin tulisi kuitenkin myös kaiken kaikkiaan kasvattaa, jotta palvelujen kysyntään kyettäisiin vastaamaan. Hammaslääkärikoulutuksen hajauttaminen perus- ja erikoistumiskoulutuksessa on kannatettavaa, mutta hajauttamisen reunaehtona tulee olla koulutuksen laadun turvaaminen.

Koulutukseen liittyvissä harjoitteluissa hajauttamisen edellytykset ovat huomattavasti paremmat. Syventävä käytännön harjoittelu tarjoaa terveyskeskuksille erinomaisen tilaisuuden rekrytoida työvoimaa. Hammaslääketieteen opiskelijoille tehdyn kyselyn mukaan (Hammaslääketieteen opiskelijoiden hyvinvointi ja tulevaisuuden suunnitelmat 2013) yli 90 prosenttia opiskelijoista olisi valmis suorittamaan harjoittelun työvoimapulasta kärsivän alueen terveyskeskuksessa, jos harjoittelupaikka itsessään on hyvä. Hyvän harjoittelupaikan tärkeimpinä tunnusmerkkeinä opiskelijat pitävät asialle omistautuvaa ohjaajaa ja mahdollisuutta päästä tekemään monipuolisesti eri toimenpiteitä. Työvoimavajeesta kärsiviä terveyskeskuksia onkin erityisesti syytä kannustaa lähtemään mukaan syventävän käytännön harjoittelun laadukkaaseen toteuttamiseen.

Hammaslääkäri vaja terveyskeskuksissa oli lokakuussa 2012 noin 10 % (SHL: Työvoimatutkimus 2012). Alueelliset erot työvoimavajeessa ovat suuret. Työvoimaselvityksessä selvästi huonoin tilanne oli kahden sairaanhoitopiirin alueella: Itä-Savon sairaanhoitopiirissä hammaslääkäri vaja oli 36 prosenttia ja Kainuussa 33 prosenttia. Muissa sairaanhoitopiireissä vaja oli alle 20 prosenttia. Useilla alueilla tilanne olikin parantunut: esimerkiksi HUS:n alueella vaja oli enää 4,8 prosenttia. (Hammaslääkäri työvoimaselvitys 2012.) Väestön palvelujen saannin näkökulmasta hammaslääkäri työvoiman tarjonnan tarkastelua ei voida rajoittaa vain julkiseen sektoriin ja terveyskeskushammaslääkäreihin, koska puolet hammaslääkäreistä toimii joko päätoimisesti tai sivutoimisesti yksityisellä sektorilla (Suomen Hammaslääkäri liiton Työmarkkinatutkimus 2013).

Hammaslääkäripulalla on merkitys myös hammaslääkärien työhyvinvoinnin kannalta. Työelämän laatu eroaa suun terveydenhuollossa julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Hammaslääkäri liiton vuosina 2003, 2006 ja 2010 teettämät työhyvinvointitutkimukset osoittivat, että kuilu työhyvinvoinnissa terveyskeskushammaslääkäreiden ja yksityishammaslääkäreiden välillä oli kasvanut vuosikymmenen lopulle tultaessa. Yksityishammaslääkäreiden työ oli vuonna 2010 vähemmän kuormittavaa kuin aiemmin, kun taas terveyskeskushammaslääkärit kokivat työmääränsä edelleen kohtuuttoman suureksi. Lähes kaikki työn vaatimustekijät, kuten kiire, työroolien epäselvyys, muutosten tuomat kielteiset vaikutukset, ongelmat fyysisessä työympäristössä, stressi, työuupumus ja masennus, ovat olleet koko 2000-luvun yleisempiä julkisella kuin yksityisellä sektorilla. (Hakanen 2004; Hakanen & Perhoniemi 2006; 2011.) Vastaavanlaisia tuloksia saatiin verrattaessa työelämän laatua julkisessa ja yksityisessä suun terveydenhuollossa Jyväskylässä (Paavola 2012, 119). Myös Kottosen (2009, 66) hammaslääkäreiden uratutkimuksessa yksityishammaslääkärit kokivat useampien asioiden tilan työssä paremmaksi kuin terveyskeskushammaslääkärit. Selvitystyöryhmä katsoi, että eräs tapa parantaa hammaslääkäreiden työhyvinvointia terveyskeskuksissa on hammaslääkärikoulutuksessa tehtävien ratkaisujen lisäksi erikoishammaslääkäripalvelujen lisääminen, sillä peruspalveluissa työskentelevän hammaslääkäri on tällä hetkellä hyvin vaikeaa saada konsultaatioapua erikoishammaslääkäriä tai lähettää asiakasta erikoishammaslääkäriin hoitoon. Myös muun työajan kehittämällä ja selkiyttämällä voidaan vaikuttaa työn sujuvuuteen.

Työyhteisöissä puutteet henkilöstöresursseissa voivat heijastua myös työn johtamiseen. Esimiesten kapasiteetti ei puutteellisilla henkilöstöresursseilla ja kovassa henkilöstökilpailutilanteessa aina riitä toiminnan kehittämiseen ja yhteistyöhön muiden toimijoiden kanssa siinä määrin, kuin muuttuva toimintaympäristö edellyttäisi. Suun terveydenhuollon esimiesten ja asiantuntijoiden verkostoitumista tarvitaan johtamisen tueksi ja suun terveydenhuollon asiantuntemuksen laajaan hyödyntämiseen, mielipiteenvaihtoon ja tiedonkeruuseen toiminnan ohjauksessa.

Selvitystyöryhmä totesi, että tehdyt hammaslääkärikoulutusratkaisut tukevat työvoiman saannin kehitystä, mutta vasta pidemmällä aikavälillä. Myös hammaslääkärien koulutuksen sisältöä tulee jatkuvasti tarkastella ja tarvittaessa uudistaa sellaiseksi, että se tukee perustason terveyskeskustyötä, motivoi erikoistumaan ja kehittymään ammatillisesti. Panostamalla hammaslääkärikoulutuksen tutkintouudistukseen liittyvään syventävään käytännön harjoitteluun sisällön ja ohjauksen osalta lisätään opiskelijoiden valmiuksia ja motivaatiota toimia alalla.

### **Ammattikorkeakoulutus ja ammatillinen koulutus**

Suuhygienisti (AMK) ja hammasteknikko (AMK) tutkintonimikkeisiin johtava koulutus ovat ammattikorkeakoulututkintoon johtavaa koulutusta. Ammattikorkeakoulujen toimitukset, jossa säädetään koulutusvastoista ja muista toiminnan edellytyksistä, uudistetaan vuoden 2014 alusta. Uusien toimitusten myöntämisessä syksyllä 2013 korostuvat koulutustarpeen lisäksi toiminnan laatuun, vaikuttavuuteen ja tehokkuuteen liittyvät näkökohdat. Toimituvissa määrää-

tään jatkossa muun muassa siitä, mitä tutkintoja ja tutkintonimikkeitä kukin ammattikorkeakoulu antaa.

Hammasteknikkokoulutusta annetaan tällä hetkellä vain yhdessä ammattikorkeakoulussa, joka vuonna 2013 ilmoitti, ettei hae toimilupahakemuksessaan koulutusvastuuta tähän enää. Perusteena tälle annettiin muun ohella se, että hammasteknikkokoulutuksen voisi järjestää toisen asteen koulutuksen piirissä. Kuitenkin hammasproteesihoitojen tarve on lisääntynyt, hoitomenetelmät ovat monipuolistuneet ja elimistöön liittyvien materiaalien käyttöön liittyy kasvavia vaatimuksia. Selvitysryhmä katsoi, ettei hammasteknikkojen koulutuksessa tule siirtyä toisen asteen koulutukseen vaan että koulutuksen järjestäminen on välttämätöntä jatkossakin järjestää ammattikorkeakoulutasolla.

Pitkään jatkuneen hammaslääkäripulan johdosta työnjaon kehittäminen eri ammattiryhmien välillä on ajankohtaista. Hammaslääkärikoulutukseen ei ole mahdollista sisällyttää laajoja hammasteknisiä valmiuksia ilman koulutusajan pidentämistä. Nykyinen ammattikorkeakoulututkintoon johtava hammasteknikkokoulutus toteutetaan läheisessä yhteistyössä yliopiston hammaslääkärikoulutuksen kanssa, joka on selvitystyöryhmän mielestä kannatettava malli jatkossakin yhteistyön pohjana. Ammattikorkeakoulujen erikoistumisopinnoista valmistunut erikoishammasteknikko saa itsenäisesti valmistaa ja sovittaa irrallisia kokoproteeseja niiden käyttäjille eräin poikkeuksin. Erikoishammasteknikolta edellytetään viittä vuotta laillistettuna hammasteknikkona toimimista ja lisäksi erikoispätevyyden edellyttämän koulutuksen suorittamista. Erikoishammasteknikoiden jatkokoulutusmahdollisuuksia tulee kehittää yhteistyössä hammaslääkärikoulutuksen kanssa.

Sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnon, lähihoitaja, suu- ja hammashoidon koulutusohjelman koulutusta järjestää yhdeksän koulutuksen järjestäjää eri puolella Suomea (Jyväskylä, Vaasa, Turku, Tampere, Kuopio, Helsinki, Oulu, Rovaniemi, Kotka). Koulutuksen järjestäjät päättävät itse koulutusaloista ja koulutusohjelmista. Kaikki koulutuksen järjestäjät eivät aloita koulutusta joka vuosi. Koulutuksesta valmistuu vuosittain vajaa 200 suu- ja hammashoiton erikoistunutta lähihoitajaa. Ongelmana on se, että kaikki sosiaali- ja terveystieteiden perustutkintoon opiskelevat eivät ole tietoisia mahdollisuudesta valita suu- ja hammashoidon koulutusohjelmaa, jos sitä ei tarjota omassa oppilaitoksessa. Toisaalta vaikka opiskelijoilla olisi tietoa asiasta, he eivät aina ole halukkaita lähtemään toiselle paikkakunnalle koulutusohjelmaopintoihin. Koulutustarjonta ja työvoiman kysyntä eivät kohtaa määrällisesti kaikkialla Suomessa. Kysymys pitkälti myös neuvonnasta ja ohjauksesta sekä työnantajien puolelta myös markkinoinnista, alalle täytyy jatkossakin houkuttaa osaajia.

Oppisopimuskoulutus on työelämäläheinen koulutusmuoto, ja sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnon suorittaneille tulisi olla aiempaa enemmän mahdollisuuksia suorittaa suun terveydenhuollon osaamisalan opinnot myös oppisopimuskoulutuksena. Oppisopimuskoulutusta voidaan toteuttaa niin julkisella kuin yksityisellä sektorilla. Aikuiset terveystieteiden osaajat olisivat hyviä oppisopimuskoulutettavia, sillä työnantajat saavat tällä koulutusmuodossa osaajan töihin. Luonnollisesti nuoretkin voivat oppisopimuskoulutuksen kautta valmistua hammashoitajiksi, mutta vaikeutena on tutkinnon pakollisten osien suorittaminen, jotka on oltava suoritettuja ennen koulutusohjelman valintaa. Tärkeää olisi, että koko työyhteisö sitoutuisi oppisopimuskoulutukseen, jolloin kaivattua työvoimaa saataisiin tätä koulutusmallia hyödyntämällä.

Työvoimapolitiittisena koulutuksena on Lahdessa ja Seinäjoella toteutettu suu- ja hammashoitajan koulutusohjelma aikaisemmin sosiaali- ja terveystieteiden perustutkinnon tutkinnon suorittaneille, lisäksi 2013 syksyllä myös vastaava koulutus on alkanut Mikkelissä. Koulutuksesta saatu palaute on ollut hyvää ja vastaa alueen työvoimatarpeeseen. Työvoimapolitiittinen suu- ja hammashoitajakoulutus on eräs tapa helpottaa työvoimapulaa. Järjestelmä on kuitenkin toistaiseksi huonosti tunnettu.

## **Ulkomailla valmistuneiden hammaslääkärien täydennyskoulutuksen kehittäminen**

Eräs tapa saada Suomessa olevat hammaslääkäriresurssit täysimittaiseen käyttöön on hyödyntää maassa olevaa ulkomaalaista työvoimaa. Ulkomailla valmistuneet tuovat lisäresurssia ja kielellistä monimuotoisuutta etenkin hammaslääkäriavajueille, mutta myös taajama-alueille. EU/ETA -kansalaisen EU/ETA-valtiossa suorittamaan tutkintoon myönnetään ammattioikeudet EU:n ammattipätevyysdirektiivin perusteella niin sanotun automaattisen tunnustamisen periaatteen nojalla. Ammattipätevyysdirektiiviin suunnitellut muutokset olisivat tämän hetken tiedon mukaan tuomassa jatkossa mahdollisuuden edellyttää EU/ETA -maista tulevalta terveydenhuollon ammattihenkilöiltä riittävää kielitaitoa, kuitenkin siten, että kielitaidon vaatiminen ei ole osa tutkinnon tunnustamista. Muilta ulkomailla koulutuksensa saaneilta terveydenhuollon ammattihenkilöiltä voidaan edellyttää tilanteesta riippuen erilaisia valtioneuvoston asetuksella tarkemmin säädettäviä pätevyksiä ja riittävää kielitaitoa.

Terveydenhuollon valvontatyöryhmä jätti raporttinsa 29.2.2012 (STM Raportteja ja muistioita 2012:8). Raportin ehdotukset koskevat pääosin EU/ETA-alueen ulkopuolella suoritettujen tutkintojen todentamista ja valvontaa. Sosiaali- ja terveysministeriö on yhdessä Valviran kanssa arvioinut raportin ehdotuksia ja on valmistelemaan esitysten pohjalta säädösmuutoksia. Osana tätä työtä opetus- ja kulttuuriministeriö vastaa näihin ehdotuksiin osaamisen päivittämisen ja kielitaidon hankkimisen osalta ja on asettanut työryhmän valmistelemaan ehdotuksia terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattiosaamisen ja kielitaidon täydentämisen kehittämiseksi sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiltä vaadittavan kielitaidon määrittelemiseksi.

## **Sähköisen tietojenvaihdon, asiointin sekä virtuaalista oppimisen ja konsultaation kehittäminen ja hyödyntäminen**

Selvitystyöryhmän mielestä suun terveydenhuollossa kirjaamista tulisi kehittää lähemmäksi yleisiä terveydenhuollon käytäntöjä. Tämä on myös edellytys suun terveydenhuollon ja muun terveydenhuollon ammattihenkilöiden väliselle tietojen yhteiskäytölle, jonka tuleva kansallinen potilastiedon arkisto (KanTa) mahdollistaa. Potilastietojärjestelmien kehittäminen mahdollistaa yhtenäiset rakenteet hoitosuunnitelmissa ja potilastiedoissa ja tehostaa seurantaa (Komulainen ym2011). Potilastiedon arkiston suun terveydenhuollon tietosisältöjen määrittelyyn liittyen tullaan terveys- ja hoitosuunnitelman mahdollisuudet potilaan vaikuttavan hoidon kannalta merkityksellisen tietosisällön välittäjänä arvioimaan. Suun terveydenhuollon ammattihenkilön tulisi voida laittaa tiettyjä yleiseen terveydentilaan vaikuttavia asioita osaksi terveys- ja hoitosuunnitelmaa, ja vastaavasti nähdä hoidossa tarpeelliset muiden terveydenhuollon ammattihenkilöiden tekemät kirjaukset.

Sosiaali- ja terveysministeriö käynnisti vuonna 2013 strategisen suunnitelman laatimisen suun terveydenhuollon tietosisältöjen liittämiseksi osaksi kansallista terveysarkistoa ns. SuunTa -hankkeen. Strateginen suunnitelma on valmistunut ja julkaistaan STM:n sivustoilla syksyllä 2013 ja sitä tullaan päivittämään tarpeen mukaan THL:n OPER -yksikön toimesta. Suunnitelma kuvaa tarkasti ja realistisesti ne keskeiset toimenpiteet jotka on tehtävä, jotta liittymisen KanTaan voidaan toteuttaa vaiheistusasetuksen mukaisesti. Kuvaus kattaa suun terveydenhuollon toiminnan ja tietojärjestelmien nykytilaa ja KanTa -valmiuksia sekä ehdottaa toimenpiteitä ja aikataulua seuraaville kehitysaskelille kohti kansallista tietojen yhteiskäyttöä. Tämä strateginen suunnitelma ja siihen liittyvät muut tuotokset luovutetaan THL:n OPER -yksikölle, jonka vastuulla on strategian toimeenpano ja operatiivinen ohjaus lakisääteisen vastuumäärittelyn mukaisesti.

Selvitystyöryhmä katsoi, että sähköisiä järjestelmiä tulisi hyödyntää nykyistä laajemmin niin konsultaatioissa, asioinnissa kuin ammattihenkilöiden oppimisen tukena. Sähköisten konsultaatiomahdollisuuksien kehittäminen ja hyödyntäminen mahdollistavat niukkojen erikoishammaslääkäriresurssien tehokkaamman hyödyntämisen sekä konsultaatiomahdollisuuksien parantuessa parhaimmillaan parantavat hoidon laatua ja työmotivaatiota. Sähköiset sovellukset mahdollistavat erilaisen erikoisosaamisen hyödyntämisen sijainnista riippumatta.

Sähköisen asiointimahdollisuus potilaan kannalta on myönteinen silloin, kun toimintamalli mahdollistaa palvelujen parempaa hyödyntämistä ja lisää valinnanmahdollisuuksia. Sähköiseen ajanvaraustoimintaan voidaan liittää terveysneuvontaa, joka näin saavuttaa potilaan samanaikaisesti ajanvarausta tehtäessä. Mobiililaitteita (puhelimet) voidaan hyödyntää nykyistä laajemmin esimerkiksi palvelunohjauksessa ja ajanvarauksessa. Mobiililaitteita voidaan käyttää muun muassa siten, että asiakas voidaan ohjata vapaalle hammaslääkäri- tai suuhygienistiajalle. Tällä on merkitystä myös työvoiman allokoinnissa ja sen avulla voidaan tehostaa toimintaa.

## LÄHTEET

Aaltonen L-M, Rosenberg P (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Duodecim 2013.

Anttila J, Kankaanpää R, Tolvanen M, Saranpää S, Hiiri A, Lahti S. Do schools put children's oral health at risk owing to lack of a health-promoting policy? *Scandinavian Journal of Public Health* Vol 40, Issue 5, 2012.

Bunker JP, Frazier HS, Mosteller F. Improving Health: Measuring Effects of Medical Care. *Milbank Q* 1994;72:225–258.

Daly B, Watt R, Batchelor P, Treasure E. *Essential Dental Public Health*. 4. p. Oxford University Press, Oxford 2006.

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä, Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009 - 2013, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Ekornrud T, Mathiesen Wilberg M, Arge S, Ágústsdóttir Helga, Appelquist M, Cederlund A, Nordblad A, Vilstrup L. Quality indicators in oral health care: A Nordic project. *Proceedings in 2012. Norwegian Directorate of Health, Rapport 02/2013*

Erikoishammaslääkärikoulutuksen työryhmän muistio. Opetusministeriö 17:2002.

Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. *BMJ* 2002;324: 135–143.

Forss H, Eerola A, Koivumäki J. Erikoishammaslääkäripalvelujen tarve hammaslääkärien arvioimana. Suomen Hammaslääkäriliitto, Maaliskuu 2013. [http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/ehl\\_raportti\\_2013\\_verkkoon.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/ehl_raportti_2013_verkkoon.pdf)

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta. HE 77/1999 vp.

Hakanen J. Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa. Työterveyslaitos ja Suomen Hammaslääkäriliitto, Helsinki 2004.

Hakanen J, Perhoniemi R. Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa. Seurantatutkimus 2003–2006. Työterveyslaitos ja Suomen Hammaslääkäriliitto, Helsinki 2006.

Hakanen J, Perhoniemi R. Hammaslääkäreiden työhyvinvointi Suomessa – seitsemän vuoden seurantatutkimus 2003, 2006 ja 2010. *Suom Hammaslääkäril* 2011;18(1):LIITE.



Hammaslääketieteen opiskelijoiden hyvinvointi ja tulevaisuuden suunnitelmat 2013. Suomen Hammaslääkäriliitto, <http://www.hammaslaakariliitto.fi>.

Hammaslääkärityövoimaselvitykset 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön, KT Kuntatyönantajien ja Suomen Hammaslääkäriliiton selvitys.

Kansaneläkelaitoksen rekisterit, <http://www.kela.fi>

Keronen M. Askeleita kohti asiakasta. Tesso 1/2013: 23-25.

Kiiskinen U, Suominen-Taipale AL, Aromaa A, Arinen S. Koettu suunterveys ja hammashoitopalvelujen käyttö hammashoitouudistuksen aikana. Hammashoitouudistuksen arviointitutkimuksen perustaulukot. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B22/ 2005. Helsinki 2005.

Komulainen J, Vuokko R, Mäkelä M. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 7/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.

Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma, N. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.

Kosunen E. Perusterveydenhuolto terveyden edistäjänä – visioita tulevaisuuteen. Suom Lääkäril 2007;62:69–73.

Kottonen A. Hammaslääkärin ura. Odotukset ja kokemukset. Turun yliopisto, Turku 2009.

Käypä hoito -suositus; Hammasperäiset äkilliset infektiot ja mikrobilääkkeet, 2011. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi)

Lillrank P, Kujala J, Parvinen P. Keskenikäinen potilas. Talentum, Helsinki 2004.

Linden J. Hammaslääkärinä ei parane vaihtaa. Suomen Hammaslääkärilehti 2/2013, 13).

McMurray M, Berwick DM. Advanced Access: Reducing Waiting and Delays in Primary Care. JAMA 2003;289(8):1035-1040.

Mikkola H., Komu M., Helminen S. Mitä kelan rekisterit kertovat hammashoidon yksityisen ja julkisen sektorin yhteistyöhankkeesta. Suomen Hammaslääkärilehti 2013 ks. s.42

Meijers JM, Halfens RJ, Mijnders DM, Mostert H, Schols JM. A feedback system to improve the quality of nutritional care. Nutrition 2013 Jul-Aug;29(7-8):1037-41.

Myllykangas M. Miksi tieto ei muuta ihmisen käyttäytymistä? Duodecim 2006;122:889–890.

Närhi T., Ainamo A. Meurman J. Mutans streptococci and lactobacilli in the elderly. European Journal of Oral Sciences, Volume 102, Issue 2, pages 97–102, April 1994

Suominen-Taipale L., Nordblad A., Vehkalahti M, Aromaa A. eds. Oral Health in the Finnish Adult Population. Health 2000 Survey. Publications of the National Public Institute B 25/2008

Paavola P. Kolme näkökulmaa julkisen suun terveydenhuollon toimintaan – Jyväskylän asukkaiden, päättäjien ja työntekijöiden odotukset, käsitykset ja kokemukset. Turun yliopisto, Turku 2012.

Palvelurakennetyöryhmän väliraportti 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:17.

Pekurinen M, Erhola M, Häkkinen U, Jonsson PM, Keskimäki I, Kokko S, Kärkkäinen J, Widström E, Vuorenkoski L. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Raportti 4/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2011.

Saaristo V, Nordblad A. Neuvolatyöhän sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuoltoon liittyvät suun terveydenhuollon palvelut 2007-2012. Raportti 72/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.

Sheiham A, Watt RG: The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28: 399–406

Soininvaara O. Suun terveydenhuolto tasapainoa etsimässä. Selvitysmiesraportti 2008

Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain valmisteluryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2013:15.

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen mietintö hallituksen esitykseen laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamisesta. StVM 19/1999 vp.

Sotkanet:n tilastot, <http://sotkanet.fi>

Suomalaisten aikuisten suun terveys. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004; 3, 62-64

Syme SL. Preventing disease and promoting health: the need for some new thinking. *Soz Präventivmed* 2006;51:247–248.

Syme SL, Balfour JL. Social Determinants of Disease. Teoksessa Wallace RB. (toim.) Maxcy-Rosenau-Last. *Public Health & Preventive Medicine*. 14. p. Appleton & Lange, Stamford, Connecticut 1998. 795–810.

Syrjälä KL, Marlin PJ, Lee SJ. Delivering care to long-term adult survivors of hematopoietic cell transplantation. *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology*. 30(30):3746-51, 2012.

Tarlov AR. Public Policy Frameworks for Improving Population Health. *Ann N Y Acad Sci* 1999;896:281–293.

Tehtävien ja työnjakojen muutokset terveydenhuollon ja työelämän kehityksessä. Kunnallinen työmarkkinalaitos 2009

Terveydenhuollon valvontatyöryhmän mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:8.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen rekisterit, <http://www.thl.fi>

Toimiva työnjako suun terveydenhuollon työpaikoilla. Suomen Hammaslääkäriliitto 2008.

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

Wagner EH, Austin BT, von Korff M. Organizing Care for Patients with Chronic Illness. *Milbank Quarterly* 1996;4: 511–544.

WHO (World Health Organization). Global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases. WHO, Geneva 2000.

Widström E, Komu M, Mikkola H. Longitudinal register study of attendance frequencies in public and private dental services in Finland. *Community Dental Health* 2013;30:143-148.

Womack JP, Jones DT. Lean thinking. Simon & Schuster, New York 1996.  
<http://www.lean.org/whatslean>

## 3 AIKUISVÄESTÖN SUUN TERVEYS JA PALVELUJEN TARVE

### 3.1 YHTEENVETO

Suomessa on toteutettu kolme väestötutkimusta, joiden yhteydessä on monipuolisesti selvitetty sekä koettua että kliinisesti mitattua suunterveyttä. Näistä Mini-Suomi -terveystutkimus (Vehkalahti ym. 1991) kohdistettiin 30 vuotta täyttäneisiin ja toteutettiin vuosina 1978 - 1980. Vuosina 2000 - 2001 toteutettiin Kansanterveyslaitoksen johdolla vastaava laaja Terveys 2000 -tutkimus, jossa suunterveyttä koskevia tietoja kerättiin poikkeuksellisen monipuolisesti haastattelun, kyselyjen sekä kliinisen ja röntgenologisen tutkimuksen avulla (Suominen-Taipale ym. 2004). Terveys 2011 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2012) tietoja kerättiin samoista henkilöistä vuosina 2000 - 2001 ja 2011. Tämän tutkimuksen yhteydessä suunterveyttä ja omahoitoa sekä hammashoitopalvelujen käyttöä koskevat tiedot kerättiin koko maan osalta haastattelussa ja kyselyissä, mutta suun kliininen tutkimus tehtiin vain Helsingin seudulla ja Pohjois-Suomessa.

Yleisesti ottaen Mini-Suomi -tutkimuksen mukaan aikuisten suunterveys näytti huonolta. Hampaattomuus ja vajaahampaisuus samoin kuin karies ja kiinnityskudosten sairaudet olivat varsin yleisiä ja tyydyttymätöntä hammashoidon tarvetta oli runsaasti. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan (Suominen-Taipale ym. 2004) aikuisten suunterveys Suomessa oli 20 vuodessa parantunut huomattavasti. Tämä näkyi varsinkin hampaattomuuden ja kariksen vähenemisenä. Suun sairaudet olivat kuitenkin yhä yleisiä. Syventyneitä ientaskuja oli kahdella kolmesta, nuorimmilla (30–34-vuotiailla) tutkituillakin joka toisella. Kariesta oli joka kolmannella. Terveys 2011-tutkimuksen alustavien tulosten perusteella (Suominen ym. 2012) voidaan sanoa, että myönteistä kehitystä on tapahtunut niin hampaiden harjaamisen kuin itse arvioidun suunterveyden sekä kariksen ja hampaattomuuden yleisyyden suhteen. Iensairaudet ovat kuitenkin edelleen hyvin yleisiä. Erityinen ongelma aikuisilla on iensairauksien esiintyminen ja erityisesti jo varhaisessa keski-ikässä.

Kaikkien kolmen väestötutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että suun sairaudet Suomessa ovat vielä yleisiä, mutta jakaantuneet sukupolvittain. Lapsilla ja nuorilla suunterveys on suhteellisesti parempi kuin muissa ikäryhmissä. Keski-ikäisillä on paljon paikattuja hampaita, iensairauksia ja röntgentutkimuksessa havaittuja löydöksiä. Vanhimmissa ikäryhmissä on paljon kokonaan hampaattomia ja heillä on myös runsaasti irrotettavia hammasproteeseja. Hoidon tarvetta lisää vanhemmissa ikäryhmissä myös suuri paikattujen hampaiden määrä. Sekä kliinisesti todettu että koettu hoidon tarve väestötasolla on selkeä.

Tämä siitä huolimatta, että hammashoidossa käyneiden aikuisten osuus oli 2000-luvulla kasvanut. Terveys 2000 - ja Terveys 2011-tutkimusten tulosten mukaan sekä viimeksi kuluneen 12 kuukauden että kahden viime vuoden aikana hoidossa käyneiden osuus oli vuonna 2011 selvästi suurempi kuin 11 vuotta aiemmin. Aikuisten käyntien määrä oli kasvanut erityisesti terveyskeskushammaslääkäriissä. Myös Kansanterveyslaitoksen (KTL) ja Kansaneläkelaitoksen (Kela) toteuttamien hammashoitouudistusta arvioivien kyselytutkimusten mukaan suun terveydenhuollon palveluja viimeisen vuoden aikana käyttäneiden aikuisten osuus kasvoi 54 prosentista 67 prosenttiin vuosien 2001 - 2007 välillä. Erityisesti kasvoivat terveyskeskushammaslääkäriillä ja suuhygienistillä tai hammashoitajalla hoidossa käyneiden osuudet. Työikäisen aikuisväestön (15 -64-vuotiaat) keskuudessa ei Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuosittaisten kyselytutkimusten mukaan havaittu 2000-luvulla muutoksia hammaslääkärin vastaanotolla vuoden aikana käyneiden osuuksissa.

Hoidossa käyneiden osuutta voidaan pitää jo suurena, kun Terveys 2011-tutkimuksen mukaan noin 80 prosenttia aikuisista ilmoitti käyneensä hammashoidossa kahden edeltäneen vuoden aikana. Palvelujen käytön yleistä myönteistä kehitystä selittää hampaallisen väestön väheneminen, sillä hampaattomat käyttävät erityisesti hammaslääkärin palveluja hyvin vähän. On myös mahdollista, että myönteisen kehityksen taustalla ovat 2000-luvulla toteutetut lainsäädännölliset muutokset (Hammashoitouudistus, Hoitotakuu), joiden avulla hoitoon pääsyä on pyritty parantamaan. Muutokset palvelujen käytössä ovat olleet pääasiassa uudistuksille ennalta asetettujen tavoitteiden suuntaisia vaikka eivät mittavia. KTL:n ja Kelan:n kyselytutkimusten mukaan uudistuksille asetettuihin tavoitteisiin ei oltu vuonna 2007 täysin päästy; sosioekonomiset terveyserot palvelujen käytössä eivät olleet vähentyneet. Aikuisten hammashoidon vaikuttavuutta ja erityisesti väestöryhmien eroja palvelujen käytössä on tarpeen selvittää jatkotutkimuksissa.

Tässä raportissa väestön suun hoidon tarpeella tarkoitetaan hammaslääkärin kliinisessä tutkimuksessa arvioimaa hoidon tarvetta täydennettynä yksilön itsensä ilmaisemalla hoidon tarpeella. Kliinisesti arvioidun hoidon tarpeen ollessa kyseessä, on selvitetty erityisesti korjaavan karieshoidon ja kiinnityskudosten hoidon tarpeessa olevien määrää. Raportissa on hyödynnetty Terveys 2000 ja Terveys 2011-tutkimuksiin perustuvia tuloksia, joita on julkaistu aiemmin raporteissa:

Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Hakapaino Oy, Helsinki 2004'

Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012.

Tämän lisäksi esitetään Terveys 2011 -tutkimukseen perustuvia ennakkotietoja (Taulukko 2) arvioidusta hoidon tarpeesta, jotka tarkennettuna tullaan julkaisemaan työryhmän Suominen L (pj), Varsio S (vpj), Helminen S, Knuutila M, Lahti S, Nordblad A, Vehkalahti M koostamana 'Suomalaisten aikuisten suunterveys 2011' -raportissa.

## 3.2. VÄESTÖN SUUN HOIDON TARVE

Terveys on lääketieteellisesti määriteltävä elimistön tila, jota kulttuuri ja arvot muovaavat. Terveiden määritelmällä on merkitystä, koska hoidon tai tutkimuksen tarve pohjaa sairauteen tai sen epäilyyn. Maailman terveysjärjestön terveyden määritelmää (WHO 1946), jonka mukaan terveys ei ole vain sairauden puuttumista, vaan täydellinen psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, on pidetty laveana ja idealistisena. Se on kuitenkin ollut usein lähtökohtana, kun on kehitetty koetun terveydentilan mittareita tai arvioitu hoidon tarvetta. Määritelmä tuo esiin, että terveys on muutakin kuin fyysisten mittareiden näyttämää tilaa. Terveys voi olla myös mielentila ja koettu tunne.

Ihmisten terveydentilaan vaikuttavat henkilökohtaisten ominaisuuksien ohella elintavat ja elinolot. Väestötasolla olennainen muuttuva tekijä on lisäksi väestön määrä ja rakenne, etenkin ikärakenne: kun väestö vanhenee tai väkiluku kasvaa, sairaiden määrä kasvaa. Terveysongelmat aiheuttavat usein hoidon- ja muiden palvelujen sekä erilaisten etuuksien tarvetta. Hoidontarpeeseen vaikuttaa terveysongelmien ohella mm. se, millaisia hoitomenetelmiä on olemassa.

Terveys tai sen vastapuoli sairaus on kuitenkin eri asia kuin hoidon tarve. Terveystieteidenhuollossa on vallalla kaksi teoreettista lähestymistapaa arvioida hoidon tarvetta (Sheiham ja Tsakos 2007). Humanitaarinen lähestymistapa perustuu sairauden aiheuttamaan taakkaan ja realistinen kiinnittää huomiota enemmän hyötyyn. Donabedianin mukaan (1973) humanitaarinen tarve on tila, jonka perusteella asiakas vaatii hoitoa ja näin ollen edustaa mahdollista hoi-

don kysyntää. Tämänlainen tarve ei aina johda palvelujen käyttöön ja toisaalta palvelujen käyttö ei aina perustu tarpeeseen. Realistinen tarveteoriat liittyvät hoidon vaikuttavuuteen eli hoidon tarve on olemassa, kun sairauteen tai vaivaan on olemassa tehokas ja hyväksyttävä hoito tai parannuskeino (Matthew 1971). Bradshaw:n taksonomian mukaan (1972) tarve jakautuu normatiiviseen tarpeeseen eli terveydenhuollon ammattilaisen määrittelemään, koettuun tarpeeseen eli yksilön omaan käsitykseen hoidon tarpeesta ja ilmaistuun tarpeeseen eli koettuun tarpeeseen, joka on kääntynyt hoidon kysynnäksi.

Suunniteltaessa suun terveydenhuollon palveluja terveydenhuollon ammattilaisten määrittelemä hoidon tarve on ollut yleisimmin käytetty siitä huolimatta, että tätä lähestymistapaa on kritisoitu. Normatiivisesti määritellyn hoidon tarpeen puutteita on, ettei se ole tarpeeksi objektiivinen ja luotettava tai huomioi psykososiaalisia tekijöitä ja elämänlaatua, terveystietoisuudesta ja hoitomyöntyvyyttä, asiakkaan oikeuksia sekä johtaa usein epärealistiseen hoidon suunnitteluun (Sheiham ja Tsakos 2007). Kliiniset mittarit ovat välttämättömiä, kun arvioidaan suun sairauksia, mutta ongelmia syntyy, kun niitä yksin käytetään terveyden ja hoidon tarpeen arvioimiseen (Sheiham ym. 1982).

Yksilön omaan käsitykseen perustuvia eli subjektiivisia arviota suunterveydestä tarvitaan, koska ne täydentävät kliinisin mittauksin saatua tietoa – kliininen arvio yksin on nykykäsityksen mukaan hyvin kapea-alainen. Subjektiiviset arviot myös palvelevat palvelujen tuottajia priorisointipäätöksissä, ohjaavat palvelujen käyttöä, ovat tutkimuskäytössä helppokäyttöisiä ja halpoja, kuvaavat koettujen ongelmien laatua sekä hoidon tarvetta kokonaisvaltaisemmin. Koetun suunterveyden mittareina on käytetty yleisesti hampaattomuutta ja hampaiden määrää. Mittari on karkea ja kertoo enemmänkin menneestä kuin nykyisestä hoidon tarpeesta. Muita koetun suunterveyden mittareita ovat seuraavat: yleinen kokemus suunterveydestä (usein 5-luokkainen kysymys), hammassärkyjen ja -vaivojen esiintyminen, kovan tai sitkeän ruoan pureskelukyky, oma arvio hammashoidon tarpeesta sekä suusta tai proteeseista johtuvien ongelmien yleisyys eli suun terveyteen liittyvä elämänlaatu, jota voidaan mitata esimerkiksi Oral Health Impact Profile –mittarilla (Slade ja Spencer 1994). Gilbertin ym. (1998) mukaan koetun suunterveyden mittarit kuvaavat jatkumon eri päissä olevia dimensioita. ”Higher order” dimensiot (koettu suunterveys, pureskeluvaikeudet) kuvaavat terveyttä laajemmin ja ei-kiireellistä hoidon tarvetta ja ennustavat siksi hoitoon hakeutumista pidemmällä aikajänteellä. ”Lower order” dimensiot kuvaavat akuuttia hoidon tarvetta (särky ja vaivat) ja ovat siksi yhteydessä suurempaan palvelujen käyttöön ja johtavat hoidon kysyntään välittömämmin.

Suun terveydenhuollossa kliinisiä hoidon tarpeen mittareita on kehitelty suuremmalla tarkalla ja vaihtoehtoisia mittareita on mietitty vähemmän kuin muun terveydenhuollon alueella. Cohen ja Jago (1977) toivat ensimmäisenä suun terveydenhuollossa keskusteluun sosiaalisen ulottuvuuden, mikä käynnisti uudenlaisten indikaattoreiden miettimisen. ’Socio-dental’ -indikaattoreiden tai mittareiden tulisi mitata kuinka paljon suun ja hampaiden sairaudet häiritsevät tavanomaista elämää ja muuttavat käyttäytymistä koulussa, työelämässä tai kotona (Locker 1989). Kattavan suun terveydenhuollon hoidon tarpeen mittarin tulisi sisältää seuraavat elementit (Sheiham ja Tsakos 2007):

- luotettava, kliininen arvio sairauden kulusta
- sosiaalisen toimintahäiriön mittari
- yksilön kokema tarve
- arvio yksilön kyvystä toteuttaa omahoitoa ja sen esteistä
- kuvaus vaikuttavasta ja hyväksyttävästä hoitomenetelmästä
- arvio hoitohenkilökunnan taidoista ja määrästä

Tavoitteena on arvioida tyydyttymätöntä hoidon tarvetta järjestelmällisesti ja edistää koko väestön terveyttä. Järjestelmällisellä hoidon tarpeen arvioinnilla pyritään varmistamaan, että

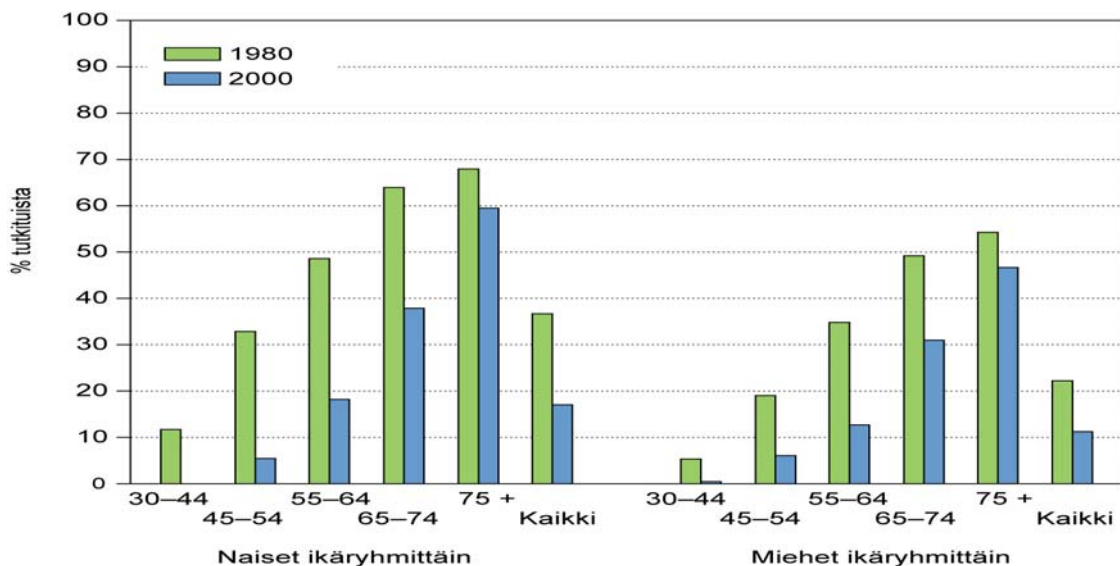
terveydenhuoltojärjestelmä käyttää resurssejaan mahdollisimman tehokkaasti. (Sheiham ja Tsakos 2007)

*Tässä raportissa väestön suun hoidon tarpeella tarkoitetaan hammaslääkärin kliinisessä tutkimuksessa arvioimaa hoidon tarvetta täydennettynä yksilön itsensä ilmaisemalla hoidon tarpeella. Kliinisesti arvioitun hoidon tarpeen ollessa kyseessä, on selvitetty erityisesti korjaavan karieshoidon ja kiinnityskudosten hoidon tarpeessa olevien määrää.*

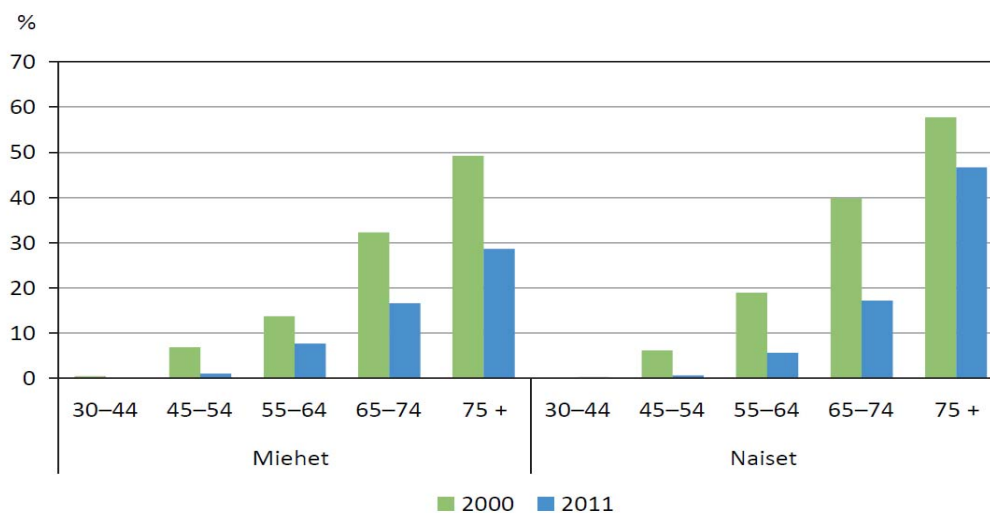
### 3.3. HAMPAATTOMUUS JA HAMPAIDEN MÄÄRÄ

Hampaattomuus ja hampaiden määrä ovat yleisesti käytettyjä aikuisten suunterveyden ja hoidon tarpeen kuvaajia, joita voidaan luotettavasti mitata myös haastattelu- tai kyselytutkimuksilla. Kokonaan hampaansa menettäneiden määrä on Suomessa ollut yleisempää kuin esimerkiksi muissa pohjoismaissa. Hampaattomien henkilöiden osuus koko väestössä on kasvanut Suomessa 1980-luvun alkuun saakka, mutta on sen jälkeen vähentynyt tasaisesti. Vanhimmissa ikäryhmissä hampaattomien osuuden väheneminen alkoi vasta myöhemmin ja on ollut hitaampaa. Väestötutkimusten tulosten mukaan kokonaan hampaansa menettäneiden osuus vähenee nyt suoraviivaisesti (Kuviot 1,2). Samanaikaisesti kasvaa omien hampaiden määrä. Mini-Suomi -tutkimuksen mukaan (Vehkalahti ym. 1991) lähes joka kolmas 30 vuotta täyttänyt oli hampaaton vuonna 1978 - 1980. Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan enää joka kymmenennellä 30 vuotta täyttäneellä suomalaisella ei ollut omia hampaita. Koko väestössä ero miesten ja naisten välillä oli pieni, mutta ikäryhmien väliset erot olivat suuria. 75 vuotta täyttäneistä miehistä hampaattomia oli 29 prosenttia ja naisista lähes puolet. Noin 90 prosenttia Terveys 2011 -tutkimuksessa kliinisesti tutkituista täytti Maailman terveysjärjestön (WHO) asettaman toimivan hampaiston kriteerin, 20 hammasta. Vajaa puolella yli 65-vuotiaista oli vähintään 20 hammasta. Hampaattomien osuuden väheneminen ja suurempi määrä hampaita merkitsee suurempaa todennäköisyyttä sairastua erilaisiin hammassairauksiin ja niiden liitännäissairauksiin sekä hakeutumista hammashoittoon, mikä edelleen aiheuttaa lisävaatimuksia palvelujärjestelmälle. Tästä syystä erityisesti iäkkäiden suunterveyden ylläpitäminen ihan lähitulevaisuudessa tulee olemaan haastavaa.

Kuvio 1. Hampaattomien osuus (%) kaikista kliiniseen suuntutkimukseen osallistuneista ikäryhmän ja sukupuolen mukaan vuosina 1978-80 (n = 7 190) ja 2000/01 (n = 6 316). Lähde: Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 -tutkimus. KTL B16/2004, Helsinki 2004.



Kuvio 2. Haastattelussa ilmoitetun hampaattomuuden yleisyys (%) vuosina 2000 ja 2011. Lähde: 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 sivut: 102-7.



### 3.4 PROTEETTISEN HOIDON TARVE

Mini-Suomi -tutkimuksen aikaan proteettisen kuntoutuksen tarpeessa katsottiin olevan tutkittava, joka oli hampaaton tai etualueelta puuttui hammas tai sivualueilta puuttui kaksi vierekkäistä hammas. Proteettisen kuntoutuksen tarvetta oli 83 %:lla miehistä ja 86 %:lla naisista. Vielä Mini-Suomi -tutkimuksen aikaan hampaattoman leuan ja suun toiminnanvajavuuden asianmukaisen kuntoutuksena pidettiin yksimielisesti kokoproteesia.

Johtuen hampaattomuuden vähenemisestä Terveys 2000 -tutkimuksen aikaan irrotettavia hammasproteeseja (koko- ja osaproteesit) oli selvästi vähemmän kuin vuonna 1978 - 1980. Irrotettavien hammasproteesien käyttäjien osuus pieneni alle 55-vuotiden ikäryhmässä, mutta kasvoi huomattavasti yli 75-vuotiailla hampaallisilla tutkituilla.

Vuonna 2011 irrotettavia hammasproteeseja oli selvästi vähemmän kuin Terveys 2000-tutkimuksen aikaan. Joka neljäs haastateltava sanoi, että hänellä oli irrotettava koko- tai osaproteesi (Taulukko 1).

Taulukko 1. Irrotettavia hammasproteeseja käyttävien osuus (%) haastattelun mukaan vuonna 2011. Lähde: 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.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75+	30+ <sup>1</sup>
Miehet	1,5	5,7	26,5	48,0	60,2	24,1
Naiset	0,4	3,2	26,7	47,4	69,9	24,5
p <sup>2</sup>						0,016
<sup>1</sup> ikävakioitu						
<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus						

### 3.5. HAMMASLÄÄKÄRIN KLIINISESTI TOTEAMA HAMMASHOIDON TARVE

Terveys 2011 –tutkimuksessa hammaslääkäri ilmoitti kliinisen tutkimuksen lopussa tutkittavalle hammashoidon tarpeesta arvion. Ennakkotulosten mukaan hammaslääkärin arvioimaa tarvetta oli 73 prosentilla, miehillä ja vanhemmissa ikäryhmissä useammin kuin naisilla tai nuoremmassa ikäryhmissä (Taulukko 2). Näistä hammashoidon tarpeessa olevista paikattavaa tai muuta karieshoidon tarvetta oli 43 prosentilla, ienhoidon tarvetta 71 prosentilla, irrotettavan hammasproteesin korjaus- tai uusimistarvetta 11 prosentilla ja muuta hoidon tarvetta 6 prosentilla. Miehillä oli naisia useammin sekä karies- että ienhoidon tarvetta. Karieshoidon tarve oli suurinta nuorimmassa ja vanhimmassa ikäryhmässä, kun taas ienhoidon tarve suurinta 45 - 54 –vuotiailla (Kuvio 3). Suun limakalvomuutos todettiin 16 prosentilla ja panoraamatomografiakuvassa nähty röntgenöydös 19 prosentilla tutkittavista.

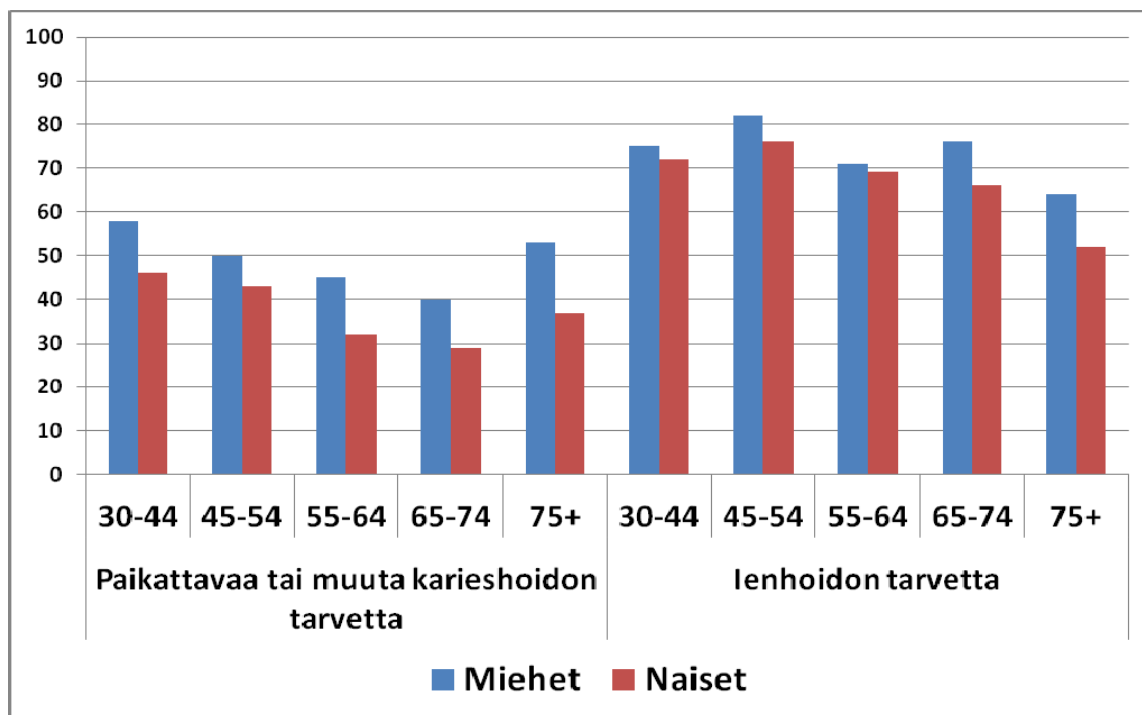
Taulukko 2. Hammaslääkärin arvioima hoidon tarve (%) sukupuolen ja ikäryhmän mukaan: Terveys 2011 tutkimuksen ennakkotuloksia ”Suomalaisten aikuisten suun terveys 2001”-raportista.

	Kaikki	Ikäryhmä					30-64	65+
		30-44	45-54	55-64	65-74	75+		
Kaikki	73	64	75	74	75	81	71	77
Miehet	83	75	85	81	88	89	80	88
Naiset	66	57	66	69	66	76	64	69

<sup>1</sup> etelä- ja pohjois-suomalaisilla: Helsinki, Iisalmi, Kajaani, Kemi, Kokkola, Kuusamo, Nivala, Oulu, Porvoo, Pyhäjärvi, Raahel, Rovaniemi, Sodankylä, Taivalkoski, Utsjoki, Uusikaarlepyy, Vaasa ja Ylivieska



Kuvio 3. Hammashoidon tarpeessa olevista niiden tutkittujen osuus (%), joilla paikattavaa tai muuta karieshoidon tai ienhoidon tarvetta hammaslääkärin arvioimana : Terveys 2011 – tutkimuksen ennakkotuloksia 'Suomalaisten aikuisten suun terveys 2011 -raportista'



<sup>1</sup> etelä- ja pohjois-suomalaisilla: Helsinki, Iisalmi, Kajaani, Kemi, Kokkola, Kuusamo, Nivala, Oulu, Porvoo, Pyhäjärvi, Raahelä, Rovaniemi, Sodankylä, Taivalkoski, Utsjoki, Uusikaarlepyy, Vaasa ja Ylivieska

### 3.6 HAMPaidEN REIKIINTYMINEN JA IENSAIRAUksIEN ESIINTYMINEN

Mini-Suomi -tutkimuksen mukaan (Vehkalahti ym. 1991) kariesta esiintyi aikuisväestöllä varsin yleisesti. Hampaan paikkauksen, juurihoidon tai poiston tarvetta oli 78 prosentilla hampaallisista tutkituista, 81 prosentilla miehistä ja 74 prosentilla naisista. Huono suunterveys katsottiin olevan tutkituilla, joilla oli  $\geq 3$  kariotunutta hammasta tai yli 6mm ientasku tai ainakin yksi jäännösjuuri. Näin määriteltynä 41 prosentilla miehistä ja 21 prosentilla naisista oli huono suunterveys. Naisilla kariksen esiintyvyys väheni 55 prosentista 20 prosenttiin vuosien 1978 - 1980 ja 2000 - 2001 välillä. Miehillä vastaavat luvut olivat 67 prosenttia ja 38 prosenttia. Terveys 2011 -tutkimuksen tulosten mukaan (Taulukko 3) kariesta sairasti Pohjois-Suomessa ja Helsingin seudulla enää joka viides hampaallinen, naiset (14 %) harvemmin kuin miehet (28 %). Iensairauksien esiintyvyys oli Terveys 2000 -tutkimukseen mennessä vähentynyt vuoden 1978 - 1980 tasosta, mutta muutos oli vähäinen. Syventyneitä ientaskuja oli vuoden 2000 hampaallisista 64 prosentilla, kun 20 vuotta aiemmin näitä oli ollut 77 prosentilla. Vuonna 2011 iensairauksia oli Pohjois-Suomessa ja Helsingin seudulla yhä kahdella kolmasosalla, naisilla (56 %) harvemmin kuin miehillä (70 %).

Taulukko 3. Kariesen ja iensairauksien esiintyvyys (%) etelä- ja pohjois-suomalaisilla suun kliinisen tutkimuksen mukaan vuonna 2011. Lähde: Suominen L, Vehkalahti M, Knuuttila 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 sivut: 181-3.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75+	30+ <sup>2</sup>
<b>Karies</b>						
Miehet	29,2	31,6	23,0	19,3	50,6	28,2
Naiset	14,8	14,2	12,6	10,7	23,3	14,1
p <sup>3</sup>						<0,001
<b>Iensairaus (ientaskun syvyys vähintään 4 mm)</b>						
Miehet	56,5	70,9	76,2	79,2	85,3	70,0
Naiset	42,8	58,7	62,8	58,9	70,5	55,6
p <sup>3</sup>						<0,001

<sup>1</sup>Helsinki, Iisalmi, Kajaani, Kemi, Kokkola, Kuusamo, Nivala, Oulu, Porvoo, Pyhäjärvi, Raate, Rovaniemi, Sodankylä, Taivalko

<sup>2</sup>ikävakioitu

<sup>3</sup>su kupo lten välin en tasoero

Vuoteen 2000 - 2001 mennessä kariesen määrä väheni puoleen aiemmasta tasostaan kaikissa ikäryhmissä (Taulukko 4). Terveys 2011 -tutkimuksen ennakkotulosten mukaan suunta oli edelleen samanlainen. Karieshampaiden lukumäärä oli laskenut naisilla 0,3:een ja miehillä 0,7:ään. Samanaikaisesti kariesen vähentyessä kasvoi paikattujen hampaiden määrä vuosien 1978 - 1980 ja 2000 - 2001 välillä. Terveys 2011 -tutkimuksen ennakkotulosten mukaan paikattujen hampaiden määrä kasvoi edelleen vanhemmissa ikäryhmissä.

Taulukko 4. Paikattujen (FT) ja kariotuneiden (DT) hampaiden määrä (k.a.) hampaallisilla tutkituilla Mini-Suomi, Terveys 2000 – ja Terveys 2011 -tutkimuksissa. Lähde: Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B16/2004. Helsinki 2004. Ennakkotieto, "Suomalaisten aikuisten suun terveys 2011 -raportissa"

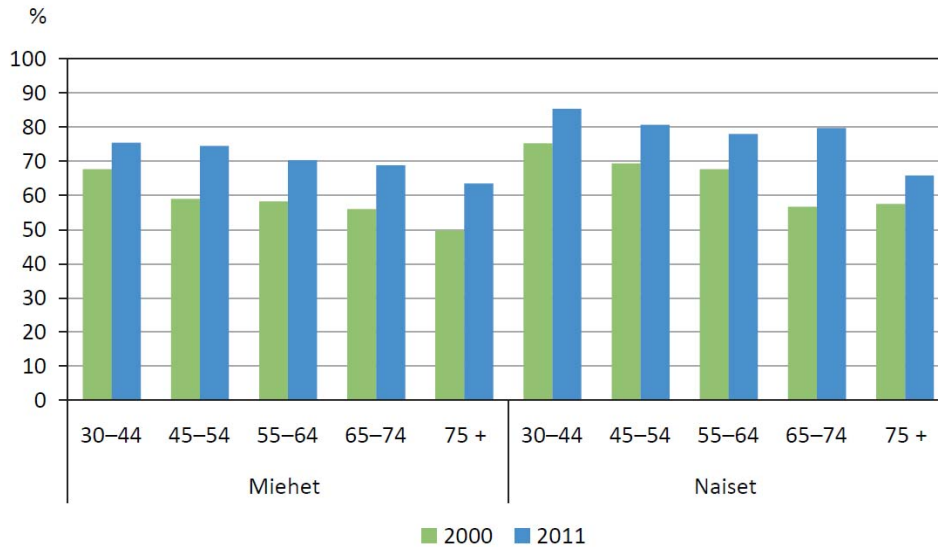
Tutkimus		Ikäryhmät					
		Kaikki	30-34	35-44	45-54	55-64	65+
Mini-Suomi 1980	FT	8,2	11,8	9,8	7,8	5,6	3,1
Terveys 2000	FT	12,4	10,6	14,9	13,3	11,1	8,9
Terveys 2011 <sup>1</sup>	FT	12,2	6,5	9,4	14,6	13,9	11,9
Mini-Suomi 1980	D	2,5	2,5	2,6	2,6	2,2	2,5
	T						
Terveys 2000	D	0,8	0,6	0,7	0,9	0,8	1,1
	T						
Terveys 2011 <sup>1</sup>	D	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	0,5
	T						

<sup>1</sup>etelä- ja pohjois-suomalaisilla: Helsinki, Iisalmi, Kajaani, Kemi, Kokkola, Kuusamo, Nivala, Oulu, Porvoo, Pyhäjärvi, Raate, Rovaniemi, Sodankylä, Taivalkoski, Utsjoki, Uusikaarlepyy, Vaasa ja Ylivieska.

### 3.7 KOETTU SUUNTERVEYS JA HOIDON TARVE

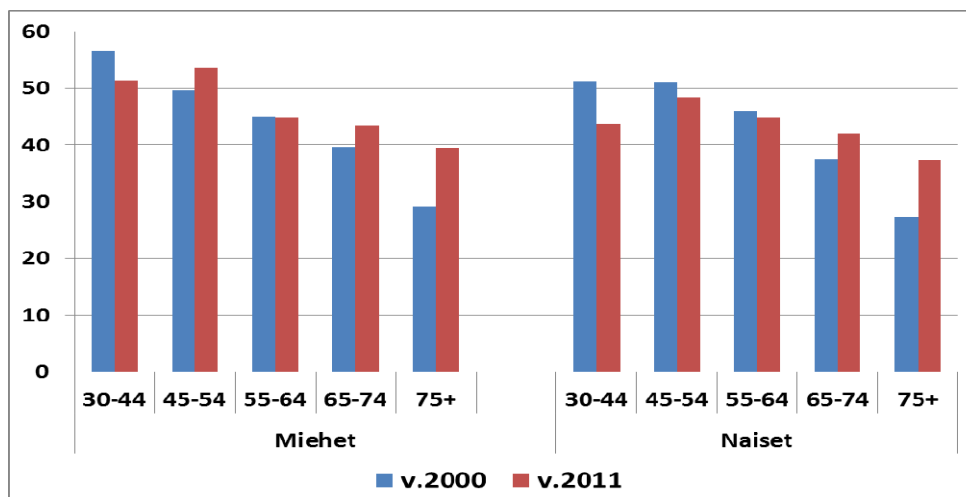
Hyväksi tai melko hyväksi suunterveytensä kokevien osuus oli vuonna 2011 selvästi suurempi kuin Terveys 2000 -tutkimuksen aikaan, jolloin se oli naisilla 68 prosenttia ja miehillä 60 prosenttia (Kuvio 4).

Kuvio 4. Suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011. Lähde: Suominen L, Vehkalahti M, Knuuttila M. Suunterveys. Raportissa: Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012 sivut: 181-3.



Hammashoidon tarve oli alustavan arvion mukaan pysynyt Terveys 2000- ja Terveys 2011- tutkimusten välillä samalla tasolla. Vuonna 2000 - 2001 tutkituista 47 prosenttia arvioi tarvitsevansa hammashoitoa, miehistä 49 prosenttia ja naisista 45 prosenttia. Terveys 2011 - tutkimuksen ennakkotulosten mukaan hammashoitoa tarvitsevien osuus oli vuonna 2011 46 prosenttia, miehistä 47 prosenttia ja naisista 44 prosenttia. Nuoret arvioivat tarvitsevansa hammashoitoa yleisemmin kuin iäkkäät (Kuvio 5) sekä hampaalliset yleisemmin kuin hampaattomat.

Kuvio 5. Tutkittujen osuus (%), jotka oman arvionsa mukaan tarvitsivat hammashoitoa: Terveys 2000- ja Terveys 2011 tutkimusten ennakkotuloksia. `Suomalaisten aikuisten suunterveys 2011 -raportissa`



### 3.8. SOSIOEKONOMISET EROT SUUN TERVEYDESSÄ JA OMAHOITO

Suun sairaudet ovat kasautuneet ja sosioekonomiset terveyserot suunterveydessä ovat enemmän sääntö kuin poikkeus ja yhtä pysyvä ilmiö kuin muussa terveydenhuollossa. Jo Mini-Suomi -tutkimuksen mukaan kariesta sairastavia ja karieshampaita oli sitä vähemmän mitä enemmän tutkituilla oli koulutusta tai mitä korkeampi heidän tulotasonsa oli. Vähiten koulutetuilla ja alimpiin tuloryhmiin kuuluvilla oli myös proteettista kuntoutustarvetta enemmän ja laajempaan kuin paljon koulutetuilla ja ylempiin tuloryhmiin kuuluvilla. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan suunterveyden sosioekonomiset erot olivat aikuisilla edelleen suuria. Koulutuksella oli vahvin yhteys niin, että lyhyen koulutuksen saaneiden suunterveys oli paljon huonompi kuin pitkään koulutettujen. Vaikka suunterveys oli kehittynyt myönteisesti kaikissa väestöryhmissä, niin paraneminen näkyi voimakkaammin korkea-asteen koulutuksen saaneilla kuin vähemmän koulutetuilla. Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan suunterveys oli sekä koetun suunterveyden että hampaattomuuden valossa selvästi sitä parempi mitä pidemmälle koulutusta ryhmästä oli kyse.

Terveyserojen estämiseksi tulisi pyrkiä vaikuttaa mekanismiin, jolla terveys ja terveyserot kietoutuvat toisiinsa. Sosioekonominen asema ja terveys on monimutkainen vyyhti, jossa samat tekijät kuten elintavat, psykosiaaliset ja rakenteelliset tekijät tai lapsuuden elinolosuhteet ovat yhteydessä myös terveyseroihin. Koulutus esimerkiksi on yhteydessä terveyteen liittyvään tietotaitoon, asenteisiin ja arvoihin sekä kykyyn käsitellä terveysvalistusta. 'Terveysshoppailussa' korostuvat potilaan taidot puhua samaa kieltä henkilökunnan kanssa. Parasta hoitoa saavat koulutetut, jotka hallitsevat asiakkuuden vaatimukset hyvän taloudellisen aseman lisäksi.

Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten mukaan väestöryhmittäiset erot Suomessa suun terveydenhuollon palvelujen käytössä suurempituloisten ja korkeammin koulutettujen eduksi olivat säilyneet ennallaan. Sektorikohtaiset tulokset olivat myös selviä: käynnit terveyskeskuksessa olivat jakautuneet pienituloisia suosivasti ja yksityislääkärikäynnit suurituloisia suosivasti. Forssin ym. (2012) selvityksen mukaan erityisosaamista vaativan hoidon tarpeesta katettiin 62 prosenttia eli useamman kuin joka kolmannen suun erikoishoitoa vaativan potilaan hoito ei toteutunut. Raportin mukaan keskeisiä syitä hoidon toteutumattomuudelle ovat palvelujen puute ja se, että hoito on liian kallista suurelle osalle väestöstä. Tieto perustuu kyselyyn, joka lähetettiin joka toiselle alle 63-vuotiaalle, kliinistä työtä tekeväälle hammaslääkärille vuonna 2012. Vastausprosentiksi jäi kuitenkin 30 prosenttia ja erikoisalojen tarvetta koskevaa ja lähettämistä koskevista kysymyksistä poistettiin erikoishammaslääkärien omaa alaa koskevat vastaukset.

Myös suun terveystalouden käyttö suhteutettuna tarpeeseen on epätasa-arvoista: suurituloiset käyttävät selkeästi eniten palveluja. Terveystalouden tarpeen huomioon ottavana indikaattorina on käytetty mm. horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksiä, jossa palvelujen käyttö on suhteutettu palvelujen tarpeeseen. 21 OECD-maata koskevassa vertailussa 2000-luvun alussa havaittiin, että kun tarve otettiin huomioon, terveydenhuoltopalvelujen käyttö jakautui epätasaisimmin Suomessa, Portugalissa, ja Irlannissa (Van Doorslaer ja Masseria, 2004). Vastaava tulos saatiin 2000-luvun lopussa (Devauex ja de Looper, 2012). Suurituloiset ja hyvin koulutetut käyttävät muita enemmän myös ennalta ehkäiseviä ja terveyttä edistäviä palveluja (Listl 2011, Grignon ym. 2010).

Tavallisimmat suun sairaudet, karies ja iensairaudet, ovat yleisiä kroonisia infektiosairauksia. Niiden etiologia on varsin yksinkertaista, ehkäisy olisi yksinkertaista ja kustannustehokasta, mutta hoito työvoimavaltaisella alalla on kallista ja hoidon ennuste huono. Hyvällä omahoidolla voidaan ehkäistä ja hoitaa yleisimpiä suun sairauksia. Hyvään omahoitoon kuuluvat suun ja hampaiden puhdistus, sokerin käytön rajoittaminen, fluori- ja ksylitolituotteiden käyttö

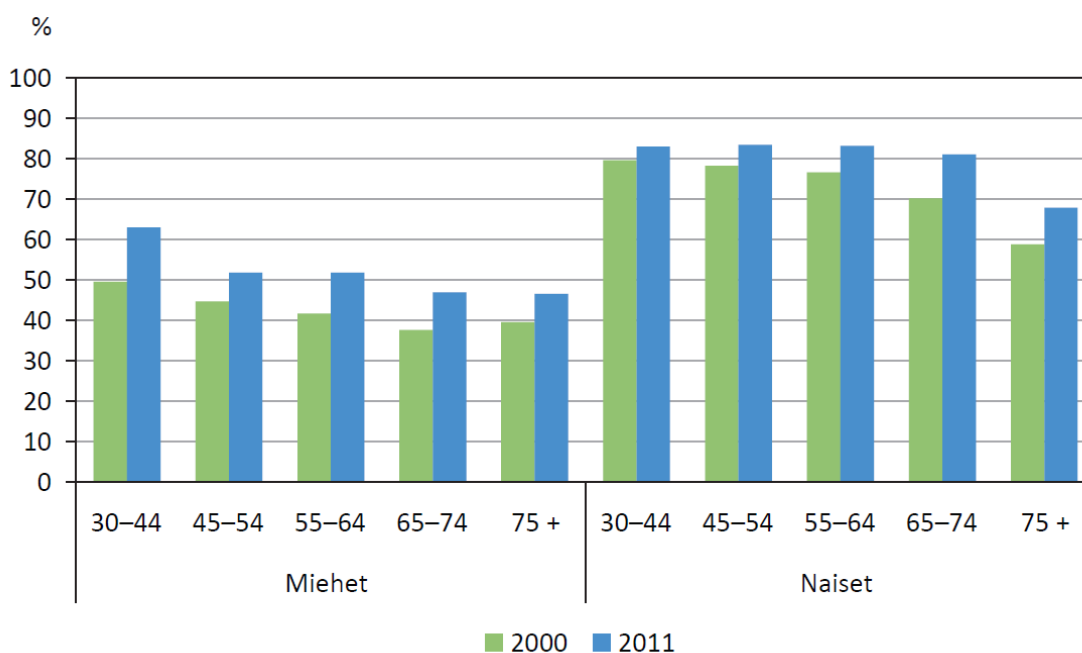
sekä säännölliset tarkastukset. Toiminnan painopiste tulisi kohdistaa sairauden perussyihin ennen kuin tarvitaan esimerkiksi kallista ja vaativaa erikoishoitoa.

Blomgrenin ja Hiilamon (2012) mukaan sosioekonomisia terveyseroja voidaan vähentää vaikuttamalla sekä yhteiskunnan rakennetekijöihin että ihmisten käyttäytymiseen. On tuettava terveyttä edistäviä elämäntapoja, kohdistettava erityistä huomiota huono-osaisimpien tavoittamiseen ja hoitoon järjestelmän keinoin. Ennalta ehkäisevän terveydenhuollon painotus onkin vaarassa syventää terveyseroja, mikäli ei samalla pidetä huolta siitä, että heikoimmassa asemassa olevien terveysvalistukseen käytetään enemmän resursseja kuin muun väestön valistukseen. Ylipäänsä: sosiaali- ja terveyspalveluiden tulisi vähentää eikä kärjistää sosiaaliryhmien välisiä terveyseroja.

### 3.9. OMAHOITO

Terveys 2011 –tutkimuksen tulosten mukaan hampaiden harjaaminen vähintään kaksi kertaa päivässä oli vuonna 2011 yleisempää kuin 11 vuotta aiemmin (Kuvio 6). Myönteisestä kehityksestä huolimatta vuonna 2011 vain neljä viidesosaa naisista ja yli puolet miehistä harjasi hampaansa suosituksen mukaan kahdesti päivässä tai useammin. Nuorista aikuisista (18-29-vuotiaat) vuonna 2000 hampaansa vähintään kahdesti päivässä harjaavia oli 66 %, 81 % naisista ja 53 % miehistä. Suomalaisten nuorten ja erityisesti poikien muiden maiden nuoria vähäisempi hampaiden harjaaminen on pitkään näkynyt kansainvälisissä vertailuissa (Kuusela 1997, Currie ym. 2008, Currie ym. 2012), eivätkä kouluiässä vallinneet tavat näytä aikuistumisen myötä muuttuneen. Vuonna 2010/11 vain 50 % yläasteikäisistä ja 60 % lukioikäisistä ilmoitti harjaavansa hampaansa kahdesti päivässä (THL, Kouluterveyskysely 2011). Vastaava osuus yläasteikäisillä pojilla oli 38 % ja tytöillä 62 % sekä lukioikäisillä pojilla 48 % ja tytöillä 71 %. Tämä tarkoittanee harjaamistapojen jälkeenjääneisyyden jatkumista vielä pitkään.

Kuvio 6. Hampaansa vähintään kahdesti päivässä harjaavien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011. Lähde: Suominen L, Vehkalahti M, Knuutila M. Suunterveys. Raportissa: Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012. ss: 181-3.



### 3.10. PALVELUJEN KÄYTTÖ

Terveys 2011 –tutkimukseen osallistuneista miehistä 74% ja naisista 89% ilmoitti käyneensä hammashoidossa edellisen kahden vuoden aikana (Taulukko 5). Suurin osa heistä oli käynyt hoidossa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Sekä kahden viime vuoden aikana että viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana hoidossa käyneiden osuus oli vuonna 2011 selvästi suurempi kuin 11 vuotta aiemmin. Vuonna 2000-01 65% miehistä ja 72% naisista ilmoitti käyneensä hammaslääkärissä edellisen kahden vuoden aikana ja hammashoidossa edellisen vuoden aikana 51% miehistä ja 58% naisista (Suominen-Taipale ym. 2004).

Taulukko 5. Viimeisimmän hammashoitokäynnin ajankohta (%) vuonna 2011. Lähde: Suominen L, Vehkalahti M, Ngyuen L. Suun terveydenhuolto. Raportissa: Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012, sivut: 181-3.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75+	30+ <sup>1</sup>
<b>Miehet</b>						
12 viime kuukauden aikana	48,7	58,4	59,4	58,8	48,7	54,8
1-2 vuotta sitten	25,1	22,5	16,8	13,6	21,5	20,3
vähintään 3 vuotta sitten	26,2	19,2	23,9	27,6	29,8	24,9
<b>Naiset</b>						
12 viime kuukauden aikana	57,9	68,9	68,6	64,5	44,4	62,1
1-2 vuotta sitten	31,0	23,4	19,1	15,8	17,3	22,5
vähintään 3 vuotta sitten	11,1	7,8	12,3	19,7	38,3	15,3
p <sup>2</sup>						<0,001
<sup>1</sup> ikävakioitu						
<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus						

Haastatelluista naisista 25 prosenttia ja miehistä 23 prosenttia oli käynyt terveyskeskushammaslääkärin vastaanotolla, ja yksityishammaslääkärin vastaanotolla vastaavasti 37 prosenttia naisista ja 33 prosenttia miehistä (Taulukko 6). Terveyskeskushammaslääkärissä viimeksi kuluneen vuoden aikana käyneiden osuus kasvoi vuosista 2000 - 2001 yli kolmanneksella, mutta yksityishammaslääkärissä käyneiden osuus pysyi ennallaan. 30 - 44-vuotiaista terveyskeskushammaslääkärillä käyneiden osuus oli vuonna 2011 sama kun 11 vuotta aiemmin, mutta kaikissa muissa ikäryhmissä terveyskeskushammaslääkärissä käyneiden osuus suureni huomattavasti. Yksityishammaslääkärillä käyneiden osuus pieneni alle 55-vuotiailla, mutta sen sijaan suureni eläkeikäisten keskuudessa.

Taulukko 6. Taulukko 6. Hammaslääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen 12 kk aikana käyneiden osuus (%) vuonna 2011. Lähde: Suominen L, Vehkalahti M, Ngyuen L. Suun terveydenhuolto. Raportissa: Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012, sivut: 181-3.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75+	30+ <sup>1</sup>
<b>Käynyt terveyskeskushammaslääkärillä</b>						
Miehet	24,1	27,0	18,8	23,4	20,9	22,9
Naiset	29,4	28,7	24,3	22,9	15,7	25,4
p <sup>2</sup>						<0,001
<b>Käynyt yksityisellä hammaslääkärillä</b>						
Miehet	21,8	32,1	41,7	37,5	27,2	32,6
Naiset	25,8	40,9	46,0	41,8	27,8	37,4
p <sup>2</sup>						<0,001
<sup>1</sup> ikävakioitu						
<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus						

Terveys 2011 -tutkimuksen tulosten mukaan joka kymmenes oli käynyt suuhygienistin vastaanotolla joko terveyskeskuksessa tai yksityissektorilla, 12 prosenttia naisista ja 9 prosenttia miehistä. Kansanterveyslaitoksen (KTL) ja Kansaneläkelaitoksen (Kela) toteuttamien 30 vuotta täyttäneitä aikuisväestöä edustavien ja hammashoitouudistusta arvioivien kyselytutkimusten mukaan suun terveydenhuollon palveluja viimeisen vuoden aikana käyttäneiden osuus kasvoi vuodesta 2001 vuoteen 2007 (Raittio ym. 2013). Erityisesti kasvoivat terveyskeskushammaslääkärillä ja suuhygienistillä tai hammashoitajalla hoidossa käyneiden osuudet. Hammashoitouudistuksen kohdeväestössä nähtiin joitakin hammashoitouudistuksen tavoitteiden suuntaisia muutoksia eli vähentynyt hammashoidon tarve, pienentynyt särkyjä kokeneiden osuus sekä kasvanut terveyskeskuksessa hammashoidossa käyneiden osuus. Hoidossa käyneiden osuus kasvoi yhtäläisesti kaikissa koulutus- ja tuloluokissa vuodesta 2001 vuoteen 2007.

Myös Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) vuosittaisten kyselytutkimusten mukaan hammaslääkärin vastaanotolla käyneiden osuudet ovat vuodesta 1978 vuoteen 2011 kasvaneet noin 10 prosenttia (Helakorpi ym. 2012). Kyselyt ovat kohdistuneet työikäiseen väestöön (15 - 64-vuotiaat). Vuonna 2011 59 prosenttia naisista ja 65 prosenttia miehistä ilmoitti käyneensä hammaslääkärin vastaanotolla edellisen vuoden aikana. Näissä molemmissa kyselytutkimuksissa hoidossa käyneiden osuus oli korkeampi kuin Terveys 2000-tai Terveys 2011-tutkimuksissa. Eroa selittää erilainen menetelmä (haastattelu vs. kysely). Trendi on kuitenkin samansuuntainen ja vastaa myös terveyskeskus- ja yksityishammashoidon osalta rekistereistä koottuja tietoja.

Kutsukäytäntö on havaittu tehokkaaksi keinoksi saada ihmisiä hakeutumaan hammashoittoon (Ngyuen 2008). Suomessa lasten ja nuorten ns. järjestelmälliseen hammashoittoon kuuluivat vuosittaiset kutsukäytännöt jo 1970-luvulla. Vielä 80-luvulla nuoret ikäluokat pyrittiin kutsumaan vuosittain tarkastuksiin, mutta hammasterveyden parannuttua on suositeltu pidempiä ja yksilökohtaisia tarkastusvälejä. Suomalaisen asiantuntijaryhmän mukaan (Lahti ym. 2001) lasten tarkastusväliä voisi pidentää 1.5-2 vuoteen vaarantamatta kuitenkaan heidän suunterveyttään. Toisaalta tällä kyseisellä tarkastusvälilläkin tulee ottaa huomioon potilaiden yksilölliset eroavaisuudet. Tarkastusvälejä pidentämällä tavoiteltiin mm. kustannussäästöjä. Yksilöllisen tarkastusvälin käytön terveyshyödyistä tai kustannussäästöistä on kuitenkin vain vähän tieteellistä näyttöä (Beirne ym. 2007, Patel 2010).

Yksilöllisiä tarkastusvälejä ja kutsukäytäntöjä mietittäessä tulee huomioida erityisryhmiin kuuluvat, joiden hoitoon pääsy on haastavaa. Väestön ikääntyessä ja hampaattomuuden väistyessä tarvitaan uusia toimintatapoja huolehtimaan tarpeen mukaisesta hoidosta. Tuoreen

väitöstutkimuksen (Komulainen 2013) mukaan joka neljäs yli 75-vuotias halusi, että hammaslääkärin tutkimus tehdään kotona. Sitä halusivat erityisesti ne henkilöt, joiden toimintakyky ja muisti olivat heikentyneet ja joiden terveystilanteen käyttö oli vähäistä.

Komulaisen mukaan (2013) myös iäkkäillä on suuri tarve ennalta ehkäisevään hoitoon: 82 prosentilla hampaallista ja 55 prosentilla hampaattomista kokoproteesipotilaista. Terveys 2000 tutkimuksen tulosten mukaan ehkäisevän hoidon toteutuminen hammaslääkärin vastaanotolla on varsin harvinaista. Yleisimmät hoidot olivat suun tutkimus (88 %), puhdistus ja hammaskiiven poisto (70 %) sekä hampaan paikkaus (66 %). Hoitosarjoihin oli hälyttävän harvoin sisällytynyt harjausopetusta (7 %), fluorin käytön neuvontaa (3 %) tai ravintoneuvontaa (2 %). Tulokset ovat samansuuntaisia Kansaneläkelaitoksen (Kela) tilastojen mukaan. Vuonna 2012 Kela maksoi sairaanhoitokorvausta hammashoidosta noin miljoonalle potilaalle, joille oli tehty lähes viisi miljoonaa toimenpidettä. Näistä 3 prosenttia oli hammaslääkärin tekemiä ehkäisevän hoidon toimenpiteitä ja 0,2 prosenttia suuhygienistin tekemää ehkäisevän hoidon tarpeen arviota tai ehkäisevää hoitoa (<http://www.kela.fi/tilastotietokanta>). Ehkäisevän hoidon kohdentumisesta sitä eniten tarvitseville ei ole riittävästi tietoa. Korkean kariesriskin lapset ja nuoret eivät saaneet yksilöllistä ehkäisevää hoitoa tarpeen mukaan ainakaan vielä 1990-luvun alussa (Varsio 1999).

*Väestötutkimusten valossa (Terveys 2000, Terveys 2011, Hammashoitouudistuksen arviointitutkimus) suun terveydenhuollon palvelujen käytössä on tapahtunut myönteistä kehitystä siten, että palvelujen kattavuus on noussut. Tämä näkyy erityisesti terveyskeskuksissa. Koko väestössä hampaattomien ja kariesta sairastavien osuus aikuisväestössä on selkeästi vähentynyt. Myönteisiä muutoksia voidaan todeta myös hampaiden harjauksen sekä itse arvioidun suunterveyden suhteen. Iensairaudet ovat edelleen hyvin yleisiä ja hoidon tarvetta lisää erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä suuri paikattujen hampaiden ja irrotettavien proteesien määrä. Hammashoitouudistuksen kohdeväestössä voidaan myös nähdä joitakin hammashoitouudistuksen tavoitteiden suuntaisia muutoksia eli parantunut koettu suunterveys sekä kasvanut terveyskeskuksessa hammashoidossa käyneiden osuus. Vaikka väestön palvelujen käyttö keskimäärin on kasvanut, uudistuksille asetettuihin tavoitteisiin ei ole täysin päästy. Sosioekonomiset erot palvelujen käytössä eivät ole kaventuneet. Aikuisväestön hammashoitopalvelujen vaikuttavuudesta ei ole kattavasti tietoa. Toimia ja jatkotutkimuksia hammashoitopalvelujen käytöstä sosioekonomisten erojen kaventamiseksi tarvitaan.*

## LÄHTEET

Blomgren J, Hiilamo H. Palvelujärjestelmä voi vaikuttaa sosioekonomisiin ja alueellisiin terveyseroihin. Kirjassa: Mikkola H, Blomgren J, Hiilamo H (toim.). Kansallista vai paikallista? Puheenvuoroja sosiaali- ja terveydenhuollosta. Kelan tutkimusosasto, Helsinki. Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy, Tampere 2012.

Beirne P, Clarkson JE, Worthington HV. Recall intervals for oral health in primary care patients. Cochrane Database Syst Rev. 2007 Oct 17;(4):CD004346. Review.

Bradshaw JS. A taxonomy of social need. In: McLachlan G (ed.). Problems and progress in medical care. Seventh Series, Oxford: Oxford University Press, 1972;69-82.

Cohen K, Jago JD. Toward the formulation of socio-dental indicators. Int J Health Serv 1976;6:681-87.

Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, de Looze M, Roberts C, Samdal O, Smith ORF, Barnekow V. , eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health



Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

Currie C, Gabhainn SN, Godeau E ym. (toim.) (2008). Inequalities in young people's health. HBSC international report from the 2005/2006 survey. Iso-Britannia: HBSC international coordinating centre, child and adolescent health research unit (CAHRU). s.97-100.

Donabedian A. Aspects of medical care administration: specifying requirements for health care. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press 1973.

Van Doorslaer, E. and C. Masseria. Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21

OECD Countries, OECD Health Working Paper No. 14, OECD, Paris, 2004.

EU Survey on Income and Living Conditions. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>.

Forss H, Eerola A, Koivumäki J. Erikoishammaslääkäripalvelujen tarve hammaslääkärien arvioimana. Suomen Hammaslääkäriliitto. Tutkimusraportti, maaliskuu 2013. [http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/ehl\\_raportti\\_2013\\_verkkoon.pdf](http://www.hammaslaakariliitto.fi/fileadmin/pdf/Hammaslaakariliitto/Julkaisut/ehl_raportti_2013_verkkoon.pdf)

Gilbert GH, Duncan RP, Heft MW et al. Multidimensionality of oral health in dentate adults. *med care* 1998;36:988-1001.

Grignon M, Hurley J, Wang L, Allin S. Inequity in a Market-Based Health System: Evidence From Canada's Dental Sector. *Health Policy* 2010;98:81-90.

Helakorpi S, Holstila A-L, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL), RAPORTTI 45/2012. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90839/URN\\_ISBN\\_978-952-245-566-6.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90839/URN_ISBN_978-952-245-566-6.pdf?sequence=1)

Komulainen K. Oral health promotion among community-dwelling older people. Thesis. Publications of the University of Eastern Finland, Dissertations in Health Sciences 188, 2013.

Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-768-4 (painettu), ISBN 978-952-245-769-1. [http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1)

Kuusela S. Oral health behaviour in adolescence. Väitöskirja, Helsingin yliopisto. Helsinki 1997.

Lahti SM, Hausen HW, Widstrom E, Eerola A. Intervals for oral health examinations among Finnish children and adolescents: recommendations for the future. *Int Dent J.* 2001;51(2):57-61.

Nguyen L. Dental Service Utilization, Dental Health Production and Equity in Dental Care: the Finnish Experience. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/21763/dentalse.pdf?sequence=1>. Stakes Research Report 173. Helsinki: Stakes: 2008

Listl S. Income-Related Inequalities in Dental Service Utilization by Europeans Aged 50+. *J Dent Res* 2011; 90(6):717-23.

Locker D. An Introduction to Behavioural Science and Dentistry. London: Routledge 1989.

Matthew GK. Measuring need and evaluating services. In: McLachlan G (ed). Portfolio for health: the role and programme of the DHSS in health services research. London: Oxford University Press 1971; pp. 27-46.

Patel S, Bay RC, Glick M: A systematic review of dental recall intervals and incidence of dental caries. *J Am Dent Assoc* 2010; 141(5):527-39.

Raittio E, Kiiskinen U, Helminen S, Aromaa A, Suominen AL. Suun terveydenhuoltopalvelujen käyttö ja siihen vaikuttavat tekijät hammashoitouudistuksen jälkeen. *Suom Hammaslääkäril* 2013;20(5):20-30.

Sheiham A, Maizels JE, Cushing AM. The concept of need in dental care. *Int Dent J* 1982;32:265-70.

Sheiham A, Tsakos G. Oral health needs assessment. In: Pine C, Harris R (ed.). *Community Oral health*, 2<sup>nd</sup> ed. Quintessence Publishing Co. Ltd, 2007, New Malden, Surrey, UK.

Slade GD, Spencer AJ. Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. *Community Dental Health* 1994;11:3-11.

Suominen L, Vehkalahti M, Knuutila M. Suunterveys. Raportissa: Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma, toim. *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveys ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 68/2012. Helsinki 2012. ss: 181-3. ISBN 978-952-245-768-4 (painettu), ISBN 978-952-245-769-1.*  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068\\_2012\\_netti.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1)

Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Arinen S. Hammashoitopalvelut. Raportissa: Häkkinen U, Alha P (toim.). *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2006. Hakapaino Oy, Helsinki 2006.*  
[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2006/2006b10.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b10.pdf)

Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). *Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 –tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Hakapaino Oy, Helsinki 2004.*  
<http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2004b16.pdf>

THL, *Kouluterveyskysely 2011. Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaiden hyvinvointi vuosina 2000/01 – 2010/11.*  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset)

Varsio S. Caries-preventive treatment approaches for child and youth at two extremes for dental health in Helsinki, Finland. Thesis, Institute of Dentistry, University of Helsinki, Finland, 1999.

WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. Available at URL: <http://www.who.int/about/definition/en/>

## 4 SUUN TERVEYDENHUOLLON PALVELUJEN JÄRJESTÄMINEN

### 4.1 PALVELUJEN JÄRJESTÄMISTÄ KOSKEVA LAINSÄÄDÄNTÖ

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädännössä kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) asetetaan kunnille järjestämisvastuu kunnan asukkaiden tarvitsemien perus- ja erikoisterveydenhuollon palvelujen saamiseksi. Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992) mukaan kunta voi järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon alaan kuuluvat tehtävät laissa mainituin tavoin. Kunta voi hoitaa toiminnan itse, sopimuksin yhdessä muun kunnan tai muiden kuntien kanssa, olemalla jäsenenä toimintaa hoitavassa kuntayhtymässä, hankkimalla palveluja valtiolta, toiselta kunnalta, kuntayhtymältä tai muulta julkiselta tai yksityiseltä palvelujen tuottajalta taikka antamalla palvelunkäyttäjälle palvelusetelin (4 §).

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään terveydenhuollon toteuttamisesta ja sisällöstä. Terveydenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoito (1 §). Kunnan on osoitettava riittävästi voimavaroja kunnan peruspalvelujen valtionosuuden perusteena olevaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä terveydenhuollon palveluihin. Terveydenhuollon toimeenpanoon kuuluvia tehtäviä varten kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän käytettävissä on oltava riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä (4 §). Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on järjestettävä terveydenhuollon palvelut sisällöltään ja laajuudeltaan sellaisiksi kuin kunnan tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän asukkaiden hyvinvointi, potilasturvallisuus, sosiaalinen turvallisuus ja terveydentila sekä niihin vaikuttavien tekijöiden seurannan perusteella lääketieteellisesti, hammaslääketieteellisesti tai terveystieteellisesti arvioitu perusteltu tarve edellyttävät (10 §).

Terveydenhuoltolain 2 luvussa säädetään terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä. Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on päätöksenteon ja ratkaisujen valmistelussa arvioitava ja otettava huomioon tehtävien päätösten ja ratkaisujen vaikutukset väestön terveyteen ja sosiaaliseen hyvinvointiin (11 §). Kunnan on seurattava asukkaitensa terveyttä ja hyvinvointia. Kunnan tulee raportoida vuosittain valtuustolle kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista ja lisäksi kerran valtuustokaudessa laadittava laajempi hyvinvointikertomus. Strategisessa suunnittelussa kunnan on asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet ja lisäksi kunnan on nimettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen vastuutahot. Kunnan terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä on tehtävä yhteistyötä eri toimialojen välillä sekä kunnassa toimivien julkisten tahojen sekä yksityisten yritysten ja yleishyödyllisten yhteisöjen kanssa (12 §). Kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa sekä tarpeelliset terveystarkastukset (13 §).

Kunnan on järjestettävä asukkailleen suun terveydenhuollon palvelut (26 §). Suun terveydenhuollon palveluihin sisältyvät väestön suun terveyden edistäminen ja seuranta; terveysneuvonta ja terveystarkastukset; suun sairauksien tutkimus ja ehkäisy sekä hoito; potilaan erityisen tuen ja tutkimusten tarpeen varhainen tunnistaminen sekä potilaan hoito ja tarvittaessa jatkotutkimuksiin ja -hoitoon ohjaaminen. Hoidon jaksottaiselle toteutukselle on oltava hammaslääketieteelliset perusteet. Kunnan perusterveydenhuollon on suun terveydenhuoltoa jär-

jestäessään toimittava yhteistyössä erikoissairaanhoidon, muun terveydenhuollon sekä sosiaalihuollon henkilöstön kanssa.

Terveydenhuoltolaissa säädetään myös neuvolapalveluista (15 §), kouluterveydenhuollosta (16 §) ja opiskelijaterveydenhuollosta (17 §). Myös näihin palveluihin sisältyvät suun terveydenhuollon palvelut. Neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta annetussa valtioneuvoston asetuksessa (338/2011) säädetään näiden palvelujen käyttäjille kohdistetuista terveystarkastuksista.

Asetuksen mukaan kunnan on järjestettävä määräaikaista terveystarkastuksia kaikille ennalta määritellyn ikä- tai vuosiluokkaan tai muuhun ryhmään kuuluville sekä yksilöllisestä tarpeesta johtuvia terveystarkastuksia. Hammaslääkärin, suuhygienistin tai hammashoitajan on pyrittävä selvittämään määräaikaista terveystarkastuksista poisjäävien tuen tarve. Suun terveystarkastuksen voi tehdä hammaslääkäri, suuhygienisti tai hammashoitaja (5 §).

Kunnan on järjestettävä seuraavat määräaikaiset suun terveystarkastukset:

- 1) ensimmäistä lastaan odottavalle perheelle vähintään yksi suun terveydentilan ja hoidon tarpeen arvio;
- 2) alle kouluikäiselle lapselle suun terveystarkastus, kun tämä on 1- tai 2-vuotias, 3- tai 4-vuotias ja 5- tai 6-vuotias;
- 3) oppilaalle suun terveystarkastus ensimmäisellä, viidennellä ja kahdeksannella vuosiluokalla;
- 4) opiskelijalle vähintään kerran opiskeluaikana suun terveystarkastus, jossa selvitetään suun terveystarkastuksen ja palvelujen tarve. (10 §)

Suun terveystarkastuksissa selvitetään suun terveydentila, sen kehitys ja hoidon tarve ja tehdään tarvittaessa henkilökohtainen terveystarkastus. Ensimmäistä lasta odottavan perheen suun terveydentilan ja hoidon tarpeen arvioi suun terveydenhuollon ammattihenkilö haastattelulla ja tarvittaessa muilla menetelmillä. Alle kouluikäisten suun terveystarkastuksen tekee suuhygienisti tai hammashoitaja ja tarpeen mukaan hammaslääkäri. Oppilaan suun määräaikaistarkastuksen tekee hammaslääkäri, suuhygienisti tai täydennyskoulutuksen saanut hammashoitaja. Oppilaiden suun terveystarkastuksiin sisältyy aina myös hammaslääkärin tutkimuksia, jotka kohdennetaan tarpeen mukaan. Lisäksi tehdään tarvittaessa erikoisalakohtaisia suun tutkimuksia. Lapselle, jolla on erityinen riski sairastua suusairauksiin, on järjestettävä tehostettu ehkäisevä suun terveydenhuolto ja yksilöllisesti määritellyt terveystarkastukset (8 §)

Terveydenhuoltolaissa säädetään myös terveydenhuollon hoitoon pääsyn aikarajoista eli niin sanotusta hoitotakuusta, jotka koskevat myös suun terveydenhuollon palveluja.

Perusterveydenhuollossa kunnan on järjestettävä toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yhteyden terveystarkastukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas otti yhteyden terveystarkastukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä lääketieteellisesti tai hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on arvioitu. Tämä kolmen kuukauden enimmäisaika voidaan ylittää suun terveydenhuollossa ja perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa enintään kolmella kuukaudella, jos lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista vastaavista perustelluista syistä hoidon antamista voidaan lykätä potilaan terveydentilan vaarantumatta (51 §)

Erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut kuntayhtymän sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Jos hoidon tarpeen arviointi edellyttää erikoislääkärin arviointia tai erityisiä kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksia, on arviointi ja tarvittavat tutkimukset toteutettava kolmen kuukauden kuluessa siitä, kun lähete on saapunut sairaanhoitopiirin sairaalaan tai muuhun erikoissairaanhoitoa toteuttavaan toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella hammaslääketieteellisesti tarpeelliseksi todettu hoito ja neuvonta on järjestettävä ja aloitettava hoidon edellyttämä kiireellisyys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin kuuden kuukauden kuluessa siitä, kun hoidon tarve on todettu (52 §).

Kunnan ja sairaanhoitopiirin kuntayhtymän on julkaistava internetissä tiedot hoitoon pääsyn odotusajoista neljän kuukauden välein. Jos kunnalla tai sairaanhoitopiirillä on useita toimintayksiköitä, on tiedot julkaistava erikseen kustakin toimintayksiköstä. Tiedot voi julkaista internetin lisäksi muulla kunnan tai kuntayhtymän päättämällä tavalla (54 §).

## 4.2 HOITOON PÄÄSYN TOTEUTUMINEN JA SIIHEN LIITTYVIÄ OIKEUDELLISIA KANNANOTTOJA

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos seuraa hoitoon pääsyä suun terveydenhuollossa kaksi kertaa vuodessa tehtävin selvityksin. Tulokset julkaistaan internetissä (<http://www.thl.fi>). Seuraavat yhteenvedot perustuvat THL:n maaliskuussa 2013 tekemään selvitykseen.

Toiminta on ollut tuloksellista mitattuna aikamääreiden toteutumisella vaikka ongelmiakin vielä on. Väestöstä asui keväällä 2013 lähes 90 prosenttia sellaisella alueella, jolla suun terveydenhuoltoon pääsi kuuden kuukauden kuluessa hoitoon hakeutumisesta. Yli puoli vuotta suun hoitoa odottaneiden määrä on vähentynyt tasaisesti vuodesta 2011. Sen sijaan 3–6 kuukautta odottaneiden määrää ei ole saatu pysyvästi pienemään. Suun terveydenhuoltoa 3–6 kuukautta odottaneita oli keväällä 2013 lähes yhtä paljon kuin lokakuussa 2011.

### **Välitön yhteydensaanti**

STM on antanut välitöntä yhteydensaantia koskevan ohjeen keväällä 2011 (STM/424/2011). THL:n maaliskuussa 2013 tekemän selvityksen mukaan ajoittaisia tai jatkuvia ongelmia välittömässä yhteydensaannissa esiintyy lähes puolella terveyskeskuksista. Välittömän yhteyden saaminen terveyskeskusten suun terveydenhuoltoon heikkeni kevään 2013 aikana. Terveyskeskuksista 77 prosenttiin sai välittömän yhteyden, kun vastaava osuus syksyllä 2012 oli 80 prosenttia.

Terveyskeskukset ovat kehittäneet käytäntöjä muun muassa ottamalla käyttöön puhelinvastajat ja takaisinsoittojärjestelmät. Väestöstä noin 60 prosenttia asui keväällä 2013 sellaisen terveyskeskuksen alueella, jolla oli käytössä soitto- ja takaisinsoittojärjestelmä. Terveyskeskusten hammashoitoloista 54 prosenttia käytti soitto- ja takaisinsoittojärjestelmää, kun vastaava osuus edellisellä syksynä oli 48 prosenttia.

Puhelinoperaattorin kautta tapahtuva luotettavampi mittaustapa on yleistynyt. Useilla terveyskeskuksilla (61 %, maaliskuussa 2013) on käytettävissä puhelinoperaattorien antamat tiedot puhelujen läpikäymisestä. Suun terveydenhuollossa puheluihin vastattiin keskimäärin kahden minuutin kuluessa. Niistä hammashoitoloista, joissa ei vielä ollut käytössä operaattoriseurantaa, 24 prosenttia ilmoitti hankkivansa sellaisen kuluvan vuoden aikana. Välitöntä yhteydensaantia koskevia seurantatietoja pidetään kuitenkin epäluotettavina.

### **Hoidon tarpeen arviointi**

Vaikka yhteydensaannissa on ongelmia, kyettiin suun hoidon tarve arvioimaan lähes poikkeuksetta kaikissa terveyskeskuksissa lain edellyttämässä kolmen vuorokauden määräajassa. THL:n selvityksen mukaan hoidon tarpeen arviointi on yleensä toteutunut ensimmäisen yhteydenoton aikana. Hoidon tarpeen arvioinnista ei ole kuitenkaan aina tehty riittäviä ja asianmukaisia merkintöjä potilasasiakirjoihin.

### **Kiireettömään hoitoon pääsy**

THL:n maaliskuussa 2013 tekemän selvityksen mukaan lähes 90 prosenttia väestöstä asui sellaisella alueella, jolla suun terveydenhuoltoon pääsi kuuden kuukauden kuluessa hoitoon hakeutumisesta. THL:n selvityksen mukaan hoitoon pääsyn odotusajoissa on huomattavia alueellisia eroja. Yli kuusi kuukautta kiireetöntä hoitoa odottaneita oli maaliskuussa 2013 koko maassa 5392 ja kolmesta kuuteen kuukautta jonossa olleita oli 18060.

Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä tarpeelliseksi todettu hoito on järjestettävä laissa todetussa kuuden kuukauden enimmäisajassa. Hoitoon pääsyn odotusajoissa on kuitenkin tarkasteltu vain hoidon tarpeen arvioinnista ensimmäiselle vastaanottokäynnille kuluva aika. Asianmukainen kiireetön suun terveydenhoito edellyttää kuitenkin monesti useita käyntejä tai hoitajaksoja, joten tosiasiallinen hoidon toteutuminen ei käy ilmi seurantatiedoista. Terveyskeskukset ovat pyrkineet järjestämään ensimmäisen hoitokäynnin joko suuhygienistille tai hammaslääkärille määräajan puitteissa, mutta jatkohoitoaikojen välit ovat usein muodostuneet kohtuuttoman pitkiksi. ”Potilaat pääsevät hoitoon, mutta eivät hoidosta pois”.

Eduskunnan oikeusasiamies on todennut (3656/4/09), että potilaan tulee saada tietää milloin hän pääsee hoitoon, eikä häntä voida laittaa odottamaan hoitoa epämääräiseksi ajaksi.

Valtioneuvoston oikeuskansleri (1620/1/2009) ja eduskunnan oikeusasiamies (1678/4/09) ovat todenneet epäasianmukaiseksi sellaisen käytännön, jossa potilas saa tutkimusajan lakisääteisen enimmäisajan puitteissa, mutta asetetaan tutkimuksen jälkeen jonoon odottamaan hoitoa.

Jonoon asettamisen kriteereitä on ohjeistettu muun muassa THL:n AVOHilmo-määrittelyssä. Terveyskeskuksilla on kuitenkin edelleen erilaisia jonokäytäntöjä kiireetöntä hoitoa odottavien potilaiden osalta. Hoitojonokäytännöissä on ilmennyt ”kikkailua” esimerkiksi niin sanottujen recall-potilaiden kohdalla, joille edellisen hoitokäynnin päätteeksi on määritetty seuraavan tutkimuksen ajankohta. Hoitojonojen hallinnointiin terveyskeskuksissa kuluu runsaasti resursseja. Useat potilaat ilmoittautuvat terveyskeskuksen hoitojonoon, mutta hakeutuvat kuitenkin yksityissektorille hoitoon. Tästä ei välity tietoa terveyskeskuksen jonojärjestelmään. Jonoissa on siten potilaita, joilla ei enää ole hoidon tarvetta. THL:n selvityksen mukaan hoitoon pääsyn odotusajoissa on huomattavia alueellisia eroja. Yli kuusi kuukautta kiireetöntä hoitoa odottaneita oli maaliskuussa 2013 koko maassa 5392 ja 3-6 kuukautta jonossa olleita oli 18060.

Ostopalvelut, toimintojen ulkoistaminen ja palvelusetelien käyttö ovat lisääntyneet hoitoon pääsyä koskevien säännösten voimaantulon jälkeen. Palveluja tuottavia tahoja on siten useita. Myös suun terveydenhuollon palvelujen järjestäminen on pirstoutunut aikaisempaa enemmän. Tämä on saattanut hämärtää myös käsitystä hoidon järjestämis- ja raportointivastuusta. Ajan- tasaisen tilannekuvan ja luotettavan tiedon saaminen on siten hankaloitunut, eikä raportointi ole kaikilta osin ollut ajan tasalla.

### **Vaativat suun terveydenhuollon palvelut**

Valviran selvityksessä (8509/06.02.01.08/2012) Valvira totesi, että aluehallintovirastojen lausuntojen ja niiden liitteenä olevien terveystieteiden selvitysten perusteella vaativien suun terveydenhuollon palvelujen järjestämisessä on käytössä useita toimintatapoja. Palveluja tuotetaan terveystieteissä omana toimintana erikoishammaslääkäreiden tai tiettyyn hammaslääketieteen kliiniseen osa-alueeseen perehtyneiden terveystieteenhammaslääkäreiden toimesta käyttäen apuna myös yksityisiä konsulttipalveluja ja vuokrahammaslääkäreitä. Lisäksi käytetään ostopalveluita ja palveluseleitä sekä tukeudutaan erikoissairaanhoidon. Erikoishammaslääkäreistä todetaan monin paikoin olevan pulaa, eikä keskussairaaloissa ole saatavana erikoishammaslääkäripalveluja. Palvelujen saatavuudessa sekä järjestämistavoissa on suuria vaihteluita eri erikoisaloilla ja eri puolilla Suomea. Vastauksissa todetaan myös, että erikoishammashoidon kriteereitä ei ole määritelty riittävällä tarkkuudella, ja että raja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä ei ole selvä, kuten ei myöskään vaativien suu- ja hammassairauksien sijoittuminen niiden väliin.

Selvitysten perusteella vaikuttaa siltä, että lasten oikomishoito on järjestetty kattavasti, samoin kuin suukirurgiset palvelut. Kaikkea hammaslääketieteellisesti perusteltua vaativaa hoitoa, esimerkiksi implanttikirurgian, kiinteän protetiikan, purentafysiologian, endodontian (juurihoidon) ja parodontologisen (kiinnityskudossairauksien) hoidon osa-alueilla ei ole saatavilla kaikissa terveystieteissä, vaan potilaita ohjataan myös omalla kustannuksella yksityissektorille hoitoon.

Oikeusasiamies on todennut (2106/4/11), että suun terveydenhuollon palvelujen saatavuuden perusteena tulee lain mukaan olla potilaan terveydentilan edellyttämä, lääketieteellisesti ja/tai hammaslääketieteellisesti perusteltu hoidon tarve. Oikeusasiamiehen mukaan myös sellainen vaativa suun- ja hammassairauksien hoito, joka ei täytä erikoissairaanhoidon kriteereitä, kuuluu kunnan järjestämisvastuulla oleviin suun terveydenhuollon palveluihin. Oikeusasiamies totesi, että sellainen menettely, jossa tällaista hoitoa tarvitsevat potilaat suljetaan järjestämisvastuun ulkopuolelle ja ohjataan yksityissektorille omalla kustannuksellaan, on lainvastainen.

### **Odotusaikojen julkaiseminen**

THL:n selvityksen mukana useimmat terveystieteiden ilmoittavat julkaisevansa tiedot hoitoon pääsystä lain edellyttämällä tavalla. Neljännes terveystieteiden julkaisi hoitoon pääsytiedot suun terveydenhuollosta harvemmin kuin terveydenhuoltolaki edellyttää tai ei julkaissut tietoja ollenkaan.

## **4.3 YKSITYINEN SUUN TERVEYDENHUOLTO JA SAIRAUSVAKUUTUKSESTA KORVATTU HOITO**

Suomessa suun terveydenhuollon järjestämisestä vastaavat kunnat. Sairausvakuutus täydentää julkista terveydenhuoltoa korvaamalla osan yksityisten terveydenhuoltopalveluiden käyttämisestä vakuutetulle syntyneistä kustannuksista.

Sairausvakuutuslain (1224/2004) mukaan vakuutetulla on oikeus korvaukseen tarpeellisista sairauden hoidon, raskauden ja synnytyksen aiheuttamista kustannuksista. Hoidon tarpeellisuus on aina korvauksen maksamisen edellytys. Vakuutetulle sairaanhoidosta aiheutuneet kustannukset korvataan siltä osin kuin hoito tarpeettomia kustannuksia välttämällä, vakuutetun terveydentilaa kuitenkin vaarantamatta, olisi tullut vakuutetulle maksamaan. Tarpeellisu-

pidetään yleisesti hyväksytyin, hyvän hoitokäytännön mukaista hoitoa. Ennalta ehkäisevää hoitoa ei korvata sairausvakuutuksesta lukuun ottamatta suun terveyttä edistäviä toimenpiteitä hammashoidossa.

Sairausvakuutuslain muutoksen (622/2012) mukaan 1.1.2013 alkaen hammaslääkäripalkkiosta ja hammaslääkäriin määräämän tutkimuksen ja hoidon kustannuksista vakuutetulle maksettava korvaus on vahvistetun korvaustaksan määrä. Jos peritty palkkio on suurempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritetaan korvaustaksan määrä. Jos peritty palkkio on pienempi kuin korvauksen perusteeksi vahvistettu korvaustaksa, korvauksena suoritetaan perityn palkkion määrä.

Sairaanhoitona korvataan hammaslääkäriin suorittama suun ja hampaiden hoito, suun ja hampaiden tutkimus kerran kalenterivuodessa sekä oikomishoito silloin, kun kysymyksessä on muun sairauden kuin hammassairauden parantamiseksi välttämätön hoito. Hammaslääkäriin suorittamalla suun ja hampaiston tutkimuksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöstä annetun lain 22 §:n mukaista hammaslääketieteellistä tutkimusta, taudinmäärittystä ja siihen liittyvän hoidon suunnittelemista. Hammasproteettisista toimenpiteistä ja hammasteknisistä kustannuksista ei makseta korvausta. Sairaanhoitona korvataan yksityisessä terveydenhuollossa toimivan hammaslääkäriin määräämät laboratoriotutkimukset ja radiologiset tutkimukset, korvattavat lääkkeet sekä matkat, jotka liittyvät korvattavaan hammashoitoon.

Sairaanhoitona korvataan hammaslääkäriin määräämä suuhygienistin tekemä tutkimus ja antama hoito. Hammaslääkäriin määräämä suuhygienistin tekemä tutkimus ja antama hoito korvataan saman määräyksen perusteella enintään 15 tutkimus- tai hoitokerralta, jos tutkimus on tehty tai hoito on annettu kahden vuoden kuluessa määräyksen antamisesta. Tutkimus- ja hoitokerralla tarkoitetaan yhden päivän aikana tehtyjä tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä.

Rintamaveteraanien ja miinanraivaajien hammashoito korvataan rintamaveteraanien hammashuollon järjestämisestä ja korvaamisesta annetun lain (678/1992) mukaan. Veteraaneille maksetaan korvausta myös hammasproteettisesta hoidosta. Implanttivalmisteiden kustannuksia ei korvata. Erikoishammasteknikko voi tehdä veteraanille kokoproteesin valmistus- ja huoltotyön. Erikoishammasteknikon suorittama kokoproteesihoito korvataan rintamaveteraaneille ja miinanraivaajille hammaslääkäriin suorittaman suun tutkimuksen ja hänen antamansa määräyksen perusteella. Määräys on voimassa kaksi vuotta. Muilta osin rintamaveteraanien hammashoito korvataan noudattaen sairausvakuutuslain periaatteita. Hammaslääkäriin suorittaman tutkimuksen korvaamista koskeva rajoitus ei kuitenkaan koske rintamaveteraaneja eikä miinanraivaajia.

Hammashoidon sekä tutkimuksen ja hoidon korvaustaksojen perusteista ja enimmäismääristä sekä hammaslääkäripalkkioiden yleis- ja erikoistaksojen perusteista säädetään valtioneuvoston asetuksella. Hammashoidon taksaan kuuluvat hammaslääkäripalkkiotaksa, suuhygienistinpalkkiotaksa ja rintamaveteraanien protetiikan toimenpidetaksa. Valtioneuvoston asetuksen (1336/2004) mukaan hammaslääkäriin suorittamasta suun ja hampaiden tutkimuksesta maksettava korvaus on rajoitettu enintään 20 minuuttia kestäviin toimenpiteisiin. Hammaslääkäriin palkkiotaksan toimenpiteiden taksoja vahvistettaessa perusteena käytetään enintään 323 euron määrää. Jos korkeimman taksan mukaisen toimenpiteen suorittaminen sen laadun ja vaikeusasteen johdosta kestää huomattavasti normaalia kauemmin, korotetaan taksaa tältä osin 50 prosentilla. Taksan mukaisia euromääriä korotetaan 30 prosentilla, kun erikoishammaslääkäri on suorittanut tutkimuksen tai hoidon omalla erikoisalallaan. Lisäksi hammashoidon taksassa tarkoitettuja euromääriä voidaan korottaa enintään 100 prosentilla, kun tutkimus on suoritettu tai hoito on annettu arkipäivänä kello 21.00–7.00, lauantaina tai pyhäpäivän aattona kello 18.00 jälkeen tai sunnuntaina tai muuna pyhäpäivänä.

Kansaneläkelaitos vahvistaa korvaustaksojen perusteiden ja enimmäismäärien perusteella luettelon korvattavista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä sekä niiden korvaustaksoista. Korvaustaksojen perusteet ja vahvistettavat korvaustaksat perustuvat tutkimus- ja hoitotoimenpiteen



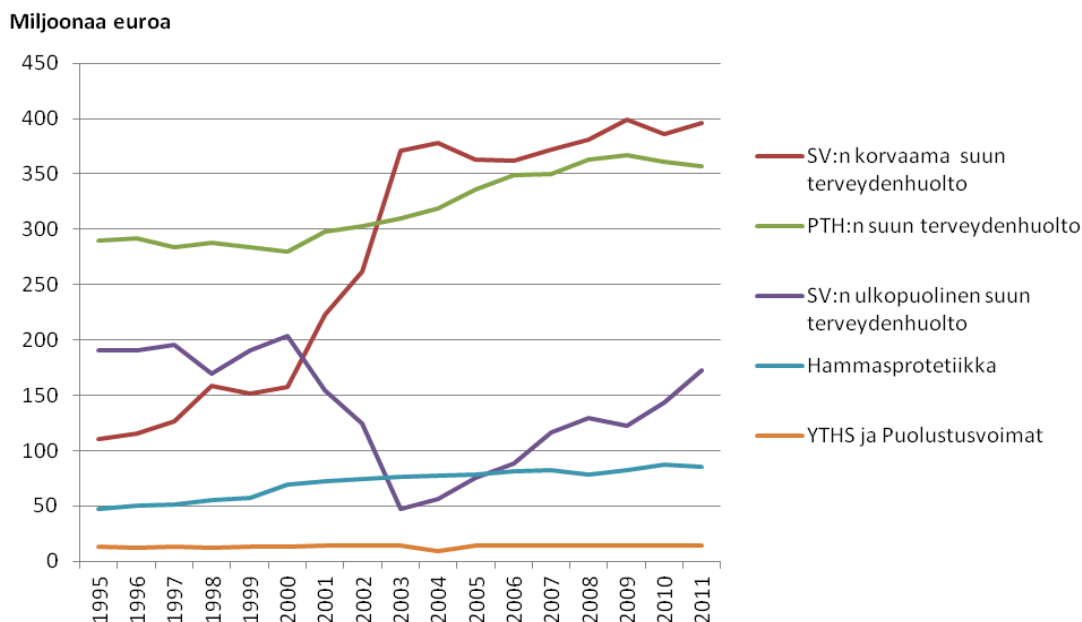
laatuun, sen vaatimaan työhön ja aiheuttamaan kustannukseen, korvattavan palvelun hoidolliseen arvoon sekä korvauksiin käytettävissä oleviin varoihin. Kansaneläkelaitos käyttää taksoja vahvistaessaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämän Suun terveydenhuollon toimenpideluokituksen toimenpidenimikkeitä ja -koodeja soveltuvin osin sekä hyödyntää luokituksessa määriteltyjä toimenpidekohtaisia vaatavuusluokkia.

#### 4.4 SUUN TERVEYDENHUOLLON KUSTANNUKSET JULKISELLA JA YKSITYISELLÄ SEKTORILLA

Suun terveydenhuollon kustannukset ovat 2000-luvulla kasvaneet reaalisesti keskimäärin 3,3 prosenttia vuodessa. Tämä on hiukan enemmän kuin terveydenhuollon kokonaismenojen kasvuvauhti. Yksityisten palveluiden kustannukset ovat kasvaneet nopeammin kuin kuntien järjestämien palveluiden kustannukset. Suun terveydenhuollon laajennukset aikuisväestölle vuosina 2001–2002 vaikuttivat kokonaiskustannuksiin suhteellisen vähän. Talouslaman aikaan vuosina 2009 ja 2010 hammashuollon menot kasvoivat hyvin niukasti.

Yksityisten palveluiden kustannukset ovat kasvaneet vuodesta 2000 alkaen keskimäärin noin 4 prosenttia reaalisesti vuosittain. Sairausvakuutuskorvattavien palveluiden kustannusosuus kasvoi voimakkaasti vuosina 2001–2003, kun korvausoikeutta oli juuri laajennettu. Vastaavasti korvausten ulkopuolella olevien yksityisten palveluiden kustannukset laskivat samaan aikaan, joten yksityisen hammashoidon kokonaismenot eivät kasvaneet merkittävästi. Ei-korvattavien palveluiden, joita ovat pääasiassa proteettiset toimenpiteet ja oikomishoito, kustannukset ovat kuitenkin kääntyneet taas viime vuosina nousuun (Kuvio 7).

Kuvio 7. Suun terveydenhuollon menot vuosina 1995–2011. Miljoonaa euroa, vuoden 2011 hinnoin. (THL, Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2011.)



Kunnallisen hammashoidon kustannukset kasvoivat selvästi 2000-luvun alkupuolella, mutta eivät ole reaalisesti juurikaan muuttuneet vuodesta 2006 eteenpäin. Asiakasmaksujen osuus palvelujen rahoituksesta on kasvanut 2000-luvulla.

### Suun terveydenhuollon kustannukset vuonna 2011

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen terveydenhuoltomenotilaston mukaan suun terveydenhuollon kustannukset olivat 1023 miljoonaa euroa vuonna 2011. Tässä tilastossa ei tosin huomioida kunnallisten palveluiden asiakasmaksuja, joten asiakasmaksut mukaan lukien kokonaiskustannukset ovat noin 1125 miljoonaa euroa. Yksityisten palveluiden menot olivat 570 miljoonaa euroa. Kuntien järjestämien palveluiden kustannukset, asiakasmaksujen kera, olivat noin 460 miljoonaa euroa. Potilaiden ja asiakkaiden kattama maksuosuus oli tästä 1125 miljoonan kokonaisuudesta 587 miljoonaa euroa.

Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon asiakasmaksut olivat 102 miljoonaa euroa vuonna 2011. Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon kustannukset laskivat vuodesta 2010 361,2 miljoonasta eurosta 356,5 miljoonaan euroon. Muut tilastoissa huomioitavat menoerät ovat YTHS:n ja puolustusvoimien järjestämät palvelut sekä hammaslaboratorioiden ja erikoishammasteknikkojen kustannukset.

Taulukko 7. Suun terveydenhuollon kustannukset vuosina 2000–2011. Miljoonaa euroa, vuoden 2011 hinnoin. (THL, Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2011; Tilastokeskus, Kuntien ja kuntayhtymien talous ja toiminta.)

### Suun terveydenhuollon menot vuosina 2000-2011, miljoonaa euroa vuoden 2011 hinnoin

	2000	2005	2010	2011	Reaalinen muutos 2000-2011, %
Perusterveydenhuollon hammashoito, asiakasmaksut mukaan lukien*	340,8	427,2	466,0	458,5	34,6 %
josta perusterveydenhuollon hammashoidon asiakasmaksut	60,8	91,2	104,8	102,0	67,9 %
Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen suun terveydenhuolto	157,7	363,4	385,8	395,7	150,9 %
Muu yksityinen suun terveydenhuolto (SV:n ulkopuolinen)	204,1	75,6	143,0	172,5	-15,5 %
Hammasprotetiikka	69,0	78,0	87,8	85,1	23,3 %
Yksityiset palvelut yhteensä	361,8	439,0	528,8	568,2	57,0 %
YTHS:n ja Puolustusvoimien suun terveydenhuolto	13,2	14,3	14,4	13,8	4,5 %
<b>Suun terveydenhuolto yhteensä</b>	<b>784,8</b>	<b>958,4</b>	<b>097,0</b>	<b>1 125,4</b>	<b>43,4 %</b>

,josta sv-korvauksia maksettu 123,6 milj. €

\* Taulukon kustannukset poikkeavat terveydenhuoltomenotilastosta, jossa kustannuksista on vähennetty perusterveydenhuollon palveluista maksetut asiakasmaksut

Johtuen OECD:n yhteisistä tilastointikäytännöistä THL:n terveydenhuoltomenotilasto ei sisällä kunnallisten palveluiden asiakasmaksuja ja eräitä pienempiä menoeriä, joten asiakasmaksujen osuus on huomioitu yllä olevassa taulukossa erikseen. Kuntien järjestämien palveluiden kokonaiskustannukset saadaan Tilastokeskuksesta kuntien taloustilastosta. Tilastokeskuksesta kansantalouden tilinpidosta saadaan yksityisten palveluiden kokonaiskustannukset, josta sairausvakuutuskorvattujen palveluiden osuus saadaan Kelan tilastoista ja kuntien hankkimien ostopalveluiden määrä Kuntien taloustilastosta. Hammaslaboratorioiden ja erikoishammasteknikkojen hammasprotetiikan kustannukset arvioidaan osuutena ortopedisten ja muiden proteettisten apuvälineiden kulutusmenoista.

Taulukko 8. Suun terveydenhuollon rahoitusosuudet vuonna 2011

**Vuonna 2011 rahoitusosuudet:**

Miljoonia euroja	Valtio ja kunnat	Kela	Asiakkaat	Muu *	Yhteensä
PTH:n hammashuolto, asiakasmaksut mukaan lukien	356,5	0	102	0	458,5
Sairausvakuutuksen korvaama yksityinen suun terveydenhuolto	0	123,6	262,6	9,5	395,7
Muu yksityinen suun terveydenhuolto (SV:n ulkopuolinen)	37,7	0	134,8	0	172,5
Hammasprotetiikka	0	0	85,1	0	85,1
YTHS:n ja Puolustusvoimien suun terveydenhuolto	4,7	6,6	2,2	0,2	13,7
<b>Yhteensä</b>	<b>398,9</b>	<b>130,2</b>	<b>586,7</b>	<b>9,7</b>	<b>1125,5</b>

Huom: Kohdassa "Muu\*" yksityinen suun terveydenhuolto (SV:n ulkopuolinen) on jonkin verran kuntien rahoitusta, koska kuntien ja kuntayhtymien yksityisiltä ostamat palvelut kirjataan tähän luokkaan.

Terveydenhuoltomenotilasto ja kuntien taloustilasto eivät kata aivan kaikkia suun terveydenhuollon kustannuksia. Ulkopuolelle jäävät sairaanhoitopiirien tuottamat erikoishammashoidon palvelut, jotka kirjautuvat tilastoissa erikoissairaanhoidon menoihin. Lisäksi Kuntien taloustilasto ei kata kuntien liikelaitosten tuottamia palveluita.

**Suun terveydenhuollon rahoitus**

Kuntien järjestämät hammashuollon palvelut rahoitetaan samalla periaatteella kuin muutkin kunnalliset terveystilastot: suurin osa rahoituksesta tulee kuntien omista verotuloista ja peruspalveluiden valtionosuuksista, loput pääosin asiakasmaksuista. Asiakasmaksujen osuus rahoituksesta on noin 21 prosenttia, mikä on selvästi enemmän kuin muissa kunnallisissa terveystilastoissa. Valtionosuuksilla rahoitetaan kustannuksista vajaa kolmannes, ja kuntien omien verotulojen osuus on noin puolet.

Sairausvakuutuksen korvaamissa yksityisissä palveluissa sairausvakuutuskorvaukset kattavat kolmanneksen hoidon kustannuksista, loput kustannukset jäävät asiakkaan vastuulle. Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvaukset rahoitetaan puoliksi valtion varoista ja puoliksi vakuutettujen maksamalla sairaanhoitomaksuilla. Ei-korvattavat yksityiset palvelut, pääasiassa proteettiset toimenpiteet ja oikomishoito, jäävät asiakkaiden itsensä rahoitettaviksi. Lisäksi sairauskassojen maksamalla terveydenhuollon korvauksilla rahoitetaan pieni osa yksityisestä hammashoidosta.

## 4.5 ASIAKKAILLE KOITUVAT KUSTANNUKSET JA ASIAKSMAKSUT KUNNALLISISSA PALVELUISSA

Suun terveydenhuollon kunnallisista asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa (734/1992, asiakasmaksulaki) ja sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa asetuksessa (912/1992, asiakasmaksuasetus). Asiakasmaksulain mukaan maksun saa periä 18 vuotta täyttäneille annetuista suun perusterveydenhuollon palveluista (asiakasmaksulaki 5 §, asiakasmaksuasetus 9 §). Alle 18 -vuotiaille suun peruster-

veydenhuollon palvelut ovat maksuttomia. Asiakasmaksuasetuksessa säädetään tarkemmin maksujen suuruudesta. Maksujen suuruus tarkistetaan aika ajoin.

Suun terveydenhuollossa käynneistä terveystieteiden keskuksessa voidaan periä perusmaksu ja toimenpidemaksuja. Terveystieteiden keskuksessa annettua suun ja hampaiden tutkimuksesta ja hoidosta voidaan periä enintään määritetyt perusmaksut suuhygienistin (7,50 euroa), hammaslääkärin (9,60 euroa) ja erikoishammaslääkärin (14,00 euroa) palveluiden käyttämisestä. Lisäksi voidaan periä toimenpidemaksut, joiden suuruus vaihtelee välillä enintään 6,20 euroa-163 euroa. Oikomishoidoista ja hammasproteettisista toimenpiteistä voidaan lisäksi periä hammastekniset kulut enintään todellisten kustannusten mukaisina ja erikoismateriaaleista voidaan periä enintään todellisia kustannuksia vastaava maksu (asiakasmaksuasetus 9 §).

Erikoissairaanhoitotasaisen suun terveydenhuollon palvelujen maksun suuruus vaihtelee sen perusteella, suoritetaanko hoito terveystieteiden keskuksessa vai sairaalassa. Sairaalassa tai muussa asetuksessa mainitussa yksikössä annettua erikoissairaanhoitosta voidaan periä enintään 27,50 euron poliklinikkamaksu (asiakasmaksuasetus 8 §) ja päiväkirurgiasta enintään 90,30 euroa (asiakasmaksuasetus 8 a §). Sen sijaan terveystieteiden keskuksessa tehtävistä suun terveydenhoidon erikoissairaanhoitotasaisista hoidoista on ollut käytäntönä periä perusmaksu ja toimenpidemaksut (perien maksut asiakasmaksuasetuksen 9 §:n mukaisesti). Sairaalassa annettavan erikoissairaanhoitotasaisen suun terveydenhuollon palvelujen maksut voidaan periä myös alle 18-vuotiailta.

Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoitotason asiakasmaksuista säädetään lisäksi siten, että terveystieteiden keskuksissa annettua suun ja leukojen erikoissairaanhoitosta voidaan periä enintään sairaalassa suoritettavia maksuja vastaavat maksut (poliklinikkamaksuna 27,50 euroa ja päiväkirurgiasta 90,30) kun tutkimuksen ja hoidon perustana on hampaiston, leukojen ja kasvojen kehityshäiriö; vaikea, toimintaa haittaava laaja-alainen synnynnäinen hampaistopuutos tai kehityshäiriö; pään ja leukojen alueen kiputila; kaulan ja pään alueen säteilytys tai sytostaattihoidoita taikka; muun kuin hammaslääkärin hoitoa välttämätön suun hoito (asiakasmaksuasetus 9 a §).

Suun terveyden eräistä ehkäisevään hoitoon kuuluvista suun terveyden edistämisen toimenpiteistä voidaan periä perusmaksun sen mukaan, millä terveydenhuollon ammattihenkilön (suuhygienisti, hammaslääkäri, erikoishammaslääkäri) ja sen lisäksi enintään 6,20 euron toimenpidemaksu.

Suun terveydenhuollon asiakasmaksut poikkeavat olennaisesti muun terveydenhuollon asiakasmaksuista. Erityisesti avosairaanhoitotason asiakasmaksuihin verrattuna ero on huomattava.

Terveystieteiden keskuksen avosairaanhoitotason lääkäripalveluista voidaan terveystieteiden keskuksen ylläpitäjän päätöksen mukaan periä enintään 27,50 euron vuosimaksu, joka on voimassa kalenterivuoden siinä terveystieteiden keskuksessa, johon maksu on suoritettu. Jos palvelun käyttäjä ei suorita vuosimaksua, peritään häneltä 13,80 euron käyntimaksu käyntikertojen lukumäärästä riippumatta. Vaihtoehtoisesti terveystieteiden keskuksen ylläpitäjän päätöksen mukaan voidaan periä enintään 13,80 euron käyntimaksu, mutta maksun saa tällöin periä ainoastaan kolmelta ensimmäiseltä käynniltä samassa terveystieteiden keskuksessa kalenterivuoden aikana. (asiakasmaksuasetus 7 §). Sairaalassa annettua sairaanhoitotason hoidosta voidaan peritää enintään poliklinikkamaksu 27,50 euroa (asiakasmaksuasetus 8 §) ja enintään päiväkirurgiamaksu 90,30 euroa (asiakasmaksuasetus 8a §). Avosairaanhoitotason hoidossa terveystieteiden keskuksen palvelut ovat alle 18-vuotiailta maksuttomia, mutta poliklinikkamaksu voidaan periä myös alle 18-vuotiailta annettua hoidosta.

Terveystieteiden keskuksessa annettujen avosairaanhoitotason maksuja suun terveydenhuollon terveystieteiden keskuksissa annettuihin maksuihin verrattuna voidaan erona huomata, että terveystieteiden keskuksessa annettavissa avohoidon lääkäripalveluja koskien on säädetty rajausta siitä, kuinka monta käyntimaksua voi kalenterivuodessa asiakkaalta periä. Käyntimaksua ei voi periä kolmen käyntikerran jälkeen. Vaihtoehtona tälle on terveystieteiden keskuksen ylläpitäjän tekemän päätös, että käyn-

timaksujen sijaan voidaan periä enintään 27,50 euron vuosimaksu. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa kertaikäntien perimiskatto koskee terveyskeskuksen lääkäripalveluja. Sairaanhoidajan vastaanotolla käymisestä ei ole ollut käytäntönä periä maksua. Sairaanhoidossa sairaalassa annettuun hoidon maksujen käyntimääräiseen perimiseen ei liity rajoituksia (paitsi maksukaton kautta, katso alla).

Asiakasmaksulain mukaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukeva terveysneuvonta on lähtökohtaisesti maksutonta (asiakasmaksulaki 5 §). Suun terveydenhuollossa suun terveyden ehkäisevistä toimenpiteistä voidaan periä perusmaksu ja toimenpidemaksu.

Asiakasmaksulain 6 a §:ssä säädetään maksukatosta. Pykälän mukaan kohtuuttoman korkeaksi nousevan maksurasituksen estämiseksi on asiakasmaksuista palvelujen käyttäjälle kalenterivuoden aikana aiheutuvilla kustannuksilla 636 euron enimmäismäärä (maksukatto), jonka ylittymisen jälkeen maksukattoon sisältyvät palvelut ovat käyttäjälle maksuttomia kalenterivuoden loppuun. Maksukaton määrää tarkastetaan joka toinen vuosi. Pykälässä luetellaan ne palveluita koskevat maksut, jotka otetaan huomioon enimmäismäärää laskettaessa. Näitä maksuja ovat muun muassa terveyskeskuksen avosairaanhoidon palvelut (asiakasmaksuasetus 7 §), poliklinikkakäynnit (asiakasmaksuasetus 8 §) ja päiväkirurgiset toimenpiteet (asiakasmaksuasetus 8 a §). Maksukatossa huomioitavien maksujen joukossa ei ole asiakasmaksuasetuksen 9 §:n ja 9 a §:n mukaisia suun terveydenhuollon maksuja.

## 4.6 ASIAKKAALLE KOITUVAT KUSTANNUKSET SAIRAU SVAKUUTUSKORVATUSSA HOIDOSSA

Sairausvakuutuksesta maksettava korvaus määräytyy tehdyn toimenpiteen mukaan. Tietystä tutkimus- tai hoitotoimenpiteestä maksetaan korvauksena Kelan vahvistaman korvaustaksan mukainen määrä (sairausvakuutuslaki 3 luku 4 §). Sairausvakuutuskorvauksen jälkeen asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuu voi vaihdella huomattavastikin riippuen yksityisen hammaslääkärin tai suuhygienistin perimästä palkkiosta.

Sairausvakuutuksesta korvataan tarpeellisia sairauden hoidon aiheuttamia kustannuksia. Koska kaikki hammashoito ja siihen liittyvät maksut eivät ole sairausvakuutuksesta korvattavia, eivät Kelalle tilastoituvat yksityisellä sektorilla perityt palkkiot kuvaa kattavasti asiakkaiden maksuja. Hammasproteettinen hoito, oikomishoito pääosin ja esteettinen hammashoito jäävät yksityishammaslääkärin asiakkaiden maksettavaksi kokonaan (sairausvakuutuslaki 3 luku 2 §). Sairausvakuutuksesta ei myöskään korvata mahdollisia materiaali-, ajanvaraus- tai toimistomaksuja, joita asiakkailta peritään, joten nämä eivät sisälly Kelalle tilastoituihin perityihin palkkioihin.

Yksityisten hammashoito- tai lääkäripalvelujen kustannukset eivät kuulu terveydenhuolto- menojen maksukattojärjestelmien piiriin. Sairausvakuutuksesta korvattavissa matka- ja lääkekuluissa on vakuutettukohtaiset vuotuiset omavastuuosuudet (niin kutsutut matkakatto ja lääkekatto).

Tutkimusten (mm. Widström ym. 2011) ja Kelan rekisterien ([www.kela.fi/hintavertailu](http://www.kela.fi/hintavertailu)) perusteella hammashoidon hinnoissa on vaihtelua ja alueelliset erot saattavat olla suuria. Suurempien hammashoito yritysten hintataso on myös tutkimuksissa havaittu korkeammaksi kuin yksittäisillä ammatinharjoittajilla (Widström ja Mikkola 2012). Kuluttajien mahdollisuus vertailla yksityisten terveys- ja hammashoitopalvelujen hintoja esimerkiksi yritysten internet-sivujen avulla on kuitenkin ollut vielä vähäistä (Dadi ym. 2012). STM:n sairaanhoidovakuutuksen roolia osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää selvittänyt työryhmä ehdottikin yksityisten terveyspalvelujen hintavertailun edistämistä (STM:n raportteja ja muistioita

2012:34). Monet yritykset julkaisevat nykyisin enemmän hintatietoja internetsivuillaan kuin aikaisemmin. Myös Kelassa kehitetään yksityisten terveystalvvelujen hintavertailua.

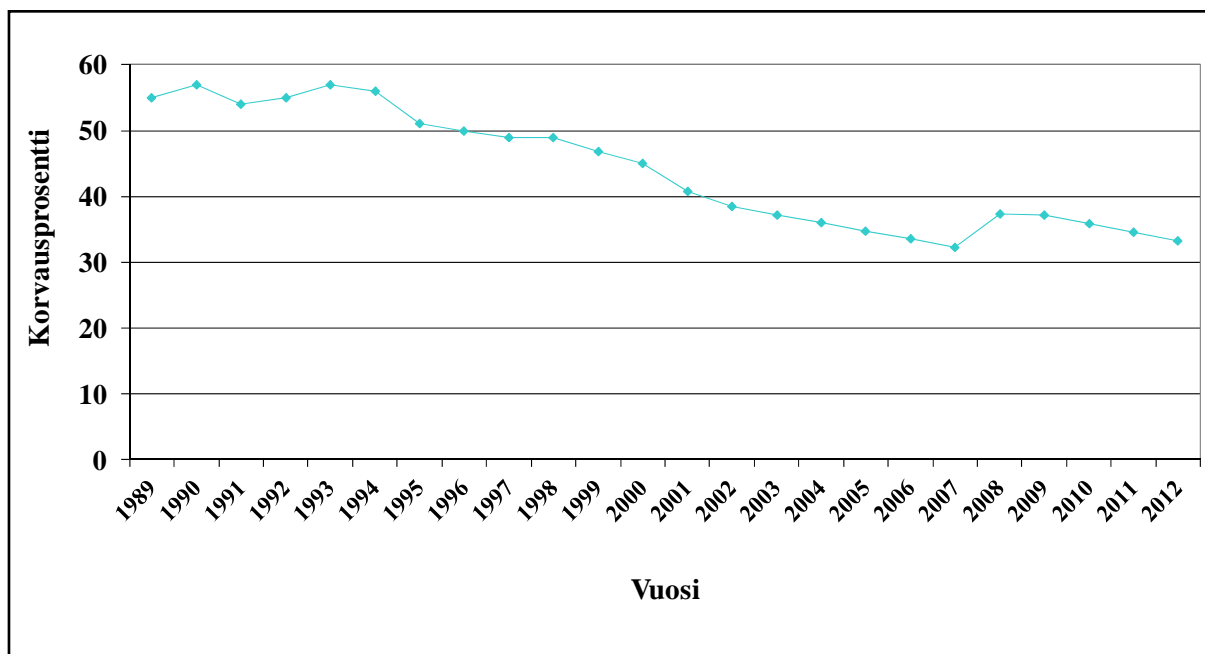
Yksityisessä hammashoidossa ei voi EU-oikeuden ja kilpailulain (948/2011) vastaisia hintasuosituksia ja jokainen vastaanotto hinnoittelee palvelunsa itse. Hinnoittelu voisi siten olla vaikka yksinomaan aikaperusteista, mutta käytännössä Kelan käyttämä toimenpidenimikkeistö toimii hinnoittelun runkona. Toimenpiteiden välillä käytetään yleisesti vaativuuskertoimia, jossa muita toimenpiteitä verrataan yhden pinnan paikan arvoon.

Vuodesta 2010, jolloin suuhygienistin antama hoito tuli sairausvakuutuskorvauksen piiriin, vuoteen 2012 on hammashoidosta korvausta saaneen asiakkaan maksama keskimääräinen omavastuu vuotta kohden noussut 208 eurosta 236 euroon (taulukko 9). Vastaavasti asiakkaan omavastuu suuhygienistin antaman hoidon palkkioista on noussut 60 eurosta 70 euroon. Sairausrakuutuksen korvaama osuus hammashoidon kustannuksista on samaan aikaan pienentynyt 35,8 prosentista 33,3 prosenttiin (Kuvio 8).

Taulukko 9 .Hammashoidosta perityt palkkiot ja sairausvakuutukset saajaa kohti 2012

Vuosi	Etuuslaji	Perityt palkkiot saajaa kohden, euroa	Korvaukset saajaa kohden, euroa	Omavastuu saajaa kohden, euroa	Korvaus-%
2012	Hammashoito yhteensä	353	118	236	33,3
	- Hammaslääkärin palkkiot	340	112	228	32,9
	- Suuhygienistin palkkiot	112	42	70	37,5
2011	Hammashoito yhteensä	338	116	221	34,5
	- Hammaslääkärin palkkiot	327	112	215	34,2
	- Suuhygienistin palkkiot	105	40	64	38,5
2010	Hammashoito yhteensä	324	116	208	35,8
	- Hammaslääkärin palkkiot	314	112	202	35,6
	- Suuhygienistin palkkiot	100	39	60	39,3

Kuvio 8. Sairausrakuutuksen korvaama osuus prosentteina hammashoidosta perityistä palkkioista vuosina 1989 - 2012



## Lähteet

Widström E, Väisänen A, Mikkola H. Pricing and competition on the private dental market in Finland. *Community Dental Health* 28: 2011:123-7.

Widström E, Mikkola H. Industry structures in private dental markets in Finland. *Community Dental Health* 29: 4:2012: 309-314.

Dadi L, Hiilamo H, Mikkola H. Yksityisten terveys- ja hammashoitopalvelujen hintatietojen tarve ja käyttö, *Nettityöpapereita 25/2011*, Kelan tutkimusosasto.

STM:n raportteja ja muistioita 2012:34, Sairaanhoidovakuutuksen rooli osana sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää.

## 5 PALVELUJEN KÄYTTÖÄ KOSKEVAT TILASTOTIEDOT

### 5.1. SUUN TERVEYDENHUOLLON PALVELUT TERVEYSKESKUKSISSA

Vuonna 2010 suun terveydenhuollon käyntejä terveyskeskuksissa oli noin 4,9 miljoonaa. Käyntimäärä on säilynyt vuodesta 2002 jokseenkin ennallaan lukumääräisesti ja väestöön suhteutettuna. Ammattiryhmittäisissä käynneissä on tapahtunut pientä muutosta, niin että hammaslääkärikäynnit ovat vähentyneet ja suuhygienistien ja hammashoitajien käynnit lisääntyneet. (Taulukko 10). Tarkempia tietoja osoitteesta [www.thl.fi](http://www.thl.fi).

Taulukko 10. Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa ammattiryhmittäin 2002 - 2010

#### Suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksissa ammattiryhmittäin 2002– 2010

Vuosi	Hammaslääkärikäynnit	Suuhygienistin käynnit	Hammashoitajan käynnit	Yhteensä	Käynnit/asukas	Hammaslääkärikäynnit/asukas	Muut ammattiryhmät käynnit/asukas
2002	4 133 798	672 513	150 025	4 956 336	1,0	0,8	0,2
2003	4 045 298	703 293	145 036	4 893 627	0,9	0,8	0,2
2004	4 045 255	762 019	158 156	4 965 430	0,9	0,8	0,2
2005	3 982 623	812 941	166 211	4 961 775	0,9	0,8	0,2
2006	3 906 605	858 469	177 078	4 942 152	0,9	0,8	0,2
2007	3 899 370	908 467	173 227	4 981 064	0,9	0,8	0,2
2008	3 897 444	951 696	181 620	5 030 760	0,9	0,8	0,2
2009	3 838 394	953 806	186 360	4 978 560	0,9	0,8	0,2
2010	3 765 196	956 806	197 527	4 919 529	0,9	0,8	0,2



Noin 1,9 miljoonaa asiakasta käytti terveyskeskusten suun terveydenhuollon palveluja vuonna 2010. Vuoteen 2009 verrattuna asiakkaiden kokonaismäärässä ei juuri tapahtunut muutosta, huolimatta siitä, että 56 vuotta täyttäneiden asiakkaiden osuus kasvoi. Käyntejä asiakasta kohden oli keskimäärin 2,6. (Taulukko 11)



Taulukko 11. Terveyskeskusten suun terveydenhuollon asiakkaat vuonna 2010 ja asiakasmäärän muutos verrattuna vuoteen 2009

Ikäryhmä	Asiakkaat 2010	Käynnit/asiakas	Asiakasmäärän muutos % 2010 - 2009
0-17-vuotiaat	773 376	2,6	-1,7
18-55-vuotiaat	760 929	2,6	-1,8
56 vuotta täyttäneet	360 719	2,7	5,5
18 vuotta täyttäneet yht.	1 121 648	2,6	0,5
<b>Yhteensä</b>	<b>1 895 024</b>	<b>2,6</b>	<b>-0,4</b>

Terveyskeskusten suun terveydenhuollon asiakkaiden osuus väestöstä on suurin 0–17 -vuotiaiden ikäryhmässä. Hieman vajaa kolme neljästä 0–17-vuotiaasta oli julkisen suun terveydenhuollon asiakkaana, joskin väestöosuus on 2000-luvulla ollut aleneva. Vaikka 56 vuotta täyttäneiden asiakkaiden määrä on kasvanut, niin muutosta väestöosuudessa ei juuri ole tapahtunut. Noin joka viides 56 vuotta täyttänyt oli julkisen suun terveydenhuollon palvelujen asiakkaana vuonna 2010.

#### **Suun terveydenhuollon asiakkaat aluehallintovirastojen toimialueittain**

Keskimäärin 35,3 % väestöstä oli terveyskeskusten suun terveydenhuollon asiakkaana vuonna 2010. Asiakkaiden osuus väestöstä oli suurin Pohjois-Suomen ja Länsi ja Sisä-Suomen aluehallintovirastojen (AVI) toimialueilla ja alhaisin Etelä-Suomen AVI:n toimialueella. Tuhatta asukasta kohden terveyskeskusten suun terveydenhuollon asiakasmäärä oli kasvanut vain Lapin aluehallintoviraston toimialueella. Suurin asiakasmäärän väheneminen tuhatta asukasta kohden tapahtui Etelä-Suomen AVI:n toimialueella.

Keskimäärin seitsemän kymmenestä 0–17-vuotiaasta käytti terveyskeskusten suun terveydenhuollon palveluja vuonna 2010. Tämän ikäryhmän asiakkaiden osuus väestöstä oli suurin Lounais-Suomen AVI:n toimialueella ja pienin Etelä-Suomen AVI:n toimialueella. Kokonaisuutena AVI:en välillä suun terveydenhuollon palvelujen kattavuuden erot ovat pieniä. Vuodesta 2002 0–17-vuotiaiden suun terveydenhuollon käynnit terveyskeskuksessa asukasta kohden on vähentynyt kaikkien AVI:en toimialueilla. Vähiten käyntejä oli Etelä-Suomen AVI:n toimialueella (1,7) ja eniten Lounais-Suomen AVI:n toimialueella (2,1).

Vuoteen 2009 verrattuna terveyskeskusten suun terveydenhuollon käyntimäärät ovat kaikkien

AVI:en toimialueilla säilyneet jokseenkin ennallaan. Väestöön suhteutettuna eniten terveyskeskusten suun terveydenhuollon palveluja käytettiin Pohjois-Suomen AVI:n toimialueella ja vähiten Etelä-Suomen AVI:n toimialueella.

#### **Hoitokäyntien määrät eri suun terveydenhuollon henkilöstöryhmillä terveyskeskuksissa**

Suurin osa hoitokäynneistä (77 %) tehtiin hammaslääkärille vuonna 2010. Eniten hammaslääkärikäyntejä kohdistui 18–55-vuotiaille ja suuhygienistien ja hammashoitajien käyntejä 0–17-vuotiaille. Ikä- ja ammattiryhmittäin tarkasteltuna suurin muutos vuosina 2002–2010 on ollut 0–17-vuotiaiden hammaslääkärikäyntien väheneminen vaikka heille kohdistui kuitenkin kokonaisuutena käyntejä eniten. Suuhygienistien ja hammashoitajien luona tapahtuneet käynnit kasvoivat koko maan tasolla tarkasteltuna (Taulukko 12).

Tuhatta asukasta kohden suuhygienistien käynnit kasvoivat eniten Itä-Suomen AVI:n toimialueella, jossa myös käyntejä tuhatta asukasta kohden oli eniten. Asukasmäärään suhteutettuna vähiten suuhygienistien ja hammashoitajien käyntejä oli Pohjois-Suomen AVI:n toimialueella. Keskimäärin 23,5 prosenttia suun terveydenhuollon käynneistä toteutui suuhygienistin tai hammashoitajan käynteinä. Koko maassa suurin osa suuhygienistien ja hammashoitajien käynneistä kohdistui 0–17 vuotiaille ja pienin osuus 56 vuotta täyttäneille. Kaikkiaan Pohjois-Suomen AVI:n toimialueella suuhygienistien ja hammashoitajien käyntien osuus oli pienin (17,2 %) suun terveydenhuollon käynneistä ja verrattuna vuoteen 2009 käynnit vähenivät edelleen. Eniten suuhygienistien ja hammashoitajien käyntejä kaikissa ikäryhmissä oli Itä-Suomen AVI:n toimialueella.

Taulukko 12. Terveyskeskusten suun terveydenhuollon käynnit ammatti- ja ikäryhmittäin vuonna 2010 ja muutos 2009–2010

Ikäryhmä vuotta	Hammast- lääkäri	Muutos 2009- 2010	Suuhygie- nisti	Muutos 2009 - 2010	Hammast- hoitaja	Muutos 2009 - 2010
0-17	1 352 813	-52 235	492 008	1 226	143 996	9 672
18-55	1 614 168	-47 833	296 012	-2 037	34 816	1 104
väh. 56	798 215	26 870	168 786	3 811	18 715	391
18 täyttä- neet	2 412 383	-20 963	464 798	1 774	53 531	1 495
Yhteensä	3 765 196	-73 198	956 806	3 000	197 527	11 167

### 5.3 YKSITYINEN SUUN TERVEYDENHUOLTO JA SAIRAUSSVAKUUTUSKORVATTU HOITO

Vuonna 2010 suun terveydenhuollon käyntejä, joilla annetusta hoidosta maksettiin sairausvakuutuskorvausta, toteutui yksityisellä sektorilla noin 2,8 miljoonaa (taulukko 13). Korvauksen saajia oli runsas miljoona ja käyntejä asiakasta kohden oli keskimäärin 2,7. Käyntejä suuhygienistille oli keskimäärin 1,2 suuhygienistin antamasta hoidosta korvausta saanutta kohden. Vuodesta 2003, jolloin koko väestö oli ensimmäisen kokonaisen vuoden hammashoidon sairausvakuutuskorvausten piirissä, on yksityisessä hammashoidossa käyntien määrä säilynyt jokseenkin ennallaan.

Taulukko 13. Hammashoidon sairausvakuutuskorvaukset vuosina 2007–2012, kaikki korvausta saaneet.

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Korvaukset yhteensä (miljoonaa euroa)	93,5	118,6	124,9	120,5	123,6	126,2
Korvauksen saajia	1 034 102	1 047 055	1 049 315	1 039 166	1 061 279	1 074 087
Korvattuja käyntejä	2 843 685	2 863 328	2 854 870	2 761 180	2 802 987	2 843 916
Korvattua hoitoa antaneita hammaslääkärejä	2 540	2 525	2 502	2 494	2 523	2 572
Korvattua hoitoa antaneita suuhygienistejä				618	695	732
Kustannukset saajaa kohden (euroa)	281	303	322	324	338	353
Korvaukset saajaa kohden (euroa)	90	113	119	116	116	118
Korvausprosentti	32,2	37,4	37,1	35,8	34,5	33,3

Vuodesta 2010, jolloin suuhygienistin antama hoito tuli sairausvakuutuskorvausten piiriin, on suuhygienistien antaman hoidon osuus korvatun hoidon saajissa ja käynneissä kasvanut tasaisesti (taulukko 14) kuten hoitoa antaneiden suuhygienistien lukumäärätkin.

Taulukko 14. Suuhygienistien osuus hammashoidosta sairausvakuutuskorvausta saaneista, käynneistä, korvauksista ja perityistä palkkioista vuosina 2010–2012.

Vuosi		Saajat	Käynnit	Korvaukset, euroa	Perityt palkkiot, euroa	Korvaus-%
2010	Hammashoito yhteensä	1 039 166	2 761 180	120 491 280	336 962 542	35,8
	Suuhygienistit	188 569	229 822	7 369 450	18 762 827	39,3
	Suuhygienistien osuus, %	18,1	8,3	6,1	5,6	
2011	Hammashoito yhteensä	1 061 279	2 802 987	123 611 129	358 204 867	34,5
	Suuhygienistit	217 367	272 052	8 785 743	22 801 191	38,5
	Suuhygienistien osuus, %	20,5	9,7	7,1	6,4	
2012	Hammashoito yhteensä	1 074 087	2 843 916	126 239 448	379 493 048	33,3
	Suuhygienistit	243 712	307 859	10 206 904	27 200 856	37,5
	Suuhygienistien osuus, %	22,7	10,8	8,1	7,2	

Alle 18-vuotiaista, jotka saavat hoitonsa maksutta terveyskeskuksissa, vain yksi prosentti saa vuosittain sairausvakuutuskorvausta hammashoidosta. 56 vuotta täyttäneistä 30 prosenttia sai korvausta vuonna 2010 (taulukko 15). Väestöstä, joka terveyskeskuksissa kuuluu maksullisen hoidon piiriin, lähes neljännes sai sairausvakuutuskorvausta hammashoitonsa kustannuksista.

Taulukko 15. Hammashoitoa terveyskeskuksissa ja sairausvakuutuksesta korvattuna saaneet ikäryhmittäin vuonna 2010.

Ikäryhmä	Terveyskeskuksissa hoitoa saaneet		SV:sta korvattua hoitoa saaneet	
	Lukumäärä	%-osuus ikäryhmästä	Lukumäärä	%-osuus ikäryhmästä
<b>0 - 17 v</b>	773 376	71,3	10 114	0,9
<b>18 - 55 v</b>	760 929	28,8	534 352	20,2
<b>56 v täyttäneet</b>	360 719	21,9	494 700	30,0
<b>Yhteensä</b>	1 895 024	35,3	1 039 166	19,3
<b>18 v täyttäneet</b>	1 121 648	26,1	1 029 052	24,1

## 6 HENKILÖSTÖ

### 6.1 HAMMASLÄÄKÄRIEN JA ERIKOISHAMMASLÄÄKÄRIEN KOULUTUS JA MÄÄRÄT

Hammaslääkärikoulutusta järjestetään Helsingin, Oulun, Turun ja Itä-Suomen yliopistoissa. Turun yliopisto käynnisti hammaslääkärikoulutuksen uudelleen vuonna 2004 ja Itä-suomen yliopisto vuonna 2010. Erikoishammaslääkärikoulutusta järjestetään näiden lisäksi myös Tampereen yliopistossa vuodesta 2013 alkaen.

Taulukko 16. Hammaslääkärikoulutuksen sisäänotto ja laillistetut hammaslääkärit 2003 - 2013

## Hammaslääkärikoulutuksen sisäänotto ja laillistetut hammaslääkärit 2003-2013

	2003	2004*	2005	2006	2007	2008	2009	2010**	2011	2012	2013
sisäänotto	85	114	114	112	111	146	147	174	189	186	186
keskeyttänyt opinnot	-5	-5	-1	-3	-4			-1	-1		
laillistetut, tutkinto Suomessa	33	21	52	55	55	71	72	88	82	79	93 1.1.-4.10.
laillistetut, tutkinto ulkomailla	14	23	39	36	26	36	63	57	74	100	100 1.1.-4.10.

\*Turun yliopisto käynnisti HLL-koulutuksen

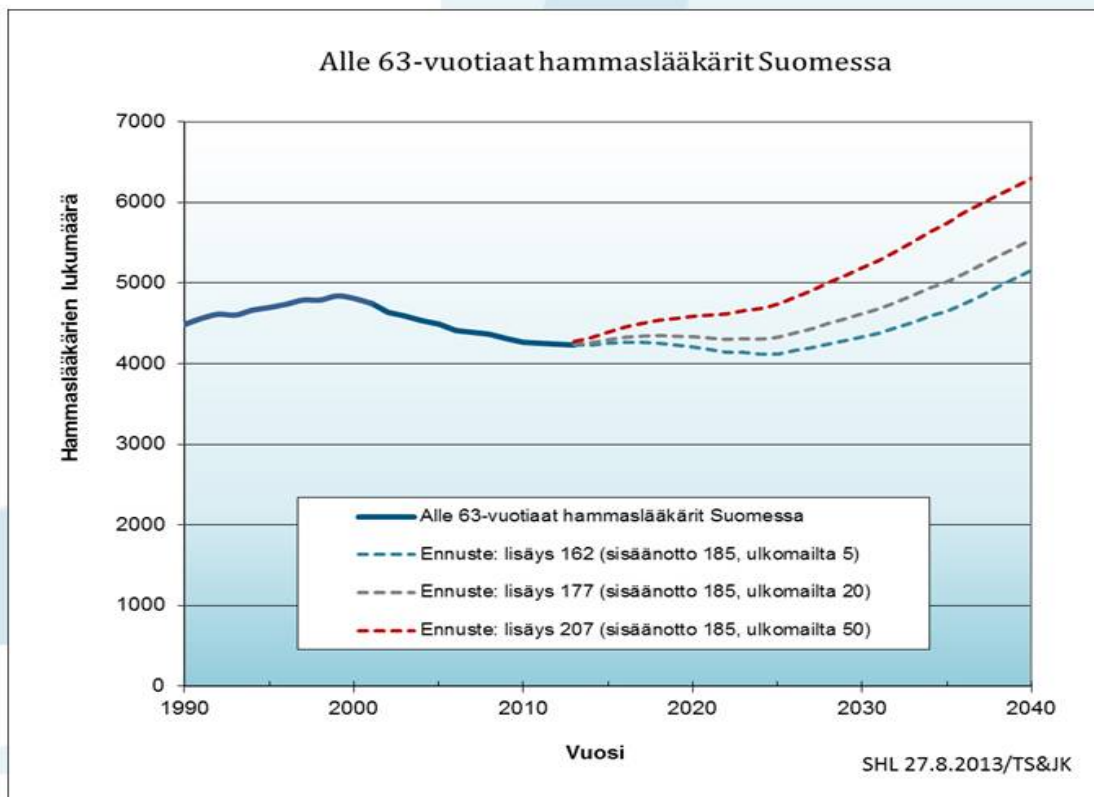
\*\* Itä-Suomen yliopisto käynnisti HLL-koulutuksen

Ulkomailla: Viro 246, Ruotsi 63, Latvia 58, Liettua 31, Venäjä 30, Espanja 30, Puola 15, Unkari 14, Bulgaria 13, Saksa 10, Portugali 8, Intia 5, Irak 5, Italia 4, Kreikka 4, Ukraina 4, muut 22 maata yht. 27

Lähteet: [www.koulutusnetti.fi](http://www.koulutusnetti.fi) (yliopistojen hakija- ja opinto-oikeusrekisteri harek) ja valvira.

Hammaslääkäri työvoiman tarjonnan ennustemallia on kehitetty Suomen Hammaslääkäri liitos- sa. Malli perustuu tietoon siitä, kuinka paljon hammaslääkäreitä valmistuu koulutuksesta, kuinka paljon ulkomailta tulee Suomeen hammaslääkäreitä ja kuinka monta siirtyy eläkkeelle. Laskentapohjassa mukana ovat alle 63-vuotiaat hammaslääkärit jäsenrekisteritietojen perusteella, lisäksi mukaan otetaan 5 prosentin määrä liittoon kuulumattomia hammaslääkäreitä, Suomessa tutkinnon suorittamisen valmistumisasteen oletetaan olevan 85 prosenttia. Sisään- otton oletetaan olevan 185 ja ulkomailla tutkinnon suorittaneet viedään ennustemalliin mukaan eri oletusmäärillä (Kuvio 10).

Kuvio 10. Hammaslääkäri työvoiman tarjonnan ennuste (Suomen hammaslääkäriiliitto 2013)



Suomen Hammaslääkäriiliitto  
Finlands Tandläkarförbund

Hammaslääkärikoulutuksen viime vuosina tapahtuneen lisäämisen (sisäänotto 83 vuonna 2001 ja 185 vuonna 2012) ja parantuneen koulutuksen läpäisevyyden (n. 85 % vuonna 2012) seurauksena valmistuvien hammaslääkärien määrä lisääntyy tulevina vuosina. On kuitenkin huomattava, että myös eläkkeelle jäävien hammaslääkärien määrä lisääntyy olennaisesti aina 2020-luvun alkuun asti (noin 100 vuonna 2014 ja noin 190 vuonna 2020). Ulkomailta tulevia hammaslääkäreitä laillistetaan Suomessa runsaasti. Kotimaassa suoritettujen tutkintojen osuus laillistetuista on ollut viime vuosina 50 -60 prosenttia. Ulkomaisen työvoiman vaikutusta työvoimatilanteeseen on kuitenkin vaikea ennakoita. Hammaslääkäri työvoiman saatavuus tulee olemaan vielä pitkään keskeinen haaste suun terveydenhuollossa.

Hammaslääkäritilanne terveyskeskuksissa on hieman parantunut viime vuosina mitattuna hammaslääkäri vajeena. Vaje oli viime vuonna 205 virkaa (10%) kun se vuonna 2006 oli 276 virkaa (12%). Suurimmat lukumääräiset vajeet terveyskeskushammaslääkärien viroissa ovat Keski-Suomen, Pirkanmaan, Pohjois-Savon Satakunnan ja Kainuun sairaanhoitopiireissä. Myös HUSin ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin terveyskeskuksissa on runsaasti täyttämättömiä hammaslääkäri virkoja, mutta näillä alueilla on yksityishammaslääkäreitä eniten suhteutettuna asukasmääriin.

On odotettavissa, että vuonna 2010 Itä-Suomen yliopistossa uudelleen aloitettu hammaslääkärikoulutus helpottaa Itä-Suomen tilannetta muutaman vuoden kuluttua. Hammaslääkäripalvelujen epätasaista jakautumista on mahdollista helpottaa koulutuksen järjestelyillä. Esi-

merkiksi hammaslääkärikoulutuksen klinisen hoitoharjoittelun hajauttaminen terveyskeskukseen ja syventävä käytännön harjoittelu tarjoavat terveyskeskuksille erinomaisen tilaisuuden rekrytoida työvoimaa. Koulutuksen ja klinisen työn ohjauksen laadusta on pidettävä huolta opiskelijan toimiessa yliopistopaikkakunnan ulkopuolella.

Taulukko 17. Työlliset kotimaan ja ulkomaan koulutuksesta valmistuneet hammaslääkärit Suomessa 2000 -2010

<b>Hammaslääkärit</b>								
Työllisyysasema	2000		2005		2008		2010	
<i>Toimiala</i>	n	%	n	%	n	%	n	%
Työlliset	<b>4 590</b>	77,4	<b>4 470</b>	74,7	<b>4 430</b>	72,4	<b>4 400</b>	70,7
<i>Julkinen hallinto</i>	60	1,3	40	0,9	30	0,7	30	0,7
<i>Koulutus</i>	150	3,3	140	3,1	110	2,5	110	2,5
<i>Muut toimialat yhteensä</i>	110	2,4	210	4,7	250	5,6	220	5,0
<i>Sosiaali- ja terveyspalvelut</i>	<b>4 270</b>	93,0	<b>4 160</b>	93,1	<b>4 040</b>	91,2	4 040	91,8
<i>Toimialat yhteensä</i>		100		100		100		100
						4 430		
Työttömät	50	0,8	35	0,6	30	0,5	40	0,8
Eläkkeellä olevat	1 130	19,1	1 360	22,7	1 560	25,5	1 670	38,1
Muut ei-työvoimaan kuuluvat *	165	2,8	120	2,0	105	1,7	110	2,5
<b>Yhteensä</b>	<b>5 930</b>	<b>100</b>	<b>5 980</b>	<b>100</b>	<b>6 120</b>	<b>100</b>	<b>6 220</b>	<b>100</b>

\* muut ei-työvoimaan kuuluvat - kotona olevat, opiskelijat yms.

Tietolähde:

[http://www.thl.fi/fi\\_fi/web/fi/tilastot/aiheittain/henkilosto/sosiaali\\_ ja\\_ terveyspalvelujen\\_ henkilösto](http://www.thl.fi/fi_fi/web/fi/tilastot/aiheittain/henkilosto/sosiaali_ ja_ terveyspalvelujen_ henkilösto)

### Erikoishammaslääkärikoulutus ja määrät

Suomessa oli vuoden 2012 lopulla hieman yli 600 erikoishammaslääkärinä (Taulukko 18), joista kolmannes työskenteli terveyskeskuksissa, 16 % sairaaloissa ja loput yksityisessä terveydenhuollossa. Terveydenhuollon erikoishammaslääkäreistä 67 % toimii julkisella sektorilla lähinnä sosiaali- ja terveydenhuollon, erityisesti suun terveydenhuollon johtotehtävissä. Valtaosa oikomishoidon erikoishammaslääkäreistä (62 %) työskentelee terveyskeskuksissa. Kliinisen hammashoidon erikoishammaslääkäreistä viidennes ja suu- ja leukakirurgista vajaat 12 % toimii terveyskeskuksissa. Diagnostiikan erikoisalalan spesialisteja perusterveydenhuollossa on vain pari kappaletta. Vähäinen erikoishammaslääkärien määrä terveyskeskuksissa näkyy heikona erikoishoitopalvelujen saatavuutena perusterveydenhuollossa. Puolet nykyisistä erikoishammaslääkäreistä jää eläkkeelle 10 vuoden kuluessa (Taulukko 18.).

Taulukko 18. Erikoishammaslääkärit Suomessa, marraskuu 2012

Erikoisala	Lukumäärä	Eläkkeelle 10 v:ssa		Valmistuneet 2003-2012
		> 53 vuotta	%	
Terveydenhuolto	79	32	40,5	29
Kliininen hammashoito	253	119	47,0	96
Hammaslääketieteellinen diagnostiikka	34	19	55,9	17
Hampaiston oikomishoito	141	84	59,6	57
Suu- ja leukakirurgia*	102	57	55,9	41
<b>Yhteensä</b>	<b>609</b>	<b>311</b>	<b>51,1</b>	<b>240</b>

\* Erikoishammaslääkärit ja -lääkärit

## 6.2 SUUHYGIENISTIEN JA HAMMASTEKNIKKOJEN KOULUTUS JA MÄÄRÄT

Suuhygienistien koulutusta järjestetään neljässä ammattikorkeakoulussa; Oulu, Kuopio (Savonia), Turku ja Helsinki (Metropolia). Suuhygienistien koulutusmäärä on kaksinkertaistunut vuodesta 2002 vuoteen 2012. Vuonna 2012 koulutuksesta valmistui 128 suuhygienistiä (Taulukko 19.). Koulutus kestää 3,5 vuotta. Suuhygienistien koulutuksessa keskeiset opintokokonaisuudet ovat sosiaali- ja terveysalan perusosaaminen, terveyden edistäminen, suun terveydenhoitotyö, tutkimus- ja kehittämistoiminta sekä lähijohtaminen. Osa opinnoista opiskellaan yhdessä hammaslääketieteen opiskelijoiden kanssa. Harjoittelua suoritetaan terveyskeskuksessa, ammattikorkeakoulun palvelutoiminnassa sekä opetusterveyskeskuksessa. Suuhygienistit työskentelevät terveyskeskuksissa, yksityisillä hammaslääkäriasemilla tai itsenäisenä ammatinharjoittajana.

Taulukko 19. Suuhygienistien ammattikorkeakoulututkinnot 2002 - 2012

Suunterveydenhuollon koulutusohjelma, suuhygienisti amk, ammattikorkeakoulututkinnot/vuosi. Lähde: Vipunen / OKM

	AMK-tutkinto, nuorten koul.	AMK-tutkinto, aikuiskoul.	Kaikki yhteensä
2002	53	9	62
2003	70	7	77
2004	67	7	74
2005	67	32	99
2006	60	3	63
2007	83	15	98
2008	72	25	97
2009	67	9	76
2010	88	21	109
2011	86	17	103
2012	113	15	128

Taulukko 20. Hammasteknikkokoulutuksen ammattikorkeakoulututkinnot 2002 - 2012

Hammastekniikan koulutusohjelma, hammasteknikko amk, ammattikorkeakoulututkinnot\_vuosi Lähde: Vipunen / OKM

	AMK-tutkinto, nuorten koul.	AMK-tutkinto, aikuiskoul.	Grand Total
2002	13		13
2003	11		11
2004	16		16
2005	16		16
2006	13		13
2007	13	3	16
2008	10		10
2009	18		18
2010	9	2	11
2011	20		20
2012	12	1	13



Suomessa työskenteli vuonna 2010 sosiaali- ja terveystalveuissa noin 1640 suuhygienistiä. Muilla toimialoilla työskenteli 190 suuhygienistikoulutuksen saanutta henkilöä.

Taulukko 21. Työlliset kotimaan ja ulkomaan koulutuksesta valmistuneet suuhygienistit Suomessa 2000 -2010

#### Suuhygienistit

Työllisyysasema <i>Toimiala</i>	2000		2005		2008		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Työlliset</b>	<b>1 220</b>	<b>85,9</b>	<b>1 570</b>	<b>90,8</b>	<b>1 740</b>	<b>91,1</b>	<b>1 870</b>	<b>91,4</b>
<i>Julkinen hallinto</i>	10	0,8	20	1,3	20	1,1	20	1,2
<i>Koulutus</i>	20	1,6	20	1,3	10	0,6	20	0,8
<i>Muut toimialat yhteensä</i>	120	9,8	160	10,2	170	9,8	190	10,2
<i>Sosiaali- ja terveystalvelut</i>	<b>1 070</b>	<b>87,7</b>	<b>1 410</b>	<b>89,8</b>	<b>1 530</b>	<b>87,9</b>	<b>1 640</b>	<b>87,9</b>
<i>Toimialat yhteensä</i>		100		100		100		100
<b>Työttömät</b>	<b>65</b>	<b>4,6</b>	<b>50</b>	<b>2,9</b>	<b>35</b>	<b>1,8</b>	<b>40</b>	<b>2,2</b>
<i>Eläkkeellä olevat</i>	10	0,7	20	1,2	40	2,1	50	2,8
<i>Muut ei-työvoimaan kuuluvat *</i>	130	9,2	105	6,1	100	5,2	80	4,3
<b>Yhteensä</b>	<b>1 420</b>	<b>100</b>	<b>1 730</b>	<b>100</b>	<b>1 910</b>	<b>100</b>	<b>2 050</b>	<b>100</b>

\* muut ei-työvoimaan kuuluvat - kotona olevat, opiskelijat yms.

Tietolähde:

[http://www.thl.fi/fi\\_fi/web/fi/tilastot/aiheittain/henkilosto/sosiaali\\_ja\\_terveystalvelujen\\_he nkilosto](http://www.thl.fi/fi_fi/web/fi/tilastot/aiheittain/henkilosto/sosiaali_ja_terveystalvelujen_he nkilosto)

Taulukko 22. Työlliset kotimaassa ja ulkomailla koulutetut hammashoitajat Suomessa

#### Hammashoitajat

Työllisyysasema <i>Toimiala</i>	2000		2005		2008		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Työlliset</b>	<b>4 280</b>	<b>83,1</b>	<b>4 050</b>	<b>85,3</b>	<b>3 910</b>	<b>85,4</b>	<b>3 720</b>	<b>83,5</b>
<i>Julkinen hallinto</i>	70	1,6	50	1,2	40	1,0	40	1,2
<i>Koulutus</i>	60	1,4	40	1,0	30	0,8	30	0,8
<i>Muut toimialat yhteensä</i>	660	15,4	560	13,8	570	14,6	510	13,8
<i>Sosiaali- ja terveystalvelut</i>	<b>3 490</b>	<b>81,5</b>	<b>3 400</b>	<b>84,0</b>	<b>3 270</b>	<b>83,6</b>	<b>3 140</b>	<b>84,4</b>
<i>Toimialat yhteensä</i>		100		100		100		100
<b>Työttömät</b>	<b>270</b>	<b>5,2</b>	<b>170</b>	<b>3,6</b>	<b>110</b>	<b>2,4</b>	<b>120</b>	<b>2,7</b>
<i>Eläkkeellä olevat</i>	160	3,1	260	5,5	370	8,1	490	10,9
<i>Muut ei-työvoimaan kuuluvat *</i>	445	8,6	270	5,7	185	4,0	130	2,9
<b>Yhteensä</b>	<b>5 150</b>	<b>100</b>	<b>4 750</b>	<b>100</b>	<b>4 580</b>	<b>100</b>	<b>4 460</b>	<b>100</b>

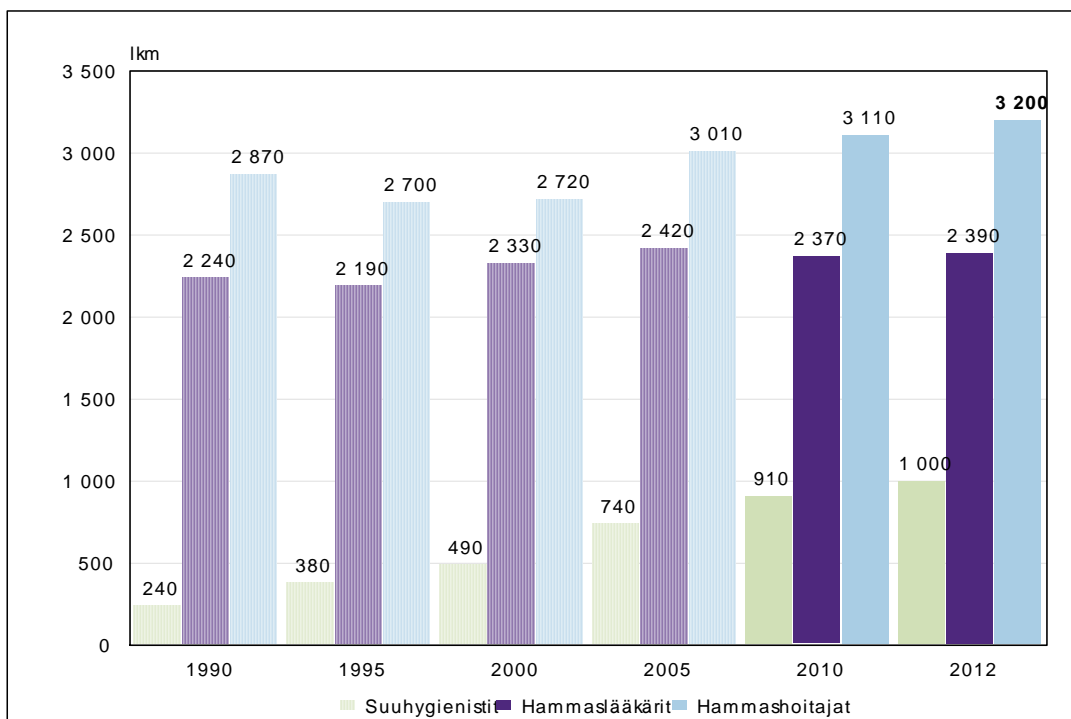
\* muut ei-työvoimaan kuuluvat - kotona olevat, opiskelijat yms

Tietolähde:

[http://www.thl.fi/fi\\_fi/web/fi/tilastot/aiheittain/henkilosto/sosiaali\\_ja\\_terveystalvelujen\\_he nkilosto](http://www.thl.fi/fi_fi/web/fi/tilastot/aiheittain/henkilosto/sosiaali_ja_terveystalvelujen_he nkilosto)

### 6.3 HAMMASHUOLLON AMMATTIEN HENKILÖSTÖN MÄÄRÄT KUNTIEN TERVEYS- JA SOSIAALIPALVELUISSA (OMA TUOTANTO)

Kuvio 11. Hammaslääkärien, suuhygienistien ja hammashoitajien määrät kuntien suun terveydenhuollon palveluissa 1990 - 2012



Lähde: THL; Kuntien sosiaali- ja terveystalouden henkilöstö 2012

# LIITTEET

## LIITE 1:

### TYÖRYHMÄLLE LAADITUT SELVITYKSET: SELVITYSTYÖ SUUN TERVEYDENHUOLLON TOIMINNASTA JA TUOTANNOSTA JULKISELLA JA YKSITYISELLÄ TOIMIALALLA

Miika Linna

Tiivistelmä

Työryhmän työn käynnistämiseksi ja työn nopeuttamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö teetti selvityksen olemassa olevaa aineistoa ja rekistereitä hyödyntäen suun terveydenhuollon toimialueelta. Selvityksen tekijä oli asiantuntija Miika Linna Strategic Quotient Oy:stä. Suun terveydenhuollon selvitystyötä tukeva raportti valmistui kesäkuussa 2013. Selvityksessä arvioitiin käyttäen olemassa olevia tietopohjia nykytilannetta aikuisten suun terveydenhuollon toimialuetta. Tulokset sisältävät toimialan rakenteiden tarkastelua yksityisten palveluntuottajien ja julkisen sektorin tuotannosta ja kustannuksista sekä työnjaon eroista ja tuottavuuspotentiaalilin arviointia.

Selvitystä tehtäessä oli käytettävissä Kelan tuottama tilastotieto yksityisten palveluntuottajien hoitotoiminnasta ja kustannuksista sekä SOTKANetin tilastotiedot aikuisten eli 18 -vuotta täyttäneiden hoidoista. Lisäksi selvityksessä hyödynnettiin SUHAT -hankkeessa tehtyjä analyysejä julkisten suun terveydenhuollon yksiköiden toiminnan sisällöstä ja kustannuksista siltä osin kuin tietoja oli käytettävissä. Selvityksessä vertailtiin toiminnan sisältöä aikuisten suun terveydenhuollossa julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Tarkastelusta oli poistettu hammasproteettinen hoitokokonaisuus ja toimenpiteet terveyskeskusten osalta samoin kuin oikomishoito. Lisäksi yksityisellä sektorilla päivystystoimenpiteitä ei ollut mukana aineistossa. Yksityiskohtaisemmin tarkasteltiin Helsingin, Tampereen ja Oulun terveyskeskusten hoitotoiminnan sisältöä suun terveydenhuollossa, jolloin tarkastelua voitiin kohdentaa nimenomaan 18 -vuotta täyttäneisiin.

Hoitotoimenpiteiden volyymin jakautumisessa ei ollut suuria eroja aikuisten suun terveydenhuollossa yksityisen ja julkisen sektorin toiminnassa tämän selvityksen mukaan. Yleisimmät hoitotoimenpiteet kummallakin sektorilla olivat tutkimustoimenpiteet ja hampaiden paikkaushoidot. Tarkasteltaessa 10 yleisintä hoitotoimenpidettä kummallakin sektorilla oli näistä samoja 7 kappaletta. Yleisimmät hoitotoimenpiteet kymmenen joukossa olivat yksityissektorilla suun perustutkimukset, hampaiden paikkaushoidot, hammasröntgenkuvaukset ja parodontologiset hoidot, jotka olivat 68 prosenttia koko hoitotoimenpiteiden volyymistä. Yleisimmät hoitotoimenpiteet olivat kuntasektorilla suun perustutkimukset, hampaiden paikkaushoidot, hammasröntgenkuvaukset ja parodontologiset hoidot, jotka olivat 56 prosenttia koko hoitotoimenpiteiden volyymistä. Yksityinen hammashoito oli keskittynyt enemmän hampaiden paikkaushoitoon sekä iensairauksien hoitoon kun taas terveyskeskuksissa oli suhteellisesti enemmän potilaiden tutkimustoimenpiteitä ja hampaiston kirurgisia toimenpiteitä. Yksityisellä palveluiden casemix oli noin 25 - 30 prosenttia korkeampi ja tuotanto keskittyneempää kuin terveyskeskustoiminnassa. Tuotannollinen (tekninen) tehokkuus oli suunnilleen samaa tasoa (painotetun toimenpiteen keskimääräinen hinta) julkisissa ja yksityisissä palveluissa. Laskennallista tehokkuuspotentiaalia arvioitiin olevan kummallakin sektorilla.

Selvityksen mukaan palvelusetelin vaikutus riippuu oleellisesti yksityisen sektorin kapasiteetista. Havaittu yksityisen sektorin jonottomuus ilmentää vapaan kapasiteetin potentiaalia. Jos palvelusetelin arvo olisi esimerkiksi puolet julkisen sektorin vastaavan toimenpiteen todellisista kustannuksista ja vaikka palveluseteli loisi neljänneksen palvelusetelin lisäkysyntää aiemmin täysimääräisesti yksityistä sektoria käyttäneiden joukosta, olisi julkisen sektorin kustannussäästö ilmeinen. Vapautuva kustannusresurssi voitaisiin allokoida uudelleen esimerkiksi vaativampien pitkien hoitojen tuottamiseen. Samalla palveluiden saatavuus paranisi kaikissa tuloaluokissa tuottaen tasa-arvoisemman palvelujärjestelmän. Edellä esitetty ilmentää selvästi, että palvelusetelijärjestelmän kustannusvaikutus riippuu oleellisesti kokonaisvaikutuksesta. Yksityisen kysynnän lisääntyessä ja setelin arvon ollessa pienempi kuin kyseisen hoidon julkisesti järjestetyn palvelun kustannuksen syntyy julkisia kustannussäästöjä. Samalla jonot lyhenevät ja siten myös välilliset negatiiviset hyvinvointivaikutukset pienenevät.

Kustannustehokkuuden parantamiseksi palveluseteli tarjoaa rahoituksen näkökulmasta mahdollisuuden erikoistumisen lisäämiseen ja sen kautta yksiköiden teknisen tehokkuuden parantamiseen. Konsultaatiokäynnillä palveluseteliä voidaan tarjota tiettyjä hoitoja ja toimenpiteitä tarvitseville, kun omana tuotantona keskitytään erityisiin, palvelusetelillä hoidettavaksi soveltumattomiin toimenpiteisiin ja hoitokokonaisuuksiin. Erikoistuminen tehostaisi yksikön toimintaa ja palveluseteliohjaus puolestaan koko järjestelmän toimintaa.

SUHAT-yksiköitä sekä tarkemmalla tietosisällöllä kerätyt Helsingin ja Tampereen tiedot edustivat tässä arviossa julkisen puolen toimintaa. On luonnollisesti pohdittava mitä terveyskeskuksia mukana ja mitkä jääneet pois vertailuista, erityisesti onko tapahtunut valikoitumista ja jos on niin mikä olisi sen mahdollinen vaikutus tuloksiin.

## LIITE 2:

## TYÖRYHMÄLLE LAADITUS SELVITYKSET: KYSELY PERUSTERVEYDENHUOLLON JA ERIKOISSAIRAANHOIDON TOIMIVUUDESTA SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA 2012

## Tiivistelmä

Sosiaali- ja terveysministeriö lähetti kyselyn lokakuussa 2012 kyselyn suun terveydenhuollon johtotehtävissä toimiville henkilöille palvelujärjestelmän toimivuudesta. Vastauksia saatiin 22 terveyskeskuksen johtavalta hammaslääkäriltä, 11 keskussairaalan suu- ja leukasairauksien yksikön johtajalta sekä Suomen Hammaslääkäriliitolta ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ad hoc -ryhmä käsitteli ja hyödynsi vastauksia ja laati niistä oheisen tiivistelmän.

1. Mitkä ovat kolme keskeisintä ongelmaa sairaanhoitopiirissänne perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisessä hoitoketjussa suun terveydenhuollossa?

Yhtenä keskeisimpänä ongelmana suun terveydenhuollon palvelujärjestelmän toimivuudessa vastaajat kokivat resurssipulan sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Tästä johtuen erikoissairaanhoidon palveluista on pulaa ja niiden saatavuudessa on suuria alueellisia eroja. Kaikki hammaslääketieteen erikoisalajat eivät ole edustettuina keskussairaaloissa. Erikoissairaanhoidon kuormittuu potilailla, jotka eivät sinne kuulu, koska terveyskeskuksesta puuttuu osaamista vaativien hoitojen toteuttamisessa. Erikoissairaanhoidossa hoidettujen potilaiden pääsy jatkohoitoon perusterveydenhuoltoon kangertelee, mistä johtuen hoidot pitkittyvät tarpeettomasti. Julkisen ja yksityisen sektorin yhteistyötä ei hyödynnetä tarpeeksi. Tietojärjestelmien yhteensopimattomuus ja selkeiden erikoissairaanhoidon kriteerien puuttuminen vaikeuttavat yhteistyön joustavaa toteuttamista.

Suureksi ongelmaksi koetaan nykyiset maksukäytännöt suun terveydenhuollossa. Potilaiden maksuissa voi olla todella suuria eroja siitä riippuen, toteutetaanko hoito erikoissairaanhoidossa vai perusterveydenhuollossa. Tämä saattaa vaikuttaa siihen, että erityisesti pienituloisilla potilaille ei ole varaa maksaa tarvitsemiaan hoitopalveluja.

2. Kuinka nämä ongelmat on ratkaistavissa lähivuosien aikana?

Keskeisimpänä asiana nousi esiin tarve lisätä erikoishammaslääkärinkoulutusta ja vahvistaa peruskoulutettujen hammaslääkärien kliinistä osaamista. Erikoistumiskoulutusta tulee lisätä erityisesti suurten asutuskeskusten ulkopuolella sekä terveyskeskuksissa että keskussairaaloissa. Tarvitaan alueellisia hoitoyksiköitä, joihin voidaan keskittää erikoissairaanhoidon ulkopuolelle jäävät vaativat hoidot. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä työnjakoa tulee selkeyttää päivittämällä valtakunnalliset suun terveydenhuollon kiireettömän hoidon kriteerit. Uusia Käypä hoito -suosituksia tekemällä voidaan hoitokapasiteettia kohdentaa vaikuttaviin hoitomenetelmiin. Tietojärjestelmien ongelmat on ratkaistava niin, että kaikki tarpeellinen tieto kulkee esteettömästi yksiköstä toiseen.

3. Toteutuvatko STM:n kiireettömän hoidon perusteet suun terveydenhuollossa?

Tähän kysymykseen tuli kahdenlaisia vastauksia kyseessä olevasta alueesta ja paikkakunnan koosta riippuen. Isoilla paikkakunnilla Helsingin ympäristöä lukuun ottamatta hoitoon pääsy toteutui pääsääntöisesti kriteerien mukaisesti. Pienemmillä paikkakunnilla, jotka sijaitsevat kauempana yliopistollisista sairaaloista esiintyy enemmän vaikeuksia hoitoon pääsyssä. Potilaiden välisen epätasa-arvon poistamiseksi tarvitaan lisää erikoishammaslääkäreitä. Erikoishammaslääkärien jakautumisesta tasaisesti koko maahan on huolehdittava.

4. Kuinka perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palvelujen kokonaisuus suun terveydenhuollossa tulisi rakentaa tulevaisuudessa suurempina alueellisina kokonaisuuksina?

Vastauksissa korostui ajatus, että hoitopalvelut tulisi toteuttaa suuremmissa yksiköissä, joiden toiminnasta voisivat vastata erva -alueet, sote -alueet, sairaanhoitopiirit, suurkunnat jne. Keskuksisairaaloiden ja yliopistollisten sairaaloiden suu- ja leukasairauksien yksiköiden vahvistamista pidettiin tärkeänä. Erikoissairaanhoidon yksiköitä olisi vahvistettava niin, että kaikki hammaslääketieteen erikoisalajat olisivat niissä edustettuina. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliin kaivattiin Helsingin ja Oulun mallin mukaisesti ”väliportaan yksiköitä”, jotka huolehtisivat erikoissairaanhoidon ulkopuolella jäävistä vaativista hoidoista. Suun terveydenhuollon asiakasmaksut on yhtenäistettävä muun terveydenhuollon maksujen kanssa niin, että epäsuhta perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa tehtyjen hoitoja hinnoitella saadaan korjattua.